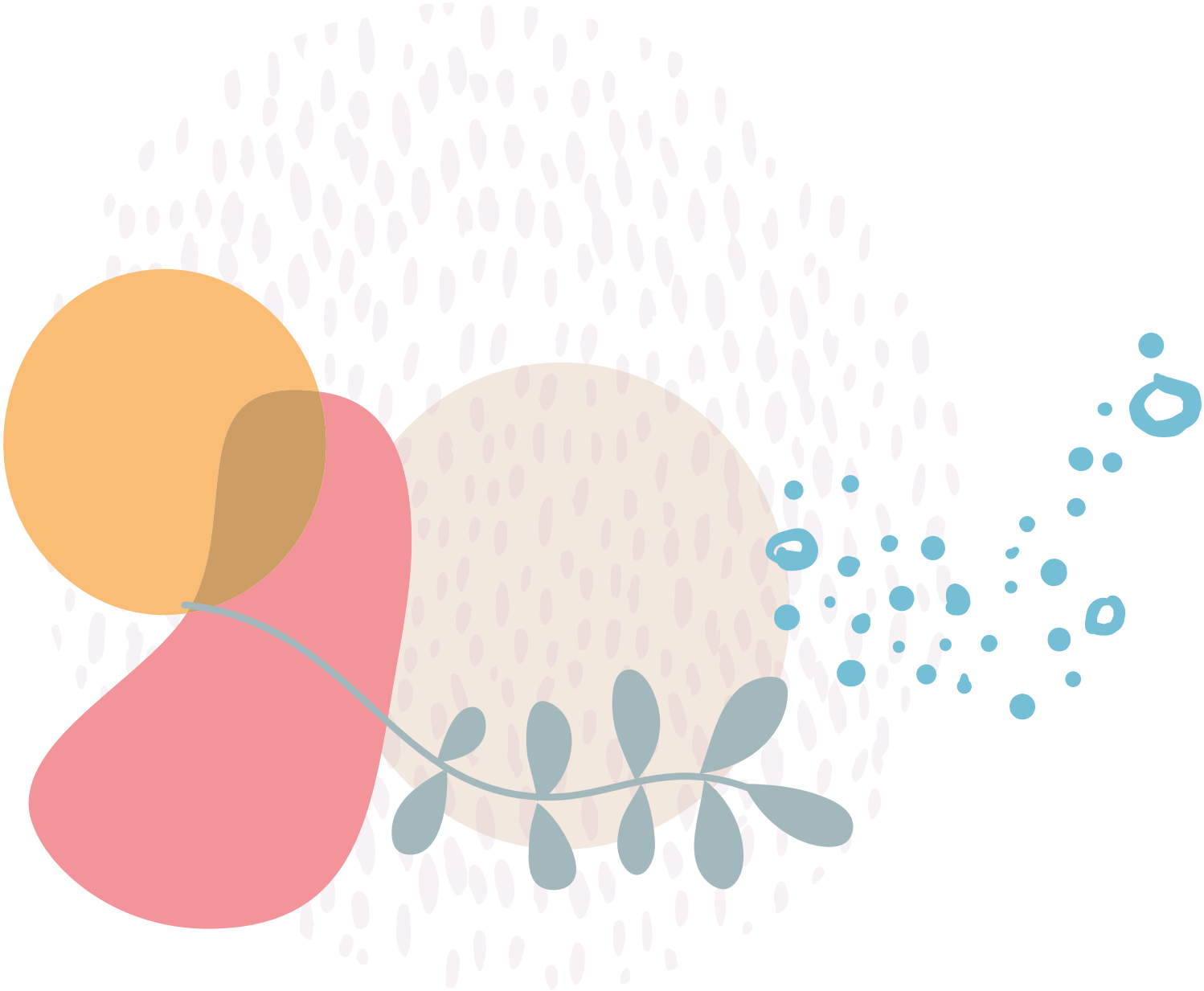
Guía do acompañamento da muller e do contacto pel con pel na cesárea



XUNTA DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Edita: Xunta de Galicia.
Consellería de Sanidade.
Servizo Galego de Saúde.
Dirección Xeral de
Asistencia Sanitaria.

Lugar: Santiago de
Compostela, abril 2024

Coordinación

Subdirección Xeral de Atención Primaria.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Autoras/es

Natalia Alonso Martínez

Supervisora de partos. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Mª Sinda Blanco Lobeiras

Subdirectora xeral de Atención Primaria.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Raquel Couce López

Celadora. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Área Sanitaria de Ferrol.

Evaristo Iván De Vicente Díaz

Supervisor de partos. Hospital Álvaro Cunqueiro.
Área Sanitaria de Vigo.

José Luis Fernández Trisac

Xefe da Unidade de Neonatoloxía. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.
Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Diana Flórez Rodríguez

Enfermeira especialista en Pediatría. IBCLC.
Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.
Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Ángela Luz García Caeiro

Médica. Técnica do Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Laura González Rodríguez

FEA de Xinecoloxía e Obstetricia.
Hospital Álvaro Cunqueiro.
Área Sanitaria de Vigo.

Mª José Iglesias Bello

Enfermeira de quirófano.
Hospital Álvaro Cunqueiro.
Área Sanitaria de Vigo.

Mª Dolores Martínez Romero

Matrona. Técnica do Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Rita Miniño González

Matrona de atención primaria. Centro de saúde de Ribeira.
Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Íñigo Mª Montesino Semper

Xefe do Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia.
Hospital Público Virxe da Xunqueira.
Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Esther Moreno López

FEA de Anestesioloxía, Reanimación e Terapia da Dor. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Área Sanitaria de Ferrol.

Eva Paredes Castro

Matrona. IBCLC. Hospital Público do Salnés.
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Jorge Peinó Andión

Xefe do Servizo de Admisión.
Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Patricia Peñas Silva

FEA de Xinecoloxía e Obstetricia. IBCLC. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Sandra Pérez Franco

Técnica en coidados auxiliares de enfermería.
Hospital Público da Mariña.
Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Mª Belén Piñeiro Bóveda

Responsable de humanización e atención ao paciente.
Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Mª Teresa Rey Liste

Médica de familia. Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Marina Varela Durán

Xefa do Servizo de Anestesioloxía, Reanimación e Terapia da Dor. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Deseño, maquetación_
KRISSOLA DESEÑO, S.L.U.

Guía do acompañamento da muller e do contacto pel con pel na cesárea

XUNTA DE GALICIA

Guía do acompañamento da muller e do contacto pel con pel na cesárea

MODO DE NAVEGACIÓN

Un **clic no capítulo** do índice **enlaza coa páxina** correspondente

Un **clic** no pé de páxina enlaza co **índice**

ÍNDICE

Abreviaturas 5

1 Introdución 6

1.1. Marco normativo e estratéxico 7

1.2. Avances na humanización do embarazo, parto e nacemento 12

1.3. Xustificación e desenvolvemento da guía 14

2 Definicións 16

3 Obxectivos 17

4 Criterios de exclusión 18

5 Acompañamento da muller pola persoa da súa elección 19

5.1. Fundamentación 19

5.2. Recomendacións 21

6 Contacto pel con pel nai-filla/o 22

6.1. Fundamentación 22

6.2. Recomendacións 27

7 Implementación do acompañamento da muller e do contacto pel con pel nas cesáreas 28

Actividades que se deben realizar 30

Actividades que van realizar as xerencias das áreas sanitarias 31

Actividades durante o embarazo 33

Actividades antes da realización da cesárea 35

Actividades durante a realización da cesárea en quirófano 37

Actividades durante o posoperatorio inmediato tras a cesárea 39

8 Indicadores 41

9 Etapas da implantación da guía 42

10 Referencias bibliográficas 44

11 Outra bibliografía consultada 48

ABREVIATURAS

AP	Atención primaria
CDAW	*Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women* (Convención sobre a eliminación de todas as formas de discriminación contra a muller)
CPP	Contacto pel con pel
FEA	Facultativa/o especialista de área
IBCLC	*International Board Certified Lactation Consultant* (Consultora de Lactación Certificada)
IHAN	Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación
LM	Lactación materna
OMS	Organización Mundial da Saúde
ONU	Organización das Nacións Unidas
RN	Recentemente nada/o ou neonata/o
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TCAE	Técnica/o en coidados auxiliares de enfermería
UNICEF	Fondo das Nacións Unidas para a Infancia

1 INTRODUCIÓN

Dentro do Sistema Nacional de Saúde (SNS), o parto é a **primeira causa de hospitalización en mulleres**, cun 14,3% das altas no 2018[1]. A maioría das mulleres que ingresan por parto son mulleres sas e van parir unha nena sa ou un neno san. Tras o parto, na maioría dos casos, as mulleres recupéranse e continúan o seguimento do puerperio coa matrona de atención primaria (AP) e o seguimento da súa filla ou do seu fillo coa/co pediatra e a/o enfermeira/o de pediatría de AP. A maior parte dos nacementos prodúcense mediante un parto vaxinal, pero existen situacións clínicas que fan necesario programar unha cesárea ou recorrer a esta intervención cirúrxica con carácter urxente.

Segundo os datos do Conxunto mínimo básico de datos (CMBD) do Servizo Galego de Saúde, no ano 2022, nos hospitais públicos de Galicia ingresaron 12.675 mulleres por parto. Un 60% tiveron un parto vaxinal eutócico, un 17% un parto vaxinal instrumentado e a un 23% practicóuselles unha cesárea.

1.1. Marco normativo e estratéxico

Un dos dereitos básicos das mulleres en materia de saúde reprodutiva é o dereito á información e a decidir libremente. Isto implica ofrecer ás mulleres alternativas baseadas na evidencia científica para que poidan tomar decisións informadas e de forma autónoma sobre o coidado que desexan recibir no proceso de embarazo, parto, puerperio e sobre os coidados que se deben proporcionar á/ao recentemente nada/o (en diante RN).

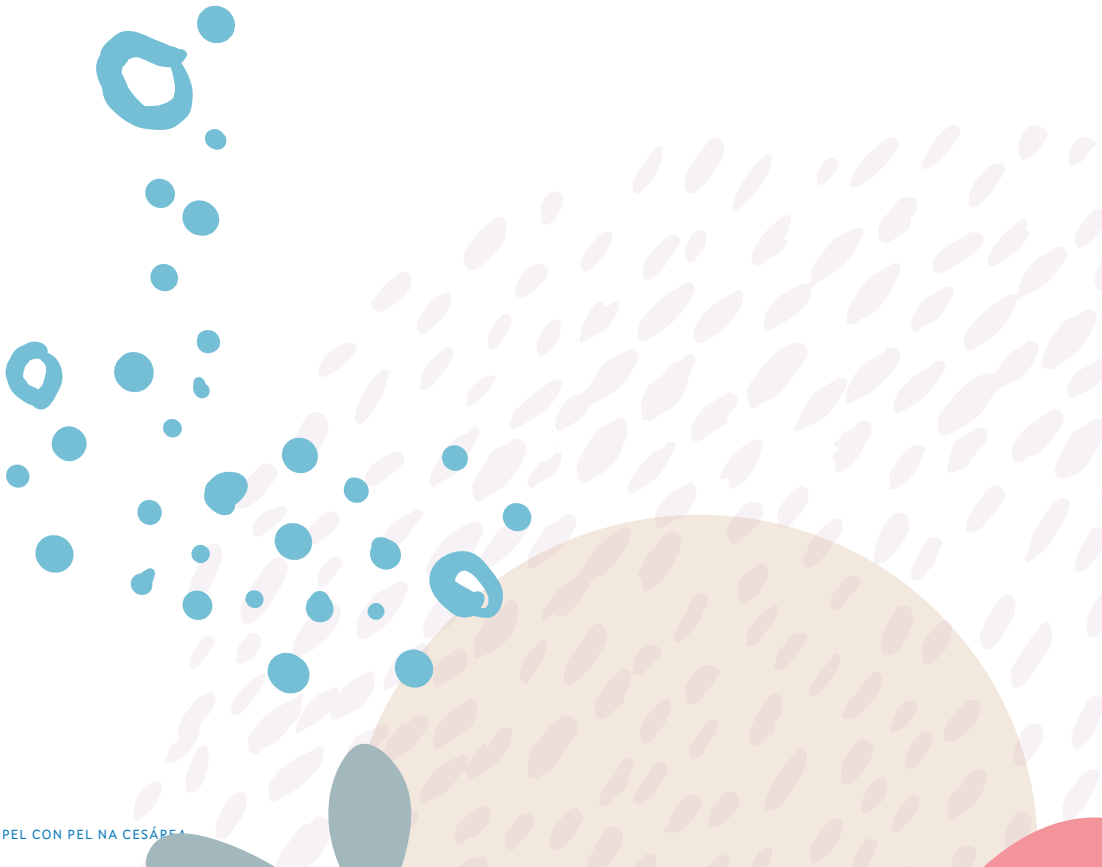
A "Convención sobre a Eliminación de todas as formas de Discriminación contra a Muller" (CEDAW, polas súas siglas en inglés)[2] é un tratado internacional, aprobado en 1979 pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas, instituído o 3 de setembro de 1981 e ratificado polo Reino de España o 16 de decembro de 1983. A CEDAW é unha declaración internacional de dereitos para as mulleres e está considerada como o documento xurídico internacional máis importante na historia da loita sobre todas as formas de discriminación contra as mulleres.

Na lexislación española vixente, existen referencias á saúde sexual e reprodutiva, á igualdade de oportunidades e á protección contra a violencia cara ás mulleres. Entre outras:

- A *Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo*[3] modificada pola *Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010*[4]. O capítulo II do título III da nova Lei (1/2023), establece a protección e garantía dos dereitos sexuais e reprodutivos no ámbito xinecolóxico e obstétrico, a través de medidas como reforzar as prácticas relativas ao parto respectado e garantir a non separación innecesaria das/dos recentemente nadas/os das súas nais e outras persoas con vínculos directos con estas.

- A *Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero*[5].

Ademais, a *Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica*[6] e a *Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia*[7], recollen que é preciso informar de maneira completa, adecuada e actualizada a persoa afectada para que estea en condicións de tomar decisións sobre a súa saúde de forma libre e informada.



Por outra banda, existe un marco legal internacional que protexe especialmente ás nenas e aos nenos hospitalizadas/os, como é a *Convención sobre os Dereitos do Neno*[8], aprobada pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas o 20 de novembro de 1989 e ratificada polo Reino de España o 26 de xaneiro de 1990; a *Declaración dos Dereitos do neno*[9], tamén das Nacións Unidas, de 1959. A nivel europeo podemos sinalar a *Carta Europea do Neno Hospitalizado*[10] aprobada polo Parlamento Europeo o 13 de maio de 1986.

No noso ordenamento xurídico, o artigo 39 da *Constitución española*[11] establece que "os nenos gozarán da protección prevista nos acordos internacionais que salvagardan os seus dereitos". Así mesmo, a *Lei de protección xurídica do menor*[12], do 15 de xaneiro de 1996, establece, como principio reitor da actuación dos poderes públicos, a primacía do interese da/do menor sobre calquera outro interese lexítimo que puidese concorrer. En canto á lexislación autonómica, cómpre destacar o *artigo 7 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia*[7], que establece os dereitos relacionados co acompañamento da/do paciente: dereito das persoas menores a estar acompañadas das súas nais e dos seus pais, titoras/es ou gardas legais.

Polo tanto, as nenas e os nenos recentemente nadas/os e as nenas e os nenos hospitalizadas/os teñen dereitos que se deben respectar e cumprir.

En Galicia, tanto o *Plan integral de atención sanitaria e social á muller*[13] do ano 1999 como O Plan de atención integral á saúde da muller de Galicia[14], do ano 2007, comparten un mesmo obxectivo: dar resposta ás necesidades e problemas de saúde que aparecen ao longo do ciclo vital da muller, de forma integral e con perspectiva de xénero, promovendo a saúde física, mental e social de todas as mulleres de Galicia.

A *Estratexia de atención ao parto normal* no Sistema Nacional de Saúde[15] (ano 2007) ten como obxectivo asegurar unha atención de calidade durante o proceso de atención ao parto, mantendo os niveis de seguridade existentes, de maneira que todas as mulleres e as súas parellas, reciban a mellor atención sanitaria e participen activamente de maneira informada no proceso fisiolóxico no que só se debe intervir para corrixir as desviacións da normalidade. Todo isto, dentro dun clima de confianza, seguridade e intimidade, respectando a privacidade, dignidade e confidencialidade das mulleres.

A *Estratexia nacional de saúde sexual e reprodutiva*[16], aprobada polo Consello Interterritorial do SNS no 2011, ten como obxectivo principal, "ofrecer unha atención global, continuada, integral e de calidade ao proceso reprodutivo no SNS, baseada no mellor coñecemento dispoñible, centrada nas necesidades e circunstancias das persoas usuarias, e orientada a promover unha vivencia humana, íntima e satisfactoria para as mulleres, as súas parellas, bebés e familia".

A Xunta de Galicia leva anos poñendo en marcha diferentes liñas de actuación de cara a mellorar a accesibilidade, o trato e a calidade asistencial no Servizo Galego de Saúde, implementando políticas de humanización na organización. Exemplo desta política é que no ano 2019 se publicou a *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria*[17] do Servizo Galego de Saúde. Nela, dentro do *eixe estratéxico 2*: Procesos de atención integrais e centrados nas persoas, liña de "Proxectos de humanización específicos de áreas e procesos asistenciais sensibles"

a acción 4- *Proxecto de atención no embarazo e inicio da vida centrada na persoa*, insta as áreas sanitarias a constituír un grupo de traballo multidisciplinar que elabore unha estratexia de accións específicas que se van implantar nos centros, que recolla as directrices xerais da propia *Estratexia de Humanización* e aborde especificamente a atención ao parto normal.

Por último, a recente *Estratexia Galega de Saúde 2030. Construíndo a nosa saúde*[18] establece un modelo de prestación que se basea na centralidade da persoa con respecto á nosa sociedade plural, onde se promove e protexe a autonomía persoal e o respecto aos valores e preferencias de cada unha das persoas, e garantan a humanización no trato, incorporando a perspectiva de xénero a través de propostas e recomendacións de atención integral á saúde da muller.

O sistema sanitario debe incorporar a participación activa das xestantes na toma de decisións informadas na atención ao parto, para que sexan e se sintan protagonistas e responsables do seu parto.

Para isto, é preciso ofrecer coidados individualizados baseados nas necesidades de cada muller e RN, respectando as súas decisións, sempre que estas non comprometan a seguridade dela nin a da súa filla ou do seu fillo.

1.2. Avances na humanización do embarazo, parto e nacemento

A todas as mulleres embarazadas, o Servizo Galego de Saúde ofrécelles un modelo de **Plan de parto e nacemento**[19], que segue as recomendacións da *Estratexia de atención ao parto normal no Sistema Nacional de Saúde*[15]. Este plan de parto e nacemento é un documento a través do cal a muller embarazada pode manifestar por escrito os seus desexos, necesidades, preferencias e expectativas en relación co seu traballo de parto e co nacemento do seu bebé.

Tamén se lles ofrece a posibilidade de asistir a **sesións de grupo de educación sanitaria prenatal e posnatal coa matrona,** tanto durante o **embarazo** como no **puerperio.** Nas sesións, entre outros temas, proporciónase información sobre a atención ao embarazo, parto e puerperio, os tipos de parto, os coidados da nai e da/do recentemente nada/do, o acompañamento, o contacto pel con pel (CPP) precoz, o pinzamento do cordón, a lactación materna (LM), o vínculo e o apego seguro, a parentalidade positiva, a masaxe infantil, as habilidades técnicas de exercicios para mellorar a flexibilidade da pelve e do perineo, a respiración durante o traballo de parto, a relaxación etc.

Para que as mulleres se sintan seguras no momento do parto, é importante que poidan coñecer a contorna onde van parir e van estar ingresadas, xunto co seu fillo ou filla, tras o parto ou cesárea. Por iso, desde o Servizo Galego de Saúde, se lle ofrece á muller (e á persoa acompañante da súa elección) a posibilidade de realizar unha **visita prenatal presencial ás instalacións do hospital** onde vai parir, anticipando o percorrido a realizar o día que ingrese, ben sexa en traballo de parto ou para indución ou cesárea programada (admisión de urxencias, área de partos e hospitalización). Cando non sexa posible realizar visitas presenciais dalgunha das instalacións por estar estas

ocupadas por pacientes, poderase substituír por proxección de vídeos e fotos destas.

Nos últimos tempos, algunhas áreas sanitarias implantaron protocolos/procedementos na atención ao nacemento por cesárea. O que se pretende é estandarizar e normalizar o acompañamento da muller pola persoa da súa confianza -tanto en quirófano como durante a recuperación tras a cesárea-, evitar separacións innecesarias da díade nai-RN, fomentar e favorecer o CPP precoz, continuado e ininterrompido durante as primeiras horas vida, facilitar a recuperación da nai e da súa filla ou do seu fillo evitando privarlles das vantaxes para ambos deste CPP precoz, e tamén mellorar a satisfacción das mulleres e das familias.

1.3. Xustificación e desenvolvemento da guía

Tendo en conta todo este marco, e para garantir a equidade do acceso das mulleres, das/dos RN e as súas familias a unha atención humanizada durante o parto, nacemento e puerperio, o 5 de outubro de 2023, o Parlamento de Galicia aprobou, por unanimidade, dentro da Comisión 5ª, de Sanidade, Política Social e Emprego unha proposición non de lei que insta a Xunta de Galicia a que homoxeneíce en todas as áreas sanitarias o protocolo de atención aos nacementos por cesárea, para permitir o acompañamento e a humanización dos partos e nacementos.

Con ese fin, en decembro do mesmo ano, constituíuse un grupo de traballo multidisciplinar, con representación de todas as áreas sanitarias, para elaborar unha guía que homoxeneíce en todas as áreas sanitarias o protocolo de atención aos nacementos por cesárea, para permitir o acompañamento da muller pola persoa que ela decida e para posibilitar o CPP continuado coa/co RN, durante todo o proceso de atención ao nacemento e ao posparto, sen detrimento da seguridade da muller e da súa filla ou fillo e a excelencia na calidade da atención sanitaria ofrecida.

Para a elaboración deste documento realizouse unha revisión do coñecemento científico dispoñible en relación aos beneficios do acompañamento da muller e do CPP nai – RN, así como sobre a súa posta na práctica.

Ao longo do proceso de elaboración desta Guía de acompañamento da muller e CPP na cesárea, organizáronse dúas reunións do grupo do traballo para presentar o proxecto, explicar o procedemento de elaboración do documento, revisar o estado de coñecemento actual e acordar o texto definitivo. A continuación, a Guía enviouse para revisión externa ás xerencias das áreas sanitarias do Servizo Galego

de Saúde, ás sociedades científicas e ás asociacións de profesionais relacionadas coa atención á saúde sexual e reprodutiva da muller, así como ás asociacións de mulleres.

O documento final foi aprobado pola Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde e publicado na web do Servizo Galego de Saúde.

2 DEFINICIÓNS

Acompañamento da muller. Cando este documento fala de acompañamento da muller, fai referencia a estar acompañada durante todo o proceso asistencial por unha persoa da súa confianza, non se refire só á parella, se é o caso, se non que ten dereito a estar acompaña pola persoa que ela elixa.

Non se debe confundir este acompañamento co acompañamento profesional que proporcionan as distintas categorías profesionais que realizan coidados de saúde e que supervisan a saúde da nai e da/do RN durante o proceso de atención ao parto/nacemento e posparto.

Parto normal. O parto normal (OMS 1996) defínese como aquel de comezo espontáneo, de baixo risco desde o inicio do traballo de parto, ata a finalización do nacemento. A/O nena/o nace de forma espontánea, en presentación cefálica, entre as 37 e 41 semanas completas de idade xestacional.

Cesárea. A cesárea é un tipo de intervención cirúrxica que se realiza mediante unha incisión no abdome (laparotomía) e no útero da xestante, para extraer unha/un nena/o ou máis.

- **Cesárea programada/electiva.** É a que se realiza antes do inicio do parto, por razóns maternas, fetais ou ambas. As condicións obstétricas non aconsellan esperar ata o inicio do parto[20].
- **Cesárea urxente.** É a que se realiza ante circunstancias vitais ou accidentais tanto maternas como fetais e pode ser ante ou intraparto[20].

Contacto pel con pel precoz. Denomínase contacto pel con pel (CPP) precoz ao contacto íntimo pel con pel da/do RN coa súa nai, inmediatamente tras o parto de maneira ininterrompida, durante polo menos 70 minutos (ideal 120 minutos).

3 OBXECTIVOS

Obxectivo **xeral**

- **Homoxeneizar,** en todos os hospitais do Servizo Galego de Saúde, para aquelas mulleres que así o deciden:
  - **O acompañamento da muller** pola persoa de confianza que ela decida, durante o nacemento por cesárea.
  - **O CPP precoz e ininterrompido** nai-RN tras a cesárea, tanto en quirófano como durante a recuperación posterior á cesárea, antes do seu traslado conxunto á planta de hospitalización.

Obxectivos **específicos**

- Respectar o dereito da muller a estar acompañada pola persoa que ela decida durante o proceso de atención ao parto, tamén no caso da cesárea.
- Respectar o dereito da/do RN a estar en CPP precoz e ininterrompido coa súa nai tras o nacemento (tanto en quirófano como durante a recuperación posterior á cesárea) e evitar separacións innecesarias.
- Mellorar a satisfacción das mulleres en relación ao nacemento por cesárea.

4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Criterios de **exclusión do acompañamento**	Criterios de **exclusión do CPP**
• Anestesia xeral. • Cesáreas emerxentes(*). • Problemas relacionados coa anestesia; xestantes con vía aérea difícil, problemas anestésicos actuais ou en anteriores intervencións. • Condicións nas que o equipo médico (anestesioloxía, obstetricia ou neonatoloxía) non o considere conveniente por motivo clínico debidamente xustificado e deixando constancia na historia clínica.	• Anestesia xeral. • Inestabilidade materna ou da/do RN. • Rexeitamento materno ao CPP. • Condicións nas que o equipo médico (anestesioloxía, obstetricia ou neonatoloxía) non o considere conveniente por motivo clínico debidamente xustificado e deixando constancia na historia clínica.

(*) *Cesárea emerxente,* é aquela que se indica en situacións nas que existe un risco vital para a nai e/ou o feto (rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendemento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa con hemorraxia que comprometa o estado hemodinámico da muller, embolia do líquido amniótico e risco de perda de benestar fetal).

5 ACOMPAÑAMENTO DA MULLER POLA PERSOA DA SÚA ELECCIÓN

5.1. Fundamentación

O acompañamento durante o traballo de parto forma parte da estratexia de humanización[15], polo que se debe facilitar o acompañamento da muller, pola persoa da súa elección, durante o proceso de atención ao parto e nacemento[21,22].

A participación da parella comporta humanizar o nacemento, favorecendo unha experiencia moi satisfactoria para a familia e reportando ademais beneficios fisiolóxicos[23].

A presenza dunha persoa de confianza elixida pola muller durante todo o proceso de parto e nacemento -nun ambiente que non é habitual como é o hospital-, reduce as necesidades de analxesia e o nivel de estrés, facilita o benestar emocional da muller, ten efectos preventivos, e axuda a ter unha experiencia máis satisfactoria do parto/cesárea e nacemento dunha filla ou dun fillo. Na medida do

posible, débese facilitar o acceso dunha persoa de confianza da muller, se ela así o desexa, durante a realización da cesárea en quirófano e na posterior recuperación no posparto inmediato[15].

O trato tranquilizador por parte da persoa acompañante reduce a ansiedade expresada durante o parto. Ademais, compartir esta experiencia coa parella, se é o caso, tamén lle permite a esta ser partícipe e testemuña do nacemento da súa filla ou do seu fillo.

A persoa acompañante pode colaborar durante o posparto inmediato na realización do CPP de maneira segura, axudando a nai e avisando a o persoal sanitario cando observe calquera signo de alarma na/no RN (cambios na respiración, no ton muscular, ou na cor da pel ou dos beizos). Polo tanto, previamente, debe ser informada destes signos de alarma para que os poida recoñecer[22].

5.2. Recomendacións

- Débese informar, tanto a muller como a persoa acompañante, dos beneficios do acompañamento por unha persoa da súa confianza durante a realización da cesárea e a recuperación poscirúrxica inmediata, respectando a decisión libre e informada da muller de estar ou non acompañada.
- No caso de que a muller decida estar acompañada:
  - Sempre que a situación clínica da nai e da/do RN o permitan, facilitar o acompañamento durante todo o proceso de atención, de modo ininterrompido (durante a intervención cirúrxica da cesárea e durante a recuperación inmediata posterior).
  - A persoa acompañante debe ser instruída/informada de como proceder durante a súa permanencia no quirófano e nas salas dedicadas á recuperación poscirúrxica, entendendo e aceptando que, en calquera momento, se lle pode solicitar a súa saída, no caso de que a situación clínica da nai ou da/do RN así o requiran.
  - Promover a comunicación individualizada para que as persoas acompañantes poidan expoñer os seus temores, inseguridades e expectativas.

6 CONTACTO PEL CON PEL NAI-FILLA/O

6.1. Fundamentación

A *Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación* (IHAN), desenvolvida pola OMS e a UNICEF, recomenda que todas/os as/os RN teñan acceso ao CPP, coa súa nai, axiña despois do parto e despois dunha cesárea, tan pronto como a nai estea alerta e receptiva[21,22,24,25,26,27].

A implementación de políticas que promovan o contacto nai-RN beneficiará á nai e ao neonato[28].

Se a/o RN nace vigorosa/o e non precisa manobras de reanimación nin de aspiración de secrecións, **non hai impedimento para que realice o CPP coa súa nai**, sempre que a situación clínica desta o permita.

A/O RN, xusto despois do nacemento, presenta un período, chamado "sensible" de aproximadamente dúas horas, no que está nun estado de "alerta tranquila"[15]. Moitas/os RN iniciarán as condutas de busca e serán capaces de realizar a primeira toma ao peito no quirófano, e outras/os realizarana durante o período de recuperación tras a intervención cirúrxica da cesárea, nas primeiras horas de vida. Por iso é importante aproveitar o período de alerta tranquila para realizar a primeira toma ao peito[15,21,23].

A probabilidade de facer unha toma ao peito de forma espontánea é 8 veces maior cando se fan máis de 50 minutos de CPP, comparado cun tempo inferior a 50 minutos[21,29].

O posparto inmediato é un período de extrema importancia para o desenvolvemento do vínculo afectivo nai-RN, independentemente do tipo de alimentación da/do nena/o. Durante este período prodúcese o inicio espontáneo da LM. As rutinas das e dos profesionais da saúde deben adaptarse para non perturbar o CPP[21,22,24,30,31], e facilitar que a/o RN desenvolva os distintos comportamentos naturais (o pranto do nacemento, a relaxación, o espertar, a actividade, o desprazamento sobre o corpo da nai, o descanso, a familiarización, a succión e o sono)[21,24,30,31].

Os estudos controlados aleatorios suxiren que o corpo da nai é o hábitat natural para a/o RN espida/o[32, 33,34].

Estas primeiras horas despois do nacemento tamén son un período crítico para o desenvolvemento da conduta de apego[35,36]. A interacción posparto nai-RN modifica os niveis de oxitocina tanto no cerebro da nai como no da/do RN[37]. Polo tanto, a privación tras o nacemento de estímulos físicos e táctiles proporcionados pola nai, pode ter posibles consecuencias a longo prazo para a/o RN[38].

Non está xustificado separar a/o RN para administrarlle a vitamina K de forma profiláctica para previr hemorraxias[39] nin para a profilaxe ocular para evitar a oftalmía neonatal[21]. Estes, e outros procedementos como pesar e medir, realizaranse despois de transcorridas dúas horas tras o nacemento para respectar o tempo recomendado do CPP[21].

En centros nos que se implementou o CPP inmediato, observouse que as nais tiñan menos problemas para aleitar durante a súa estadía no hospital[40].

Os efectos positivos do CPP nai-RN son extrapolables ás/aos RN por cesárea[15,22,27]. Coa colaboración adecuada de todo o persoal, pódese implementar o CPP durante a cesárea[22,27].

Hung e Berg (2011)[41] e Crenshaw et al (2012)[42] compararon datos de CPP antes e despois da posta en marcha dun programa de implementación de CPP en cesáreas[41]. Hung e Berg (2011) informaron que as taxas de CPP en quirófano, dentro dos 30 minutos posteriores á cesárea, aumentaron de cero por mes ata o 45 % aos tres meses e ata o 60 % aos nove meses da implementación do programa[41]. As resistencias iniciais do persoal por medo ao cambio vencéronse grazas á formación de todo o persoal[41].

6.1.1. Vantaxes do CPP

O CPP axuda a manter a termorregulación da/do RN e os niveis de glicosa en sangue, diminúe o risco de ictericia, reduce o estrés do nacemento, fomenta o vínculo entre a nai e a/o RN, favorece unha maior taxa de inicio e duración da LM[15,43,44], facilita o desenvolvemento[45] e a diversidade[46] da microbiota infantil e axuda tamén a axustar o equilibrio ácido-base e a respiración[33,36,47].

Non se coñecen efectos negativos do CPP[48]. En ningunha metanálise, revisión, nin ensaio clínico se puxeron de manifesto efectos non desexables do CPP[21].

O CPP inmediato tras a cesárea fai máis probable iniciar precozmente a LM, aumenta a probabilidade de inicio da LM máis temperá e a taxa de LM exclusiva á alta. As nais que tiveron CPP coas súas fillas ou cos seus fillos, manifestaron que estaban satisfeitas coa atención recibida, e que lles axudou a ter unha vivencia do parto positiva e a establecer o vínculo[49].

Nas/nos RN que permanecen en CPP observouse que o agarre ao peito materno se fai nunha posición correcta en maior proporción que nas/nos separadas/os das súas nais. Tamén se viu que as/os RN que estiveron en CPP nada máis nacer, recoñecen máis precozmente e se orientan mellor cara ao peito da súa nai, que as/os que foron separadas/os e non se mantiveron en CPP[21,22].

A exposición á dor de forma temperá, repetida e prolongada, pode contribuír á aparición de alteracións no desenvolvemento cognitivo e na aprendizaxe. Polo tanto, co fin de reducir a dor ou evitar molestias durante a realización de procedementos invasivos ou molestos, débese utilizar un método de analxesia non farmacolóxica, como o CPP, o aleitamento, estar nos brazos da súa nai ou, se o anterior non é posible, administrarlle unha solución de sacarosa, costro...

O CPP inmediato e precoz tamén ten beneficios para a nai, contribuíndo á liberación de oxitocina endóxena, o que favorece a contractilidade e a involución uterina, previndo a hemorraxia posparto. A oxitocina tamén favorece o recoñecemento materno, o establecemento de vínculos afectivos e a LM[15,21,43].

O CPP pode reducir a dor materna, mellorar o contacto e a comunicación entre a nai e a/o RN e mantelos fisioloxicamente estables. Tamén se

amosou menos dor por ingurxitación mamaria e un menor grao de ansiedade nas nais que practicaron CPP[21,22].

Se o estado de saúde da nai lle impide estar en CPP coa súa filla ou co seu fillo, o CPP coa persoa acompañante é unha opción que pode ser beneficiosa para ambas/os. Nestes casos viuse que as/os RN choraron menos, mantivéronse máis calmadas/os e adquiriron un comportamento máis organizado de forma máis precoz[21].

O CPP no quirófano ten tamén o potencial de mellorar os resultados da LM e a satisfacción materna. Entre os beneficios desta práctica en RN a termo sas/sans demostrouse unha maior frecuencia e duración da LM e tamén parece ter un efecto beneficioso no proceso de vinculación, na diminución do tempo de pranto, na regulación da temperatura corporal, no descenso do consumo enerxético mantendo os seus niveis de glicosa, facilitando a adaptación metabólica, a estabilidade cardiorrespiratoria, en definitiva, favorecendo unha mellor adaptación á vida extrauterina[27,43].

Tendo en conta os beneficios do CPP, as recomendacións actuais e os efectos que produce a separación, é necesario tomar as medidas necesarias para poñer en marcha estratexias que permitan a posta en práctica do CPP no caso de nacemento por cesárea, ao igual que no caso dos nacementos por vía vaxinal.

6.2. Recomendacións

- En nenas/os nacidas/os por cesárea, recoméndase realizar o CPP inmediato tras o nacemento, sempre que a situación da/do RN e da nai o permita.
- Os coidados á/ao RN sa/san poden realizarse sobre o peito da nai.
- Permitir e fomentar o CPP inmediatamente despois do nacemento, durante 70-120 minutos facilitando así tamén o inicio da lactación. Tamén se recomenda implementalo en calquera momento posterior e pode brindarse por calquera período de tempo.
- Pospoñer as prácticas profilácticas de rutina posparto á/ao RN, podendo aproveitar o momento da realización da revisión puerperal da díade nai-RN ou xa na planta de hospitalización e realizalas en CPP coa nai, acompañada pola persoa da súa elección.
- Durante as dúas primeiras horas de vida da/do RN, asegurarse de que as nais teñan unha persoa acompañante durante todo o período do posparto inmediato de maneira que a/o RN sexa observado atentamente pola persoa acompañante debidamente informada e por unha/un profesional coa debida formación.
- Para poder iniciar o CPP intraquirófano, todo o persoal implicado no proceso debe colaborar para favorecer que a nai e a/o RN permanezan xuntas/os, tamén durante a recuperación posterior á cesárea nas salas de recuperación poscirúrxica.
- Evitar separacións innecesarias nai-RN, potenciando a cohabitación e favorecendo o coleito seguro (idealmente en berces tipo sidecar).

7 IMPLEMENTACIÓN DO ACOMPAÑAMENTO DA MULLER E DO CONTACTO PEL CON PEL NAS CESÁREAS

- A presenza dunha persoa de confianza durante todo o proceso de parto e nacemento reduce a necesidade de analxesia e o nivel de estrés, facilita o benestar emocional da muller, ten efectos preventivos e axuda a ter unha experiencia máis satisfactoria do parto/cesárea e nacemento dunha filla ou dun fillo.
- En caso de cesárea, sempre que as condicións clínicas da nai e da/do RN non o impidan, débese facilitar o acompañamento da muller e non separar á/ao RN da súa nai, facilitando o CPP precoz e continuado durante as primeiras horas de vida.
- O CPP nai-RN:
  - favorece o proceso de vinculación e unha mellor adaptación da/do RN á vida extrauterina
  - favorece que a nai e a/o RN se manteñan fisioloxicamente estables
  - aumenta a frecuencia e duración da LM
  - reduce a dor/ansiedade da nai
- O CPP das nais e dos pais, coas súas fillas ou cos seus fillos, favorece a interacción vocal.

A implementación nas áreas sanitarias do acompañamento da muller e do CPP nas cesáreas, ten que encadrarse no marco estratéxico, conceptual e normativo, definido na introdución deste documento.

Neste apartado da guía descríbense as actividades que se deben realizar nos nacementos por cesárea, para a implementación nos hospitais do Servizo Galego de Saúde do acompañamento da muller, evitando separacións innecesarias da/do RN e favorecendo o CPP precoz e continuado.

As actividades que se describen a continuación son as básicas que se deben realizar en todas as áreas sanitarias/ distritos sanitarios, que se adaptarán en función das características de cada centro hospitalario.

ACTIVIDADES QUE SE DEBEN REALIZAR

- **Polas xerencias das áreas sanitarias**
- **Durante o embarazo**
- **Antes da realización da cesárea**
- **Durante a realización da cesárea en quirófano**
- **Durante o posoperatorio inmediato tras a cesárea**

Actividades que van realizar **as xerencias das áreas sanitarias**

- **Redactar/actualizar o(s) protocolo(s) de atención ao nacemento** de cada distrito sanitario, incluíndo o acompañamento da muller e o CPP no caso de cesárea.

    - O protocolo **debe seguir as recomendacións incluídas neste documento** que pola súa vez se sustentan nas recomendacións científicas actuais e de organismos como a OMS, ONU, Parlamento Europeo, Ministerio de Sanidade, IHAN, Servizo Galego de Saúde, etc.

    - O protocolo **elaborarase de forma colaborativa** por profesionais da saúde que desenvolven o seu traballo no ámbito da saúde sexual e reprodutiva das mulleres, incluíndo no grupo de traballo a persoal do equipo directivo da área sanitaria; obstetras; pediatras/neonatólogas/os; anestesiólogas/os; matronas/matróns; enfermeiras/os pediátricas/os; enfermeiras/os, TCAE e celadoras/es de quirófano e das salas adicadas á recuperación poscirúrxica.

    - O protocolo **debe establecer as responsabilidades de cada categoría profesional e as accións** que dependen de cada unha delas, en coherencia coas competencias profesionais e coas funcións atribuídas a cada categoría profesional, así como cos coñecementos e a experiencia das persoas implicadas.

- **Formación** das/dos profesionais implicadas/os na atención ao **embarazo, parto e puerperio,** afondando na fisioloxía do parto e puerperio, dende un enfoque de xénero e tendo en conta que se trata dunha atención hospitalaria a un proceso de saúde, non de enfermidade. Na formación darase prioridade as/os profesionais implicadas/os na atención á muller durante a cesárea e a recuperación no posparto inmediato.

    - A formación debe incluír: a **atención segundo as situacións persoais de cada muller,** tendo en conta as necesidades específicas das xestantes inmigrantes, das doutras culturas, das adolescentes, das mulleres que afrontan a maternidade en solitario, daquelas con diferenzas de capacidade e das que teñen antecedentes de violencia de xénero e/ou abuso sexual.

    - Promoveranse programas de **formación continuada** que inclúan a formación de **persoal eventual** e que teñan acceso aos protocolos de actuación.

- Nos hospitais nos que non se está a realizar acompañamento da muller pola persoa de confianza da súa elección durante a cesárea, e durante a recuperación poscirúrxica durante o posparto inmediato, iniciar a **implantación do protocolo por fases.**

- As/os profesionais que teñan responsabilidade na atención á muller e á/ao RN, deben ter **adestramento para observar, sen interferir na adaptación neonatal nin no establecemento do vínculo, durante o CPP.**

- Promover a **inclusión nos comités/comisións de parto e LM,** de **representantes de asociacións** cuxa finalidade e intereses sexan compatibles co obxectivo destes comités ou comisións.

Actividades **durante o embarazo**

- Ofrecer atención específica segundo as **diferentes necesidades das mulleres** pola súa cultura, idioma, capacidade, rede de apoio, crenzas ou experiencias previas.

- Proporcionar información ás mulleres e ás persoas de apoio (parellas, familiares ou persoas achegadas) sobre os beneficios e riscos das opcións que se lle ofrecen, que lles axude na **toma de decisións libres e informadas** sobre a súa saúde e a da/do súa filla ou fillo, e asegurarse de que sexa comprendida.

- **A información pode proporcionarse de forma individual** na consulta prenatal ou **nas sesións de grupo** de educación sanitaria prenatal ou de preparación ao parto.

    - Proporcionarase información sobre o **acompañamento** durante a cesárea, as **vantaxes do CPP** e os aspectos a ter en conta durante este.

    - Informarase da **maneira de proceder** respecto do acompañamento na cesárea e o CPP, acorde a esta guía e coas características do hospital que lle corresponda na atención ao parto.

  - Promoveranse as **visitas prenatais** presenciais **ás instalacións do hospital** onde está previsto que vaia parir a muller ou lle programasen unha cesárea. Cando non sexa posible realizar visitas presenciais dalgunha das instalacións por estar estas ocupadas por pacientes, poderase substituír por proxección de vídeos e fotos delas.

- Facilitar a **participación das parellas,** se é o caso, desde o comezo do embarazo, no parto e no puerperio.

- Cubrir o **plan de parto e nacemento,** se así o desexa a muller, reflectindo as súas preferencias respecto do acompañamento e do CPP tras un parto vaxinal ou tras unha cesárea.

Actividades **antes da realización da cesárea**

- O persoal designado polo centro sanitario informará a nai da posibilidade de **estar acompañada pola persoa que ela decida** durante a intervención e de realizar o **CPP coa súa filla ou fillo despois de nacer,** de maneira ininterrompida ata ser trasladada á planta de hospitalización, sempre que as condicións clínicas de saúde de ambas/os o permitan. Estas mulleres requiren máis apoio e axuda para atender a/o RN e iniciar a LM, polo que a persoa acompañante pode ser de grande axuda.

- Proporcionar información á nai e á persoa acompañante das **vantaxes do CPP** e dos aspectos a ter en conta durante este, especialmente se manifestan dúbidas ou descoñecemento.

- Comprobar o **plan de parto e nacemento:**

    - Realización ou non do CPP e onde.

    - Tipo de alimentación elixida pola nai da/do RN, co fin de axudala a iniciar a LM na primeira hora de vida.

- Para **minimizar a preocupación da muller embarazada,** informar sobre a cesárea en si: preparación da nai, función e lugar que vai a ocupar a persoa acompañante dentro do quirófano e na sala de recuperación poscirúrxica, vestimenta e papel dela, signos de alarma na muller ou na/no RN que poidan xurdir e polos que se pode suspender o acompañamento e/ou o CPP.

- Para poder iniciar o CPP intraquirófano, todo o persoal implicado colaborará para **favorecer que a nai e a/o RN permanezan xuntas/os,** e continúen así na sala destinada aos coidados poscirúrxicos, tras a cesárea.

- Avaliar o quirófano e determinar se é necesario realizar algunha reestruturación ou modificación dos **circuítos de traballo,** para que a muller estea acompañada e realice o CPP coa/co RN:

    - Se é posible, colocar un **berce con fonte de calor dentro de quirófano,** para manter o contacto visual entre a nai e a/o RN no caso de que haxa que separalas/os temporalmente por algunha dificultade na transición á vida extrauterina, co fin de que a nai poida manter o contacto visual coa súa filla ou co seu fillo.

    - Colocar unha **cadeira á cabeceira da muller,** preferiblemente no lado contrario ao que ten a vía intravenosa, para que sente nela a persoa acompañante, e a quen se lle darán as indicacións oportunas.

    - Manter o **peito da muller libre de elementos que poidan interferir no CPP** (eléctrodos nos ombreiros ou no lombo), respectando a súa intimidade.

    - Permitir que a muller teña, na medida do posible, **liberdade de movemento cos seus brazos** para poder tocar a súa filla ou o seu fillo tras o nacemento e durante o CPP, localizando as vías intravenosas e a sonda de saturación de osíxeno de tal xeito que non o dificulten.

Actividades **durante a realización da cesárea en quirófano**

- A **persoa acompañante** permanecerá **sentada á cabeceira da muller,** onde o persoal lle indicou previamente.

- Nada máis nacer, **secarase a/o RN con panos quentes, evitando secarlle as mans** para que queden impregnadas en líquido amniótico, realizarase a valoración da adaptación extrauterina da/do RN sobre o abdome da nai e o **pinzamento tardío do cordón.**

- Unha vez cortado o cordón, se a nai así o desexa e o estado de saúde da nai e a/o RN o permite, a matrona recollerá a/o RN en condicións de esterilidade e colocaraa/o, **transversalmente, sobre o peito espido da nai en CPP,** de maneira ininterrompida. Cubriralle o corpo espido cunha manta quente, ata debaixo dos ombreiros e colocaralle un gorro e a pulseira de **identificación.**

- No caso de que a/o RN precise atención pediátrica inmediata tras o nacemento, pospoñerase este primeiro CPP e retomarase tan pronto como as condicións de saúde da/do RN e da nai o permitan.

- **Cando o estado de saúde da nai non permite o CPP,** ofrecerase a posibilidade de por a/o RN sobre o peito espido da **parella ou persoa achegada,** evitando así deixar a/o RN soa/só nun berce ata que a nai estea dispoñible.

- **Cando a nai estea recuperada,** tras comprobar que a situación de ambas/os é adecuada, **continuarase ou iniciarase o CPP da nai** coa súa filla ou co seu fillo o antes posible, e facilitarase o **inicio da LM,** se esta é a opción elixida pola nai.

- **A matrona ou o matrón supervisará a/o RN durante o CPP** coa súa nai, verificando que as súas vías respiratorias están permeables (as fosas nasais son visibles, respira sen dificultade), a cor é rosada, e axudará a que a/o RN realice a **primeira toma ao peito,** cando se mostre receptivo.

Actividades **durante o posoperatorio inmediato tras a cesárea**

- Durante todo este tempo, a puérpera estará **acompañada na sala de recuperación poscirúrxica** pola súa parella ou persoa achegada, e unha/un profesional con experiencia que supervisará o estado de saúde da díade nai-RN e axudará a nai a lograr que a súa filla ou o seu fillo **inicie a LM nas dúas primeiras horas de vida,** se non o fai de forma espontánea.

- Se a situación clínica da nai e a/o RN o permiten, favorecer a continuidade do **CPP de maneira ininterrompida polo menos durante 70 minutos** (ideal: dúas horas).

- Axudar a nai a adoptar unha **posición semi-incorporada** (15º-65º) que facilite a permeabilidade da vía aérea da/do RN e o agarre espontáneo ao peito. No momento que a/o RN empece a reptar, informarase de como suxeitala/o para favorecer o **afianzamento espontáneo.**

- Comprobar que a **persoa acompañante** sabe como **axudar a nai** a sustentar a/o RN durante o posoperatorio.

- Indicar a persoa acompañante e a muller **cando avisar con urxencia** as/os profesionais responsables do seu coidado se observan **signos de alarma** (cambios na respiración, na cor da pel ou dos beizos ou alteracións do ton muscular da/do RN).

- Antes de que a díade nai-RN sexan trasladados conxuntamente á planta de hospitalización xunto coa súa parella/persoa acompañante, pode administrarse xa a **profilaxe oftálmica e a vitamina K, logo de información e consentimento** e tendo **respectado o CPP continuado** durante a recuperación, así como a primeira toma ao peito. A profilaxe administrarase, preferiblemente, mentres se realiza o CPP ou estea aleitando, se isto non é posible, administrarase solución de sacarosa ou costro uns minutos antes.

8 INDICADORES

Profesionais formados en acompañamento da muller e CPP na cesárea (%)	**Fórmula:** nº de profesionais, con implicación na atención á muller e a/o RN no caso de nacemento por cesárea, con formación en acompañamento da muller e CPP en cesáreas*100/total de profesionais con implicación na atención á muller e á/ao RN no caso de nacemento por cesárea. Fonte: ACIS/área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por categoría profesional e hospital.
Acompañamento en quirófano na cesárea programada (%)	**Fórmula:** nº de mulleres ás que se lle practica unha cesárea programada que están acompañadas en quirófano durante a realización da mesma*100/ total de mulleres ás que se lle practica unha cesárea programada. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.
Acompañamento durante a recuperación poscirúrxica tras cesárea programada (%)	**Fórmula:** nº de mulleres ás que se lle practica unha cesárea programada que están acompañadas durante a recuperación poscirúrxica*100/ total de mulleres ás que se lle practica unha cesárea programada. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.
CPP en quirófano na cesárea programada (%)	**Fórmula:** nº de RN que realizan CPP coa súa nai en quirófano tras o nacemento por cesárea programada*100/total de mulleres ás que se lle practica unha cesárea programada. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.
CPP durante a recuperación poscirúrxica na cesárea programada (%)	**Fórmula:** nº de RN por cesárea programada que realizan CPP ininterrompido coa súa nai, durante polo menos 70 minutos, durante a recuperación poscirúrxica en cesáreas programadas*100/total de mulleres ás que se lle practica unha cesárea programada. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.
Nº de RN nacidas/os por cesárea programada con LM exclusiva á alta (%)	**Fórmula:** nº de RN por cesárea programada con LM exclusiva á alta*100/total de RN nacidas/os por cesárea programada. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.
Enquisas de satisfacción realizadas ás nais en relación ao proceso de atención ao nacemento por cesárea (%)	**Fórmula:** nº de mulleres ás que se lle realizou unha cesárea e realizaron unha enquisa de satisfacción*100/total de mulleres ás que se lle realizou unha cesárea. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.
Satisfacción da nai en relación ao proceso de atención ao nacemento por cesárea (%)	**Fórmula:** nº de mulleres que se mostraron satisfeitas en relación co proceso de atención ao nacemento por cesárea*100/total de mulleres ás que se lle realizou unha cesárea e responderon a enquisa de satisfacción. Fonte: área sanitaria. Periodicidade: anual. Desagregación: por hospital.

9 ETAPAS DA IMPLANTACIÓN DA GUÍA

1. Creación dun grupo de traballo multidisciplinar

→ integrado por profesionais da saúde que desenvolven o seu traballo no ámbito da saúde sexual e reprodutiva das mulleres, incluíndo no grupo de traballo a persoas do equipo directivo da área sanitaria; obstetras; pediatras/neonatólogas/os; anestesiólogas/os; matronas/matróns; enfermeiras/os pediátricas/os; enfermeiras/os, TCAE e celadoras/es de quirófano e das salas dedicadas á recuperación poscirúrxica, para unificar criterios e consensuar o protocolo de actuación, en coherencia coas competencias profesionais e coas funcións atribuídas a cada categoría profesional, así como cos coñecementos e a experiencia das persoas implicadas.

2. Elaboración/actualización
do(s) protocolo(s) de atención ao parto

→ que inclúan o acompañamento da muller pola persoa da súa elección e o CPP precoz e continuado no caso de cesárea, en cada distrito sanitario.

3. Difusión do protocolo do acompañamento e do CPP nas cesáreas
entre as/os profesionais implicadas/os

→ tanto a nivel de atención hospitalaria como de atención primaria.

4. Formación

→ do persoal implicado na atención sanitaria, ás mulleres ás que se lle practica unha cesárea e ás súas fillas ou fillos.

5. Implantación do protocolo do acompañameneto e do CPP nas cesáreas
en cada área sanitaria/distrito sanitario por fases:

→ 1ª fase: **cesáreas programadas/electivas,** excepto no caso de que haxa criterios de exclusión para realizar o acompañamento e/ou o CPP (ver apartado 4 deste documento).

→ 2ª fase: **cesáreas urxentes.** Os centros que xa teñan implantada a primeira fase, realizarán unha implantación progresiva do acompañamento e do CPP nestas cesáreas, excepto no caso de que haxa criterios de exclusión para realizar o acompañamento e/ou o CPP (ver apartado 4 deste documento).

6. Avaliación

→ aos 12 meses (área sanitaria/distrito sanitario).

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [citado 28 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf.

2 Organización de las Naciones Unidas (ONU). Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [citado 11 decembro 2023]. Dispoñible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf.

3 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55 (04/03/2010). [citado 11 decembro 2023]. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514 (texto consolidado).

4 Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 51 01/03/2023. [citado 11 decembro 2023]. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364 (texto consolidado).

5 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313 (29/12/2004). [citado 11 decembro 2023]. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760 (texto consolidado).

6 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, (15/11/2002). [citado 22 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188 (texto consolidado).

7 Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. DOG núm. 143 (24/07/2008). [citado 28 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2008/20080724/Anuncio327D2_gl.html.

8 UNICEF. Convención sobre los derechos del niño. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf.

9 ONU. Declaración de los derechos del niño, 1959. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf.

10 Carta europea de los niños hospitalizados. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.valedordopobo.gal/wp-content/uploads/2019/05/cartaeuropea.pdf.

11 Constitución Española. BOE núm. 311 (29/12/1978). [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229 (texto consolidado).

12 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069 (texto consolidado).

13 Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Plan Integral de Atención Sanitaria e Social á Muller. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1999.

14 Consellería de Sanidade. Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2007. [citado 11 decembro 2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-259.pdf.

15 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [citado 28 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf.

16 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Estrategia_Salud_Sexual_Reproductiva_SNS_2011.pdf/ea972d25-71bb-8ed4-73c9-4596a8fd1e2d.

17 Servizo Galego de Saúde. Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2019. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia da Humanización.pdf.

18 Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Estratexia Galega de Saúde 2030. Construíndo a nosa saúde. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2023. [citado 3 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.sergas.gal/A-nosa-organizacion/Documents/1021/MaquetacionEstratexiaXUNTA_GAL_V25.pdf.

19 Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Plan de parto e nacemento. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2017. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2607-ga.pdf.

20 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cesárea. Guía práctica de asistencia. [actualizado abril 2015; citado 2 febreiro 2024]. Dispoñible en: https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681394315.pdf.

21 Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [citado 30 novembro 2023]. Dispoñible: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf.

22 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [citado 16 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf.

23 Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha, 2017. [citado 26 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf.

24 Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF (2008). Iniciativa Hospitales Amigos del Niño. Revisado, actualizado y ampliado para atención integrada. Sección 3: Promoción y apoyo a la lactancia materna en un hospital amigo del niño: un curso de 20 horas para personal de maternidad. [citado 30 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IHAN–Seccion-3-1.pdf.

25 UNICEF. Skin-to-skin contact. [citado 30 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/.

26 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [citado 4 decembro 2023]. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/24590_calidad_en_la_asistencia_profesional_al_nacimiento_y_la_lactancia.pdf.

27 Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. Matern Child Nutr. 2014;10(4):456-73. doi: 10.1111/mcn.12128. Epub 2014 Apr 10. PMID: 24720501; PMCID: PMC6860199. [citado 9 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.12128.

28 Spear HJ. Policies and practices for maternal support options during childbirth and breastfeeding initiation after cesarean in southeastern hospitals. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(5):634-43. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00078.x. PMID: 16958719.

29 Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Batiste Fernández MT, Marca Gutiérrez MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. An Esp Pediatr. 1998;48(6):631-3. PMID: 9662849.

30 International Lactation Consultant Association (ILCA). Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. US Department of Health and Human Services; 2005. [citado 11 decembro 2023]. Dispoñible en: http://healthphone.us/breastcrawl.org/pdf/ilca-clinical-guidelines-2005.pdf.

31 Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr. 2011;100(1):79-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x. Epub 2010 Sep 14. PMID: 20712833.

32 Bergman N. More than a cuddle: skin-to-skin contact is key. Pract Midwife. 2005;8(9):44. PMID: 16262101.

33 Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior. A selective review. Dev Psychobiol. 2005; 47:217-229.

34 Vargas-Rueda A, Chaskel R. Neurobiología del apego. En: Avances en Psiquiatría Biológica, 2007; 8, 43–56. Dispoñible en: https://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/neurobiologia.pdf.

35 Mehler K., Wendrich D., Kissgen R., Roth B., Oberthuer A., Pillekamp F., Kribs A.: Mothers seeing their VLBW infants within3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants?.J. Perinatol. 2011; 31: pp. 404-410.

36 Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. PLoS One. 2020;15(7):e0230992. doi: 10.1371/journal.pone.0230992. PMID: 32722725; PMCID: PMC7386571.

37 Kendrick KM. Oxytocin, motherhood and bonding. Exp Physiol. 2000;85 Spec No:111S-124S. doi: 10.1111/j.1469-445x.2000.tb00014.x. PMID: 10795913.

38 Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. Front Neuroendocrinol. 2014;35(4):459-72. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.007. Epub 2014 Apr 3. PMID: 24704390.

39 Morales C, Pallás CR y grupo PrevInfad. Uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Monografía. Prevención en la Infancia y la adolescencia (PrevInfad), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP). [actualizado 9 setembro 2022, citado 4 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://previnfad.aepap.org/monografia/vitaminak.

40 McKeever J, Fleur RS. Overcoming barriers to Baby-Friendly status: one hospital's experience. J Hum Lact. 2012;28(3):312-4. doi: 10.1177/0890334412440627. Epub 2012 May 17. PMID: 22596059.

41 Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. MCN Am J Matern Child Nurs. 2011;36(5):318-24; quiz 325-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182266314. PMID: 21743355.

42 Crenshaw JT, Cadwell K, Brimdyr K, Widström AM, Svensson K, Champion JD et al. Use of a video-ethnographic intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin-to-skin care and breastfeeding rates. Breastfeed Med. 2012;7(2):69-78. doi: 10.1089/bfm.2011.0040. Epub 2012 Feb 7. PMID: 22313390.

43 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. [citado 9 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinParto-Completa.pdf.

44 Finigan V, Davies S. 'I just wanted to love, hold him forever': women's lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth. Evidence Based Midwifery. 2004; 2, 59–65.

45 Cooijmans KHM, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2017 Jul 6;17(1):154. doi: 10.1186/s12887-017-0906-9. PMID: 28683833; PMCID: PMC5501342.

46 Rodríguez JM, Murphy K, Stanton C, Ross RP, Kober OI, Juge N, Avershina E, Rudi K, Narbad A, Jenmalm MC, Marchesi JR, Collado MC. The composition of the gut microbiota throughout life, with an emphasis on early life. Microb Ecol Health Dis. 2015 Feb 2;26:26050. doi: 10.3402/mehd.v26.26050. PMID: 25651996; PMCID: PMC4315782.

47 Uvnäs-Moberg K. Neuroendocrinology of the mother-child interaction. Trends Endocrinol Metab. 1996;7(4):126-31. doi: 10.1016/1043-2760(96)00036-7. PMID: 18406738.

48 Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 5(5):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Actualizado en: Cochrane Database Syst Rev. 2016; 11:CD003519. PMID: 22592691; PMCID: PMC3979156.

49 Sheedy GM, Stulz VM, Stevens J. Exploring outcomes for women and neonates having skin-to-skin contact during caesarean birth: A quasi-experimental design and qualitative study. Women Birth. 2022 Nov;35(6):e530-e538. doi: 10.1016/j.wombi.2022.01.008. Epub 2022 Jan 26. PMID: 35090856.

11 OUTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. Pediatrics. 2011; 127(4):e1073-6. doi: 10.1542/peds.2009-3095. Epub 2011 Mar 14. PMID: 21402632.
- Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Hospital Universitari Clinic de Barcelona. Protocolo: cesárea. Actualizado 14 maio 2020, citado 4 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf.
- Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. Acta Paediatr. 2008;97(7):866-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00863.x. Epub 2008 May 14. PMID: 18482167.
- Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012;97(1):F2-3. doi: 10.1136/archdischild-2011-300786. Epub 2011 Sep 12. PMID: 21914635.
- Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Section Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. World Health Report (2010). World Health Organization, 2010. [citado 9 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.who.int/publications/m/item/the-global-numbers-and-costs-of-additionally-needed-and-unnecessary-caesarean-sections-performed-per-year-overuse-as-a-barrier-to-universal-coverage.
- Gnigler M, Ralser E, Karall D, Reiter G, Kiechl-Kohlendorfer U. Early sudden unexpected death in infancy (ESUDI)--three case reports and review of the literature. Acta Paediatr. 2013;102(5):e235-8. doi: 10.1111/apa.12165. Epub 2013 Jan 31. PMID: 23331122.
- Hewitt V, Watts R, Robertson J, Haddow G. Nursing and midwifery management of hypoglycaemia in healthy term neonates. Int J Evid Based Healthc. 2005; 3(7):169-205. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00025.x. PMID: 21631748.

- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gerencia del Área de Salud de Cáceres. Protocolo de cesárea acompañada. Área de Salud de Cáceres. [actualizado xuño 2023, citado 5 febreiro 2024].
- Linnér A, Lode Kolz K, Klemming S, Bergman N, Lilliesköld S, Markhus Pike H, et al. Immediate skin-to-skin contact may have beneficial effects on the cardiorespiratory stabilisation in very preterm infants. Acta Paediatr. 2022;111(8):1507-1514. doi: 10.1111/apa.16371. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35466432.
- Marín-Gabriel MA, Llana-Martín I, López-Escobar A, Fernández-Villalba E, Romero-Blanco I, Touza-Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. Acta Paediatr. 2010;99(11):1630-4. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x. PMID: 19912138.
- Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):262-72. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.01.005. PMID: 17467593.
- Nakamura T, Sano Y. Two cases of infants who needed cardiopulmonary resuscitation during early skin-to-skin contact with mother. J Obstet Gynaecol Res. 2008;34(4 Pt 2):603-4. doi: 10.1111/j.1447-0756.2008.00892.x. PMID: 18840162.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean birth. NICE guideline. [actualizada 6 setembro 2023, citada 4 xaneiro 2024]. Dispoñible en: www.nice.org.uk/guidance/ng192.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. [citado 4 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344325/9789240028531-spa.pdf?sequence=1.
- Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. Acta Paediatr. 2013;102(7):680-8. doi: 10.1111/apa.12244. Epub 2013 Apr 30. PMID: 23551812; PMCID: PMC3709122.
- Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. Pediatrics. 2011;127(4):e869-73. doi: 10.1542/peds.2010-2189. Epub 2011 Mar 28. PMID: 21444593.
- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. [citado 4 decembro 2023]. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?Idioma=es&IDCatalogo=2769&IdPaxina=40008.
- Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buclkey S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth—a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. BMC Pregnancy and Childbirth 2019;19(285).
- Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. MCN Am J Matern Child Nurs. 2007;32(6):375-81. doi: 10.1097/01.NMC.0000298134.39785.6c. PMID: 17968221.
- World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. The revised Baby-friendly Hospital Initiative. 2018. [citado 9 xaneiro 2024]. Dispoñible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807.