

Importancia de la lactancia materna en tiempos de pandemia COVID-19: Revisión integradora de la literatura

 Claudio Thaynan Santana,¹
 Daysa Alves da Silva,¹
 Ericles Dos Santos Lima,¹
 Ivania Rosa dos Anjos,¹
 Gustavo Gonçalves dos Santos,²
 Zaide Silva Frazão.³

RESUMEN

Objetivo: Describir, a través de los estudios científicos disponibles en la literatura nacional e internacional, los beneficios del amamantamiento materno en la pandemia de COVID-19.

Métodos: Se trata de una investigación de revisión integradora literaria, construida a partir de materiales publicados entre 2019 y 2020. Para la selección de textos, se realizó una encuesta por Internet utilizando las bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud. Las palabras clave investigadas fueron: Lactancia; COVID-19; Enfermera; Pandemia y Obstetricia.

Resultados: Se incluyeron 18 artículos que se consideraron relevantes para el tema propuesto. Se utilizaron dos categorías temáticas: 1. Resultados del amamantamiento materno en embarazadas y puérperas con sospecha y confirmación de COVID-19; 2. Acciones para el amamantamiento materno en tiempos de pandemia de COVID-19.

Conclusión: La lactancia materna debe fomentarse incluso en mujeres con COVID-19, siempre que se realice la higiene de manos y el uso de una mascarilla quirúrgica. Deben desarrollarse estudios adicionales con mayor rigor metodológico para superar las controversias sobre el asunto.

Palabras clave: COVID-19, Lactancia materna, Enfermería, Enfermería Obstétrica, Pandemia.

Importance of breastfeeding in times of COVID-19 pandemic: Integrative review of the literature

SUMMARY

Objective: To describe, through the scientific studies available in the national and international literature, the benefits of breastfeeding in the COVID-19 pandemic.

Methods: This is a literary integrative review research, constructed from materials published between 2019 and 2020. For the selection of texts, an Internet survey was carried out using the databases of the Virtual Health Library. The keywords investigated were: Breastfeeding; COVID-19; Nurse; Pandemic and Obstetrics.

Results: We included 18 articles that were considered relevant to the proposed topic. Two thematic categories were used: 1. Results of breastfeeding in pregnant and postpartum women with suspicion and confirmation of COVID-19; 2. Actions for breastfeeding in times of COVID-19 pandemic.

Conclusion: Breastfeeding should be encouraged even in women with COVID-19, provided hand hygiene and the use of a surgical mask are performed. Further studies with greater methodological rigor should be developed to overcome controversies on the matter.

Keywords: COVID-19, Breastfeeding, Nursing, Obstetric Nursing, Pandemic.

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19, causada por el nuevo coronavirus, conocido en la literatura científica como responsable del síndrome respiratorio agudo grave-coronavirus (SARS-CoV-2) surgió a finales de diciembre de 2019, en Wuhan, China. Su propagación, altamente contagiosa y mortal, se extendió rápidamente y aumentaron exponencialmente el número de infectados y de muertes (1).

¹Estudiante de Grado en Enfermería. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU. São Paulo – SP, Brasil. ²Enfermero Obstetra. Master en Ciencias de la Salud. Profesor Preceptor del Departamento de Enfermería en el curso de Enfermería de Pregrado en Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU. São Paulo, SP – Brasil. ³Master en Ciencias de la Salud. Profesora del Departamento de Enfermería en el curso de Enfermería de Pregrado en Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU. São Paulo, SP – Brasil.
Correo de correspondencia: gustavo.nahara@gmail.com

Forma de citar este artículo: Thaynan Santana C, Alves da Silva D, Dos Santos Lima E, dos Anjos IR, Gonçalves dos Santos G, Silva Frazão Z. Importancia de la lactancia materna en tiempos de pandemia COVID-19: Revisión integradora de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(3): 362-372. https://doi.org/10.51288/00820311

En Brasil, el número de casos de COVID-19 ha crecido de forma asimétrica y, todavía, varias regiones de Brasil están en la fase crítica de la pandemia. Según los datos del Boletín Epidemiológico (BE) del Ministerio de Sanidad (MS), la primera notificación se produjo el 26 de febrero de 2020 (2). Durante la semana epidemiológica (SE) 29, BE 23, del 12 al 18 de julio, se notificaron 235 010 casos y 7303 muertes (3); en el boletín 24, SE 30, del 19 al 25 de julio se notificaron 319 653 casos y 7677 muertes (4); respecto a la SE 36, notificada en el BE 30 (del 30 de agosto al 5 de septiembre), el número de casos fue de 276 847 y 5741 muertes (5). Estados Unidos fue el país con mayor número de casos acumulados (6 201 726), seguido de Brasil (4 123 000), India (4 023 179), Rusia (1 015 105) y Perú (676 848).

En cuanto a los fallecimientos, hasta el 19 de septiembre de 2020, se confirmaron 952 730 en el mundo, siendo Estados Unidos el país con mayor número acumulado de muertes (198 589), seguido de Brasil (136 532), India (85 619), México (72 803) y Reino Unido (41 732). Del 26 de febrero al 19 de septiembre de 2020, se confirmaron 4 582 240 casos y 136 532 muertes por COVID-19 en Brasil (6). El récord más alto en el número de nuevos casos (69 074 casos) y nuevas muertes (1595 muertes) se produjo el 29 de julio (6,7).

Se supuso que, como había ocurrido con la infección por el virus H1N1, debido a los cambios inherentes al embarazo, la COVID-19 sería más grave en las embarazadas (8, 9). Ante el escenario pandémico, considerando las complicaciones más comunes a letales entre las embarazadas y puérperas, el MS las incluyó en el grupo de vulnerabilidad, basándose en enfermedades como la hipertensión, la diabetes y la obesidad, que podrían presentar una peor evolución en presencia de la COVID-19 (10).

En Brasil, el MS establece que las embarazadas y puérperas hasta el día 14 posparto deben ser consideradas grupos de riesgo para la COVID-19

(10). Sin embargo, los primeros informes de China mostraron que la COVID-19 afectaba a gestantes y no gestantes con la misma frecuencia (8, 9). Por lo tanto, la contención de la propagación de la COVID-19 se convirtió en un desafío, incluso en las embarazadas y puérperas, ya que pueden ser asintomáticas, presentando fiebre, coriza, congestión nasal y disnea.

Aunque la mayoría de las producciones científicas demuestran que la mayoría de las gestantes presentan cuadros clínicos leves o moderados y que solo del 1 % al 5 % necesitan soporte ventilatorio o cuidados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con el aumento del número de casos en varios países se verificó un mayor riesgo de complicaciones maternas (11), especialmente en el último trimestre de la gestación y en el puerperio, como la diabetes y la hipertensión, debiendo seguir los protocolos de asistencia y retorno rutinario de las consultas externas de alto riesgo (12, 13).

Se hizo fundamental que el MS brasileño estableciera el Manual de Recomendaciones para la Asistencia a las Embarazadas y Puérperas que Enfrentan la Pandemia de COVID-19, que tiene como objetivo orientar el acceso y la horizontalidad de la asistencia en tiempos de pandemia, abordando las vías de transmisión, el diagnóstico precoz y las formas de higiene y prevención del manejo de la lactancia (10). El MS de Brasil recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros seis meses de vida, es decir, sin necesidad de alimentación complementaria. A partir de los seis meses de vida, comienza la introducción de alimentos, pero la leche sigue siendo el alimento principal, ya que dicho ministerio refuerza y fomenta la lactancia materna hasta los dos años o más. La LME aporta beneficios al bebé, protegiéndolo de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y alérgicas, además de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la obesidad (10, 14, 15).

*IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19:
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las puérperas y las madres con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 sigan amamantando a sus bebés y que se fomente la lactancia materna ya que los beneficios se consideran de gran valor para los bebés y el riesgo de transmisión de madre a hijo es bajo. Así, los enfermeros y el equipo multiprofesional deben ofrecer información basada en la evidencia científica para estimular la lactancia materna. Deben seguirse los cuidados higiénicos durante la lactancia, como: instruir en el uso de mascarillas que cubran nariz y boca, cambiar las mascarillas cada dos horas, lavarse las manos antes y después de cargar al bebé, evitar hablar durante las tomas, higienizar las manos y los pechos y desinfectar las superficies compartidas y, si se utiliza equipo de extracción de leche, debe limpiarse con agua y jabón (10, 14, 15).

Este artículo pretende contribuir a la reflexión clínica y crítica sobre la práctica de estimular y orientar sobre la lactancia materna en tiempos de pandemia, empoderando a las embarazadas y puérperas, además de preparar a las enfermeras, para la promoción de la salud en la lactancia materna en tiempos de pandemia de COVID-19. El objetivo es describir, mediante producciones científicas disponibles en la literatura nacional e internacional, los resultados de la LM en la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Se trata de una revisión integradora de literatura (RIL) realizada para recopilar conocimientos sobre el tema, ayudando a fundamentar un estudio significativo. Con ello se busca determinar el conocimiento actual sobre el tema y se sistematiza la conducta para identificar, analizar y sintetizar los resultados de estudios independientes sobre el mismo tema (16). Para realizar la RIL, los pasos metodológicos fueron: identificación del tema y definición de la pregunta guía, definición de

los criterios de inclusión y exclusión, búsqueda de la literatura, recolección de datos, análisis de los estudios incluidos y presentación de la RIL.

La definición de la pregunta orientadora fue la fase más importante de la RIL, ya que determinó los estudios a ser incluidos, los medios adoptados para la identificación y la información recolectada de cada estudio seleccionado. Por lo tanto, se definió como problema de investigación la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuáles son las acciones de los enfermeros en la LM y sus resultados, con las embarazadas y puérperas con sospecha y confirmación de COVID-19?

Los criterios de inclusión definidos para la selección de los artículos fueron: artículos que contemplaran el tema; disponibles en su totalidad en medios electrónicos; en portugués e inglés, publicados e indexados en bases de datos en los últimos cinco años; los criterios de exclusión fueron: la fuga del tema, artículos duplicados y que no fueran publicados en el lapso de los últimos cinco años.

La búsqueda de producciones científicas en la literatura se realizó entre agosto y octubre de 2020, optando por artículos publicados en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), extraídos de las bases de datos: *Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *National Library of Medicine of the United States (PUBMED)* y *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Se utilizaron los siguientes descriptores y sus combinaciones en portugués e inglés: *Breastfeeding, COVID-19, Nurse, Pandemic, Obstetrics*.

A partir de la interpretación y síntesis de los resultados, los datos evidenciados en el análisis de los artículos se compararon con el marco teórico. Además de identificar posibles lagunas en el conocimiento, fue posible delimitar las prioridades para futuros estudios,

una vez extraída la información de los materiales seleccionados, se procedió a la categorización por similitud de contenido y a la discusión de los resultados. La presentación de los datos obtenidos se realizó de forma descriptiva, permitiendo al lector valorar la aplicabilidad de la RIL, de forma que impacte positivamente en la práctica de los enfermeros, proporcionando una forma organizada de revisar la evidencia sobre un tema.

RESULTADOS

En la búsqueda de la base de datos, se aplicaron los siguientes filtros. La primera búsqueda en LILACS utilizando los descriptores “Lactancia Materna Y COVID-19” dio como resultado 5 artículos. Posteriormente, en MEDLINE, utilizando los descriptores “*Breastfeeding AND COVID-19*”, se obtuvo un resultado de 65 artículos, aplicando los filtros, se obtuvieron 38 artículos científicos que abordaban el tema de la investigación. Posteriormente, en PUBMED utilizando los descriptores “*Breastfeeding AND COVID-19*”, se obtuvo un resultado de 65 artículos, aplicando los filtros, se encontraron 38 artículos que se acercaban al tema del presente estudio. Finalmente, en SciELO, utilizando los descriptores “*Breastfeeding AND COVID-19 AND Nursing*”, se encontraron 05 artículos sobre el tema.

Tras la lectura crítica y detallada de los mismos, se incluyeron 2 artículos de LILACS, 11 de MEDLINE, para la lectura del título y del resumen, después de lo cual se incluyeron 3, 14 artículos de PUBMED, para la lectura del título y resumen, después de la cual se incluyeron 8 y cinco artículos de SciELO, para la lectura del título y del resumen y se incluyeron los 5, ya que, al momento de la elección, todos eran de gran relevancia en relación al contexto abordado. Se excluyeron 8 artículos de MEDLINE y 4 de PUBMED por no relacionarse con el tema. Al final, en esta RIL se incluyeron 18 artículos que se consideraron relevantes para el tema propuesto.

Los estudios seleccionados fueron publicados en su mayoría en revistas internacionales en el año 2020 y se realizaron principalmente en las regiones de China, Turquía, Europa y Brasil, lo que revela la necesidad de realizar estudios sobre este tema para caracterizar este problema en sus respectivas regiones. El 62 % de los artículos analizados fueron publicados en revistas de enfermedades infecciosas clínicas, el 38 % restante fueron publicados en revistas internacionales del área de lactancia. Alrededor del 73 % de los autores de los estudios seleccionados son enfermeros o pediatras y el 27 % se desenvuelven en el área de infectología, esta evidencia muestra que hay una preocupación por parte de la enfermería en la discusión del tema.

En el análisis de los estudios, para responder al problema de investigación, surgieron las siguientes categorías: “Resultados de LM en embarazadas y puérperas con sospecha y confirmación de COVID-19”; y “El escenario de la LM en tiempos de la pandemia de COVID-19”.

DISCUSIÓN

Resultados de LM en embarazadas y puérperas con sospecha y confirmación de COVID-19

En el escenario actual, el virus del SARS-CoV-2 se propaga principalmente por transmisión de gotas. Las embarazadas y puérperas forman parte del grupo de riesgo de infección de la COVID-19. Según Pereira y cols. (17), un estudio mostró que las embarazadas que contrajeron el virus no tuvieron transmisión placentaria ni vertical entre madre e hijo, sin embargo, en otro estudio que incluyó una muestra de 125 recién nacidos de madres con COVID-19, en UCIN, en Turquía, se comprobó que la muerte materna puede ocurrir y puede haber riesgo de transmisión vertical en los recién nacidos (18).

Souza y cols. (19) señalaron que entre 104 puérperas de una institución de salud privada de São Paulo, aquellas que recibieron intervención educativa con asesoramiento sobre lactancia materna mostraron menos dificultades en la lactancia y un mayor porcentaje de lactancia exclusiva; Marchiori y cols. (20) identificaron cuestiones relacionadas con la gestión y planificación de acciones a corto, medio y largo plazo para enfrentar la pandemia y mantener la lactancia materna, en diálogo con la supervisión de enfermería, ante los cambios e impacto en el comportamiento social y en las relaciones interpersonales provocados por la COVID-19.

Chambers y cols. (21) mostraron que ha surgido la preocupación de que el SARS-CoV-2 pueda transmitirse a los bebés a través de la lactancia materna y señalaron que varias organizaciones aconsejan que las mujeres infectadas por el SARS-CoV-2 puedan optar por dar el pecho con protecciones para evitar la transmisión del virus a través de las gotitas respiratorias. Este ensayo clínico describió que, entre el 27 de marzo y el 6 de mayo de 2020, participaron 18 mujeres con infección confirmada por SARS-CoV-2 (77,7 % de raza blanca no hispana, edad media de 34,4 años). Sus hijos tenían edades comprendidas entre los recién nacidos y los 19 meses. Las mujeres proporcionaron entre 1 y 12 muestras, con un total de 64 muestras recogidas en distintos momentos antes y después del resultado positivo de la prueba RT-PCR del SARS-CoV-2. Todas las mujeres, excepto una, tenían enfermedad sintomática. Una muestra de leche materna tenía detectable el SARS-CoV-2. La muestra positiva se recogió el día del inicio de los síntomas; sin embargo, 1 muestra recogida 2 días antes del inicio de los síntomas y 2 muestras recogidas 12 y 41 días después fueron negativas. El bebé amamantado no se sometió a la prueba. No se detectó ningún virus competente para la replicación en ninguna de las muestras, incluida la muestra que dio positivo. Después de la pasteurización, el ARN viral no se detectó mediante RT-PCR en las 2 muestras

que habían sido enriquecidas con SARS-CoV-2 competente para la replicación, ni se detectó el virus cultivable. Sin embargo, el virus se detectó mediante cultivo en alícuotas no pasteurizadas de las mismas 2 mezclas de virus de la leche. Los autores concluyeron que estos resultados son tranquilizadores dados los conocidos beneficios de la lactancia materna y de la leche humana suministrada a través de los bancos de leche. Las limitaciones incluyeron el pequeño tamaño de la muestra, el muestreo no aleatorio con un posible sesgo de selección, la autodeclaración de la positividad de la RT-PCR y la autorecolección de las muestras de leche.

Pocas madres en los Estados Unidos amamantan hasta 6 meses, pero la posibilidad de una protección a largo plazo del bebé contra la COVID-19 debe ser considerada en las discusiones con las madres que amamantan (22). Los datos clínicos de nueve embarazadas con pruebas de laboratorio confirmadas para el virus SARS-CoV-2 y las características clínicas de adultas no embarazadas con infección por COVID-19 fueron similares, por lo que no hay evidencia de que el desarrollo de la neumonía por COVID-19 en el tercer trimestre del embarazo pueda conducir a resultados adversos graves en los recién nacidos y a la infección fetal, que podría ser causada por la transmisión vertical intrauterina. Se constató que ninguno de los nueve casos evolucionó hacia la neumonía grave y la muerte, los cuidados y las recomendaciones siguen vigentes, por lo que el estudio mostró una observación de un número reducido de casos y el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el parto fue corto (23).

Liu y cols. (24) reportaron que 19 recién nacidos fueron admitidos en el Hospital Tongji del 31 de enero al 29 de febrero de 2020. Sus madres fueron diagnosticadas clínicamente o confirmadas con COVID-19, se recogieron y analizaron prospectivamente los datos de las madres y los bebés; 10 madres tenían COVID-19 confirmado por la RT-PCR del SARS-CoV-2 positiva y 9 madres fueron diagnosticadas

clínicamente con COVID-19; el parto se produjo en la sala de aislamiento y los neonatos fueron separados inmediatamente de sus madres y aislados durante al menos 14 días. La edad gestacional de los neonatos fue de $38,6 \pm 1,5$ semanas y el peso medio al nacer fue de 3293 ± 425 gramos. Las RT-PCR del SARS-CoV-2 en el hisopado, la orina y las heces de todos los neonatos fueron negativas. Las RT-PCR del SARS-CoV-2 en la leche materna y el líquido amniótico también fueron negativas. Ninguno de los neonatos desarrolló evidencia clínica, radiológica, hematológica o bioquímica de COVID-19. La conclusión fue que no se encontró transmisión vertical del SARS-CoV-2 ni complicaciones perinatales en el tercer trimestre.

Fan y cols. (25) describieron un caso de un recién nacido por cesárea, de una madre en quien se identificó SARS-CoV-2 en su hisopado nasofaríngeo. El recién nacido fue separado de su madre inmediatamente después del nacimiento, sin que hubiera contacto piel con piel. Los ensayos seriados de qRT-PCR no detectaron el SARS-CoV-2 en ninguna de las muestras, incluyendo el hisopado nasofaríngeo del recién nacido y el suero materno, los tejidos de la placenta, la sangre del cordón umbilical, el líquido amniótico, los hisopados vaginales y la leche materna. El recién nacido desarrolló fiebre baja y distensión abdominal con linfopenia (16,9 %) en el día 3. El día 4, la radiografía de tórax del bebé reveló turbidez difusa en ambos campos pulmonares sin consolidación irregular, la fiebre y la infección pulmonar respondieron a los antibióticos. Los autores señalaron que la transmisión de persona a persona del SARS-CoV-2 se produce por contacto directo, fómites y posibles vías de aerosol; se reconoce que la transmisión vertical tras la infección materna primaria suele producirse durante la vida intrauterina por vía transplacentaria, durante el parto o a través de la ingestión o aspiración de secreciones cervicovaginales y en el posparto a través de la lactancia materna. Debido a la respuesta inmunitaria a la infección por el SARS-CoV-2, es posible que la madre produzca suficientes anticuerpos neutralizantes

sin desarrollar una enfermedad grave. Estos anticuerpos pasivos pueden tener un efecto protector en los bebés a través de la lactancia. En estos casos, se desaconsejó la lactancia materna, aunque no se había detectado el SARS-CoV-2 en muestras consecutivas de leche materna, porque la transmisión de persona a persona se produce a través del contacto con fluidos corporales infectados y la madre tenía un exudado faríngeo positivo; por lo tanto, las embarazadas deben hacer esfuerzos para minimizar la exposición al riesgo siempre que sea posible.

En una revisión sistemática de la literatura concluyeron que, a medida que se desarrolla la pandemia de coronavirus, las embarazadas infectadas por el SARS-CoV-2 han comenzado a sentir miedo e incertidumbre sobre el cuidado de sus hijos. Tomar decisiones sin una base empírica sólida puede influir en las interacciones madre-hijo y conducir a malos resultados. Además, existe una falta de consenso entre los organismos sanitarios respecto a la lactancia materna para las mujeres con COVID-19 (26).

Los estudios señalan como limitaciones que, hasta la fecha, no hay pruebas sobre la presencia del SARS-CoV-2 en la leche materna de las embarazadas con COVID-19 y que los datos proporcionados en la literatura actual son todavía limitados, por lo que la lactancia materna en mujeres con COVID-19 sigue siendo una cuestión controvertida.

Duran y cols. (27) realizaron una revisión sistemática que incluyó 222 recién nacidos cuyas madres eran casos sospechosos o positivos confirmados de SARS-CoV-2 en el período perinatal (17 estudios) o bien recién nacidos internados en el hospital con infección/neumonía (3 estudios). La mayoría (12 estudios) eran informes de series de casos. De los 222 recién nacidos, 13 tenían resultados positivos para SARS-CoV-2; en la mayoría de los estudios se informó que los recién nacidos eran asintomáticos o

tenían síntomas leves y que no se habían producido resultados perinatales adversos. Entre los estudios con recién nacidos positivos, en dos se informaron características clínicas moderadas o graves. En cinco estudios se analizó la sangre del cordón umbilical, la placenta o el líquido amniótico y no se informaron resultados positivos. En nueve estudios se reportaron imágenes radiográficas, entre ellos cinco con imágenes de neumonía, aumento de la trama pulmonar, textura engrosada u opacidades nodulares de alta densidad. Se informaron alteraciones menores e inespecíficas de los parámetros bioquímicos. En los estudios en que se analizó la leche materna se informaron resultados negativos para el SARS-CoV-2. La bibliografía actual no apoya la abstinencia de la lactancia materna ni la separación de las madres y los recién nacidos y afirma que se necesitan más pruebas y redes de recopilación de datos, en particular en las Américas, para establecer directrices y recomendaciones definitivas.

En un estudio realizado en Bélgica en el momento álgido de la pandemia, con embarazadas y mujeres en periodo de lactancia, el 0,3 % de todas las encuestadas informaron haber dado positivo para SARS-CoV-2, lo que no indica una mayor susceptibilidad a contraer COVID-19 en el embarazo. Más del 90 % negó que la pandemia afectara sus prácticas de lactancia materna, o que el coronavirus fuera responsable de dejar de amamantar. La mitad de las mujeres incluso consideraron dar leche materna por más tiempo debido al coronavirus. El aumento de la lactancia materna ocurrió debido al aislamiento, sin embargo, estas mujeres señalaron que el seguimiento médico y el apoyo social tuvieron un impacto negativo debido al bloqueo social, especialmente las madres sin experiencia en lactancia materna (28).

Una encuesta realizada por un grupo de investigadores brasileños en el área de la salud de la mujer detectó que en Brasil se produjeron cinco muertes maternas por COVID-19 en un contexto de 1947 muertes, mientras

que en Irán se registraron dos muertes maternas en un escenario de 3800 muertes. En los países europeos y en las demás naciones de América se ha hablado poco de las muertes maternas en el contexto de la pandemia, incluso con resultados limitados sobre la acción de la infección por el SARS-CoV-2 en las parturientas y puerperas (29, 30).

Según Mascarenhas y cols. (31), en un estudio reciente apuntó 53 mujeres suecas de entre 20 y 45 años, se descubrió que 13 de ellas estaban atravesando el ciclo gravídico-puerperal. Los resultados señalaron que estas embarazadas y puerperas necesitaron cuidados intensivos y siete de ellas requirieron ventilación mecánica. En este escenario, al considerar las recomendaciones sobre la atención obstétrica a estas mujeres, en estos casos era evidente la necesidad de una evaluación rigurosa del crecimiento fetal y las mayores posibilidades de prematuridad. Las directrices sobre el acortamiento de la duración de la expulsión, por medio del parto instrumental requieren precaución, ya que no hay consenso y esta conducta puede aumentar el riesgo de exposición, al reducir la eficacia de la máscara para evitar la propagación de las partículas.

Es importante destacar un estudio de revisión sobre las directrices para la asistencia a las embarazadas y los recién nacidos frente a la pandemia COVID-19, mostrando que no hay consenso entre las prácticas adoptadas en los diferentes países, y estas recomendaciones cambian entre los territorios, porque cada uno puede priorizar, seguir las agencias de salud del gobierno local o las organizaciones internacionales la importancia de reflejar que la pandemia a la que se hace referencia requiere del sentido común y de la individualización de los casos por parte de los profesionales y los servicios sanitarios, valorando y fomentando y utilizando las buenas prácticas en el parto para una experiencia de nacimiento positiva. Hay que tener en cuenta los deseos y las condiciones clínicas de

la mujer, así como las adaptaciones del espacio físico, observando las maniobras de bioseguridad necesarias para reducir la posibilidad de transmisión del virus. La lactancia materna debe fomentarse incluso en mujeres con COVID-19, siempre que se realice la higiene de manos y el uso de una mascarilla quirúrgica. Deben desarrollarse estudios adicionales con mayor rigor metodológico para superar las controversias sobre el parto instrumental, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y el baño inmediato del recién nacido. Al tratarse de un contenido nuevo, algunas recomendaciones pueden modificarse en función de la aparición de nuevos conocimientos y de las directrices de cada país (28 - 30)

Acciones para LM en tiempos de pandemia COVID-19

La Comisión Nacional de Salud de China ha recomendado que los recién nacidos de embarazadas con COVID-19 presunta o confirmada sean aislados en una unidad designada durante al menos 14 días y no sean amamantados debido al alto riesgo de infección. Aunque sugirió la lactancia materna solo en los casos de pruebas negativas para el SARS-CoV-2, esta advertencia puede contribuir a reducir la lactancia materna de las mujeres sin exposición al virus, lo que puede provocar problemas de salud en los bebés. Por otro lado, las directrices provisionales proporcionadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de la OMS informan que la lactancia materna debe ser determinada por la madre en coordinación con su familia y los profesionales de la salud, y se deben tomar todas las medidas preventivas posibles para evitar el contagio del virus al bebé, incluyendo el uso de mascarilla y el lavado de manos y pechos con agua y jabón antes de amamantar (26, 27).

Ante este escenario, las madres con sospecha o confirmación de COVID-19 pueden, tras recibir toda la información necesaria, optar por amamantar a sus bebés, extraer leche materna y pedir a un profesional o acompañante sano que se la dé al bebé, o incluso no

amamantar. Sea cual sea la elección, debe respetarse sin reproches. Las puérperas suelen pasar por momentos muy difíciles y frágiles, temerosas del diagnóstico y de las consecuencias que este puede acarrear (29). Tras el alta, hay algunas recomendaciones vigentes para las puérperas que son positivas a COVID-19, hasta que los síntomas desaparezcan, para que no haya transmisión del virus al bebé y a los familiares. Así, se recomienda, distancia de al menos dos metros del bebé, cuando no se amamanta, habitaciones ventiladas, uso de mascarilla cuando se amamanta, suelos limpios y desinfección con alcohol o compuesto de cloro disuelto. En Brasil, el MS acepta una distancia mínima de un metro entre el recién nacido y la madre (29 - 31).

Las recomendaciones para las puérperas con casos sospechosos y confirmados siguen las directrices de la Sociedad Italiana de Neonatología (SIN), transferidas por la Unión Europea de Neonatología y Sociedad Perinatal (UENPS) que pueden ser: para la madre con casos sospechosos y confirmados para COVID-19 positivo, asintomática en el momento del parto, se aconseja la lactancia materna directa; para la madre con COVID-19 que no es clínicamente estable, el recién nacido es atendido por separado, con leche materna exclusiva ordeñada por la madre, y ofrecida por el profesional, ya que no hay evidencia de que la leche materna sea posible transmisor de COVID-19 (29, 32).

La recomendación de la OMS es que todas las puérperas que donen y reciban leche de los bancos de leche humana sigan estas recomendaciones de higiene antes, durante y después de recibir el biberón. Las pruebas sobre la COVID-19 y la lactancia materna son escasas y frágiles, la ciencia está tomando forma y las instituciones están elaborando sus recomendaciones en función de la evolución de la enfermedad. La Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP) se manifestó, en una nota, a favor de mantener la lactancia materna en madres con COVID-19, dada la evidencia actual (32).

CONCLUSIÓN

El presente estudio aporta los resultados de la lactancia materna a las embarazadas y puérperas en tiempos de pandemia de COVID-19, aunque todavía se están realizando estudios e investigaciones, esta revisión muestra una amplia mirada al escenario actual de la pandemia. Durante la investigación, se encontraron diferentes resultados respecto a las principales entidades de salud representativas y, con base en los estudios, se evidenció el objetivo del estudio, pudiendo fortalecer el conocimiento científico sobre el tema, que aún genera grandes implicaciones y repercusiones en el área de la salud.

La importancia de reflejar que la pandemia a la que se hace referencia requiere que el profesional de enfermería y los servicios sanitarios utilicen el sentido común y la individualización de los casos, valorando y fomentando y utilizando las buenas prácticas en el parto para la experiencia positiva del mismo. Hay que tener en cuenta los deseos y las condiciones clínicas de la mujer, así como las adaptaciones del espacio físico, observando las maniobras de bioseguridad necesarias para reducir la posibilidad de transmisión del virus. La lactancia materna debe fomentarse incluso en mujeres con COVID-19, siempre que se realice la higiene de manos y el uso de una mascarilla quirúrgica. Deben desarrollarse estudios adicionales con mayor rigor metodológico para superar las controversias sobre el asunto.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, *et al*; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-733. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 01. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública [Internet]. Brasilia: COE-nCoV. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV); 2020 [consultado 05/09/2021]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/jan/boletim-epidemiologico-svs-04fev20.pdf>
3. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial [Internet]. Brasilia: Semana Epidemiológica 29; 12 a 18/07 de 2020 [consultado 05/09/2021]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/jul/boletim-epidemiologico-covid-23-final.pdf>
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial [Internet]. Brasilia: Semana Epidemiológica 30; 19 a 25/07 de 2020 [consultado 05/09/2021]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/jul/boletim-epidemiologico-covid-24.pdf>
5. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial [Internet]. Brasilia: Semana Epidemiológica 36; 30/08 a 05/09 de 2020 [consultado 05/09/2021]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/set/boletim-epidemiologico-covid-30.pdf>
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial [Internet]. Brasilia: Semana Epidemiológica 38; 12 a 19/09/2020 [consultado 20/09/2021]. Disponible en: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/23/Boletim-epidemiologico-COVID-32-final-23.09_18h30.pdf
7. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial [Internet]. Brasilia: Semana Epidemiológica 39; 20 a 26/09/2020 [consultado 05/09/2021]. Disponible en: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Boletim-epidemiologico-COVID-33-final.pdf>
8. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, *et al*. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395(10226):809-815. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)

9. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507-513. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas [Internet]. Brasília: Nota Informativa 13/2020–SE/GAB/SE/MS–Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19; 2020 [consultado 05/09/2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf/view#:~:text=da%20Covid%2D19-,Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2013%2F2020%20%2D%20SE%2FGAB%2FSE,%C3%A0%20pandemia%20da%20Covid%2D19
11. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. *JAMA.* 2020;323(22):2249-2251. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.8259>
12. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: Responding to a Rapidly Evolving Situation. *Obstet Gynecol.* 2020;135(5):999-1002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003873>
13. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(5):415-426. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar; 2. Ed; 2015 [consultado 05/09/2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
15. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes; 2015 [consultado 05/09/2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf;jsessionid=9DF3CB7CE9A44B6D549A88467A6D79ED?sequence=1
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo).* 2010; 8(1):102-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
17. Pereira A, Cruz-Melguizo S, Adrien M, Fuentes L, Marin E, Forti A, *et al.* Breastfeeding mothers with COVID-19 infection: a case series. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-020-00314-8>
18. Oncel MY, Akın IM, Kanburoglu MK, Tayman C, Coskun S, Narter F, *et al.*; Neo-Covid Study Group. A multicenter study on epidemiological and clinical characteristics of 125 newborns born to women infected with COVID-19 by Turkish Neonatal Society. *Eur J Pediatr.* 2021;180(3):733-742. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-020-03767-5>
19. Souza EFC, Pina OAA, Shimo AKK. Efeito de uma intervenção educativa para o aleitamento materno: ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3335. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3081.3335>
20. Marchiori GRS, Alves VH, Pereira AV, Vieira BDG, Rodrigues DP, Dulfe PAM, *et al.* Nursing actions in human milk banks in times of COVID-19. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 2):e20200381. English, Portuguese. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0381>
21. Chambers C, Krogstad P, Bertrand K, Contreras D, Tobin NH, Bode L, *et al.* Evaluation for SARS-CoV-2 in Breast Milk From 18 Infected Women. *JAMA.* 2020;324(13):1347-1348. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.15580>
22. Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Omer SB, McNeal MM, Roy E, Arifeen SE, *et al.* IgA and neutralizing antibodies to influenza A virus in human milk: a randomized trial of antenatal influenza immunization. *PLoS One.* 2013;8(8):e70867. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070867>
23. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395(10226):809-815. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
24. Liu W, Wang J, Li W, Zhou Z, Liu S, Rong Z. Clinical characteristics of 19 neonates born to mothers with COVID-19. *Front Med.* 2020;14(2):193-198. DOI:

*IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19:
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA*

- <http://dx.doi.org/10.1007/s11684-020-0772-y>
25. Fan C, Lei D, Fang C, Li C, Wang M, Liu Y, *et al.* Perinatal Transmission of 2019 Coronavirus Disease-Associated Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: Should We Worry? *Clin Infect Dis.* 2021 Mar 1;72(5):862-864. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa226>
 26. Martins-Filho PR, Santos VS, Santos HP Jr. To breastfeed or not to breastfeed? Lack of evidence on the presence of SARS-CoV-2 in breastmilk of pregnant women with COVID-19. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e59. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2020.59>
 27. Duran P, Berman S, Niermeyer S, Jaenisch T, Forster T, Gomez Ponce de Leon R, *et al.* COVID-19 and newborn health: systematic review. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e54. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>
 28. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6766. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17186766>
 29. Calil VMLT, Krebs VLJ, Carvalho WB. Guidance on breastfeeding during the Covid-19 pandemic. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2020;66(4):541-546. DOI: <http://dx.DOI.org/10.1590/1806-9282.66.4.541>
 30. 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.* 2020;11(1):5164. DOI: <http://dx.DOI.org/10.1038/s41467-020-18982-9>
 31. Mascarenhas VHA, Caroci BA, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. Recomendações assistenciais à parturiente, puérpera e recém-nascido durante a pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e 3359. DOI: <http://dx.DOI.org/10.1590/1518-8345.4596.3359>
 32. Miranda VSG, Rech RS, Maahs MAP, Berbert MCB, Almeida ST. Fonoaudiologia, amamentação e COVID-19: informações aos fonoaudiólogos. *CoDAS.* 2020;32(3):e20200124. DOI: <http://dx.DOI.org/10.1590/2317-1782/20192020124>

Recibido: 7 de septiembre de 2021
Aprobado: 10 de diciembre de 2021