



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

**FACULTAD DE CIENCIAS Y EL CUIDADO DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y MATRONERÍA
SEDE SANTIAGO**

**IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA ATENCIÓN DEL
PARTO HUMANIZADO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MUNDIAL, 2020-
2022.**

Tesina para optar al grado de licenciado de Obstetricia y Matronería.

Profesor guía Mg. Sergio Felipe Jara Rosales

Profesor tutor Dr. Carlos Godoy Guzmán

Estudiantes: Valentina Belén Carrasco Leyton
Diana Patricia Cepeda Quezada
Scarleth Cassidy Cortés Puen
Milenka Godoy Rojas
Dennis Alexis Navarrete Petit
Angela Tamara Orellana Tovar

Santiago, Chile.
2022

© Valentina Belén Carrasco Leyton; Diana Patricia Cepeda Quezada; Scarleth Kassidy Cortés Puen; Milenka Godoy Rojas; Dennis Alexis Navarrete Petit; Angela Tamara Orellana Tovar.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Santiago, Chile
2022

HOJA DE CALIFICACIÓN

En _____, el ___ de _____ de _____, los abajo firmantes dejan constancia
que las estudiantes

_____ de la
carrera o programa de _____, han aprobado la tesis para
optar al grado académico de _____ con una nota
de _____.

Académico evaluador

Académico evaluador

Académico evaluador

DEDICATORIA

Quiero agradecer a todos quienes me han acompañado durante todo este capítulo de mi vida, a mi tata a quien sin pensarlo dos veces le entrego este logro, quien me forjó como mujer y hoy en día sigue apoyándome, a mi mamá y abuelas, no podría describir qué haría sin cada una ellas pues son un pilar fundamental en mi vida y agradezco día a día poder tenerlas a mi lado, son un ejemplo para mí, y por último a mi pareja Isaac, sin duda la persona que más ha persistido en el camino y sin su apoyo incondicional a través del tiempo, palabras de ánimo cada vez que las necesite a lo largo de los años, no lo hubiese logrado, gracias por sostenerme y levantarme.

Finalmente, ¡Lo logramos equipo meses arduos e intensos que al fin ven la luz!

Valentina Belén Carrasco Leyton.

Agradezco a mis padres, por siempre motivarme a seguir adelante, especialmente en los momentos que quise abandonar este camino, a mi hermana por ser un pilar fundamental para mí a través de los años, a mi pareja Nicolas por darme un empujón cada vez que lo necesitaba y por ser el hombro donde puedo apoyarme siempre, y, por último, agradecer a mis amigas Scarleth y Valentina, compañeras de tesis, por su desempeño y trabajo, sin ellas, este proyecto no hubiese sido lo mismo.

Diana Patricia Cepeda Quezada.

Agradezco a mis padres y hermanos por darme la ayuda y camino para llegar a mi educación superior, a pesar de las dificultades que pasamos y todos los problemas que tuvimos en nuestras relaciones; los quiero, aunque nunca se los demuestre. También debo agradecer a mis amistades a lo largo de la vida que me ayudaron a enfocar mi rumbo y me apoyaron en mis sueños, sobre todo a mi compañera de tesina, Diana, quien desde primer año de universidad ha sido mi confidente y aliada incluso en los momentos difíciles para nuestra amistad. Sin embargo, todo esfuerzo se lo debo principalmente a mi abuela paterna, quien desde pequeña me quiso ver crecer de forma personal y creía en mí sin dudar; a pesar de que haya fallecido, siempre la honraré al cumplir su sueño de verme como una mujer profesional que pudo cumplir lo que se propuso en la vida a pesar de las controversias al igual que mi hermano pequeño, James, quien al nacer y tenerlo en mis brazos me hizo sentir fuerzas y ganas de ser cada vez mejor aun estando agotada, durmiendo 3 horas diarias o con el sentimiento de tener todo en contra. Siempre serán mis fuerzas diarias para superarme como persona y como futura profesional, les agradezco por ayudarme a ser quien soy y quien seré en mi vida.

Scarleth Cassidy Cortés Puen.

Ha terminado un largo camino y no puedo dejar de agradecer a mi padre y a mi madre por haberme apoyado incondicionalmente en este proceso de altos y bajos, cada día me siento bendecida por la familia que tengo y por su presencia constante en todo el proceso de la carrera, además de siempre estar aconsejándome para poder optar a lo mejor. Me han enseñado a ser perseverante y a luchar por mis sueños, por esto mismo es que les quiero dedicar este gran logro. También agradecer a todo mi círculo familiar y de amistades, que continuamente me han estado animando para poder sacar esto adelante de la mejor manera y por siempre estar.

Milenka Godoy Rojas.

Agradezco inicialmente a mis padres por darme la posibilidad de estudiar la carrera que siempre quise, agradezco a mi abuela por darme su apoyo y siempre estar presente para mí en cada momento, agradezco a mi pareja Matías por las infinitas palabras de aliento que me da cada día y por ser mi soporte cuando las cosas se vienen abajo. Agradezco a Iván Petit, por todo el amor y apoyo que incondicionalmente me dio, cada uno de mis esfuerzos y logros siempre serán dedicados a él.

Dennis Alexis Navarrete Petit.

Se termino una etapa y agradezco inicialmente a mi madre y padre, que sin ellos esto no hubiera sido posible, gracias por siempre darme aliento en los momentos que más sentía frustración y cansancio, e inculcarme la responsabilidad y esfuerzo para lograr todo lo que me proponga, esto es para y gracias a ustedes padres. También agradecer a mis amistades por siempre recordarme que era capaz de lograrlo y me escucharon en los momentos más agotadores de esta etapa, gracias por estar.

Angela Tamara Orellana Tovar.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
“La primera y última pandemia”	5
“Inicios pandemia COVID-19”	5
Maternidades y COVID-19	7
Cambios protocolares a nivel mundial	7
Rol matronil	11
OBJETIVOS	13
1.1 Objetivo general:	13
1.2 Objetivos específicos:	13
METODOLOGÍA	14
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIÓN	53
REFERENCIAS	54
ANEXOS	61

INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Bases de datos y enfoque metodológico de los artículos.	17
Figura 1. Flujograma, metodología de revisión bibliográfica sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado.	18
Tabla 2. Protocolos implementados en España.	20
Tabla 3. Protocolos implementados en Estados Unidos (Centro médico Cedars Sinai)	21
Tabla 4. Protocolos implementados en América latina (Argentina, Colombia, Ecuador, Guinea Ecuatorial, Honduras, Perú, República Dominicana)	22
Tabla 5. Protocolos implementados en Reino Unido.	23
Tabla 6. Protocolos implementados en Kenia.	23
Tabla 7. Protocolos implementados en Estados Unidos (Centro Terciario Westchester).	25
Tabla 8. Protocolos implementados en China.	26
Tabla 9. Protocolos implementados en China (Centro Hospitalario Taiwán).	27
Tabla 10. Protocolos implementados en Polonia.	28
Tabla 11. Protocolos implementados en EE. UU, New York (4 Centros Terciarios).	29
Tabla 12. Protocolos implementados en Rusia.	31
Tabla 13. Experiencias y/o percepciones de las usuarias, según los protocolos implementados en cada país.	44

RESUMEN

Introducción: Durante el año 2019, enfrentamos la pandemia provocada por el virus SARS-COV-2, afectando el área hospitalaria, la que se vio obligada a adaptar sus protocolos para poder brindar una atención óptima y segura. Los nuevos protocolos implementados impactaron sobre las experiencias de las usuarias en el área de maternidad, debido a que en términos generales los lineamientos del parto humanizado podrían haber sido transgredidos. **Objetivo:** Analizar la literatura científica publicada a nivel mundial entre los años 2020-2022 sobre el impacto de la pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2) en la atención del parto humanizado. **Metodología:** Investigación de revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos. Bases de datos: EBSCO, PUBMED, Web of Science y Scielo. Palabras claves: “Infecciones por coronavirus”, “Centros de asistencia al embarazo y al parto”, “Parto humanizado”, “Pandemias” y “Trabajo de parto”. Operadores booleanos: “AND” y “OR”. Filtros: Artículos publicados entre los años 2020-2022, artículos originales y revisiones y artículos en inglés y español. **Resultados:** Se seleccionaron 22 artículos, se separaron en protocolos implementados en pandemia por COVID-19 y experiencias vividas por las usuarias. En términos generales los protocolos y las experiencias estudiadas se dividieron en las siguientes etapas: ingreso al establecimiento, acompañamiento y atención en pre-parto, atención del parto, apego inmediato durante la primera hora de vida, lactancia, acompañamiento y visitas en el área de puerperio y tiempo de estancia hospitalaria. **Conclusión:** Los recintos hospitalarios estudiados adoptaron protocolos para la prevención del contagio del COVID-19, y en su mayoría no se tomaron en consideración los aspectos básicos para brindar una atención integral basada en la humanización del parto. Los nuevos protocolos impactaron directamente en las experiencias de las usuarias e interfirieron en la toma de decisiones. **Palabras claves:** Parto humanizado; Protocolos; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: During 2019, we faced the pandemic caused by the SARS-COV-2 virus, affecting the hospital area, which was forced to adapt its protocols in order to provide optimal and safe care. The new protocols implemented had an impact on the experiences of users in the maternity area, because in general terms the guidelines of humanized childbirth could have been transgressed. **Objective:** To analyze the scientific literature published worldwide between 2020-2022 on the impact of the COVID-19 (SARS-CoV-2) pandemic on humanized childbirth care. **Methodology:** narrative literature review research based on scientific articles. Databases: EBSCO, PUBMED, Web of Science and Scielo. Keywords: "Coronavirus infections", "Pregnancy and childbirth centers", "Humanized childbirth", "Pandemics" and "Labor". Boolean operators: "AND" and "OR". Filters: Articles published between 2020-2022, original articles and reviews, and articles in English and Spanish. **Results:** 22 articles were selected, separated into protocols implemented in pandemic by COVID-19 and experiences lived by users. In general terms, the protocols and experiences studied were divided into the following stages: admission to the facility, accompaniment and care in pre-partum, delivery care, immediate attachment during the first hour of life, breastfeeding, accompaniment and visits in the puerperium area and length of hospital stay. **Conclusion:** The hospitals studied adopted protocols for the prevention of COVID-19 infection, and most of them did not take into consideration the basic aspects for providing comprehensive care based on the humanization of childbirth. The new protocols had a direct impact on users' experiences and interfered with decision making. **Keywords:** Humanized childbirth; Protocols; COVID-19.

INTRODUCCIÓN

“La primera y última pandemia”

En la historia de la humanidad, se han registrado muchas emergencias sanitarias que han provocado crisis en la salud pública. Una de las más mortales fue la peste bubónica causada por la bacteria “*Yersenia Pestis*” a través de la zoonosis, es decir, transmitida de un animal al ser humano, siendo ésta la responsable de 3 pandemias a lo largo de la historia. Durante el siglo XVII, causó más de 100.000 muertes en toda Inglaterra, donde en el pueblo de Eyam, provocó la muerte del 80% de la población en sólo 14 meses de la peste (Romero Reveron, 2020). La principal medida para manejar esta pandemia fue la autocuarentena, ya que no existían tratamientos farmacéuticos precisos para el control de ella. Además, se buscaron otras estrategias de control de la enfermedad como el aislamiento, cordones sanitarios, certificados de salud emitidos a los barcos, fumigación, desinfección y regulación de los grupos de personas que se creía que eran responsables de propagar la infección (Romero Reveron, 2020).

“Inicios pandemia COVID-19”

A fines del 2019, ocurrió algo similar a lo ya relatado; se notificaron casos de una neumonía sin etiología conocida en un grupo de personas en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China; lo único en común en este grupo, fue haber consumido alimentos en un mercado de Wuhan (Ramírez Olivencia y otros, 2020). Esta infección causó brotes de enfermedad respiratoria grave similar al Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), requiriendo ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y una alta mortalidad. Las autoridades chinas identificaron este caso de neumonía sin etiología como una nueva cepa de coronavirus (actualmente llamado SARS-CoV-2), siendo aislado el 7 de enero del 2020. Esto no evitó la propagación, ya que se iban notificando nuevos casos en distintas localidades de China e incluso otros países. El 30 de enero de

2020 ya existían 7.818 casos confirmados, donde 1.370 de esos casos eran severos y donde ya se había provocado la muerte de 170 personas a causa del virus, por lo que la OMS declaró el brote como una emergencia de salud pública de interés internacional (Ramírez Olivencia y otros, 2020).

El inicio de esta nueva pandemia requirió la implementación de varias medidas para proteger a los habitantes y funcionarios de salud contra el virus, tales como (Appelman y otros, 2022):

- Evitar los apretones de manos.
- Lavado de manos continuos.
- Estornudar en el pliegue del codo.
- Uso de mascarilla.
- Toque de queda.
- Confinamiento nacional.

La propagación incontenible de SARS-CoV-2 creó una necesidad de reajuste logísticos, organizativos y de gestión a nivel hospitalario, quienes tuvieron que responder de forma inesperada por el aumento de demanda en la atención, creando un colapso de casos clínicos y por consecuencia el retraso de la actividad médica (Voza y otros, 2021). Durante julio y agosto de 2020, los niveles de ocupación hospitalaria alcanzaron los niveles más altos, afectando a los principales hospitales de cada ciudad, en donde, por la alta cantidad de admisión de pacientes COVID-19, colapsaron, provocando caos y disfuncionalidad, lo que a su vez provocó la infección de sus trabajadores durante el ejercicio de sus funciones profesionales (Castro Trujillo & Castro Méndez, 2020). Por consiguiente, los centros hospitalarios se vieron obligados a habilitar nuevos espacios dentro de los mismos, comenzaron a limitar el acceso a los usuarios y a atender a un gran número de personas en circunstancias inciertas, lo que pudo haber contribuido a que los usuarios tuvieran una percepción negativa ante la calidad de la atención médica (Sevillano Triguero & Estrada Arráez, 2022). Todos estos cambios fueron realizados con el objetivo de que el sistema sanitario se adaptará rápidamente al contexto de salud, mediante el cumplimiento de requisitos para prevenir la transmisión del virus causado por

SARS-CoV-2 (Wilson y otros, 2021). Los cambios antes mencionados también afectaron a la atención en diversas maternidades, tanto en los proveedores de la atención a nivel mental y organizacional (Appelman y otros, 2022).

Maternidades y COVID-19

Antes de la aparición de este nuevo virus, en Países Bajos la atención del parto la realizaban matronas bajo la supervisión de médicos-obstetras, junto a estudiantes de obstetricia, quienes atendían a gestantes con factores de riesgo o complicaciones al ser referidas por las matronas comunitarias, las cuales atendían a gestantes de bajo riesgo (Appelman y otros, 2022). Se trataba de ejercer la atención del parto en el contexto de humanización, lo que contemplaba el respeto de las opiniones y necesidades emocionales de la mujer como de su familia, incentivando a la mujer como protagonista de su proceso, evitando las prácticas e intervenciones innecesarias (Macías y otros, 2018) y garantizando los derechos sexuales y reproductivos a través de la implementación de servicios médicos basados en la evidencia científica para todas las usuarias sin distinción (Massó Guijarro & Triviño Caballero, 2020). No obstante, durante la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2), las restricciones y limitaciones dentro del área hospitalaria, específicamente en el área de maternidad, no se pudo garantizar completamente la atención del parto humanizado (Appelman y otros, 2022).

Cambios protocolares a nivel mundial

La implementación de cambios dentro del área de maternidad en el territorio norteamericano fue reducir el número de visitas y reducir la duración de estas, realización de controles prenatales y postparto mediante plataformas virtuales, solicitando que las usuarias mantuvieran sus propios registros y toma de signos vitales. Por otra parte, las parejas y doulas fueron totalmente excluidas en algunos hospitales, y en otros, se vio la necesidad de elegir entre una u otra (Davis Floyd y otros, 2020).

En Chile, según la "Guía de atención de mujeres embarazadas con sospecha de infección por SARS-CoV-2" se sugiere acortar el trabajo de parto en mujeres infectadas para disminuir el agotamiento, además se recomendaba el aislamiento del recién nacido mínimo 14 días, tiempo donde tampoco se promovió la lactancia materna. El ministerio de Salud demoró aproximadamente 4 meses desde el inicio de la pandemia en el país en establecer protocolos sobre la atención en la maternidad, ya que antes de esto el Servicio de Salud y cada maternidad respondía a la pandemia según sus recursos disponibles y las decisiones de cada establecimiento. En el transcurso de la pandemia, el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile comunicó que el 46% de los hospitales públicos suspendieron totalmente el acompañamiento en el trabajo de parto, en cambio en las clínicas privadas del país esta situación no ocurría (Leiva y otros, 2021).

Por otro lado, en Países Bajos, se realizó la reducción del número de visitas prenatales en APS de 13 a 7 visitas en embarazos de término, sin embargo, se mantuvo la toma de las 2 ecografías necesarias en el embarazo. También, algunos hospitales prohibieron los partos ambulatorios de bajo riesgo, dejando a las gestantes con la opción de tener un parto en casa o tener el parto en atención secundaria (Appelman, y otros, 2022). Este tipo cambios realizados en los Países Bajos generó cierta desconfianza de las gestantes y sus acompañantes sobre el centro de salud, al igual que otras medidas como el distanciamiento de su recién nacido en el caso de ser sospecha de COVID-19 (+), lo que llevó a las mujeres a sentir temor para acercarse a los servicios de maternidad por el mismo riesgo de contraer el virus (Appelman y otros, 2022).

En Chile, estas consecuencias fueron similares, las mujeres COVID-19 (+) se vieron limitadas por las restricciones que implicaba estar contagiadas, lo que aumentó la ansiedad y angustia. Sin embargo, estos sucesos se trataron de revertir por los profesionales de salud para tratar de brindar una atención óptima a las usuarias, uno de estos intentos fue la creación de una cuenta de Instagram para realizar visitas virtuales, donde 10 matronas se encargaron de la comunidad de manera continua, no obstante, aún requiere mayor fortalecimiento, ya que sería una gran medida para aliviar la salud mental materna (Leiva y otros, 2021). Al igual que en Chile, las mujeres australianas

vivieron la ansiedad y temor, por lo que ellas optaron por el parto en casa para sentir la atención respetuosa y enfocada a ellas, además de poder sentir el apoyo directo de sus acompañantes en su proceso de parto (Wilson y otros, 2021).

“Humanización en salud y parto humanizado”

La humanización en salud es una estrategia de valorización de la dignidad humana y producción del cuidado, basada en el respeto a la individualidad. Representa una mirada ampliada sobre el ejercicio de la ética para sensibilizar a los profesionales de la salud, reflexionar atentamente, con conocimiento científico, para acoger y respetar (Silveira Leal y otros, 2021), esta constituye un foco de interés social, transformándose en una estrategia que permite incrementar el bienestar de los usuarios. En salud de la mujer, el cuidado humanizado, tiene especial importancia en la atención del parto (Borges Damas y otros, 2018).

La humanización del parto se presenta como un conjunto de prácticas y acciones discutidas en línea con las mujeres, con el fin de promover el papel y empoderamiento de la mujer, en armonía, teniendo en cuenta su estado emocional, sus creencias, dignidad y autonomía, con el fin de mejorar la asistencia en el trabajo de parto y nacimiento (Silveira Leal y otros, 2021). Humanizar el cuidado es reconocer la individualidad y establecer un vínculo con cada mujer, a partir de la percepción de sus necesidades y demanda. Significa no permitir relaciones desiguales y autoritarias (Silveira Leal y otros, 2021).

Dentro de los autores estudiados que centran sus análisis con el enfoque de la humanización de la atención del parto, se evidencian ciertos elementos coincidentes (Borges Damas y otros, 2018):

- Humanizada, basada en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia.

- Basada en Evidencia Científica y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Enfoque Intercultural.
- Realizada por personal calificado y conducida por la mujer con autonomía y libertad.
- Respeto a los derechos humanos, reproductivos, a la cultura, rituales y conocimientos ancestrales.
- Visión del parto como un hecho fisiológico.
- Vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
- Respeto de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán en el parto, a su privacidad, dignidad y confidencialidad.
- Cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.

Para lograr una atención basada en estos elementos, es importante disminuir prácticas rutinarias durante el trabajo del parto (Borges Damas y otros, 2018). Debemos recordar que ningún procedimiento debería existir simplemente por la comodidad del personal hospitalario. El parto humanizado, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la mujer y para servir sus necesidades individuales (Borges Damas y otros, 2018). Por lo tanto, el personal de Matronería debe fomentar actividades que generen confianza y disminuyan el estrés en la mujer; para ello es necesario elaborar y aplicar cuidados que contribuyan o mejoren la atención perinatal (Borges Damas y otros, 2018). El objetivo, por lo tanto, es evitar acciones tecnocráticas, intervencionistas, innecesarias y extemporáneas, en defensa de prácticas basadas en evidencias científicas comprometidas con el bienestar de la mujer, el recién nacido y la familia, así como con la reducción de la mortalidad materna y neonatal (Silveira Leal y otros, 2021). Promover prácticas con base científica ha demostrado ser útil y seguro, lo que incluye, por ejemplo, no exceder el número de cesáreas, respetar la intimidad en el lugar del parto, apoyo efectivo de parte del personal de salud, respetar la elección de los acompañantes durante el parto, libertad de posición y movilidad durante el trabajo de parto, evitar el uso de fármacos de forma innecesaria, etc (Jímenez Hernández & Peña Jaramillo, 2018).

El resultado de este fenómeno integrador incluye la incorporación de un conjunto de cuidados, medidas y actividades que ofrecen a las mujeres la posibilidad de vivir experiencias del trabajo de parto y del parto como experiencias fisiológicas con resultados positivos (Silveira Leal y otros, 2021), con una autonomía que va más allá de la visión limitante del biologicismo, al observar de cerca las prácticas que valoran el papel de la mujer en sus decisiones, reduciendo así, la negligencia, la violencia obstétrica y el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal (Silveira Leal y otros, 2021).

Rol matronil

Bajo el contexto de humanización de la atención, las matronas y matrones tienen un rol importante, ya sea durante el periodo perinatal, como también, durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. Durante el embarazo el papel de la matrona es de escuchar a la mujer, seguir el embarazo, realizar educación y preparar a los acompañantes tanto física como emocionalmente para el proceso (Manjon Hernández, 2021).

Una vez iniciado el trabajo de parto se continúa con el cuidado personalizado, promoviendo el seguimiento de un parto fisiológico y acompañando las necesidades de la madre (Manjon Hernández, 2021), en este sentido, las matronas y matrones son profesionales indispensables en la atención obstétrica calificada y en la implementación de cuidados con prácticas que humanicen el parto y nacimiento (Silveira Leal y otros, 2021). La partería se centra en fomentar el sentido de confianza y seguridad de la mujer a través de una relación de confianza dentro de la cual se respetan las actitudes, los valores y creencias de la mujer de manera primordial, de esta manera, se puede fortalecer y mejorar la autonomía y singularidad en el entorno del parto con una mirada ampliada a las necesidades individuales y multidisciplinarias de las mujeres que se encuentran en proceso de parto (Silveira Leal y otros, 2021).

Mientras la matrona acompaña, en su mente tiene presente las posibles complicaciones y el cómo resolverlas. Es la primera persona al lado de la mujer en caso de emergencia, así que debe tener el conocimiento y las habilidades técnicas para resolverlas, además de habilidades de comunicación con el resto del equipo para que este proceso sea más ágil y tenga mejores resultados (Manjon Hernández, 2021). La matrona será la encargada de acompañar y respetar a la madre en sus decisiones, informando en todo el momento del proceso, tanto si se desarrolla con normalidad como si se complica (Manjon Hernández, 2021).

El siguiente trabajo busca exponer los cambios y reajustes que se realizaron a nivel sanitario (área de maternidad) durante la pandemia por COVID-19 y el eventual impacto sobre la experiencia de la usuaria. Además, planteamos que los nuevos protocolos instaurados podrían haber transgredido los lineamientos del parto humanizado sugeridos por la OMS. Según los antecedentes antes mencionados, nos hemos planteado la siguiente pregunta:

¿Cómo impactó la pandemia provocada por el COVID-19 (SARS-CoV-2) en la atención del parto humanizado, según la literatura científica en el mundo publicada entre los años 2020-2022?

OBJETIVOS

1.1 Objetivo general:

Analizar la literatura científica publicada a nivel mundial entre los años 2020-2022 sobre el impacto de la pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2) en la atención del parto humanizado.

1.2 Objetivos específicos:

- Determinar de acuerdo con lo descrito en la literatura científica los protocolos establecidos ante la emergencia sanitaria por COVID 19 en el área de la maternidad.
- Identificar en términos generales el impacto de la pandemia por COVID 19 sobre la percepción de las usuarias en su experiencia de parto humanizado.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa a base de artículos científicos procedentes de diferentes bases de datos, relacionadas con la humanización del parto durante la pandemia por COVID-19, con el objetivo de reunir información veraz sobre los distintos cambios y repercusiones que han influido en el parto humanizado.

Para la búsqueda de esta investigación se utilizaron las siguientes bases de datos: EBSCO, PUBMED, Web of Science y Scielo. Se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) más determinantes relacionados a la investigación, destacando: “coronavirus infections”, “birthing centers”, “humanizing delivery”, “pandemics” y “labor, obstetric” Los descriptores en español son: “infecciones por coronavirus”, “centros de asistencia al embarazo y al parto”, “Parto humanizado”, “pandemias” y “trabajo de parto”. Se aplicaron los operadores booleanos “AND” y “OR” en conjunto a las palabras claves con el fin de abarcar de manera más precisa la búsqueda.

Las combinaciones utilizadas dentro de las bases de datos fueron las siguientes: “Humanizing delivery AND pandemics OR coronavirus infections”, “birthing centers AND pandemics” y “Labor, obstetric AND coronavirus infections”. Las combinaciones en español son: “Parto humanizado AND pandemias OR infecciones por coronavirus”, “Centros de asistencia al embarazo y al parto AND pandemias” y “Trabajo de parto AND infecciones por coronavirus”.

Para encontrar una búsqueda más detallada y específica en las bases de datos se utilizaron filtros como:

- Artículos publicados entre los años 2020-2022.
- Artículos originales y revisiones.
- Artículos en inglés y español.

Para delimitar los resultados de búsqueda a textos que aporten información precisa al tema, se aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos referidos al manejo y control del parto en contexto de pandemia (SARS-CoV-2).
- Artículos que se refieren al concepto de humanización del parto en contexto de pandemia por COVID-19 (SARS- CoV-2).
- Artículos referidos a la implementación de protocolos que se crearon para la atención del preparto, parto y postparto durante la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2).
- Artículos que se refieren al inicio de la pandemia y las medidas de control dentro del área de la maternidad.
- Artículos que se refieren a efectos psicológicos en el postparto durante la pandemia COVID-19.
- Artículos que se refieren a protocolos del recinto hospitalario y del área de la maternidad durante la pandemia por COVID-19.
- Artículos que hacen referencia al manejo del preparto, parto y postparto para gestantes infectadas por COVID-19.
- Artículos que se refieren a los cambios en el plan de parto debido a la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2).
- Artículos que se refieren a la percepción de las usuarias en el proceso de atención del preparto, parto y postparto en contexto de la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2).

Criterios de exclusión:

- Se descartaron artículos repetidos en las bases de datos.
- Se descartan artículos donde se refiere al impacto de la pandemia de COVID-19 en los profesionales de salud.
- Se descartan artículos donde mencionen el manejo de la atención del parto en gestantes con patologías crónicas en la pandemia de COVID-19.
- Se descartan artículos que mencionen la transmisión vertical de COVID-19 con énfasis hacia el recién nacido.

- Se descartan artículos que estén enfocadas en controles prenatales y postnatales durante la pandemia COVID-19.
- Se descartan artículos que se refieran a la propagación del virus COVID-19.

Base de datos	Combinaciones	Número de papers	Número de papers seleccionados
Pubmed	Humanizing delivery AND pandemics OR coronavirus infections.	452	3
	Birthing centers AND pandemics.	11	3
	Labor, obstetric AND coronavirus infections.	149	8
	Parto humanizado AND pandemias OR infecciones por coronavirus.	3	0
	Centros de asistencia al embarazo y al parto AND pandemias.	0	0
	Trabajo de parto AND infecciones por coronavirus.	0	0
	Ebscohost	Humanizing delivery AND pandemics OR coronavirus infections.	43
Birthing centers AND pandemics.		7	1
Labor, obstetric AND coronavirus infections		19	1
Parto humanizado AND pandemias OR infecciones por coronavirus.		14	0
Centros de asistencia al embarazo y al parto AND pandemias.		14	0
Trabajo de parto AND infecciones por coronavirus.		2	0
Web Of Science	Humanizing delivery AND pandemics OR coronavirus infections.	503	2

	Birthing centers AND pandemics.	148	2
	Labor, obstetric AND coronavirus infections	35	2
	Parto humanizado AND pandemias OR infecciones por coronavirus	5	0
	Centros de asistencia al embarazo y al parto AND pandemias.	0	0
	Trabajo de parto AND infecciones por coronavirus.	0	0
Scielo	Humanizing delivery AND pandemics OR coronavirus infections.	1	0
	Birthing centers AND pandemics.	0	0
	Labor, obstetric AND coronavirus infections	0	0
	Parto humanizado AND pandemias OR infecciones por coronavirus	0	0
	Centros de asistencia al embarazo y al parto AND pandemias.	0	0
	Trabajo de parto AND infecciones por coronavirus.	1	0
		Total: 1.407	Total: 22

Tabla 1.

Bases de datos y enfoque metodológico de los artículos.

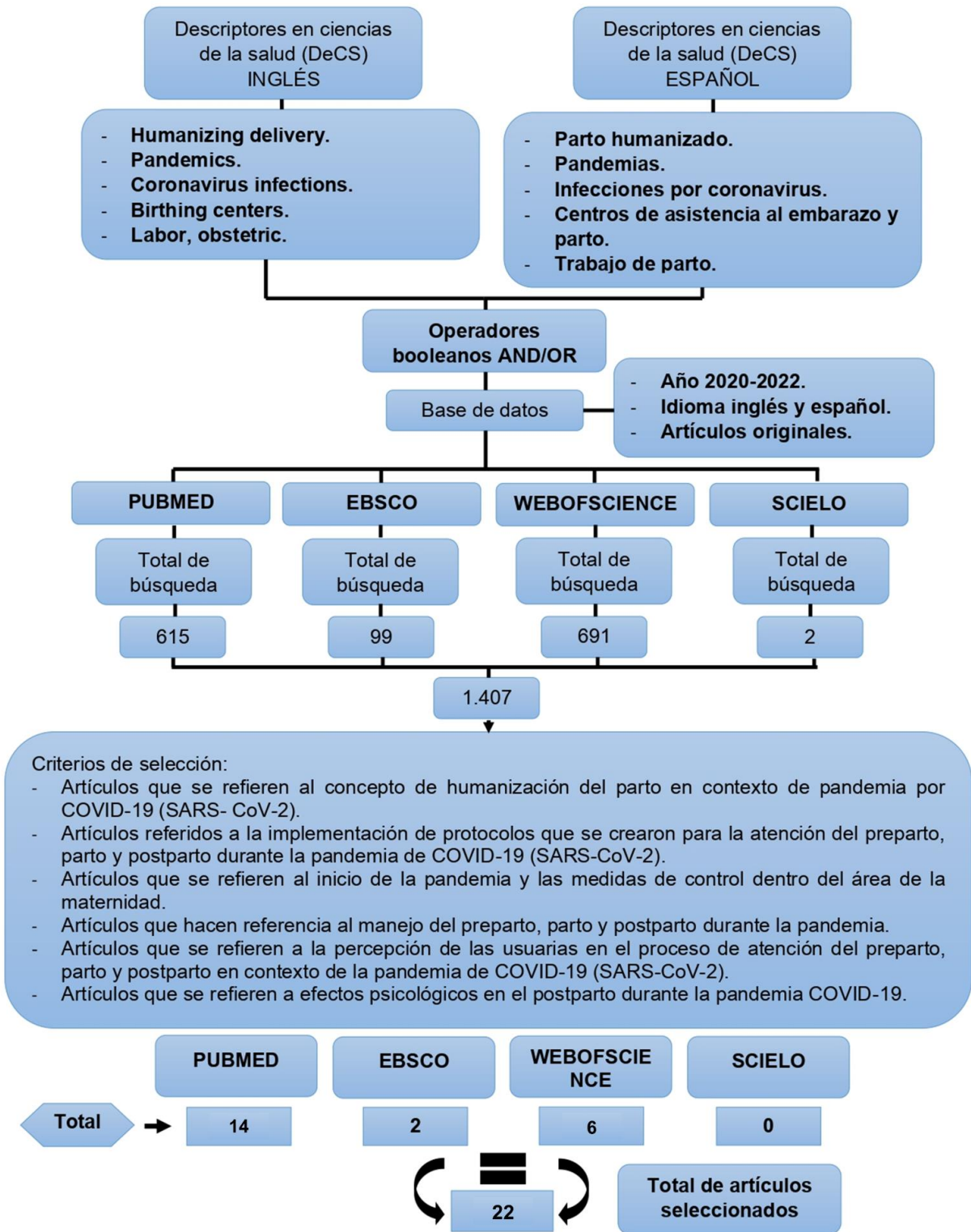


Figura 1.

Flujograma, metodología de revisión bibliográfica sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado.

RESULTADOS

Las siguientes tablas, tienen por objetivo presentar los diversos protocolos implementados en la unidad de maternidad en distintos países del mundo durante la emergencia sanitaria por COVID-19. En este contexto, con el objetivo de facilitar la comprensión y análisis de estos artículos hemos realizado una subdivisión por país y protocolos. A su vez los protocolos identificados se han dividido de acuerdo con las siguientes etapas: ingreso al establecimiento, acompañamiento en parto, atención del parto, apego inmediato, lactancia, acompañamiento durante el puerperio y los tiempos de estadía hospitalaria.

Protocolos	España
Ingreso al establecimiento	No menciona.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	- 17/50 (34%) usuarias pudieron ser acompañadas por una persona de apoyo a elección.
Atención del parto	No menciona.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	- 18/50 (36%) usuarias se les permitió tener contacto piel a piel durante la primera hora de vida del recién nacido.
Lactancia	- 19/50 (38%) usuarias pudieron amamantar a su recién nacido durante la primera hora de vida. - 10/50 (20%) usuarias encuestadas se les permitió la extracción de leche materna para entregárselas a su recién nacido. - 23/50 (46%) de las usuarias señalaron haber recibido apoyo de un profesional de salud en la lactancia.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	- 49/50 (98%) usuarias pudieron estar en conjunto con su recién nacido durante su estancia en el centro de salud. - 45/50 (90%) usuarias pudieron elegir su acompañante durante la estancia hospitalaria.

Tiempos de estancia hospitalaria	No menciona.
Fecha de implementación de protocolos	Mayo, 2020
Referencias	Muñoz Amat, B., Pallás Alonso, C. R., & Hernández Aguilar, M. T. (2021). <i>Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain</i> . International Breastfeeding Journal. https://doi.org/10.1186/s13006-021-00407-y

Tabla 2.

Protocolos implementados en España.

Protocolos	Estados Unidos (Centro médico Cedars Sinai)
Ingreso al establecimiento	No menciona.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	- Se permitió el ingreso de 1 persona de apoyo elegida por la usuaria.
Atención del parto	- En la sala de parto se redujo el personal a 10 personas como máximo.
Apego inmediato en la primera hora de vida	- Usuarías con sospecha de COVID-19 o COVID-19 (+) se les aconsejó la separación temporal del recién nacido.
Lactancia	No menciona.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	No menciona.
Tiempos de estancia hospitalaria	- En promedio la estancia hospitalaria de partos por vía vaginal fue de 1 día y en cesáreas el promedio fue de 2 días.
Fecha de implementación de protocolos	Abril-Mayo, 2020
Referencias	Greene, N., Kilpatrick, S., Wong, M., Ozimek, J., & Naqvi, M. (2020). <i>Impact of labor</i>

	<i>and delivery unit policy modifications on maternal and neonatal outcomes during the coronavirus disease 2019 pandemic. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100234</i>
--	--

Tabla 3.

Protocolos implementados en Estados Unidos (Centro médico Cedars Sinai).

Protocolos	América latina (Argentina, Colombia, Ecuador, Guinea Ecuatorial, Honduras, Perú, República Dominicana)
Ingreso al establecimiento	No menciona.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	- 82/86 (95,3%) usuarias con COVID-19 (+) no se les permitió el ingreso de su acompañante.
Atención del parto	No menciona.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	- 59/78 (75,6%) usuarias COVID-19 (+) no se les permitió el contacto piel a piel y el alojamiento en conjunto al recién nacido.
Lactancia	- 19/78 (24,3%) usuarias COVID-19 (+) se les permitió dar lactancia materna de manera directa con uso de equipos de protección personal.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	- 82/86 (95,5%) usuarias COVID-19 (+) no se les permitió el ingreso de ningún acompañante durante su estancia hospitalaria.
Tiempos de estancia hospitalaria	- 59/78 (75,6%) usuarias encuestadas no se les permitió la estancia junto a su recién nacido. - 78/84 (92,8%) de los recién nacidos fueron dados de alta en conjunto a su madre.
Fecha de implementación de protocolos	Marzo-Mayo, 2020
Referencias	Sola, A., Rodríguez, S., Cardetti, M., & Dávila, C. (2020). <i>COVID-19 perinatal en América Latina</i> . Revista Panamericana de Salud Pública. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.47

Tabla 4.

Protocolos implementados en América latina (Argentina, Colombia, Ecuador, Guinea Ecuatorial, Honduras, Perú, República Dominicana).

Protocolos	Reino unido
Ingreso al establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Se les solicitó a las usuarias una prueba de reacción en cadena polimerasa (PCR) 3 días previos al ingreso y también 1 al ingreso. - Se les solicitó mantener distanciamiento social y medidas de higiene 14 días previos al ingreso. - Se solicitó prueba de reacción en cadena polimerasa (PCR) al acompañante al ingreso al área de maternidad.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Se les permitió a las usuarias 1 acompañante a elección y además el apoyo personalizado de una doula.
Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó toma de temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación hasta confirmar el trabajo de parto. Luego se continuó con observaciones y monitorización estándar cada 1 hora. - Aumentaron las tasas de cesárea e inducción por disponibilidad de personal. - Se indicó uso de equipos de protección personal en el trabajo de parto temprano (mascarilla quirúrgica, guantes desechables, delantal antilíquido, antiparras). - Las usuarias pudieron elegir el no usar mascarilla durante el período del parto. - Se indicó mantener el manejo del dolor con medidas no farmacológicas (cambios de posición, técnicas de relajación y respiración, masajes, uso de piscinas y libertad de movimiento).
Apego inmediato durante la primera hora de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Se permitió contacto piel a piel en la mayoría de las usuarias. - Todas las usuarias independientes de su condición pudieron permanecer con su recién nacido y practicar apego piel a piel.
Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> - Las madres estuvieron autorizadas a dar lactancia materna a pesar de haber sido COVID-19 (+), no obstante, esto debía ser con medidas de higiene apropiadas.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	<ul style="list-style-type: none"> - Se les permitió a las usuarias un acompañante a elección solo en usuarias COVID-19 (-).
Tiempos de estancia hospitalaria	No menciona.
Fecha de implementación de	Marzo-Mayo, 2020

protocolos	
Referencias	Rossie Davie, M., Brodrick, A., Randall, W., Kerrigan, A., & McSherry, M. (2021). <i>Labour and birth</i> . Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.03.011

Tabla 5.

Protocolos implementados en Reino Unido.

Protocolos	Kenia
Ingreso al establecimiento	No menciona.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	- Se limitó el número de familiares que acompañan a las usuarias.
Atención del parto	No menciona.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	- Se indicó la separación de las mujeres con COVID-19 (+) de su recién nacido.
Lactancia	No menciona.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	No menciona.
Tiempos de estancia hospitalaria	- El recién nacido de madre COVID-19 (+) debió quedar aislado de otros bebés para así detener la propagación de COVID-19 en las salas de recién nacidos.
Fecha de implementación de protocolos	No menciona.
Referencias	Kimani, R., Maina, R., Shumba, C., & Shaibu, S. (2020). <i>Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: re-contextualising the community midwife contextualising the community midwifery model</i> . Human Resources for Health. https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12960-020-00518-3

Tabla 6.

Protocolos implementados en Kenia.

Protocolos	Estados Unidos (Centro terciario Westchester)
Ingreso al establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Al ingreso se debía cumplir las medidas estándar de la pandemia (higienización de manos, uso de equipo de protección personal y educación del uso correcto de estos), se aplicó un cuestionario para detección de síntomas asociados al COVID-19 a la usuaria y al acompañante. - Además se realizó una prueba de reacción en cadenas (PCR) al ingreso a la unidad.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	<ul style="list-style-type: none"> - En un comienzo de la pandemia se prohibieron los acompañantes durante el trabajo de parto, luego el Departamento de salud de New York indicó que era obligación permitir el ingreso de una persona de apoyo en este proceso, sin embargo, si esta persona presentaba algún síntoma asociado al COVID-19 debía abandonar el hospital, teniendo la posibilidad de que la usuaria pudiera optar por otra persona de apoyo.
Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> - A las usuarias COVID-19 (+) se les designó una sala de parto con presión negativa en la unidad y/o sala de parto equipada con filtro High Efficiency Particle Arresting (HEPA) - El personal de salud que atendió a la usuaria COVID-19 (+) debía utilizar mascarilla N95, batas impermeables y gafas protectoras durante la segunda etapa del trabajo de parto. - Se les permitió el ingreso de un acompañante a las usuarias COVID-19 (-) a la sala de parto. - En usuarias COVID-19 (+) no se practicó el pinzamiento tardío de cordón umbilical.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	<ul style="list-style-type: none"> - A usuarias COVID-19 (+) se les sugirió la separación del recién nacido y traslado a una habitación de aislamiento, pero se recomendó tomar estas decisiones evaluando caso por caso.
Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> - En usuarias COVID-19 (+) se les permitió amamantar, pero debían usar mascarilla de procedimiento y evitar el contacto piel a piel directo con el recién nacido para así prevenir el contagio.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	<ul style="list-style-type: none"> - Durante la primera etapa de la pandemia la persona de apoyo seleccionada por la usuaria sólo podía permanecer 2 horas luego del parto y luego debía abandonar el hospital. Luego la evidencia permitió que este acompañante permaneciera en conjunto con la usuaria hasta que fuera dada de alta.
Tiempos de estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> - A usuarias COVID-19 (+) se les permitió el alojamiento en conjunto al recién nacido si ambos presentaban buenas condiciones de salud. Si la madre infectada no podía cuidar a su bebe, se llevaba al recién nacido a una sala aislada. - Al recién nacido se le realizó un test de antígenos a las 24 horas de vida. - Se formuló un plan para el alta hospitalaria temprana, en casos clínicamente

	estables, el alta para un parto por vía vaginal era a las 24 horas y 48 horas para las cesáreas.
Fecha de implementación de protocolos	Enero-Abril, 2020
Referencias	Kumaraswami, S., Pradhan, T., Vrabie Wolf, S., Lodhi, S., Rajendran, G., Tedjarati, S., & Grimes, C. (2020). <i>Response of an Obstetric Unit during the Coronavirus Disease of 2019 (COVID-19) Pandemic: Experiences from a Tertiary Care Center</i> . American Journal of Perinatology Reports. https://doi.org/10.1055/s-0040-1716731

Tabla 7.

Protocolos implementados en Estados Unidos (Centro Terciario Westchester).

Protocolos	China
Ingreso al establecimiento	No menciona.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	No menciona.
Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> - El número de personal se redujo al mínimo necesario y se eliminaron elementos innecesarios de la sala de parto. - Usuarías sin anestesia general debieron usar mascarilla quirúrgica durante todo el parto. - En usuarias COVID-19 (+) el parto se realizó en una sala de aislamiento con presión negativa.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Recién nacidos con madres COVID-19 (+) permanecieron en cuarentena durante 14 días. - Recién nacidos con madres sospechosas de COVID-19 debieron ser trasladados a una sala de aislamiento neonatal.
Lactancia	No menciona.
Acompañantes y visitas en el área de	No menciona.

puerperio	
Tiempos de estancia hospitalaria	No menciona.
Fecha de implementación de protocolos	Diciembre, 2019.
Referencias	Qi, H., Luo, X., Zheng, Y., Li, J., Zou, L., Feng, L., Chen, D., Shi, Y., & Tong, C. (2020). <i>Safe delivery for pregnancies affected by COVID-19</i> . An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.16231

Tabla 8.

Protocolos implementados en China.

Protocolos	China (Centro Hospitalario Taiwán)
Ingreso al establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres embarazadas en trabajo de parto podían ingresar a la sala de partos sin un examen de triage, así evitaban demoras en la gestión de la entrega. - Cada mujer en trabajo de parto ingresó a una sala individual designada y el sistema de circulación de aire estuvo apagado para disminuir la incidencia de transmisión del virus COVID-19. - En el momento en que la usuaria llegaba a su sala de parto asignada, esta debía ser evaluada por teléfono para determinar factores de riesgo entre los cuales estaban: haber viajado, estado expuesta al virus, presentado fiebre o presentarla en ese momento y haber presentado o presentar en ese momento síntomas de las vías respiratorias. Estos quedaban en un registro digital.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	- Sólo se permitió la entrada a la sala de parto a la pareja de apoyo. Esta persona debía utilizar mascarilla y recibir una prueba de detección de COVID-19 inmediata y permanecer en cuarentena en la sala de partos hasta que el resultado fuera negativo.
Atención del parto	- Las usuarias con parto precipitado o infectadas por COVID-19 fueron transportadas a un quirófano de emergencia, este quirófano tuvo un sistema de circulación independiente y/o un filtro de absorción de partículas de alta eficiencia que contribuyó a disminuir la transmisión del virus por aire.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	No menciona.

Lactancia	No menciona.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	No menciona.
Tiempos de estancia hospitalaria	No menciona.
Fecha de implementación de protocolos	No menciona.
Referencias	Yang, S. P., Chen, H. H., Peng, F. H., & Hsiao, S. M. (2022). <i>Obstetric measures to decrease the spread of SARS-CoV-2 infection during labor in a conventional labor room</i> . Taiwan J Obstet Gynecol. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.03.034

Tabla 9.

Protocolos implementados en China (Centro Hospitalario Taiwán).

Protocolos	Polonia
Ingreso al establecimiento	- El triage se realizó en áreas diferenciadas, unas para pacientes con alto riesgo de infección y otra para pacientes con bajo riesgo de infección. - Fue obligatoria la toma de temperatura y la anamnesis epidemiológica de la paciente.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	- El acompañante no podía estar presente en el parto, solo podía ingresar a la sala de partos una vez iniciado este.
Atención del parto	- Las usuarias COVID-19 (+) tuvieron que usar mascarilla durante el trabajo de parto y parto, y, además, las ingresaron en salas de parto individuales. - Sólo se permitió no usar protección facial a las usuarias que estaban en sala de partos individuales.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	- A las usuarias COVID-19 (+), se las separó de su recién nacido inmediatamente después del parto.
Lactancia	- Antes de amamantar o tener cualquier contacto con el bebé, la madre debía lavarse las manos según las normas y usar mascarilla en todo momento.
Acompañantes y visitas en el área de	- El acompañante debía abandonar el hospital en las dos horas posteriores al parto.

puerperio	- No estaban permitidas las visitas de familiares.
Tiempos de estancia hospitalaria	No menciona.
Fecha de implementación de protocolos	Mayo, 2020
Referencias	Wszolek, K., Chmaj Wierzchowska, K., & Wilczak, M. (2021). <i>Management of birth, postpartum care and breastfeeding - Polish recommendations and guidelines during SARS-CoV-2 pandemic</i> . Ginekol Pol. https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0059

Tabla 10.

Protocolos implementados en Polonia.

Protocolos	EEUU, New York (4 Centros Terciarios)
Ingreso al establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Se evaluó a todas las usuarias y visitas para trabajo de parto o parto (triage o programado) mediante encuesta de síntomas COVID-19 presencial o por teléfono. - Se limitaron las visitas (sólo 1), exceptuando usuarias infectadas o en sospecha que se les prohíbe visitas. - En la visita debían utilizar mascarilla quirúrgica en todo momento. - Usuarias infectadas o en sospecha debían ser aisladas inmediatamente en salas de presión negativa, sino en salas aisladas y lejos de otras usuarias. - Personal involucrado en cuidado de usuarias infectadas o en sospecha se limitó sólo al cuidado de ellas. - Se utilizaron elementos de protección personal adecuado según el caso de cada usuaria.
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Se limitó la frecuencia y duración de visitas a la habitación y la cantidad de exámenes cervicales. - Las evaluaciones de ultrasonido se limitaron y usaron solo cuando se altere el manejo clínico. - Se evitó la hidratación agresiva con líquidos intravenosos, ya que puede empeorar el estado de oxigenación. - Se debía estabilizar a la madre antes de un parto emergente.

Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantuvieron las cesáreas programadas. - Usuaris que requerían tratamiento por ser COVID-19 (+) debían posponer la cesárea hasta optimizar su estado respiratorio. - En usuarias con compromiso cardiopulmonar que requerían intubación, se debía considerar parto a las 32 semanas y sopesar riesgos-beneficios junto al equipo de neonatología. - Se limitaron las visitas (sólo 1), exceptuando usuarias infectadas o en sospecha que se les prohíbe visitas. - Se acortó la segunda etapa del trabajo de parto por el riesgo de exposición a secreciones respiratorias. - Se limitó el pujo activo en segunda etapa del trabajo de parto, incluso minimizarlo, sin desanimar a la usuaria cuando sintiera la gran necesidad de pujar. - Se evitó el pinzamiento tardío del cordón umbilical. - Se evitó el uso de oxigenoterapia materna con fines de reanimación fetal. - Se limitó el uso de corticoides prenatales. - Se debió considerar el estado respiratorio de usuaria antes de administrar sulfato de magnesio.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	No menciona.
Lactancia	No menciona.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	No menciona.
Tiempos de estancia hospitalaria	- Se consideró el alta postparto al día 2 en usuarias estables.
Fecha de implementación de protocolos	Marzo-Abril, 2020
Referencias	Peña, J., Bianco, A., Simpson, L., Bernstein, P., Roman, A., Goffman, D., Schweizer, W., Overbey, J., & Stone, J. (2020). <i>A Survey of Labor and Delivery Practices in New York City during the COVID-19 Pandemic</i> . Am J Perinatol. https://doi.org/10.1055/s-0040-1713120

Tabla 11.

Protocolos implementados en EE. UU, New York (4 Centros Terciarios).

Protocolos	Rusia
Ingreso al establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Se evaluó a todas las usuarias y visitas para trabajo de parto o parto (triage o programado) mediante encuesta de síntomas COVID-19 presencial o por teléfono. - Se evaluó a las usuarias con problemas urgentes o síntomas graves en el hospital para contemplar aislamiento y el uso de elementos de protección personal. - Se realizó la detección y pruebas universales para determinar los casos. - Se limitó las visitas a 1 persona. - Se limitó el personal para la atención de usuarias COVID-19 (+).
Acompañamiento y atención en Pre-Parto	<ul style="list-style-type: none"> - La visita tuvo que utilizar mascarillas y guantes. - Se utilizó anestesia regional, exceptuando cesáreas de emergencia. - Se limitó el personal para la atención de usuarias COVID-19 (+). - Se implementó un compañero virtual para las técnicas de respiración. - Se limitó la cantidad de exámenes cervicales (tactos vaginales). - Se mantuvo el reposicionamiento materno, tocolisis o amnioinfusión para la reanimación fetal intraparto, pero se evita oxigenación. - Las usuarias con COVID-19 (+) o en sospecha debieron realizar el aislamiento fuera de la unidad de maternidad, pero se mantuvo el monitoreo y cuidado fetal. - Se implementó la inducción de agente dual (Sonda Foley y Misoprostol) y amniotomía temprana.
Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> - Se optó por cesárea para evitar transmisión vertical. - Se acortó la segunda etapa del trabajo de parto especialmente en usuarias que tuvieron compromiso materno. - Se realizó masaje perineal, uso de compresas tibias o parto quirúrgico para acortar el parto. - Se realizó la administración temprana de los uterotónicos o ácido tranexámico para minimizar hemorragia postparto. - Se evitó el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
Apego inmediato durante la primera hora de vida	No menciona.
Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> - Se permitió la lactancia materna, dando énfasis a la higiene. - Se limitó el contacto neonatal para evitar la transmisión.
Acompañantes y visitas en el área de puerperio	No menciona.
Tiempos de estancia hospitalaria	- Se aceleró el alta a todas las usuarias, 1-2 días postparto para partos vaginales y 2 días para partos por cesáreas.
Fecha de	No menciona.

implementación de protocolos	
Referencias	Boelig, R., Lambert, C., Pena, J., Stone, J., Bernstein, P., & Berghella, V. (2020). <i>Obstetric protocols in the setting of a pandemic</i> . <i>Semin Perinatol.</i> https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151295

Tabla 12.

Protocolos implementados en Rusia.

Por otro lado, realizamos la siguiente tabla donde exponemos las experiencias y/o percepciones de las usuarias, con la finalidad de comprender y analizar el posible impacto positivo o negativo, causado por la pandemia de COVID-19 en la atención de salud obstétrica y del parto humanizado que se brindó a las gestantes y puérperas durante este período (2020-2022), según los protocolos implementados en cada país.

<u>PAPER Y REFERENCIA.</u>	<u>OBJETIVO DEL ESTUDIO</u>	<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	<u>EXPERIENCIAS</u>	<u>CONCLUSIÓN</u>
<p>Alteraciones en el plan de parto entre las mujeres estadounidenses en respuesta a COVID-19.</p> <p>Birth plan alterations among American women in response to COVID-19.</p> <p>Referencias: Gildner, T., & Thayer, Z. (2020). <i>Birth plan alterations among American women in response to COVID-19</i>. <i>Health Expectations.</i> https://doi.org/https://d</p>	Se evaluó cómo las gestantes estadounidenses modificaron sus planes de parto, en respuesta a la pandemia por COVID-19	Encuesta de conveniencia en línea” Estudio cualitativo . N=1400 participant es	<p>Aproximadamente el 45% de las mujeres estudiadas señaló haber cambiado su plan de parto por diferentes motivos, algunos de estos motivos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por tener que alejarse de su recién nacido, dar a luz sola y no poder tener el apoyo de un acompañante. - Deseo de disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, eligiendo una cesárea o una inducción de su parto. - Cambios en los protocolos de manejo del dolor durante el trabajo 	<p>Las gestantes estadounidenses enfrentaron una variedad de desafíos relacionados con la atención en el contexto de pandemia por COVID-19, los resultados demostraron que esto llevó a tener planes de parto alterados, sin embargo, las razones de estos cambios parecen ser dependientes de los individuos.</p> <p>El estudio sugirió que el aumento de nacimientos fuera del</p>

<p>oi.org/10.1111/hex.13077</p>			<p>de parto (eliminaron el uso de óxido nitroso y hay mayor precaución en la administración de epidural por el riesgo a exposición).</p>	<p>hospital es probablemente atribuible a la pandemia de COVID-19.</p>
<p>Calidad de la vida relacionada con la salud y calidad de la atención en mujeres embarazadas y postnatales durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019.</p> <p>Health-related quality of life and quality of care in pregnant and postnatal women during the coronavirus disease 2019 pandemic.</p> <p>Referencias: Alaya, F., Worrall, A., O'Toole, F., Doyle, J., Duffy, R., & Geary, M. (2021). <i>Health-related quality of life and quality of care in pregnant and postnatal women during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cohort study</i>. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 154 (1), 100-105. https://doi.org/10.1002/ijgo.13711</p>	<p>Se comparó la calidad de vida relacionada con la salud autoinformada y la calidad de la atención hospitalaria entre mujeres con y sin COVID - 19.</p>	<p>Estudio cualitativo . N=38 participant es</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La calidad de vida se vio afectada por las medidas de confinamiento durante la pandemia por COVID-19. - Las gestantes COVID-19 (+) sintieron mayor cansancio, desánimo y tristeza. - La ansiedad y las consecuencias psicológicas fueron mayormente por causa del entorno cultural y social. - También se puede brindar una atención de calidad en pandemia manteniendo la satisfacción de las usuarias y a la vez aplicando protocolos para el control de infecciones. 	<p>Hubo una carga significativamente mayor para la salud física para las mujeres con COVID-19. La salud mental y el estado psicológico fueron similares en ambos grupos. Se concluyó que es posible brindar atención de alta calidad durante la pandemia en un entorno de maternidad, independientemente del estado de COVID-19.</p>

<p>Cambio emergente en la organización de un centro de partería mexicano en medio de la crisis de COVID-19.</p> <p>Emergent change in a Mexican midwifery center organization amidst the COVID-19 crisis.</p> <p>Referencia: Alonso, C., Sugimoto Storey, A., Fajardo, I., & Borboleta, H. (2021). <i>Emergent Change in a Mexican Midwifery Center Organization Amidst the COVID-19 Crisis</i>. <i>frontiers in sociology</i>. https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611321</p>	<p>Luna maya es un ONG mexicana que opera dos centros de partería en la Ciudad de México y Chiapas. En este artículo se investigó lo que estos centros de partería habían tenido que aprender en contexto de pandemia para poder llevar a cabo un trabajo de parto sin riesgos. También se estudió sobre las consecuencias del COVID-19 en la toma de decisiones, el bienestar de las mujeres y cómo estos impactan en los procesos fisiológicos y psicológicos.</p>	<p>Estudio cualitativo N=16 participant es (8 de las parteras y a 8 usuarias del centro)</p>	<p>- El modelo de atención entregada por el centro les brindó tranquilidad, seguridad y confianza, las gestantes decidieron optar por un parto en casa para no exponerse a ellas ni a sus bebés al COVID-19.</p> <p>- Las mujeres destacaron la cercanía, el sentimiento de acogida, que fueron sostenidas emocionalmente y bien tratadas, destacaron la inclusión de sus parejas ya que esto no se permitía en hospitales públicos.</p> <p>- Una mujer dijo (cito): <i>“El día que di a luz, me olvidé de todo. Tiré el COVID-19 por la ventana, me agarré de las parteras que estaban ahí conmigo. Estoy muy agradecida por eso y de que hagan posible el nacimiento respetado.”</i> (Georgina, CDMX).</p> <p>En general la gran mayoría comenta que su experiencia fue positiva, pero lamentan que esta haya tenido que ser fuera del hospital para haber podido conseguir un parto respetado y sin violencia.</p>	<p>Con la pandemia y el confinamiento alentado, la salud psicoemocional colectiva se vio afectada en las mujeres embarazadas se vieron obligadas a añadir otro factor de estrés adicional a un proceso que ya es complejo. La atención de la salud materna en México sirvió como otro ejemplo de las vulnerabilidades expuestas, otorgó con mayor urgencia la necesidad de construcción de sistemas que respalden la salud y el bienestar, además de una atención basada en la evidencia de las mujeres. Si la conmoción y la catástrofe de la pandemia de COVID-19 no provocan el cambio hacia la atención centrada en la mujer después de tantas vulnerabilidades, bien podemos preguntarnos si alguna vez pasará.</p>
--	--	--	---	--

<p>El papel del estrés del embarazo relacionado con la pandemia en la preferencia por el parto en la comunidad durante el comienzo de la pandemia de COVID-19 en los Estados Unidos.</p> <p>The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States.</p> <p>Referencia: Preis, H., Mahaffey, B., & Lobel, M. (2020). <i>The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19.</i> Birth issues in perinatal care. https://doi.org/10.1111/birt.12533</p>	<p>La pandemia de COVID-19 introdujo una incertidumbre sin precedentes en la vida de las embarazadas, incluidas las preocupaciones sobre donde era más seguro dar a luz.</p> <p>Este proyecto buscó investigar cuantitativamente los factores psicológicos que estaban relacionados con la preferencia de nacimiento.</p>	<p>Estudio cuantitativo. N= 3896 participant es.</p>	<p>Las mujeres presentaban estrés que se centraba en dos preocupaciones, una porque se sentían poco preparadas para el parto y también para el puerperio, en contexto de pandemia. La otra preocupación es por el contagio de COVID-19 para la madre y/o el recién nacido.</p> <p>Las mujeres que tendrían alto estrés de preparación tenían menor probabilidad de tener un parto en casa o comunidad y las que tienen alto estrés por infección perinatal si preferirían tener un parto en casa o comunidad.</p> <p>Dentro de las preferencias de lugar de nacimiento, las mujeres que preferían tener un parto en casa tenían menos miedo al parto en sí, había creencias más débiles sobre el parto como concepto médico y creencias más fuertes de que era mejor un parto natural, también tenían un menor nivel de estrés en cuanto a la preparación frente la pandemia y sobre una infección perinatal.</p> <p>Por lo tanto, el estrés relacionado con la pandemia, tanto el de preparación para el parto como el de contraer</p>	<p>Las preferencias de nacimiento de las mujeres durante el COVID-19 estaban asociadas a la percepción que tenían sobre el riesgo de contagiarse. Los partos en casa o en centros de partería atraían más a las mujeres que consideran que estar en un hospital no era seguro debido a la pandemia.</p> <p>Es importante fomentar y educar sobre las políticas y la atención prenatal, esto destinado a aumentar el acceso a servicios seguros de parto intra y extrahospitalarios.</p>
---	---	--	---	---

			<p>infección perinatal, se relacionan directamente con el miedo al parto y la creencia que este es un procedimiento médico.</p> <p>Las preferencias de estas mujeres por el tipo y lugar de nacimiento durante una pandemia por COVID-19 estaban directamente asociadas a los procesos psicológicos y a la percepción del riesgo. Los partos en comunidad eran más seguros para las mujeres que consideraban peligroso estar en un hospital en contexto de pandemia.</p>	
<p>Análisis narrativo de experiencias particulares durante la pandemia de COVID-19.</p> <p>Narrative Analysis of Childbearing Experiences During the COVID-19 Pandemic.</p> <p>Referencia: Ajayi, K., Harvey, I., Panjwani, S., Uwak, I., Garney, W., & Page, R. (2021). <i>Narrative Analysis of Childbearing Experiences During the COVID-19 Pandemic</i>. MCN Am J Matern Child Nurs. https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000742</p>	<p>El objetivo principal fue proporcionar una descripción detallada de las experiencias vividas por las madres durante el parto en el contexto de COVID-19, también evaluar lo que las madres creen que el equipo de salud podría haber hecho de manera diferente en respuesta al COVID-19.</p>	<p>Estudio cualitativo . N= 83 participant es.</p>	<p>- <u>Experiencia hospitalaria:</u> Debido a la pandemia los hospitales modificaron su proceso de registro. Estas modificaciones hicieron que algunas madres se sintieran ansiosas y preocupadas por su experiencia de parto en el hospital.</p> <p>- Experiencia con el proveedor de atención médica: Las mujeres revelaron que tener una comunicación clara y discutir sus opciones de atención con su proveedor fue tranquilizador, les dio mucha tranquilidad que los funcionarios les explicaran el procedimiento, lo cual les hizo sentir más tranquilas al momento de ingresar.</p>	<p>El análisis mostró que las usuarias que experimentaron un embarazo y el parto durante la pandemia de COVID-19 enfrentaron nuevos desafíos, además de los factores habituales de estar embarazada y de tener que convertirse en madre. La comunicación e información que es brindada de forma compasiva y centrada en la usuaria es de suma importancia para aliviar el estrés y la ansiedad de la mujer sobre los distintos cambios de políticas y protocolos que refieren pruebas COVID-19, medidas y</p>

		<p>El apoyo que recibieron durante el trabajo de parto y parto fue fundamental para tener una experiencia de parto positiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia del parto: COVID (+): Creó una experiencia de atención insatisfactoria. “Las enfermeras parecían no querer pasar mucho tiempo en la habitación y las enfermeras de lactancia se negaron a ir a verme” - Vinculación con el compañero: Las políticas del hospital que limitaron las visitas externas permitieron a las mujeres vincularse mejor con su pareja y bebe. “La política de no recibir visitas de familiares y amigos, fue la experiencia hospitalaria más pacífica. Me encantó” - Tecnología: El uso de videollamadas para ver a los familiares o ver a sus bebés en la unidad de cuidados, hizo que sintieran que fue una buena experiencia en el hospital. - Condiciones adversas del neonato: Las mujeres que tuvieron un resultado adverso del parto señalaron como las políticas del hospital hicieron que su 	<p>restricciones de visitantes y acompañantes.</p>
--	--	--	--

			<p>experiencia de parto fuera particularmente difícil. “Debido a las políticas de COVID-19, el hospital nos indicó que solo el padre podía visitar al bebe cada 24 horas”</p>	
<p>Experiencias perinatales de residentes rurales durante los meses iniciales de la pandemia de COVID-19: un estudio cualitativo en la Columbia Británica</p> <p>Rural Residents’ Perinatal Experiences During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study in British Columbia</p> <p>Referencia: Sullivan, E., Cameron, A., & Kornelsen, J. (2022). <i>Rural Residents’ Perinatal Experiences During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study in British Columbia</i>. J Midwifery Womens Health. https://doi.org/10.1111/jmwh.13338</p>	<p>Se exploraron cualitativamente las actitudes, prácticas y percepciones de riesgo durante el embarazo, el parto y el post parto, también las opiniones sobre la atención recibida en entornos de bajos recursos durante la pandemia de COVID-19.</p>	<p>Estudio cualitativo .</p> <p>N= 16 participant es.</p>	<p>Dada la incertidumbre en las pautas de salud de las gestantes se hizo difícil la organización y preparación tanto para el parto y post parto, sobre todo para aquellas familias que transitaban su primer embarazo, una de ellas comentó” <i>Este fue mi primer embarazo, así que creo que la incomodidad en general y las incógnitas al final del embarazo se vieron aumentadas por la pandemia porque ya no sabes de qué manera será el parto”</i></p> <p>Además, se crearon atenciones prenatales virtuales y sesiones de preguntas realizadas por el personal médico durante la pandemia, uno de los participantes menciona que fue un aspecto positivo haber recibido información a pesar de que todo estuviera en constante cambio.</p> <p>Los participantes manifestaron que sintieron pérdidas de apoyo social tanto como en su entorno como en el</p>	<p>Los servicios locales en las zonas rurales británicas se vieron afectadas por la pandemia de COVID 19, tuvieron que invertir en estrategias que estabilizaran los servicios prenatales rurales, los cuales eran esenciales para brindar una atención más segura y cercana a los hogares, teniendo que aliviar la presión en los centros de referencia, y reducir los costos asociados a los traslados de emergencias y la carga de viajar.</p> <p>Se destaca la necesidad de apreciar la influencia del aislamiento en las experiencias de los partos, pero también apreciar lo proporcionado por entornos más pequeños durante la pandemia. Los hallazgos en los participantes del estudio visualizan la importancia respecto a la integración de</p>

			<p>hospital. La gravedad de esta pérdida de apoyo impactó sobre todo a quienes debían enfrentar solas aquellas noticias adversas durante el embarazo.</p> <p>Todos los participantes presentaron preocupación sobre las pautas del hospital que impidieron la presencia de un acompañante durante el parto, en general quienes tuvieron un parto vaginal sin complicaciones pudieron contar con un acompañante, pero quienes tuvieron cesárea programada o de urgencia no se les permitió una persona de apoyo. Estas medidas provocaron incertidumbre y ansiedad de enfrentar un parto solas.</p>	<p>apoyo y de salud mental. Esta perspectiva puede ayudar a informar las respuestas del sistema de salud frente a las crisis de salud pública actuales y futuras en una manera que sea sensible a la dinámica basada en el lugar y aborde activamente las inequidades y emergentes en la atención de la salud.</p>
<p>Evaluación comparativa del impacto del confinamiento por el COVID-19 en la experiencia perinatal: un estudio multicéntrico prospectivo</p> <p>Comparative evaluation of the impact of the COVID-19 lockdown on perinatal experience: A prospective multicentre study.</p> <p>Referencia:</p>	<p>En el posparto temprano se hizo una comparación de la experiencia perinatal durante un confinamiento relacionado con COVID-19 (grupo de confinamiento) y un grupo de control pandémico sujeto a restricciones</p>	<p>Estudio cuantitativo. n= 596 participantes.</p>	<p>Las mujeres que tuvieron su parto en confinamiento tuvieron menor presencia de acompañante en el trabajo de parto y parto que las que no. Dentro de este grupo de confinamiento el 53,8% refirió frustración con las restricciones durante el parto y un 91,5% frustración por la ausencia de visitas posparto, mientras que en el grupo de control de pandemia el 23,5% presentó frustración por</p>	<p>La experiencia perinatal se vio afectada en forma negativa por las restricciones de confinamiento que, por las restricciones pandémicas más flexibles para los controles, pero el modo de parto siguió siendo el principal factor que influyó en esta experiencia.</p>

<p>Bertholdt, C., Epstein, J., Alleyrat, C., Ambroise Grandjean, G., Claudel, L., Olieric, M. F., Dahlhoff, S., Mottet, N., Banasiak, C., & Morel, O. (2022). <i>Comparative evaluation of the impact of the COVID-19 lockdown on perinatal experience: A prospective multicentre study</i>. Multicenter Study. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17082</p>	<p>más flexibles.</p>		<p>las restricciones en el trabajo de parto y parto, y un 48,2% frustraciones por la ausencia de las visitas postparto.</p> <p>Se plantea que se vio afectada la experiencia de nacimiento entre ambos grupos, las mujeres que dieron a luz durante el confinamiento no estaban preparadas para experimentar el parto solas, en comparación con el grupo de control de la pandemia.</p> <p>Esta situación era impredecible y no había sido anticipada por las mujeres del grupo de confinamiento durante el embarazo, mientras que las mujeres del grupo de control de la pandemia conocían estas restricciones desde hacía varios meses.</p>	
<p>Experiencias, preocupaciones y necesidades de mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de Covid-19 en Chipre: un estudio transversal.</p> <p>Experiences, concerns, and needs of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic in Cyprus: a cross-sectional study</p>	<p>Se examinó el impacto de la pandemia por COVID-19 en las experiencias, preocupaciones y necesidades de las mujeres embarazadas y posparto en Chipre.</p>	<p>Estudio cualitativo . N= 696 participant es.</p>	<p>El 63,1% de las participantes informó que los niveles de estrés empeoraron como resultado de la pandemia.</p> <p>Según las embarazadas los cambios más comunes en la maternidad fueron el cambio de la atención y cancelación o reducción de la frecuencia de las visitas, y en las puérperas fue la prohibición de personas de apoyo durante el parto. En relación con los cambios</p>	<p>La pandemia de COVID-19 con las medidas y restricciones impuestas tuvieron efectos adversos en las experiencias de las mujeres embarazadas y en el posparto en Chipre. Las preocupaciones de las mujeres enfatizaron la necesidad de desarrollar sistemas de apoyo, particularmente en situaciones similares a</p>

<p>Referencia: Hadjigeorgiou, E., Vogazianos, P., Christofi, M. D., Motrico, E., Domínguez Salas, S., Mesquita, A., & Christoforou, A. (2022). <i>Experiences, concerns, and needs of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic in Cyprus: a cross-sectional study.</i> BMC Pregnancy Childbirth. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05017-y</p>			<p>de atención posnatal fue la prohibición de visitas.</p> <p>El 74,1% de las mujeres embarazadas expresaron preocupación por los cambios en el apoyo y en la participación de familiares y amigos en el parto, el 57,2 % por la salud de su hijo y el 43,1% sobre cambios relacionados con la atención médica durante el parto.</p> <p>En cuanto a el apoyo la principal preocupación era que no podrían tener a sus parejas con ellas en el trabajo de parto, también había preocupación por la falta de apoyo emocional, la frase “estaré sola/solitaria” se mencionó con mucha frecuencia. Las mujeres embarazadas y puérperas tenían preocupaciones similares sobre la salud del niño respecto a una posible infección y sus consecuencias. Se presentó un gran miedo a la separación del recién nacido y su madre.</p>	<p>pandemias, cuando las mujeres embarazadas y puérperas son más vulnerables al aislamiento.</p>
<p>Hacer que la buena atención sea esencial: el impacto del aumento de de las intervenciones obstétricas y la disminución de los servicios durante la pandemia por COVID-19.</p>	<p>Se examinó el impacto de los cambios de políticas en pandemia en las experiencias de embarazo y parto, logrando</p>	<p>Estudio descriptivo o cualitativo . N= 67 participant es.</p>	<p>Todas las participantes sintieron que su embarazo y parto se vieron afectados por la pandemia de COVID-19 de alguna manera. Algunas informaron experiencias positivas de</p>	<p>La pandemia de COVID-19 ha expuesto los inconvenientes de un sistema de atención de la salud materna que depende de los hospitales y del</p>

<p>Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic</p> <p>Referencia: Rice, K., & Williams, S. (2022). <i>Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic</i>. <i>Women Birth</i>. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.008</p>	<p>identificar las barreras para una buena atención.</p>		<p>parto a pesar de los desafíos de la pandemia y también encontraron que la experiencia de dar a luz en tiempos difíciles fue una experiencia enriquecedora.</p> <p>Muchas de las usuarias que dieron a luz en el hospital informaron que la atención posparto que recibieron allí fue de menor calidad en comparación con sus experiencias anteriores o fue inadecuada. Además, muchas de las entrevistadas que permanecieron más tiempo en el hospital tuvieron dificultades para recibir atención, especialmente si sus parejas de apoyo habían tenido que irse poco después del parto.</p> <p>Si bien algunas participantes consideraron que el parto pandémico les dio poder, estos fueron únicamente usuarias cuyos embarazos y partos transcurrieron sin complicaciones, y que ejercieron su elección sobre el desarrollo de su parto. Sin embargo, eran pocas las participantes que expresaron sentimientos de empoderamiento y control, lo cual fue preocupante.</p> <p>La posibilidad de que se</p>	<p>personal hospitalario. Como se ha vuelto prioridad del sistema de salud el control de infecciones, los servicios de atención médica en la maternidad se han visto perjudicados para algunas embarazadas y parturientas. Por lo tanto, con el fin de garantizar la continuidad de los servicios y prácticas esenciales y de calidad en la atención de la salud perinatal, la atención de los sistemas de salud podrían reorientarse a un modelo de atención de la salud reproductiva que incorpore opciones para el parto (partos domiciliarios, parteras) como servicios esenciales. Esto para fortalecer la capacidad de la atención de la salud reproductiva como para fortalecer el sistema de atención de la salud en general contra el COVID-19 y futuras epidemias.</p>
--	--	--	--	--

			les negara la presencia de un compañero de parto fue aterradora para la mayoría de los participantes.	
<p>Percepciones de mujeres y enfermeras sobre restricciones de visitantes después del parto durante la pandemia de COVID-19</p> <p>Women's and Nurses' Perceptions of Visitor Restrictions After Childbirth During the COVID-19 Pandemic</p> <p>Referencia: Elling, C., Rider Sleutel, M., Wells, J., Newcomb, P., Valdez, E., Walker, K., & Nguyen, T. (2022). <i>Women's and Nurses' Perceptions of Visitor Restrictions After Childbirth During the COVID-19 Pandemic</i>. Nurs Womens Health. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.05.002</p>	Se examinaron las percepciones de las mujeres en edad fértil en el periodo de postparto con respecto a una política de visitas restringidas durante la pandemia de COVID-19.	Estudio descriptivo o mixto. N= 118 participantes.	<p>Los comentarios se dividieron entre puntos de vista negativos y positivos.</p> <p>- <i>"Más íntimo y especial"</i> las usuarias pudieron estar en un lugar tranquilo y acogedor, con una mayor vinculación familiar y una recuperación sin la distracción de los visitantes.</p> <p>- <i>"No hay presión"</i> Las usuarias estaban agradecidas de no tener que acomodar a la familia no deseada o a la familia que quiere visitar.</p> <p>Otro punto de vista de las usuarias se refiere a la infelicidad general con las visitas restringidas, el tener que elegir quién podría visitar y ser decepcionado por no compartir ese momento especial.</p> <p>- <i>"Necesitar más apoyo"</i> Las usuarias expresaron cómo se sentían sin una madre, un amigo o una doula que los apoyara.</p> <p>- <i>"Conocer hermanos por primera vez"</i> Hubo muchos comentarios relacionados con la</p>	Muchos de los encuestados se sintieron contentos con su experiencia con un mínimo de visitantes lo que permitió que el momento fuera más íntimo y especial. Otras experiencias sugirieron soledad y desilusión.

			<p>decepción con las restricciones entre hermanos, ya que no pudieron conocer a sus hermanos por primera vez en el hospital.</p> <p>- "Me mantuvo a salvo" los comentarios incluyeron que las familias se sintieron más seguros de prevenir el contagio de COVID-19 gracias a las restricciones de visitantes.</p>	
<p>Experiencia de parto, TEPT posparto y depresión antes y durante la pandemia de COVID-19 en Rusia.</p> <p>Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia.</p> <p>Referencias: Yakupova, V., Suarez, A., & Kharchenko, A. (2022). <i>Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia</i>. Int J Environ Res Public Health. https://doi.org/10.3390/ijerph19010335</p>	<p>Se investigaron los cambios en el sistema de salud materna durante la pandemia y sus asociaciones con la salud mental en Rusia.</p>	<p>Estudio cuantitativo. N= 2.256 participantes. (n= 1645 que dieron a luz en el primer año de pandemia y n= 611 que dieron a luz antes de la pandemia)</p>	<p>De 1645 usuarias que participaron en el estudio, 655 indicaron que se les permitió la administración de epidural como analgesia en el parto, 332 indicaron que se les realizó una episiotomía, 257 usuarias refieren haber recibido agresión verbal por parte del personal de salud y 19 de ellas indicaron haber recibido agresión física por parte del personal de salud (inmovilización y prohibición para hidratarse)</p> <p>Del total de usuarias que participaron en el estudio, un 36,4% presentó depresión posparto, un 22,7% presentó ansiedad generalizada, y un 10,3% presentó trastorno de estrés postraumático. Usuarias COVID-19 (+) indican haber sido discriminadas por el hecho de ser portadoras</p>	<p>Resultados del estudio muestran que la pandemia tuvo un impacto negativo en la experiencia de parto de las usuarias de Rusia, dando a conocer que los niveles altos de estrés durante el parto se asociaron más a síntomas del trastorno de estrés postraumático, relacionados a la preocupación por la pandemia y el menor vínculo con el recién nacido.</p> <p>También se da a conocer que la violencia obstétrica aumentó en un 5% en Rusia durante la pandemia, la cual ya era alta antes de esta, y esto se asocia a mayores casos de trastorno de estrés postraumático y</p>

			del virus.	depresión postparto.
--	--	--	------------	----------------------

Tabla 13.

Experiencias y/o percepciones de las usuarias, según los protocolos implementados en cada país.

DISCUSIÓN

A fines del año 2019, comenzó la rápida propagación del virus SARS-COV-2 convirtiéndose rápidamente en una pandemia, trayendo consigo un gran impacto a nivel mundial, obligando al mundo y sus habitantes a tomar medidas de prevención para su propagación. Sin embargo, una de las áreas más afectadas fue la sanitaria, quienes de manera inmediata tuvieron que iniciar protocolos en forma de resguardo para sus trabajadores y usuarios con el fin de poder entregar sus servicios de manera segura. La unidad de maternidad sufrió cambios protocolares que impactaron sobre el manejo clínico e integral de las embarazadas. Durante la investigación realizada se estudiaron los aspectos más relevantes en la experiencia de las usuarias, y sus familias en el contexto del parto humanizado. Los aspectos estudiados fueron: Ingreso al recinto hospitalario, acompañamiento en el área de preparto, atención del parto, apego inmediato durante la primera hora de vida, lactancia y acompañamiento en puerperio.

Protocolos implementados en el área de maternidad durante la pandemia por COVID-19

Se realizó un análisis de los protocolos de diferentes países alrededor del mundo durante la pandemia de COVID-19 para así, identificar las modificaciones en los lineamientos del parto humanizado sugeridos por la OMS (referencia OMS).

En relación con el acompañamiento en el área de preparto, en Estados Unidos (Kumaraswami y otros, 2020; Greene y otros, 2020) se permitió el ingreso de 1 persona de apoyo elegida por la usuaria, al igual que China (Yang y otros, 2022) y Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021), sólo que en este último además se les permitió el apoyo personalizado de una doula. En países como España (Muñoz Amat y otros, 2021), a una gran mayoría de las usuarias no se les permitió ser acompañadas por una persona de

apoyo a elección, de un total de 50 usuarias, sólo un 34% tuvo acompañante, situación similar a lo ocurrido en América latina (Sola y otros, 2020) donde a la mayoría de las usuarias con COVID-19 (+) no se les permitió el ingreso de acompañante, es decir, de 86 usuarias encuestadas, un 95,3% vivió este proceso sin compañía.

Con respecto a los protocolos implementados para la atención del parto, tanto en EEUU (Kumaraswami y otros, 2020) como en China (Yang y otros, 2022; Qi y otros, 2020) se consideraron las salas de parto especializadas para casos COVID-19 (+), las cuales contaban con un filtro de absorción de partículas, equipamiento que disminuyó el riesgo de transmisión. Además, se redujo el personal que podía estar presente en la sala de parto (Greene y otros, 2020). Por otro lado, Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021) consideró la monitorización de la usuaria y el manejo no farmacológico del dolor, al igual que Rusia (Boelig y otros, 2020), donde se implementaron medidas no farmacológicas para acortar la segunda etapa de parto. Además, se evitó el pinzamiento tardío del cordón umbilical. En relación con el uso de medidas para prevenir la transmisión del virus, Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021) y EEUU (Kumaraswami y otros, 2020) implementaron el uso de equipo de protección personal para la atención del parto, dejando que la usuaria se retire la mascarilla al momento de este; en cambio, en China (Yang y otros, 2022; Qi y otros, 2020) y Polonia (Wszolek y otros, 2021) se debió usar la mascarilla durante el momento del parto, independiente de que las usuarias estuvieran infectadas o sanas. También se vio un aumento de la tasa de cesáreas en Rusia (Boelig y otros, 2020) y Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021) para la prevención de transmisión vertical y/o la reducción del tiempo en el trabajo de parto y nacimiento.

Según los artículos analizados, en relación con el acompañamiento de las usuarias durante el parto la mayoría de los recintos limitaron la posibilidad de que la usuaria contara con un acompañante. No obstante, sólo EEUU (Kumaraswami y otros, 2020) permitió un acompañante en usuarias COVID-19 (-).

La OMS entrega como recomendación el apego inmediato, el cual incluye iniciar el amamantamiento durante los primeros 60 minutos de vida, es decir, después del parto

cada mujer debería tener la posibilidad de estar en conjunto a su recién nacido al menos durante su primera hora de vida (OMS/OPS, 2018). En España, de 50 participantes de estudio (Muñoz Amat y otros, 2021), sólo a un 36% se le permitió tener contacto piel a piel durante la primera hora de vida del recién nacido. En Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021), se permitió el contacto piel a piel a la mayoría de las usuarias, incluso, usuarias con sospecha o COVID-19 (+). En Estados Unidos (Greene y otros, 2020) se sugirió que las usuarias con sospecha o COVID-19 (+) tuvieran separación temporal con el recién nacido. Además, se sugirió trasladar al recién nacido a una habitación de aislamiento (Kumaraswami y otros, 2020). En países como Polonia (Wszolek y otros, 2021) y Kenia (Kimani y otros, 2020), no se permitió el contacto piel a piel a usuarias COVID-19 (+), similar a lo acontecido en América Latina (Sola y otros, 2020), donde, de un total de 78 mujeres encuestadas sobre el apego inmediato, a un 75,6% usuarias COVID-19 (+) no se les permitió el contacto piel a piel. De acuerdo a los artículos analizados, en términos generales a los hijos de madres con COVID-19 (+) no se les permitió el apego inmediato. Dicha medida eventualmente se justifica por el contexto sanitario acontecido en cada país.

Con respecto a la lactancia materna, sólo el 38% de 50 mujeres encuestadas (COVID-19 (+) o (-) en España (Muñoz Amat y otros, 2021) señalan haber tenido la oportunidad de amamantar a su recién nacido durante la primera hora de vida. Por otro lado, el 24% de las 86 mujeres encuestadas de Latinoamérica, quienes se encontraban con COVID-19 (+), señalaron que se les brindó la oportunidad, pero con el uso de elementos de protección personal (Sola y otros, 2020). En Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021) y Estados Unidos (Kumaraswami y otros, 2020) a todas las mujeres COVID-19 (+) se les autorizó a amamantar a su recién nacido con el uso de medidas de higiene. En Polonia (Wszolek y otros, 2021) y Rusia (Boelig y otros, 2020) a todas las madres se les brindó el acceso a amamantar, sin embargo, los requisitos obligatorios fueron, higienización de manos y el uso de mascarilla durante todo momento. En resumen, en los distintos países analizados la mayoría de las madres estuvieron autorizadas para amamantar, no obstante, se acordó que debían tener medidas de higiene previas, para así evitar el contagio del recién nacido.

En América latina (Sola y otros, 2020) se negó el ingreso de acompañantes en la estadía posterior al parto, a diferencia de Polonia (Wszolek y otros, 2021) que sí permitió el ingreso de un acompañante por dos horas posteriores al parto, al igual que en España (Muñoz Amat y otros, 2021), Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021) y EE. UU (Kumaraswami y otros, 2020) que permitió el ingreso y permanencia de 1 acompañante a elección durante la estancia hospitalaria del puerperio. Por otro lado, en América latina (Sola y otros, 2020) (Argentina, Colombia, Ecuador, Guinea Ecuatorial, Honduras, Perú, República Dominicana) se negó por completo el acceso a un acompañante, dejando así a las usuarias con restricción de visitas hasta el día del alta hospitalaria. Las estrictas medidas tomadas en Latino América pueden tener relación con limitaciones de diversa índole tales como: infraestructura, recursos humanos y barreras culturales respecto al parto humanizado.

En cuanto al ingreso al recinto hospitalario, en Reino Unido (Ross-Davie y otros, 2021) y EE. UU (Kumaraswami y otros, 2020) se les solicitó a las usuarias una prueba de reacción en cadena polimerasa (PCR) al ingreso de la unidad. Por otro lado, en Rusia (Boelig y otros, 2020), China (Yang y otros, 2022) y EE. UU (Peña y otros, 2020) a las usuarias se les realizó una encuesta (teléfono o presencial) sobre la sintomatología asociada a COVID-19 al momento del ingreso a la unidad. En contraste, en Polonia (Wszolek y otros, 2021) se realizó toma de temperatura y anamnesis epidemiológica a cada usuaria en el ingreso a la unidad.

En los centros médicos estudiados de Estados Unidos (Greene y otros, 2020; Kumaraswami y otros, 2020; Peña y otros, 2020) y Rusia (Boelig y otros, 2020) se promedió el tiempo de estancia hospitalaria que abarcaba desde el puerperio inmediato hasta el alta de la usuaria, 24 horas para un parto vaginal y 48 horas para un parto por cesárea, siempre y cuando la usuaria estuviera clínicamente estable. En cuanto a la estancia hospitalaria de la madre junto al recién nacido, en EE. UU (Kumaraswami y otros, 2020) se permitió a todas las usuarias, incluso las COVID-19 (+), siempre y cuando ambos estuvieran en buenas condiciones de salud. En contraste en América latina (Sola

y otros, 2020), sólo un 24,4% de 78 mujeres encuestadas se les permitió la estancia en conjunto al recién nacido. En China (Qi y otros, 2020) ocurrió una situación particular, los hijos con madres COVID-19 (+) permanecieron en cuarentena durante 14 días, mientras que los recién nacidos con madres sospechosas de COVID-19 debieron ser trasladados a una sala de aislamiento neonatal.

Experiencia de las gestantes y su parto durante la pandemia de COVID-19

Hace un par de décadas el concepto de parto humanizado y sus elementos se han ido conociendo en algunos países del mundo, esto con el objetivo de ofrecer una experiencia reproductiva satisfactoria a las gestantes que garantice la autonomía y privacidad, pero además con la finalidad de disminuir las experiencias negativas sobre el parto (Ospina y otros, 2020). En algunos países se han implementado políticas y programas para llevar a cabo el parto humanizado en la población. En este sentido en América latina se llevó a cabo el congreso de “Humanización del parto y nacimiento” donde se propuso mejorar la vivencia del parto y la manera de nacer, lo que, al ser estudiado, demostró que su mejora no ha sido implementada completamente, ya que se siguen ejerciendo prácticas sin consentimiento en el proceso de parto, y aún existen tratos denigrantes que incluyen comentarios irónicos y descalificadores e incluso críticas por su llanto o grito (García y otros, 2020). Por lo tanto, es importante señalar que la implementación de la humanización en el cuidado comienza sólo cuando el equipo multidisciplinario del establecimiento está dispuesto y capacitado para detectar, sentir e interactuar con las usuarias y su entorno, sobre todo cuando se hacen partícipes de la toma de decisiones ante los procedimientos e intervenciones que se puedan presentar (Nagahama & Santiago, 2011).

La humanización del parto se presenta como un conjunto de prácticas y acciones discutidas en línea con las mujeres, con el fin de promover el papel y empoderamiento de la mujer, en armonía, teniendo en cuenta su estado emocional, sus creencias, dignidad y autonomía, con el fin de mejorar la asistencia en el trabajo de parto y nacimiento (Silveira y otros, 2021).

Un aspecto fundamental de la humanización del parto es recibir con dignidad a la mujer, sus familiares y al recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas, crear un clima agradable y modificar las rutinas hospitalarias, siendo esto un deber de las unidades de salud a cargo de la atención (Sánchez y otros, 2012).

De acuerdo con las experiencias analizadas de mujeres que fueron consultadas por su experiencia hospitalaria, durante el parto y post parto en la pandemia de COVID-19, uno de los principales aspectos incumplidos que influyó directamente en que la experiencia fuera positiva o negativa, fue el “respeto de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán en el parto”, el cual en términos generales fue negado. Las usuarias señalaron que “necesitaron más apoyo”, y que esta restricción sanitaria las llevó a tener una “mala experiencia” o sentimientos de “preocupación”, “frustración y “miedo” (Sullivan y otros, 2022; Bertholdt y otros, 2021; Hadjigeorgiou y otros, 2022; Rice & Williams, 2022; Elling y otros, 2022).

Según Yakupova y otros, 2022, un 76,7% de las mujeres encuestadas (n=1.645) catalogaron su experiencia como negativa, donde un 15,6% de las usuarias señalaron haber sufrido agresión verbal, un 1,2% de las usuarias admitieron haber recibido agresión física, y a consecuencia de esto un 34,6% de las encuestadas dicen haber sufrido depresión post parto a raíz de estas prácticas, un 10,3% sufrió estrés postraumático y un 22,7% sufrió de ansiedad. Además, las usuarias COVID (+) expresaron haberse sentido discriminadas por el personal, situación que también fue descrita por los autores Ajayi y otros, 2021, donde las gestantes mencionaron que las matronas se negaron a ingresar a su habitación al igual que las especialistas en lactancia por el miedo al contagio.

Dentro de las experiencias positivas analizadas destaca el estudio de Alaya y otros, 2021, quienes plantean que, de un total de 38 usuarias, un 47% corresponden a usuarias COVID-19 (+), las cuales sintieron satisfacción por la atención y “comodidades” entregadas (nutrición, instalaciones en general). También, Ajayi y otros, 2021, plantea que las 83 usuarias que narraron su experiencia mediante YouTube, sintieron

tranquilidad, ya que los funcionarios explicaban cada procedimiento, creando una comunicación fluida para poder discutir el tipo de atención durante la estadía. Por otro lado, Elling y otros, 2022, refieren que el 24% de las mujeres encuestadas (n=118) sintieron que las restricciones fueron favorables para la prevención del contagio y para que la experiencia fuera más “íntima y especial”. No obstante, dentro de la mayoría de los artículos analizados, el lineamiento general del parto humanizado fue eventualmente transgredido debido a la contingencia sanitaria por COVID-19.

Otro aspecto fundamental del parto humanizado es adoptar medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que, aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrea mayores riesgos para ambos (Sanchez y otros, 2012). Un ejemplo de una buena práctica corresponde a Países bajos, donde la asistencia se enfoca en el trabajo de parto y parto de bajo riesgos centrada en el apoyo emocional y en el cuidado de las mujeres y recién nacido, sin interferir en el proceso fisiológico del parto y permitiendo que la usuaria experimente ese momento de manera agradable y segura (Nagahama & Santiago, 2011).

A diferencia de lo ocurrido en Países Bajos, en Estados Unidos según Gildner & Thayer, 2020 un 45%, de las 1400 usuarias que fueron encuestadas, señalaron que debido a diversas preocupaciones y comentarios de parte de los profesionales médicos provocaron que las gestantes cambiaran sus planes de parto, como consecuencia, las mujeres eligieron como vía de parto la cesárea para así poder retornar rápidamente a sus hogares, es decir, eligieron una cesárea sin justificación médica, lo que probablemente fue una decisión tomada en base al miedo (Ajayi y otros, 2021). Además, las usuarias señalan que decidieron no parir en recintos públicos, ya que el miedo a los protocolos instaurados las hizo sentir que no podrían tener un parto humanizado. También, se menciona que las mujeres no sentían resguardo por parte de los centros hospitalarios, ya que, para ellas, por la pandemia y nuevos protocolos el parto pasó de ser un proceso fisiológico a un hecho médico e instrumentalizado (Preis y otros, 2020). Dado el miedo a las prácticas instrumentalizadas, las usuarias que tenían la posibilidad de elegir el lugar

del parto y que inicialmente habían decidido tenerlo en centros hospitalarios, optaron por cambiarlo a un centro de partería o partos en comunidad, ya que sentían que los centros hospitalarios no cumplirían sus derechos básicos y tampoco podrían tener un parto humanizado. Al cambiar de recinto hospitalario, las usuarias recalcaron lo especial que fue poder contar con al menos un acompañante y gracias a esto valoraron su parto como una experiencia positiva, segura y tranquila, a pesar de los cambios protocolares.

Entre las limitaciones encontradas para la realización de este estudio se encuentra la falta de información (artículos) sobre los cambios protocolares y experiencias de las usuarias en el contexto de la pandemia por COVID-19 dentro de los países de Latinoamérica. En este sentido, es necesario el desarrollo de nuevas investigaciones sobre esta temática, que permitan contextualizar y actualizar los protocolos existentes a cada realidad sanitaria y de acuerdo a los lineamientos del parto humanizado sugeridos por la OMS.

CONCLUSIÓN

Finalmente, todos los recintos hospitalarios estudiados adoptaron protocolos para la prevención del contagio del COVID-19, pero en su mayoría no tomaron en consideración los aspectos básicos para brindar una atención integral basada en la humanización del parto. Debido a lo antes mencionado, las experiencias de las usuarias estuvieron directamente impactadas con los nuevos protocolos, ya que estos interfirieron en la toma de decisiones personales y del equipo de salud tanto en los momentos previos al parto (cambio en recinto hospitalario y la vía de parto), como durante el parto y post parto (acompañamiento, atención del parto, apego inmediato, lactancia, puerperio).

Sin duda, nuestro rol como matronas en la atención integral de la mujer tiene gran importancia, ya que estamos presentes en el cuidado de salud durante todo el ciclo vital de la mujer. Es por esto, que nuestro rol incluye brindar una atención de calidad, en donde vemos a la mujer de manera integral, haciendo valer sus derechos, educar y empoderar a nuestras usuarias para que sean capaces de reconocer la atención en salud que merecen. La pandemia de COVID-19 es un claro ejemplo de un contexto en donde las mujeres no pudieron recibir información necesaria para poder tomar decisiones, ya sea por la falta de evidencia científica respecto al SARS-CoV-2 o por los protocolos que adoptaron los distintos recintos hospitalarios. En la actualidad como matronas debemos ser capaces de suministrar durante la atención los aspectos básicos del parto humanizado, a pesar de factores externos que se puedan presentar, logrando que el personal se adapte y que las usuarias no tengan que sufrir grandes consecuencias en cuanto a su bienestar y malas experiencias. Es por esto, que una de las tareas pendientes de la matronería es fomentar el desarrollo de investigaciones científicas que contribuyan a la elaboración de nuevos protocolos para futuras contingencias sanitarias. Por otro lado, es importante velar que la toma de decisiones de los profesionales de salud sea en conjunto a la usuaria y viceversa, no dejando de lado y priorizando la humanización del parto, la atención integral y el empoderamiento de la gestante.

REFERENCIAS

1. Ajayi, K., Harvey, I., Panjwani, S., Uwak, I., Garney, W., & Page, R. (2021). Narrative Analysis of Childbearing Experiences During the COVID-19 Pandemic. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(5), 284-292. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000742>
2. Alaya, F., Worrall, A., O'Toole, F., Doyle, J., Duffy, R., & Geary, M. (2021). Health-related quality of life and quality of care in pregnant and postnatal women during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cohort study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 154(1), 100-105. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13711>
3. Alonso, C., Sugimoto Storey, A., Fajardo, I., & Borboleta, H. (2021). Emergent Change in a Mexican Midwifery Center Organization Amidst the COVID-19 Crisis. *Frontiers in Sociology*. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611321>
4. Appelman, I., Thompson, S., Van Den Berg, L., Van Der Wal, J., Jonge, A., & Hollander, M. (09 de Marzo de 2022). It was tough, but necessary. Organizational changes in a community based maternity care system during the first wave of the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis in the Netherlands. *PLOS ONE*, 1-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264311>
5. Bertholdt, C., Epstein, J., Alleyrat, C., Ambroise Grandjean, G., Claudel, L., Olieric, M. F., Dahlhoff, S., Mottet, N., Banasiak, C., & Morel, O. (2022). Comparative evaluation of the impact of the COVID-19 lockdown on perinatal experience: A prospective multicentre study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(8), 1333-1341. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17082>
6. Boelig, R., Lambert, C., Pena, J., Stone, J., Bernstein, P., & Berghella, V. (2020). Obstetric protocols in the setting of a pandemic. *Seminars in Perinatology*, 44(6). <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151295>
7. Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (2018). Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista*

- Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12.
<http://search.ebscohost.com.bdigitaluss.remotexs.co/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=138875275&lang=es&site=ehost-live>
8. Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 44(3), 1-12.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002&lng=es&tlng=es.
 9. Borges Damas, L., Sixto Pérez, A., & Sánchez Machado, R. (2018). Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1-1.
<http://search.ebscohost.com.bdigitaluss.remotexs.co/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=132091983&lang=es&site=ehost-live>
 10. Castro Trujillo, V., & Castro Méndez, J. (Diciembre de 2020). Measures for the management of SARS-CoV-2 in Venezuela: An analysis from the data. *Gaceta Médica de Caracas*, 128(2), 273-288. EBSCOhost:
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/20666
 11. Davis Floyd, R., Gutschow, K., & Schwartz, D. (2020). Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical Anthropology*, 39(5), 413-427.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
 12. Elling, C., Rider Sleutel, M., Wells, J., Newcomb, P., Valdez, E., Walker, K., & Nguyen, T. (2022). *Women's and Nurses' Perceptions of Visitor Restrictions After Childbirth During the COVID-19 Pandemic*. *Nurs Womens Health*.
<https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.05.002>
 13. García Torres, O., Félix Ortega, A., & Álvarez Villaseñor, A. (2020). Percepción del parto humanizado en pacientes en puerperio. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3), 258-264.
<https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
 14. Gildner, T., & Thayer, Z. (2020). *Birth plan alterations among American women in response to COVID-19*. *Health Expectations*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13077>

15. Greene, N., Kilpatrick, S., Wong, M., Ozimek, J., & Naqvi, M. (2020). *Impact of labor and delivery unit policy modifications on maternal and neonatal outcomes during the coronavirus disease 2019 pandemic*. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100234>
16. Hadjigeorgiou, E., Vogazianos, P., Christofi, M. D., Motrico, E., Domínguez Salas, S., Mesquita, A., & Christoforou, A. (2022). *Experiences, concerns, and needs of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic in Cyprus: a cross-sectional study*. BMC Pregnancy Childbirth. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05017-y>
17. Janevic, T., Maru, S., Nowlin, S., McCarthy, K., Bergink, V., & Stone, J. (2021). Pandemic Birthing: Childbirth Satisfaction, Perceived Health Care Bias, and Postpartum Health During the COVID-19 Pandemic. *Maternal and Child Health Journal*, 860–869.
18. Jiménez Hernández, G., & Peña Jaramillo, Y. (2018). Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Revista Salud UIS*, 50(4), 320-327. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
19. Kimani, R., Maina, R., Shumba, C., & Shaibu, S. (2020). *Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: re-contextualising the community midwif e-contextualising the community midwifery model*. Human Resources for Health. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00518-3>
20. Kumaraswami, S., Pradhan, T., Vrabie Wolf, S., Lodhi, S., Rajendran, G., Tedjarati, S., & Grimes, C. (2020). *Response of an Obstetric Unit during the Coronavirus Disease of 2019 (COVID-19) Pandemic: Experiences from a Tertiary Care Center*. American Journal of Perinatology Reports. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716731>
21. Leiva, G., Sadler, M., López, C., Quezada, S., Flores, V., Sierra, C., Díaz, S., & Figueroa, C. (2021). Protegiendo los derechos de las mujeres y recién nacidos en una maternidad pública durante el brote de COVID-19: el caso del Hospital Dra. Eloísa Díaz - La Florida, en Santiago, Chile. *Frontiers in Sociology*. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.614021>

22. Macías, M., Haro, J., Galarza, G., Quishpa, M. d., & Triviño, B. (3 de Julio de 2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 392-415. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815>
23. Manjon Hernández, N. (2021). Centro de Nacimientos: un acompañamiento continuo y humanizado de la matrona en el parto. *Metas de Enfermería*, 24(2), 33-34. <http://search.ebscohost.com.bdigitaluss.remotexs.co/login.aspx?direct=true&db=c cm&AN=149932453&lang=es&site=ehost-live>
24. Massó Guijarro, E., & Triviño Caballero, R. (Junio de 2020). Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos. *Enrahonar*, 65. <https://doi.org/https://doi.org/10.5565/rev/enrahonar.1305>
25. Muñoz Amat, B., Pallás Alonso, C. R., & Hernández Aguilar, M. T. (2021). Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 16(66). <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00407-y>
26. Nagahama, E. E., & Santiago, S. M. (2011). Parto humanizado y tipo de parto: evaluación de la asistencia ofrecida por el Sistema Único de Salud en una ciudad del sur de Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4). <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>
27. OPS/OMS. (2018). Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=0&lang=es
28. Ospina Vanegas, D. P., Cristancho Gomez, S. M., Lafaurie Villamil, M. M., & Rubio Leon, D. C. (2020). Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. *Cuidarte*, 11(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1005>
29. Peña, J., Bianco, A., Simpson, L., Bernstein, P., Roman, A., Goffman, D., Schweizer, W., Overbey, J., & Stone, J. (2020). A Survey of Labor and Delivery

- Practices in New York City during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Perinatology*, 37(10), 975-981. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713120>
30. Preis, H., Mahaffey, B., & Lobel, M. (2020). The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19. *Birth issues in perinatal care*, 48(2), 242-250. <https://doi.org/10.1111/birt.12533>
31. Qi, H., Luo, X., Zheng, Y., Li, J., Zou, L., Feng, L., Chen, D., Shi, Y., & Tong, C. (2020). Safe delivery for pregnancies affected by COVID-19. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(8), 927-929. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.16231>
32. Ramírez Olivencia, G., Membrillo de Novales, F., Ballester Orcal, L., García Rosado, M., López Figueras, A., Cadenas Alonso, P., & Estébanez Muñoz, M. (2020). Organización de la cuarentena hospitalaria en los evacuados de Wuhan al inicio de la pandemia de COVID-19. *Sanidad Militar*, 76(2). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712020000200006>
33. Rice, K., & Williams, S. (2022). Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic. *Women Birth*, 35(5), 484-492. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.008>
34. Romero Reveron, R. (Junio de 2020). Bubonic plague. *Vesalius*, 26. EBSCOhost: https://www.researchgate.net/publication/343270981_Bubonic_plague
35. Rossie Davie, M., Brodrick, A., Randall, W., Kerrigan, A., & McSherry, M. (2021). Labour and birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 73, 91-103. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.03.011>
36. Sánchez, J. A., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Peña, E. B., López, R. M., & Múnariz, L. Á. (2012). Los Conceptos Del Parto Normal, Natural Y Humanizado. El Caso Del Área 1 De Salud De La Región De Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana.*, 7(2), 225-247. <http://search.ebscohost.com.bdigitaluss.remotexs.co/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=78555547&lang=es&site=ehost-live>

37. Sevillano Triguero, V., & Estrada Arráez, S. (Febrero de 2022). Psycho-environmental processes of hospital design and their role during the COVID-19 pandemic (Procesos psicoambientales del diseño de hospitales y su implicación durante la pandemia por COVID-19). *PsyEcology*, 13(1), 75-100. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/21711976.2021.2006008>
38. Silveira Leal, M., Rocha Moreira, R., Costa Barros, K. C., Silva Servo, M. L., & Ferreira Bispo, T. C. (2021). Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
39. Sola, A., Rodríguez, S., Cardetti, M., & Dávila, C. (2020). COVID-19 perinatal en América Latina. *Pan American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.47>
40. Sullivan, E., Cameron, A., & Kornelsen, J. (2022). Rural Residents' Perinatal Experiences During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study in British Columbia. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(4), 488-495. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13338>
41. Voza, A., Desai, A., Luzzi, S., Lucifero, G., Azzolini, A., Kogan, E., Goretti, M., Piovani, G., Bonovas, D., Angelotti, S., Savevsk, G., Aghemo, V., Greco, A., Costantini, M., Lleo, E., Angelini, C., Giordano, M., Badalamenti, S., & Cecconi, M. (Octubre de 2021). Clinical Outcomes in the Second versus First Pandemic Wave in Italy: Impact of Hospital Changes and Reorganization. *Applied Sciences*, 11(19). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/app11199342>
42. Wilson, A., Sweet, L., Vasilevski, V., Hauck, Y., Wynter, K., Kuliukas, L., Szabo, R., Homer, C., & Bradfield, Z. (27 de Junio de 2021). Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. *Birth Issues in Perinatal Care*, 49(1), 30-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12569>
43. Wszolek, K., Chmaj Wierzchowska, K., & Wilczak, M. (2021). Management of birth, postpartum care and breastfeeding - Polish recommendations and guidelines during SARS-CoV-2 pandemic. *Ginekologia Polska*, 92(5), 387-391. <https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0059>

44. Yakupova, V., Suarez, A., & Kharchenko, A. (2022). Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010335>
45. Yang, S. P., Chen, H. H., Peng, F. H., & Hsiao, S. M. (2022). Obstetric measures to decrease the spread of SARS-CoV-2 infection during labor in a conventional labor room. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 568-569. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.03.034>