

Derecho a la humanización de la cesárea en todos los hospitales de España

Yo: _____

Con DNI: _____

A los servicios de Obstetricia, Anestesiología y Pediatría.

A atención al paciente.

Al Defensor del Pueblo.

Solicito la no separación de mi bebé durante el procedimiento de cesárea, así como el acompañamiento por mi pareja o acompañante de mi elección. A continuación expongo la viabilidad de mi solicitud y el derecho de mi bebé a no ser separado al nacer.

Derechos:

Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados.

Aprobada por el Parlamento Europeo el 16 de junio de 1986. Recoge expresamente "el derecho del niño a estar acompañado de sus padres o de la persona que lo sustituya, el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital no como espectadores pasivos, sino como elementos activos de la vida hospitalaria".

En nuestro ordenamiento jurídico, las declaraciones internacionales tienen plena efectividad jurídica, ya que el artículo 39 de la Constitución Española afirma que "los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos". Existe un marco jurídico internacional que protege especialmente al niño hospitalizado en el que cabe destacar «La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño», aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, así como "La Declaración de los Derechos de los Niños" aprobada en 1959.

Cesárea humanizada

En España, el hospital, la ciudad y la Comunidad Autónoma donde las mujeres damos a luz, supone tener más o menos derechos en la atención al parto teniendo en cuenta la disparidad en la actualización de protocolos o ausencia de los mismos. Las mujeres exigimos a los centros la atención en base a evidencia científica actualizada y rigurosa.

En materia de cesáreas, además de la variabilidad tan marcada en la tasas de cesárea de unos centros y otros, dependiendo del hospital donde damos a luz, en caso de tener que pasar por una cesárea, las mujeres **tendremos o no** derecho a estar acompañadas por nuestra pareja u acompañante y especialmente, **a quedarnos con nuestro bebé o ser separadas al nacer con todo el dolor que esto conlleva.**

Algunos autores afirman que las mujeres que dan a luz mediante cesárea tienen una experiencia menos satisfactoria del nacimiento de su bebé que aquellas que lo hacen por vía vaginal, y además son más propensas a la depresión posparto, teniendo más dificultades para el establecimiento de la lactancia materna¹.

También, se ha visto que tras las cesáreas existe un **retraso en la interacción madre-hijo**, puesto que no es habitual la realización del contacto piel con piel². Las mujeres que fueron separadas en el procedimiento de la cesárea de sus bebés, refieren este hecho como **traumático, incluso muchos años después**. Está en manos de los centros, los profesionales, evitar esta separación por rutina y costumbre.

El contacto piel con piel es la norma biológica en el nacimiento humano. Está respaldada y recomendada por las principales sociedades científicas, tanto en parto vaginal como en cesárea, permitiendo que la vivencia de la cesárea sea lo más parecido posible a un parto vaginal, y especialmente, **no suponiendo una pérdida de derechos** en comparación a las mujeres que paren por vía vaginal, para mujeres, bebés y familias, cuando es necesario realizar una cesárea.

Entre las numerosas ventajas del contacto piel con piel se encuentran^{3,4,5,6,7,8}:

- Mejora de la estabilidad cardiopulmonar del recién nacido.
- Reducción del estrés del recién nacido durante el período posparto.
- Favorece el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (comparado con aquellas madres en las que no se realiza el contacto piel con piel).
- Mejor termorregulación del recién nacido.
- Menor llanto en el recién nacido.
- Mejora los niveles de glucemia del recién nacido.
- Para la madre: aumento de la secreción de oxitocina y su repercusión en una mejor involución uterina, disminución del sangrado, establecimiento de la lactancia, vinculación con el bebé.
- No incrementa el riesgo de hipotermia⁸.
- 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 hijo⁹.

Según un estudio publicado por el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid en febrero de 2013¹⁰:

- El 98,2% de las mujeres que estuvieron acompañadas durante su cesárea, consideraron que esto les sirvió de apoyo.
- El 94,2% de las mujeres con una cesárea con acompañante tuvieron un puerperio normal, frente al 87,2% de cesáreas sin acompañante ($p = 0,69$).

Repercusión de la cesárea en madre e hijo: Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría⁹.

Las cesáreas tienen una serie de efectos negativos que es importante conocer:

- En el bebé, se interrumpe la transición normal por ausencia de compresión torácica (menor eliminación del líquido intrapulmonar: en este sentido, se debe valorar el **pinzamiento tardío** del cordón en cesáreas, al menos 1 minuto desde el nacimiento si las condiciones del recién nacido lo permiten) y menor secreción de hormonas. A esto se suman los efectos de la separación de la madre.
- En la madre hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, más dolor y cansancio. También se producen efectos inherentes a la separación como una **peor vivencia del parto, mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales**.
- Sobre la lactancia materna: debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre y bebé para la realización de los cuidados postquirúrgicos de la madre y a las alteraciones físicas (dolor, anestesia, etc.) y psicológicas, las mujeres sometidas a una cesárea tienen **más** dificultades en **iniciar y mantener la lactancia** y presentan un alto índice de cese precoz de la misma. 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.

Teniendo en cuenta los beneficios del contacto piel con piel, las recomendaciones actuales y los efectos que produce la separación, **parece evidente e imprescindible tomar las medidas necesarias para poner en marcha estrategias que permitan poner en práctica el CPP tras las cesáreas**. Por otro lado, hay que considerar que el nacimiento es un momento **único** que debemos intentar “**humanizar**” para que sea compartido por la madre, la pareja y el recién nacido tratando de minimizar los efectos de la cirugía siempre que la situación lo permita e intentando que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vaginal. La no humanización de las cesáreas por defecto, supone un **agravio comparativo** para las mujeres que dan a luz en centros donde no se ha implementado este protocolo.

Congreso nacional, sociedad española de ginecología y obstetricia. Sevilla 17-20 Mayo del 2011: Ponencia: ¿Por qué “humanizar” la cesárea?

“...El parto mediante cesárea ha ido en aumento en los últimos años. La cesárea humanizada (posibilitando la entrada de un acompañante) **permite el contacto piel con piel precoz y pretende mejorar la percepción materna de este tipo de nacimiento**. El contacto piel con piel es una medida con beneficios bien contrastados y recomendada en todos los partos por las Sociedades Científicas. Por otro lado, la cesárea se relaciona con una **menor satisfacción materna y mayor riesgo de depresión puerperal**”.

Negar la cesárea humanizada a mujeres, bebés y acompañantes. Argumentos principales:

De las barreras que podrían existir en un quirófano que dificultan llevar a cabo la humanización de la cesárea, **la principal y determinante es la resistencia de los propios profesionales** que aluden los siguientes argumentos:

- El quirófano es un lugar aséptico y el CPP (contacto piel con piel) puede comprometer la esterilidad.
- El quirófano es un lugar frío y el recién nacido se puede quedar hipotérmico.
- La cesárea es una cirugía mayor que puede tener complicaciones.
- El recién nacido requiere una vigilancia y no está definido quién es el profesional responsable de valorar la adecuada transición en las cesáreas.
- La pareja no puede estar presente por espacio y/o asepsia.

Tras la cirugía, el paso del recién nacido con la madre a la sala de reanimación también presenta dificultades porque los profesionales que realizan los cuidados de la madre no suelen tener formación en lactancia y la vigilancia del niño se interpreta como un riesgo, y una carga de trabajo.

¿Cómo se puede poner en marcha el CPP en las cesáreas? Una propuesta⁹:

La forma de afrontar las reticencias del personal es establecer comités multidisciplinares integrados por médicos (anestesiólogos, obstetras, pediatras), enfermeras (matronas, enfermeras de quirófano, enfermeras pediátricas, enfermeras de reanimación) para **unificar** criterios y consensuar un protocolo de actuación. Es imprescindible **animar a los profesionales a comprender la importancia de este momento único entendiendo la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el periodo de alerta sensitiva del recién nacido**. En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en quirófano y también en la sala de reanimación postanestésica siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan y siempre que exista **colaboración y formación del personal que lo realiza**. Un modelo de procedimiento de actuación sería el siguiente:

- Antes de entrar al quirófano se explicará a la madre y al padre en qué consiste y se solicitará su consentimiento. La posibilidad de la presencia de un acompañante mejora la vivencia del parto, el inicio de la lactancia y la realización de CPP. Dada la repercusión del CPP sobre el establecimiento del vínculo se ofertará **a todas las madres**, independientemente del tipo de alimentación que hayan decidido dar a su hijo.
- Preparación para la Intervención: se colocará el arco de separación de forma que quede espacio suficiente para que la madre pueda acoger al niño durante la intervención.
- Se monitoriza a la madre de forma que los electrodos dejen libre el tórax (en los hombros o en la espalda) para que no molesten al bebé cuando se coloque piel con piel y tampoco haya interferencias y el anestesiólogo pueda controlar la

evolución durante la intervención. Se colocará el manguito de tensión y el pulsioxímetro. Durante la intervención es probable que la madre pueda sufrir mareos, hipotensión, náuseas y vómitos debidos a los efectos secundarios de la anestesia y también a la propia cirugía. Por ello, el anestesiólogo ha de estar vigilante y tratar lo más rápido posible estos síntomas para que la madre esté tranquila y con buen estado general para recibir a su bebé.

- Se recomienda el pinzamiento del cordón umbilical como pronto al minuto de vida. Es factible en cesáreas e importante para el bebé. Retrasar el pinzamiento del cordón permite que continúe el flujo de sangre entre la placenta y el recién nacido, lo que mejora el estado de hierro en el bebé hasta seis meses después del nacimiento (OMS). También favorece una mejor erección capilar en los alveolos pulmonares, favoreciendo la reabsorción de líquido en el pulmón por el sistema circulatorio. Se puede colocar al bebé encima de la madre sin pinzar y taparlo esperando el minuto. También se puede cubrir al bebé con un paño estéril en manos de los obstetras.
- Tras el nacimiento, lo ideal es que el bebé se coloque directamente sobre el pecho de la madre, pero es posible que se produzca una mala transición entre la vida uterina-extrauterina más lenta. Por este motivo, será importante que la **cuna térmica esté dentro del propio quirófano** (para mantener el contacto visual entre madre e hijo) mientras se vigila el desarrollo de la transición inicial. Una vez que se comprueba el estado del recién nacido es adecuado, se puede iniciar el CPP.
- Se coloca al recién nacido desnudo, salvo el gorro, encima del pecho de la madre y se cubre con paños/toallas calientes. La mejor forma es cruzarlo ligeramente entre los pechos para que así no se resbale hacia el cuello de la madre. Se **soltarán los brazos de la madre** facilitando que pueda abrazar a su hijo. Hay que proporcionarles intimidad pero **siempre** habrá un profesional (consensuado en cada centro, habitualmente la matrona) que será el responsable de observar al bebé y atender las necesidades de la madre.
- El contacto se puede mantener todo el tiempo de la intervención si esto es posible o interrumpirlo **si hay algún problema o si la madre lo desea**. Muchos recién nacidos durante el CPP iniciarán sus conductas de búsqueda y si se les permite serán capaces de realizar la primera toma de lactancia materna en el mismo quirófano. En cualquier caso, si la situación materna o neonatal deja de ser la idónea, se volverá al manejo habitual, con separación entre madre e hijo para una adecuada valoración y tratamiento por el equipo médico (pediatra, anestesiólogo, obstetra) hasta que ambos recuperen las condiciones clínicas adecuadas. De esta forma, la decisión última de la realización de CPP en la cesárea dependerá de la valoración conjunta de madre e hijo por los profesionales presentes.
- Una vez acabada la intervención, se debe favorecer la **continuidad del contacto en la unidad de reanimación postanestésica** si las condiciones del servicio, la situación clínica de la madre y del recién nacido lo permiten. La pareja debería poder permanecer junto a ellos. Puede resultar cómodo habilitar un espacio con biombos para darles intimidad. Será especialmente importante favorecer el inicio

de la lactancia materna en los casos en los que la primera toma no se haya realizado en quirófano.

- En esta sala, la mujer debe recuperarse de los efectos de la anestesia y se iniciará la analgesia que evitará el dolor los días siguientes. El personal encargado de los cuidados de la madre debe asumir la responsabilidad del cuidado de la diada madre-hijo o facilitar que otra persona se responsabilice. Para que esto sea posible, es fundamental mejorar la formación y la motivación de los profesionales que trabajan en esta área.
- Si por cualquier motivo no puede realizarse el CPP del recién nacido con su madre, éste puede realizarse con la pareja como alternativa, evitando dejar al bebé sólo en una cuna hasta que su madre esté disponible. El objetivo es no separar a la madre y el recién nacido a lo largo de todo el proceso y favorecer la participación de la pareja. Tras la recuperación en la sala de reanimación postanestésica, madre e hijo, acompañados pasarán a habitación de maternidad donde se les acomodará para continuar los cuidados.
- El acompañante se situará sentado al lado de la mujer tras el campo quirúrgico en una zona donde no limite el acceso a la vía aérea al anesestesiólogo.

Propuesta de modelo alternativo y factible: vuelta al PARITORIO de la familia: madre, acompañante y bebé.

La familia volverá a su sala de dilatación en paritorio para realizar el postparto inmediato como el resto de púerperas. Las **matronas** prestarán los cuidados pertinentes post cesárea y los cuidados habituales de puerperio.

Una vez terminada la cesárea, la madre será trasladada nuevamente a su sala de dilatación junto con la pareja y el recién nacido, lugar donde podrán realizar el contacto piel con piel, durante las dos horas hasta el alta a planta por parte de anestesia.

La paciente será transferida por el anestesista y la enfermera de quirófano, comunicando a la matrona cualquier incidencia o problemas ocurridos durante la cesárea. La matrona se encargará de:

- Registro de constantes cada 10 min. (SpO₂, TA, frecuencia cardíaca). Para ello se rellenará la hoja de cuidados postoperatorios pertinente.
- Infusión de oxitocina según protocolo del centro. Habitualmente la ha iniciado el anestesista post cirugía. Control de contracción uterina y sangrado.
- Control de apósito de la herida.
- Control diuresis horaria.
- Retirada de catéter epidural si presente a las 2 – 3 horas.
- Analgesia pre-alta según pauta y necesidad de anestesia.

El alta a planta se realizará al menos tras 2 horas, una vez la paciente es capaz de movilizar las piernas. Se comprobará que no existe sangrado activo y que el útero permanece contraído, así como que cumple los criterios de alta.

Fármacos de urgencia que deben estar preparados:

- Efedrina
- Atropina 600mcg en jeringa de 2cc. Sin diluir.
- Si TA sistólica <80mmHg y clínica de náusea, mareos, o malestar:
 - o Administrar 500 ml Voluvén.
 - o Administrar efedrina 2-3 cc.
 - o Avisar al anestésista y/o obstetras de guardia ante cualquier duda.

La matrona evaluará al recién nacido a la hora de vida y a las dos horas realizará los cuidados de rutina (administración de vitamina K y aplicación de profilaxis ocular con aureomicina, etc.). Durante estas dos horas se favorecerá el autoenganche e inicio de la lactancia materna. Se asesorará a la familia en las dudas que surjan sobre la lactancia materna si esa es su elección. Se iniciará la lactancia artificial en las madres que así lo requieran.

Se les explicará a las gestantes y sus acompañantes:

Ante una cesárea programada o cesárea no urgente que cumpla los criterios de humanización y sea autorizada por el equipo de guardia:

- En el caso de que la cesárea sea programada, el médico que la programa ofrecerá la posibilidad de realizarlo y explicará, entregando a ser posible un folleto informativo en la consulta.
- Existen casos en los que estando la madre de parto, se establece la indicación de cesárea sin que esta sea de carácter emergente, como por ejemplo la no progresión de parto con buen RCTG, y sin presentar patología materna o factores de riesgo añadidos. Se debe humanizar la cesárea.

Las contraindicaciones para poner en práctica la cesárea humanizada son aquellas situaciones en las que existan factores de riesgo mayor o patología establecida materna o fetal:

- Preeclampsia o eclampsia.
- Desprendimiento de placenta.
- Metrorragia vaginal abundante.
- Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Prematuridad.

Aun en estos casos, se debe procurar la **no separación** del bebé de su madre si nace en buenas condiciones. Reagrupar la unidad familiar en cuanto sea posible si no ha sido precisa la anestesia general. Reagrupar a la familia lo antes posible tras despertar de una anestesia general si esta ha sido precisa. Se debe minimizar el tiempo de separación entre madre y recién nacido en caso de que las condiciones clínicas de alguno de los 2 lo hayan hecho necesario.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de hospitales en España donde está instaurado y normalizado el protocolo de Cesárea Humanizada que incluye la no separación entre madre y bebé y paso de acompañante al quirófano si la situación lo

permite. Estos centros seguramente estarán encantados de prestar apoyo a aquellos hospitales donde **no se humanizan las cesárea por desconocimiento y/o tradición.**

Trabajar en base a evidencia científica y la búsqueda de lo mejor para las mujeres y sus bebés debe ser la prioridad de los servicios de Obstetricia.

Madrid	Hospital de Torrejón
Manresa	Hospital Althaia Manresa
Badalona	Hospital Universitario Germans Trías i Pujol
Majadahonda	Hospital Puerta de Hierro Majadahonda
Fuenlabrada	Hospital Universitario de Fuenlabrada
Madrid	Hospital Universitario La Paz
Barcelona	Hospital del Mar
Madrid	Clínica Santa Elena
Tarragona	Hospital Santa Pau i Santa Tecla
Valencia	Clinica Blanes. Hospital 9 de Octubre
Madrid	Hospital San Francisco de Asis
Viladecans	Hospital Quiron Barcelona
Valencia	Hospital Casa la Salud
Barcelona	Hospital Universitario Quirón Dexeus
Santa Coloma de Gramenet	Clínica Teknon
Castellón de la Plana	Hospital General Universitario de Castellón
Castellón	Hospital Vithas Rey Don Jaime
Madrid	Clínica Universidad de Navarra
San Sebastián de los Reyes	Hospital infanta Sofía
Madrid	Hospital San Rafael
Madrid	Hospital Sanitas La Moraleja
Madrid	Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Sabadell	Hospital General Catalunya (Sant Cugat del valles)
Cànoves i Samalús	Hospital General de Catalunya
Barcelona	Hospital Maternitat (Clínic Barcelona)
Terrassa	Hospital Mútua de Terrassa
Masquefa	Hospital Sant Joan de Deu de Martorell
Valencia	Hospital de la Plana en Vila-Real
Humanes de Madrid	HM Puerta del Sur
Madrid	Hospital Universitario 12 de octubre

Barcelona	Clínica Corachan
Rubí	Hospital de Terrassa (Torrebonica)
Vendrell	Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona
Ondara	Imed Valencia

1. J. Smith, F. Plaat, N.M. Fisk. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*, 115 (2008), pp. 1037-1042

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>

2. M. Velandia, A.S. Matthisen, K. Uvnäs-Moberg, E. Nissen. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth*, 37 (2010), pp. 192-201

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00406.x>

3. Y. Takahashi, K. Tamakoshi, M. Matsushima, T. Kawabe.

Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants.

Early Hum Dev, 87 (2011), pp. 151-157

<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012> | Medline

4. L. Bramson, J.W. Lee, E. Moore, S. Montgomery, C. Neish, K. Bahjri, et al.

Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*, 26 (2010), pp. 130-137

<http://dx.doi.org/10.1177/0890334409355779>

5. M.A. Marín Gabriel, I. Llana Martín, A. López Escobar, E. Fernández Villalba, I. Romero Blanco, P. Touza Pol. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr*, 99 (2010), pp. 1630-1634

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597>

6. G.C. Anderson, E. Moore, J. Hepworth, N. Bergman.

Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

Cochrane Database Syst Rev, (2003), pp. CD003519

7. K. Mikiel-Kostyra, J. Mazur, I. Botruszko.

Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study.

Acta Paediatr, 91 (2002), pp. 1301-1306

8. S. Gouchon, D. Gregori, A. Picotto, G. Patrucco, M. Nangeroni, P. Di Giulio.

Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study.

9. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría 2017
10. Esther Tessier, Isabel Camaño Gutiérrez, Antonio García Burguillo, José Manuel Hernández García, Rocío Vellido Coteló, Cristina de la Hera Lázaro, María de los Reyes Oliver Pérez. Cesárea humanizada. El Sevier. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56. Núm. 2.2013

DOI: 10.1016/j.pog.2012.04.001