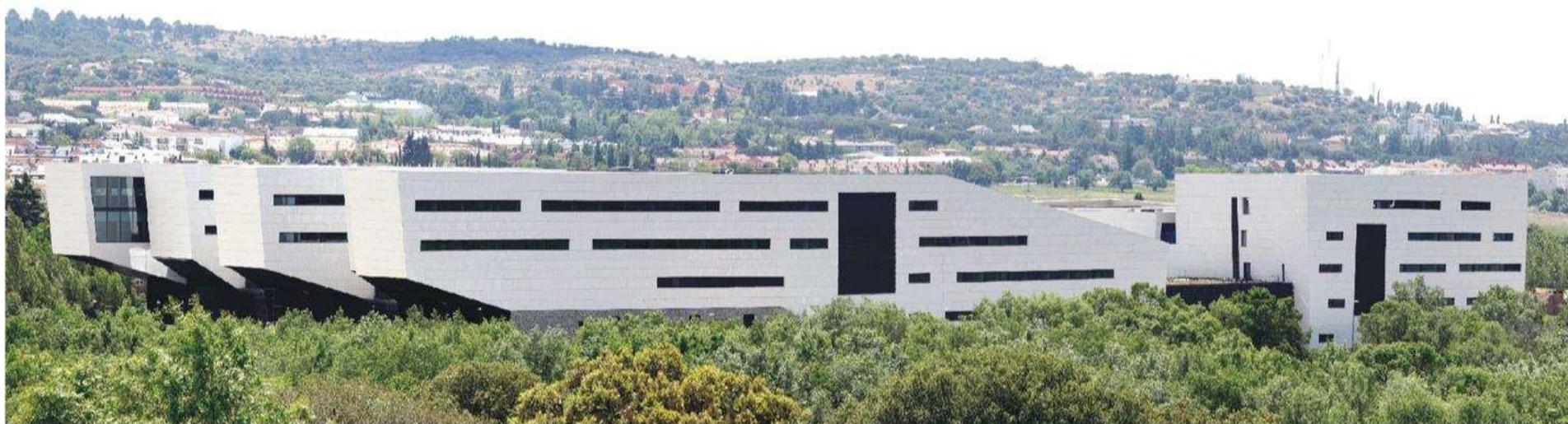




Hospital General de Villalba



PARTO Y CESÁREA HUMANIZADA

Elena Perez-Cejuela Rincon.

Plan de humanización integral durante el embarazo

- **Rueda obstétrica**
- **Escuela de padres**
- **Plan de parto**
- **Visita guiada**
- **Parto Y Cesárea humanizada**
- **Taller de primeros pasos**
- **Teléfono de lactancia 24 horas**
- **Fase 2D de la IHAN**

INTRODUCCIÓN

- Desde nuestra puesta en marcha, hemos atendido 2800 partos priorizando la personalización y el mínimo intervencionismo.
- 18% de los nacimientos son por cesárea.
- OMS y Ministerio de Sanidad: recomiendan facilitar el “contacto piel con piel” con el recién nacido en todos los partos.

PARTO HUMANIZADO

Nuestro objetivo:

- **Es ofrecer** atención al parto respetando el proceso fisiológico.
- **Es escuchar** a la mujer, respetar sus opiniones, acompañar y guiar durante todo el proceso del parto dando información y apoyo.
- Es ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer.
- **Es favorecer** un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad del núcleo familiar.

Cómo lo conseguimos...

- Gracias a un equipo de profesionales involucrados en conseguir que la mujer sea la protagonista de su propio parto.



- Favoreciendo el estar acompañada por las personas de su elección ya sea su pareja, un familiar o una persona de su confianza, en una sala individual, habilitada para dar toda la atención durante todo el proceso de dilatación parto y puerperio precoz.



- **Ofreciendo recursos de apoyo al proceso, para que la mujer pueda andar y utilizar distintos métodos analgésicos no farmacológicos para el alivio del dolor, como son: el uso de la ducha, las pelotas, sacos de calor, música, relajación, etc. Además de ofrecer métodos analgésicos farmacológicos, como son: el óxido nitroso, la walking-epidural y la anestesia epidural**



- **Fomentando en todo momento la no separación de la madre y el recién nacido desde el primer momento y durante toda su estancia hospitalaria, independiente de la vía del parto**

PROGRAMA PIEL CON PIEL

- El programa piel con piel consiste en no separar a la diada madre-recién nacido con un contacto entre ellos total desde el nacimiento, **siempre que la situación clínica de ambos lo permita.**
- **El equipo que atiende el parto** se ocupa de monitorizar que la progresión del recién nacido sea la correcta y animan a los padres a que se involucren en el cuidado del niño desde el primer minuto, pero **no interfieren en ese vínculo entre el recién nacido y sus padres a no ser que sea estrictamente necesario.**
- El recién nacido permanece con sus padres todo el tiempo. Naturalmente, el programa se mantiene cuando los padres y el niño van a la habitación individual del área de maternidad.

PROGRAMA PIEL CON PIEL

El Hospital General de Villalba ha adoptado este programa porque se ha demostrado que el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel con piel con su madre tras el parto, **promueve la mejor adaptación del recién nacido** a su nueva vida con sus padres fuera del útero materno, **aumenta los índices de lactancia materna** y **produce un menor grado de ansiedad materna**, entre otros beneficios.



PROGRAMA PIEL CON PIEL

- En nuestro hospital, y gracias a la voluntad de muchos otros profesionales más allá del bloque obstétrico, como son: **anestesiistas, personal del bloque quirúrgico, pediatras-neonatólogos, enfermeros de neonatos, etc.** el programa piel con piel se realiza también en las **cesáreas**, siempre que no sean por una situación de emergencia vital.
- Además, en las cesáreas se lleva a cabo el **protocolo de acompañamiento**, pudiendo pasar a quirófano la persona elegida por la mujer para vivir este momento tan especial.



TIPOS DE CESÁREAS

1.Cesárea electiva: es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

2.Cesárea en curso de parto: se indica y realiza durante el curso de parto por diferentes problemas, generalmente por distocia. No existe riesgo inminente ni para la madre ni para el feto.

3.Cesárea urgente: aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

CESÁREAS “HUMANIZABLES”

1. Cesárea programada salvo contraindicación.
2. Cesárea en curso de parto salvo contraindicación :
 - Parto estacionado
 - Inducción fallida
 - Presentación anómala
 - Desproporción cefalo-pélvica

CONTRAINDICACIONES

1. **MATERNAS:** metrorragia vaginal abundante (placenta previa, DDPNI), preeclampsia mal controlada o eclampsia, anestesia general.

2. **FETALES:** malformaciones, sospecha de pérdida del bienestar fetal, pretérmino por debajo de 35 semanas, CIR con peso estimado por debajo de 2 kilos, gestaciones múltiples.

3. SI EL EQUIPO MÉDICO NO LO CONSIDERA CONVENIENTE.

4. SI LA CARGA ASISTENCIAL IMPIDE LA SUPERVISIÓN DEL CONTACTO PIEL CON PIEL POR LA MATRONA.

INFORMACIÓN

- En la visita guiada.
- En la consulta de obstetricia cuando se programe la cesárea.
- Al indicar una cesárea en curso de parto sin riesgo para la madre ni el feto.

ACTUACIÓN AL INGRESO

-Ingreso de cesáreas programadas a las 8:15-8:30h en una sala de Observación, en ayunas desde las 0:00h, con el acompañante de su elección.

Se avisa al anestesista (52745/52541) para informar sobre posibilidad de humanización de la cesárea y para acordar la hora de la intervención.

1.Preparación de la paciente: camión desechable, retirada de joyas y esmalte, rasurado de la zona de incisión.

2.Canalización de vía venosa periférica en el brazo no dominante, de calibre de 18 G, conectada a una llave con alargadera. Extracción de analítica si precisa.

3. Realización de monitor (y ecografía si precisa).

4. Administración de premedicación preanestésica:

- Ranitidina 50 mg iv + Primperán 10 mg iv.
- Cefazolina 2 gr iv (clindamicina 600 mg+ gentamicina 80 mg iv en alérgicas): iniciar al trasladar a la paciente a quirófano.

- Se proporcionará al acompañante pijama azul, mascarilla, gorro y calzas (dejando pertenencias en una taquilla en la Observación/Dilatación).

ACTUACIÓN EN QUIRÓFANO

- Traslado de la paciente por el celador al Quirófano 1.
 - El quirófano estará a 22-24 °C, con un nivel de luz ambiental baja y mínimo ruido posible.
 - Monitorización materna: electrodos en dorso, pulsioxímetro en la mano de la vía periférica o en el pie.
 - Sondaje vesical por la matrona una vez administrada la anestesia epidural.
- *En cesáreas en el curso del parto: sondaje vesical en paritorio y monitorización hasta que se pinta el campo quirúrgico.

Acompañante:

- Espera en la Observación (c. programadas) o en la Dilatación (c. en el curso del parto) hasta que la matrona le acompañe al quirófano una vez anestesiada la paciente.
- Se colocará sentado a la derecha de la cabecera de la mesa de quirófano, en silencio o con tono de voz bajo, sin tocar los paños estériles ni el instrumental.

EXTRACCIÓN DEL FETO

- Tras la extracción de la cabeza, se podrá bajar el campo, si el cirujano y el anestesista lo autorizan, para que la pareja pueda ver el nacimiento.
- Si no hay complicaciones, se realizará clampaje tardío del cordón, hasta que deje de latir (disminuye el riesgo de anemia del recién nacido).
- La matrona colocará al neonato boca-abajo sobre el pecho de la madre donde el pediatra evaluará si el estado fetal permite continuar el piel con piel y realizará el test de Apgar. Se realizarán maniobras de secado, estimulación y se colocará el gorro.
- El acompañante ayudará a sostener al bebé, bajo supervisión de la matrona.
- El anestesista y el cirujano podrán determinar en cualquier momento si el estado de la madre está comprometido e indicará si el neonato tiene que estar con el padre o si éste deberá ser trasladado fuera del quirófano (sala de dilatación/observación), donde continuará el piel con piel con el padre.
- La administración de la vitamina K, de la profilaxis ocular con eritromicina y la colocación del pañal se harán antes de salir de quirófano.



CUIDADOS POSTCESÁREA

- El acompañante cogerá al neonato mientras el celador pasa a la paciente a la camilla.
- Traslado de la paciente acompañada por el anestesista y enfermera de quirófano al box de Reanimación (preferentemente el 13,18 ó 20) donde permanecerá con el acompañante y el recién nacido, permitiendo el contacto piel con piel.
- Cuidados postquirúrgicos a cargo de enfermera de reanimación.
- Valoración del neonato por la matrona a su llegada a Reanimación, a la hora y antes de subir a planta.
- Alta a planta a las 2-3 horas postcesárea. Si se prolongara su estancia en REA, se valorará la situación con las matronas y el supervisor de guardia.

FOLLETO INFORMATIVO DE CESÁREA CON ACOMPAÑANTE

El Hospital General de Villalba dentro de su política institucional de asistencia respetuosa a la maternidad, ofrece a las gestantes que dan a luz mediante cesárea programada, la posibilidad de estar acompañadas por una persona durante el nacimiento de su hijo (preferentemente el padre).

La cesárea es una intervención quirúrgica, por lo tanto es un procedimiento que presenta unos riesgos potenciales, por lo que la posibilidad de estar acompañada durante la cesárea sólo se ofertará a aquellas mujeres a las que dicha técnica se realice de forma programada y cumpla determinados requisitos que podrían resumirse en:

- Madres y niños sanos.
- Casos en los que no se prevean complicaciones relevantes.

Permitir la entrada de un acompañante a la cesárea pretende mejorar la vivencia de las madres respecto a la cirugía, servir como soporte emocional y facilitar la realización del “contacto piel con piel” con su hijo. Este contacto en las primeras horas de vida, período en el que los recién nacidos están en una etapa de alerta tranquila y en el que existe una mayor facilidad para reconocer el olor materno, permite una mejor adaptación al ambiente posnatal y favorece el establecimiento de vínculos afectivos. Los bebés recién nacidos necesitan permanecer en contacto íntimo con su madre (piel con piel), para que tengan la oportunidad de engancharse al pecho y de realizar de forma espontánea la primera toma.

Mediante este folleto informativo pretendemos facilitarles información acerca de cómo será el circuito establecido el día de la cesárea, tanto para la gestante como para su acompañante, por lo que es importante que lean atentamente la información que contiene y si tienen alguna duda consulten con algún miembro del equipo.

-La madre ingresará (en ayunas) en el paritorio a la hora y el día establecidos.

-El acompañante debe poner su móvil en silencio. Las matronas le facilitarán un pijama de quirófano junto con mascarilla, calzas y gorro.

- Mientras la madre es trasladada a quirófano y se le realiza la punción para la anestesia, el acompañante esperará a que la matrona acuda a recogerle. Una vez en quirófano debe tener precaución, permanezca sentado en la zona donde le ubique la matrona, hablando en voz baja y evite tocar el equipamiento quirúrgico. Si precisa comunicar algo por favor diríjase a la matrona, que se será su persona de referencia en el tiempo que permanezca en el área quirúrgica.

-Tras el nacimiento, se colocará al bebé sobre la madre, en contacto piel con piel, el tiempo que la madre permanezca en quirófano, siempre y cuando la situación clínica de la madre y del bebé así lo permitan.

-Cuando finalice la cesárea, la familia será trasladada a una sala en Reanimación, normalmente permanecerá allí aproximadamente tres horas y cuando a ésta le den el alta, serán trasladados a su habitación en la planta de maternidad.

-El tiempo que el padre permanezca en Reanimación tras la cesárea, estarán apoyados en todo momento por la matrona o enfermera, que realizará los cuidados de rutina al recién nacido y el control de la recuperación materna.

Recuerde que este tiempo es para compartir únicamente con su hijo y que no tendrán libre acceso a las visitas hasta que se encuentren en la planta de maternidad.

POR FAVOR, SI PRECISA ALGUNA ACLARACIÓN NO DUDE EN PREGUNTAR.

BIBLIOGRAFÍA

- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact form mothers and their healthy newborns infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art N°: CD003519. DOI:10.1002/14651858,CD003519Pub2.
- Velandiam, Matthisen AS, Uvnas-Moberg K, Niseen E. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective Cesarean section. Birth 2010;37: 192-201.
- J Smith, F Plaat, NM Fisk. The natural caesarean: a woman-centred technique. BJOG 2008; 115:1037-1042.
- Sprandhin LR. Implementation of a couplet care program for families after cesarean birth. AORN J. 2009 Mar;89(3):553-5, 558-62. DOI:10.1016\j.aorn.2008.07.019.
- Chan KKL, Paterson-Brown,S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? J.Obstet Gynaecol. 2002; 22(1)11-15.
- Taylor IR, Bullough AS, Van Hamel JCM, Campbell DN. Partner anxiety prior to elective Caesarean section under regional anaesthesia. Anaesthesia, vol 57, issue 6. June 2002:584-605.
- Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.



MUCHAS GRACIAS