

Un paso más en la Humanización del Nacimiento por Cesárea

Autores: López-Morales, MA¹, Remesal-Prieto, MJ.² Romero-Martínez, J.³, Martín-Martín, R.⁴, Román-Molero, MM⁵, Baena-Antequera, F.⁶

¹.Matrona y Supervisora en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

² Matrona en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

³ Matrón en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla). Profesor en el Centro de Enfermería de San Juan de Dios de Bomujos

⁴Matrona en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla). Doctora en Psicología, Enfermera Especialista en Pediatría atrona en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

⁵Matrona en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

⁶Matrona en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla). Profesora en Facultad de Enfermería de Osuna (U. de Sevilla)

Desde que en el año 2007 la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía pusiese en marcha su Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA) las mujeres y sus familias se han beneficiado de la implantación de numerosas buenas prácticas en la atención perinatal, encontrándose con Paritorios donde tenían prácticas seguras y respetadas en relación con sus partos

Nuestro centro ya fue pionero en Andalucía en los cuidados en esta línea de humanización, y ya en 2006 se iniciaba la práctica del cuidado piel con piel (CPP en adelante) tras el nacimiento. Esta práctica contempla el alojamiento conjunto de madre y recién nacido, la colocación del bebé sobre el pecho de la madre y el inicio precoz de la lactancia materna. Este alojamiento conjunto en CPP prolongado durante los primeros 60-90 minutos de vida y el inicio del amamantamiento está recogido en la *normativa de lactancia materna* de nuestro centro, incluyendo a las madres que dan a luz por cesárea pues deben incluirse a todas.

Hasta ese momento los recién nacidos se colocaban en una cuna térmica, con un foco de calor por infrarrojos, inmediatamente tras el nacimiento y permanecían así durante dos horas. En ese período no se beneficiaban del acceso al pecho materno para un inicio precoz de la lactancia materna. Un estudio llevado a cabo en nuestro centro y premiado con el premio NUK 2007 demostraba lo que se venía apuntando en diferentes investigaciones. La seguridad de esta práctica y el beneficio como método que fomenta la Lactancia materna con mayores tasas de lactancia y mayor duración de la misma. Además de mayor calidez en la asistencia con un aumento de la satisfacción materna. A raíz de ello se implementó este cambio en la práctica asistencial y la formación de otros centros para propiciar este proceso de mejora asistencial.

La práctica del CPP tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados (Asociación Española de Pediatría, 2017):

- Permite una adecuada transición del recién nacido favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con rápida mejoría de la oxigenación, regulación de su temperatura corporal y disminución del gasto energético.

- Confiere una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna.
- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro
- Mejora el vínculo afectivo madre/hijo. Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo.

Organizaciones de salud nacionales e internacionales recomiendan la realización del CPP precoz tras los partos vaginales, y también en las cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan. Esta recomendación también está recogida en las Guías Práctica Clínica sobre atención del parto normal y de lactancia materna del Ministerio de sanidad.

La pandemia del virus COVID-19, al obligarnos por cuestiones logísticas a asumir el cuidado posparto de las cesáreas en el área de Paritorio en vez de en las salas de Reanimación posquirúrgica, como se había venido haciendo siempre, nos dio la oportunidad de realizar un pilotaje para poder llevar a cabo posteriormente este nuevo protocolo.

Por tanto, tras comprobar que era una práctica factible y satisfactoria y escuchando la demanda creciente de la sociedad, nos apoyamos en las evidencias científicas y en las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas y organismos internacionales como la OMS, la Estrategia para la Humanización del Parto y la GPC del Ministerio de Sanidad, la Guía NICE, las Asociaciones de Matronas y la AEped, que recomiendan el inicio temprano e ininterrumpido del CPP en las cesáreas desde el nacimiento hasta las dos horas posteriores, tomamos la decisión de implementar este cambio en nuestra práctica asistencial, y lo iniciamos tras la elaboración de un protocolo desde octubre de 2021 hasta la actualidad.

PROCEDIMIENTO CUIDADOS MATERNOFETALES POSTCESÁREA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE E HIJO.

El procedimiento de cuidados que incluye la práctica del CPP tras la cesárea consta de lo siguiente:

- Por un lado, la posibilidad de iniciar el CPP en el mismo quirófano. Para lo cual la matrona responsable del proceso debe quedarse acompañando al binomio madre-hijo en el quirófano. Siempre debe cumplirse que las condiciones del área de paritorio lo permitan, no existiendo sobrecarga asistencial, pues la matrona debe quedar vigilante, y de la propia intervención quirúrgica que evolucione de manera habitual sin complicaciones. Para ello se puede colocar el arco de separación de forma que quede espacio para colocar al bebé y los electrodos de manera que dejen libre el tórax de la madre (hombros y espalda) para que no molesten al recién nacido y tampoco generen interferencias y el anestesiólogo pueda controlar la evolución de la intervención.

- En segundo lugar, incluye el alojamiento conjunto de madre e hijo durante las horas posteriores a la cirugía y el contacto piel con piel permanente. Junto a esto se favorece la primera toma de pecho si es deseo de la madre la lactancia materna. Hasta ahora la madre pasaba a URPA y el recién nacido quedaba en el área de paritorio junto al padre separados de la madre.
- El tercer elemento de la humanización de las cesáreas, que no hemos incluido, pero podría plantearse en un futuro si las condiciones así se dan, sería la presencia del padre acompañando a la madre en el mismo quirófano.

Una vez finalizada la cirugía la paciente pasa acompañada necesariamente de un familiar de su elección y del recién nacido a la sala de postparto. Dicha sala debe estar dotada de Monitor para control de constantes vitales permanentes, maquinaria para manta térmica, foco infrarrojo en caso de que no se pueda asegurar el CPP y timbre de llamada operativo.

Para garantizar la seguridad del proceso la paciente acude con al menos una vía periférica en la que traerá una perfusión de oxitocina de quirófano pautada por el obstetra y sondaje vesical permanente.

Debe existir disponibilidad de medicación para posibles complicaciones. Deben estar en la sala de recuperación posanestésica por si surgen complicaciones vasomotoras.

En esta ubicación se debe continuar con la monitorización continua con ECG, SpO2 y frecuencia respiratoria y PA cada 5 minutos durante 1-2 horas.

Se recogen datos de: saturación de O₂, FR, FC, ritmo, PA, temperatura, nivel de consciencia, escala de dolor, control de bloqueo regional, pérdida de sangre (herida quirúrgica, vaginal, drenajes); infusión IV, balances de líquidos y diuresis horaria.

Los objetivos del Protocolo son:

1.- Detección temprana de signos y síntomas de alarma de posibles complicaciones inmediatas tras la cesárea con estricto control del dolor y de la recuperación de la movilidad.

2.- Inicio de la lactancia materna y mantenimiento del contacto piel con piel

El neonato permanece con la púerpera durante 1-2 horas de reanimación inmediata, para favorecer el CPP y la lactancia materna. El CPP debe ser prolongado, superior a 50 minutos, para evitar pérdidas de calor innecesarias. El recién nacido debe estar desnudo para aumentar la superficie corporal en contacto con la madre. Solo se debe vestir con pañal y gorro, sin camiseta y tapado con una manta. En los casos en los que el estado materno no permita un contacto adecuado madre-hijo, el neonato permanecerá con el acompañante, si este no desea hacer CPP es necesario la utilización

de un foco de infrarrojos ya que la inmadurez de sus centros termorreguladores requieren de un foco que proporcione calor externamente hasta su estabilización.

Si la madre no desea lactancia natural se debe recomendar no acercar al bebé al pecho para que no inicie la succión porque estos estímulos originan una subida de la leche más precoz. Aun así, no hay que limitar el CPP. Se debe evitar todo tipo de juicios de valor al respecto de la alimentación elegida por la madre. Se debe facilitar la prescripción y administración de los fármacos que inhiben la subida de la leche.

Si la madre lo desea se debe favorecer el inicio de la lactancia materna. Es muy importante para el éxito posterior de ésta el aprovechamiento de período sensitivo inicial en las primeras dos horas tras el nacimiento. La cesárea puede tener un efecto negativo sobre la lactancia materna, debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre e hijo para la realización de los cuidados postquirúrgicos de la madre, y por las alteraciones físicas como el dolor y psicológicas como la ansiedad, las mujeres sometidas a una cesárea tienen más dificultades en iniciar y mantener la lactancia. Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes si bien la repercusión es de mayor magnitud en caso de las primeras (Ammy, 2016; Guala, 2017)

Además, supone una fuente de secreción de oxitocina intrínseca materna que asociada a la administrada de manera sintética favorece la contractibilidad uterina como mecanismo de prevención de la atonía y la hemorragia puerperal.

Al igual que en un postparto tras parto vaginal espontáneo o instrumental es de vital importancia instruir a los padres en la vigilancia de los recién nacidos para evitar el colapso neonatal precoz. Advertir de la vigilancia de la coloración normal de éste, rosada o con acrocianosis, la colocación adecuada de la cabeza evitando la obstrucción de la vía respiratoria y prohibir expresamente el uso del teléfono móvil, especialmente el uso de redes sociales, estando claramente documentado que aumenta el riesgo de incidencia de colapso. Estas medidas serán especialmente importantes en recién nacidos de bajo peso, prematuros tardíos (35-37 semanas de amenorrea, Apgar bajo al nacer y madres que, por la hora del nacimiento, el uso de fármacos o el estado de cansancio estén especialmente somnolientas.

RESULTADOS

Tras la implantación del protocolo se ha llevado a cabo un estudio durante los primeros 6 meses, cuyos resultados fueron los siguientes:

- Se han realizado 101 cesáreas (15% del total de partos en este período), de las cuales 62 mujeres permanecieron en el área de paritorio y 39 en URPA por complicaciones en la cirugía o patología materna.
- Las madres alojadas en paritorio han permanecido en alojamiento conjunto salvo 3 por ingreso de los neonatos.
- El 96.6% (n=57) iniciaron la primera toma de LM en la primera hora de vida, el resto (n=2) no lactó por decisión materna.

- Todas (98.3%) excepto una (por agotamiento) realizaron CCP en los primeros 30-40 minutos de vida.
- Un RN requirió valoración pediátrica por distrés respiratorio que se resolvió espontáneamente y 2 RN por hipoglucemias leves en RN con factores de riesgo.
- Como complicación el 4.8% de las púerperas necesitó rescate analgésico por EVA superior a 3.

Con estos resultados pudimos sacar de conclusión que la humanización de la cesárea es una práctica que parece demostrar que el CPP y la primera toma en el período sensitivo del neonato favorece la duración y las tasas de LM con respecto a la cesárea tradicional, presentan menor dolor y ansiedad tanto madre como bebé. Nuestro estudio pretende demostrar estos hechos, al evidenciarse altas tasas de CCP y LM y bajas complicaciones

LÍNEAS FUTURAS

Desde que se inició este protocolo, han tenido lugar 337 cesáreas en nuestro centro, de las cuales el 68% han cumplido criterios para quedarse en el área de Paritorio durante el posparto inmediato y se han podido beneficiar de la no separación tras el nacimiento por cesárea y con la posibilidad de realizar CPP.

En nuestro interés de ofertar un cuidado centrado en la mujer y su familia estamos trabajando en una ampliación de nuestro protocolo, ya que al ser la zona quirúrgica un área de alta especialización donde las mujeres sufren una ruptura temporal de la unidad familiar, queremos establecer la figura de la matrona referente prequirúrgica que inicie su acompañamiento de forma previa a la intervención de la cesárea, de forma que le proporcione seguridad y el apoyo necesario en ese momento. Siendo esta misma matrona la que la reciba tras el nacimiento pudiéndose llevar a cabo así una continuidad de cuidados.

Además de este factor humano, hay un nuevo material que tenemos para implementar que es un equipo de cesárea con sábanas transparentes que le dan la opción a la madre de visualizar el nacimiento de su bebé.

BIBLIOGRAFIA.

1. Caparros-Gonzalez RA. Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus COVID-19 durante el embarazo: una scoping review. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94(April).
2. Roeckner JT, Krstić N, Sipe BH, Običan SG. N95 Filtering Facepiece Respirator Use during Pregnancy: A Systematic Review. *Am J Perinatol*. 2020;37(1):995-1001.
3. Dashraath P, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;222(6):521-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>
4. Tessier E, Camaño I y cols Cesarea humanizada. *Prog Obstet ginecol* 2013;56(2):73-78
5. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: Responding to a rapidly evolving situation. *Obstet Gynecol*. 2020;135(5):999-1002.
6. Verma S, Carter EB, Mysorekar IU. SARS-CoV2 and pregnancy: An invisible enemy? *Am J Reprod Immunol*. 2020;0-3.
7. Juan Luis Delgado Marín. Anna Suy Franch. Txantón Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate. Documento técnico Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit Dir Gen Salud Pública, Calid e Innovación. 2020;1-32. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
8. Dumitriu D, Emeruwa UN, Hanft E, Liao G V., Ludwig E, Walzer L, et al. Outcomes of Neonates Born to Mothers With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection at a Large Medical Center in New York City. *JAMA Pediatr*. 2020;10032:1-11.
9. Arnedillo-Sánchez S, Romero-Martínez J, Barberá-Rubini N, Ruiz Ferrón MC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. *Matronas Profesión* 2006; 7 (2): 14-21.
10. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría. 2017. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/contacto-piel-con-piel-en-las-cesareas>

11. Ammy J Hobbs and cols. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Apr 26;16:90 Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5610826/>

12. Guala A and cols. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. The Scientific World Journal/2017/ article. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2017/1940756/>