

PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS CESÁREAS: INSTAURACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE LAS GESTANTES E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN QUIRÓFANO¹

María D. Cerdán-Jimenez ¹, M^a Dolores Carballo-Aliseda ¹, M^a Analía Gómez-Fernández¹, Federico Heredia-Prim ², Isabel Salgado-Poveda ³, Enric Cayuela-Font⁴

Autora correspondència M^a Analía Gómez-Fernández.

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

1. Matrona asistencial del *Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral*. Av. Josep Molins, 29-41, 08906. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
2. Jefe Clínico de Obstetricia del *Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral*. Av. Josep Molins, 29-41, 08906. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
3. Matrona coordinadora del área materno-infantil del *Hospital General de L'Hospitalet* (hasta junio de 2016). *Consorci Sanitari Integral*. Av. Josep Molins, 29-41, 08906. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
4. Director asistencial del área materno-infantil del *Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral*. Av. Josep Molins, 29-41, 08906. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Recepción: 16/10/2016 Aceptación: 20/12/2016



¹Los resultados preliminares de este trabajo fueron presentados en XXXI *Reunió de Ginecòlegs i Obstetres i VIII Reunió de Llevadores i Infermeres de les Comarques Catalanes* celebradas en el *Centre Cultural de Terrassa* (marzo de 2014).

Los autores de este trabajo quieren dar las gracias a las mujeres y a sus acompañantes y a todo el equipo multidisciplinar de la sala de partos del Hospital General de L'Hospitalet (obstetras, anestesiólogas/os, pediatras, matronas, enfermeras/os y auxiliares de clínica), así como al equipo directivo y a la Unidad de Atención al Cliente.

RESUMEN

Introducción

La humanización del trabajo de parto se define como aquella asistencia que sitúa a la mujer en el centro de la atención. En Septiembre de 2013 se puso en marcha un procedimiento de humanización de las cesáreas en el Hospital General de L'Hospitalet, en el cual se incluye la presencia de un acompañante en las cesáreas de bajo riesgo, el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel a piel en el quirófano.

Objetivo

El objetivo del presente artículo es divulgar los pasos que se siguieron para poner en marcha el procedimiento y valorar la satisfacción de la primera muestra de mujeres y sus acompañantes que se beneficiaron del procedimiento.

Material y método

En la primera fase, se realiza la descripción del procedimiento; en la segunda, se administra la encuesta de satisfacción.

Resultados

Los resultados de la encuesta de satisfacción realizada evidencian que la iniciativa fue altamente gratificante, tanto para las mujeres como para sus acompañantes.

Conclusiones

El hecho de que la vía del nacimiento deba ser una cesárea no es motivo para que privemos a las familias de vivir juntas una experiencia tan emocionante.

Palabras clave: cesárea, satisfacción, acompañamiento, pareja.

ABSTRACT

Introduction

The humanization of labour places women at the centre of medical attention. In September 2013, a process of humanization of caesarean sections was launched at the Hospital General de Hospitalet. This process included the presence of a companion in low-risk caesareans, early initiation of breastfeeding and skin-to-skin contact in the operating room.

Objective

The aim of this article is to expose the steps that were followed to launch the initiative and assess the results of a satisfaction survey conducted on the first sample of women and their companions who benefited from the procedure.

Materials and methods

Description of the procedure followed in the first phase and analysis of the satisfaction survey conducted during the second phase.

Results

The results of the satisfaction survey reveal that the initiative was highly gratifying both for women and their companions.

Conclusions

The fact that the delivery entails a caesarean section is no reason to deprive families of the opportunity of living together such an exciting experience.

Keywords: caesarean sections, satisfaction, accompaniment, partner.

INTRODUCCIÓN

La humanización del trabajo de parto se define como aquella asistencia que sitúa a la mujer en el centro de la atención. Pero no deberíamos confundir el modelo humanizado con un movimiento antitecnológico, ya que el cuidado basado en la evidencia y en el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial de la atención humanizada al nacimiento (Biurrun y Goberna, 2013). Por ello, el parto humanizado no es simplemente sinónimo de parto natural, ni de parto vaginal. Un parto puede precisar de intervención médica, como sería el caso de una cesárea y sin embargo ello no debe implicar que el profesional sanitario deje de velar porque la gestante y su familia se sientan respetados, acompañados e informados en todo momento, es decir, antes, durante y después del nacimiento de su hijo o hija.

Los profesionales que participan en el cuidado y control de la gestación y en la atención al proceso de parto deben tener la capacidad de escuchar la voz de las mujeres y hacer el esfuerzo de entender sus preferencias y preocupaciones, además de proporcionarles ayuda y apoyo emocional (Biurrun y Goberna, 2013).

Tanto el Plan de Parto y Nacimiento editado por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad (2011) como el Protocolo para la Asistencia Natural al Parto Normal del *Departament de Salut* de Cataluña (2007) recomiendan mantener un adecuado respeto a la intimidad y refuerzan el derecho de las gestantes a permanecer acompañadas de forma ininterrumpida por la persona de su elección, salvo circunstancia clínica justificada que lo impida. Por otro lado, la evidencia científica constata los beneficios del acompañamiento continuo, especialmente en términos de satisfacción de la mujer (Cain et al., 1984; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Parke, 2009) y sus parejas (Johansson et al., 2013; Rodríguez-Román, 2011). También determina que la presencia de un acompañante durante las cesáreas no se relaciona con una mayor morbilidad materna o neonatal (Tessier et al., 2013), incluso en los casos en los que se debe emplear anestesia general (Robinson, 2004).

Como es conocido, las guías nacionales e internacionales (IHAN, 2011) recomiendan el inicio precoz de la lactancia materna, es decir, durante la primera hora tras el parto. La Guía de Cuidados desde el Nacimiento, editada por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) recomienda el contacto piel a piel (el recién nacido

desnudo colocado en el abdomen materno también desnudo) de forma precoz y bajo vigilancia, durante como mínimo cincuenta minutos, puesto que, entre otros beneficios (aumento del vínculo afectivo, disminución del llanto, estabilidad cardiorrespiratoria, etc.), se evidencia que aumenta ocho veces la probabilidad de que el recién nacido inicie de forma espontánea la lactancia materna.

El *Hospital General de L'Hospitalet* está ubicado en Barcelona (España). En Septiembre de 2013, se puso en marcha un procedimiento de humanización de la atención a las cesáreas que consistía en la presencia de un acompañante en las cesáreas consideradas de bajo riesgo médico, así como el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel a piel en el quirófano (estos dos últimos se llevan a cabo en todas las cesáreas, tanto de alto como de bajo riesgo, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan). Con esta iniciativa, se pretende apostar por una asistencia humanizada de la atención a las cesáreas y dar respuesta a la demanda de las gestantes y sus acompañantes.

Los objetivos del presente artículo son: por un lado, divulgar el procedimiento seguido para poner en marcha la asistencia humanizada de atención a las cesáreas y detallar las dudas y discrepancias que aparecieron durante esta fase. Por otro lado, presentamos también el resultado de una encuesta de satisfacción realizada a una muestra constituida por las primeras gestantes, y sus parejas, que se beneficiaron del dicho procedimiento.

En el presente trabajo se utilizará el término acompañante para referirse a la pareja sentimental de la gestante, tanto en el caso de parejas homosexuales como heterosexuales o, en su ausencia, la persona elegida por la gestante.

MATERIAL Y MÉTODO

Fase I

Llevada a cabo entre los meses de junio y julio de 2013. Se realizó una reunión multidisciplinar en la que participaron representantes de cada categoría profesional y especialidad (obstetras, anestesiólogas/os, pediatras, matronas, enfermeras/os) y representantes de la Unidad de Atención al Cliente. En dicha reunión, se propuso poner en marcha un procedimiento de humanización de la atención a las cesáreas que

incluyera la posibilidad de un acompañante en quirófano, en el caso de mujeres con bajo riesgo. Se propusieron los criterios de inclusión y exclusión y se realizó un primer borrador del procedimiento. Asimismo, se planteó la necesidad de crear una hoja informativa para los padres. En posteriores reuniones, se consensuaron los documentos definitivos que se exponen en el apartado de resultados. Previo a la redacción del procedimiento, se realizó una amplia revisión de la literatura científica, de los documentos de referencia en el tema procedentes de sociedades científicas y de guías de práctica clínica.

Durante la elaboración y puesta en marcha de este procedimiento surgieron dudas relacionadas con su desarrollo y ciertas discrepancias que se detallan a continuación:

- Ante la incertidumbre de que la presencia de un acompañante podría incrementar las infecciones, se acordó que los acompañantes serían tratados como personal no estéril, como son anestesiólogas/as, enfermeras/os circulantes, matronas, estudiantes, etc., según el protocolo quirúrgico habitual del hospital.
- En cuanto al lugar donde debería vestirse el acompañante, guardar su ropa y objetos personales, se habilitó un cubículo y se instalaron dos taquillas con llave. El personal de la sala de partos se ocupa de que el acompañante espere en el lugar adecuado y lo acompaña en el momento preciso al ingreso en quirófano.
- Referente a la ubicación del acompañante en el quirófano, se acordó adecuar un espacio en la cabecera de la mesa quirúrgica y colocar un taburete para que estuviera sentado al lado de la gestante en todo momento.

Para poder realizar el contacto precoz piel con piel entre madre y recién nacido, así como el inicio precoz de la lactancia materna, se modificaron algunas actuaciones: situar el arco de la mesa quirúrgica por debajo de los brazos de la gestante para poder acomodar bien el recién nacido sobre el pecho; intentar, en la medida de lo posible, que su brazo dominante quede libre de sueroterapia o de medicación para facilitarle el movimiento al sostener al recién nacido; colocar una amplia tela a modo de pantalla, fijada en dos soportes, de manera que, además de aislar el campo estéril, preserve la intimidad de la gestante y su acompañante; para la comodidad tanto de la madre como del recién nacido en el momento de realizar el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia, colocar los electrodos del monitor cardíaco más cercanos a los hombros de la gestante en lugar de al esternón; retrasar la administración de vitamina K y colirio

ocular al recién nacido, o administrárselo sobre la madre; colocar la pulsera de identificación al recién nacido sobre la madre, así como la pinza de cordón, facilitando que el acompañante pueda realizar el corte del cordón, si así lo desea; retrasar la técnica pesaje del recién nacido, siempre que las circunstancias clínicas lo permita.

Fase II

Llevada a cabo entre los meses enero y febrero de 2014. Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción, la percepción del proceso y las propuestas de mejora tanto de las mujeres al estar acompañadas como de sus acompañantes al poder estar presentes en el momento del nacimiento, las matronas realizaron una encuesta telefónica. Se tomaron como muestra las 25 primeras cesáreas en las que entró un acompañante, realizadas entre septiembre y diciembre de 2013 en el Hospital General de L'Hospitalet. En ese periodo, se realizaron un total de 99 cesáreas. Para conseguir la muestra de 25 cesáreas, fue necesario llamar a las primeras 28, puesto que 3 casos fueron imposibles de localizar. Sin embargo, de las 25 que respondieron al teléfono, tanto las mujeres como sus acompañantes aceptaron responder a la encuesta.

En dicha encuesta telefónica se partía de un mismo cuestionario diseñado *ad hoc*, aunque la formulación de las preguntas se adecuó a cada uno de los dos perfiles (la mujer o su acompañante). Tal como se detalla en la tabla 1, el cuestionario estaba compuesto por nueve preguntas de dos tipos: dicotómicas (se preguntaba sobre el conocimiento del circuito, la necesidad de cambiar de opinión, el conocimiento del profesional de referencia, si repetirían la experiencia y si la recomendaría) y de valoración (representadas por una escala del 0 al 10, se preguntaba sobre el nivel de satisfacción respecto a la información recibida, la sensación percibida al entrar al quirófano, su ubicación en el quirófano y la valoración global de la experiencia). Al final del cuestionario, además de agradecer la participación, se solicitaba que hicieran sugerencias de mejora. La recogida de datos y análisis de resultados se realizó de modo independiente en cada uno de los perfiles. Antes de formular la primera pregunta, se explicaba el motivo de la llamada y se les pedía su consentimiento verbal para participar en el estudio, asegurando el anonimato (las conversaciones no fueron grabadas y los cuestionarios fueron anónimos). Para realizar la encuesta telefónica, se contó con la aceptación del responsable de Investigación del Hospital y los responsables del Área Obstétrico-Ginecológica.

Tabla 1: Cuestionario realizado a las mujeres y a sus acompañantes.

Por favor responda de forma afirmativa o negativa a las siguientes preguntas:
¿Conocía con antelación la posibilidad de estar acompañada/acompañar en caso de precisar una cesárea?
¿En algún momento tuvo la necesidad de revertir su decisión?
¿Sabía en todo momento quién era el profesional de referencia al que se debía dirigir durante la intervención?
En caso de precisar de nuevo la realización de una cesárea ¿repetiría la experiencia?
¿Recomendaría la experiencia?
Por favor valore del 0 al 10 el nivel de satisfacción, siendo 0 nada satisfecha/o y 10 muy satisfecha/o:
Información recibida previa, durante y posterior a la intervención.
Sensación que tuvo al ver entrar al quirófano a su acompañante/ al entrar al quirófano.
Ubicación dentro del quirófano de su acompañante/ de usted.
Nivel de satisfacción global de la experiencia.
¿Tiene alguna sugerencia de mejora o desea hacer alguna aportación?

RESULTADOS

Fase I

Concluyó con un procedimiento de trabajo que indicaba los objetivos, los recursos necesarios, los criterios de exclusión e inclusión de las gestantes y los acompañantes, así como el procedimiento de actuación. A continuación se detalla:

Objetivos del procedimiento:

- Proporcionar compañía y apoyo emocional a las gestantes durante la cesárea, mejorando así su satisfacción.
- Favorecer la implicación del acompañante en el nacimiento.
- Aumentar el vínculo afectivo madres-hijos y/o padres-hijos.
- Favorecer el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna.

- Mejorar la calidad asistencial.

Recursos Humanos: anesthesiólogas/os, obstetras, pediatras, enfermeras/os instrumentistas, enfermeras/os circulantes y matronas.

Recursos Materiales: uniforme quirúrgico (pijama, polainas, gorro y mascarilla).

Criterios de selección: gestantes que tienen un parto bajo cesárea de bajo riesgo, no urgente y en la que no parezca probable la aparición de complicaciones. Quedan excluidas, por lo tanto, las cesáreas urgentes, las de alto riesgo hemorrágico, las realizadas por sospecha de pérdida de bienestar fetal y los embarazos gemelares. En cuanto a los acompañantes, estos deben ser mayores de edad, encontrarse en plena posesión de sus facultades, y que no exista barrera idiomática.

Procedimiento de actuación: la gestante y su acompañante deben estar adecuadamente informados de todo el procedimiento.

- Previa a la intervención, la información será facilitada tanto verbalmente como de forma escrita por la matrona o el obstetra de referencia. Las posibles dudas serán resueltas. En el caso de una cesárea programada, se informará desde consultas externas. Si la cesárea se indica en el transcurso del trabajo de parto, se hará en la misma sala de partos.
- Se informará a la gestante y a su acompañante de que su profesional de referencia durante la intervención es la matrona y que estará a su disposición para cualquier duda que pudiera surgir. Para facilitar dicha información, se elaboró un documento informativo (Anexo 1) que se entregará a la gestante y a su acompañante.
- Cuando la gestante entra al quirófano, se entregará al acompañante la ropa quirúrgica, gorro, polainas y mascarilla, y se le facilitará vestuario y taquilla con llave para guardar su ropa y objetos personales. La llave permanecerá en su poder mientras esté en uso, y deberá retornarla al finalizar el procedimiento. El acompañante deberá esperar en un lugar indicado hasta que la matrona lo acompañe a la entrada del quirófano y le indique su lugar de ubicación en la cabecera de la mesa quirúrgica, al lado de la gestante. Asimismo, se le debe recordar al acompañante que debe permanecer en ese mismo lugar durante toda la intervención, hablar en voz baja y atender siempre a las indicaciones del

- personal sanitario. También se debe hacer incidencia en que la finalidad de la entrada a la cesárea es el acompañamiento y no la observación de la intervención quirúrgica. En el supuesto de que el acompañante deba abandonar el quirófano, ya sea porque se siente indispuesto, porque el personal sanitario así se lo indique, o por cualquier otro motivo, la salida deberá realizarse con celeridad y sin entorpecer el curso de la intervención. Posteriormente, se valorará la idoneidad del retorno.
- Si el recién nacido no requiere cuidados inmediatos y la madre lo desea, se iniciará el contacto piel a piel en el mismo momento del nacimiento y se fomentará el inicio precoz de la lactancia materna en el quirófano, siempre con la presencia y el apoyo de la matrona.

Fase II

La muestra se compuso por 25 mujeres y sus 25 acompañantes (24 parejas masculinas y una madre). Los resultados fueron los siguientes:

- La valoración percibida por las mujeres al ver a su acompañante entrar en el quirófano, es altamente satisfactoria con una puntuación de 9,48 en el cuestionario. Valoraciones muy similares se encuentran en el caso de los acompañantes en referencia a su entrada en el quirófano: 9,28 (escala 0-10).
- El lugar en el que estuvo ubicado el acompañante durante la cesárea les pareció muy adecuado a las mujeres, valorándolo con una puntuación de 9. Puntuación muy similar a la ofrecida por los acompañantes que se sitúa en el 8,92.
- Las preguntas referidas a la valoración de la experiencia en general, sobre si tuvo intención de cambiar de opinión antes de la cesárea, acerca de su intención de repetir la experiencia (si se diera el caso) o si recomendaría la experiencia a terceros, indican que para ambos grupos la experiencia ha sido sobresaliente y que su nivel de satisfacción se sitúa en niveles máximos (superiores a 9).
- La posibilidad de que el acompañante pueda asistir al parto fue conocida previamente por el 56% de la muestra, siendo coincidentes ambos perfiles (tanto la mujer como el acompañante).

- Acerca de la información recibida, la totalidad de la muestra la valora homogéneamente, mostrando un nivel de satisfacción elevado: 8,8 en las mujeres y 8,7 en el caso de los acompañantes.
- El conocimiento por parte de ambos grupos de la existencia de un profesional de referencia alcanza niveles intermedios: un 60% de las mujeres conocían su existencia frente a un 52% de los acompañantes.
- En cuanto a las sugerencias de mejora: Un acompañante solicitaba poder ver más de cerca la cesárea mientras que otro acompañante proponía tener mayor información sobre el transcurso de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La encuesta de satisfacción evidencia que la iniciativa es altamente gratificante tanto para las mujeres como para sus acompañantes, lo cual coincide con otros autores (Chan y Paterson, 2002; Tessier et al., 2013). En cuanto a los puntos de mejora del desarrollo del procedimiento, cabe señalar la necesidad de insistir en que conozcan quién es la matrona de referencia durante la intervención, facilitar más información sobre el transcurso de la operación, que se trata de una necesidad también observada por Johansson et al. (2013), así como divulgar el procedimiento para que las familias conozcan la posibilidad de tener una cesárea acompañada de la persona que elijan.

Puesto que los autores del presente artículo son conscientes de la limitación que suponen los cuestionarios realizados vía telefónica, para futuras líneas de trabajo sería oportuno diseñar un cuestionario ad hoc más amplio que pueda ser cumplimentado de forma anónima por las mujeres y sus acompañantes antes del alta y entregado al personal sanitario, obteniendo además una muestra más amplia. También sería oportuno llevar a cabo una investigación de tipo cualitativo, realizando entrevistas individuales en profundidad para indagar a través de las narraciones de las mujeres y sus acompañantes en la percepción, vivencia, experiencia (etc.) que han tenido durante el nacimiento de su hija o hijo vía cesárea. Por otro lado, faltaría conocer el impacto de este cambio en el procedimiento de humanización en relación al recién nacido, es decir, si el contacto piel a piel ha sido favorable y/o solicitado por la gestante, así como el posible aumento del inicio de la lactancia precoz con respecto a las cesáreas anteriores.

El nacimiento de un hijo es un momento único e irrepetible. El hecho de que este nacimiento deba ser realizado mediante cesárea no es motivo para que privemos a las familias de la posibilidad de vivir juntas una experiencia tan emocionante. Es la misión de todos los profesionales velar para que la experiencia del nacimiento sea vivida y recordada en toda su plenitud y que, de este modo, la tríada hijo-madre-padre (acompañante) se vea favorecida y reforzada en el aspecto emocional. Esta observación se encuentra también en otros trabajos (Gutman y Tabak, 2010).

CONCLUSIONES

La valoración realizada por gestantes y acompañantes evidencia que la iniciativa es altamente gratificante para ambos. De hecho, declaran su intención de repetirla, si se diera el caso, y de recomendarla a terceros. Acerca de la información recibida durante el proceso, las valoraciones son notables en ambos perfiles. Por el contrario, el conocimiento de la existencia de un profesional de referencia alcanza niveles intermedios y es un claro aspecto de mejora. Por otro lado, la divulgación del procedimiento para que las familias conozcan esta posibilidad ha de ser un aspecto a incidir en el futuro inmediato. En referencia a los materiales y métodos utilizados, así como de los protocolos quirúrgicos, las valoraciones también son altamente positivas y han favorecido la obtención de objetivos tan importantes como el apoyo emocional, la realización del piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna en el mismo quirófano. Finalmente, cabe destacar que la realización de este procedimiento en el *Hospital General de L'Hospitalet* ha posibilitado que en la actualidad se haya instaurado de forma rutinaria como parte de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- BIURRUN-GARRIDO, Ainoa; GOBERNATRICAS, Josefina. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*. 2013, vol. 14, núm. 2, p. 62-66.
- CAIN, Richard L., et al. Effects of the Father's Presence or Absence During a Cesarean Delivery. *Birth*. 1984, vol. 11, núm. 1, p. 10-15.
- CHAN, Karen; PATERSON-BROWN, Sara. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *Journal Obstetrics and Gynaecology*. 2002, vol. 22, núm. 1, p. 11-15.
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*. Barcelona: Dirección General de Salud Pública, 2007.
- GUTMAN, Yaira; TABAK, Nili. The Intention of Delivery Room Staff to Encourage the Presence of Husbands/Partners at Cesarean Sections. *Nursing Research and Practice*. 2011.
- IHAN. *Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social E Igualdad, 2011.
- JOHANSSON, Margareta; HILDINGSSON, Ingergerd; FENWICK, Jennifer. Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*. 2013, vol. 29, núm. 9, p. 1041-1049.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (ed). *Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (ed). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (ed). *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (ed). *Plan de Parto y Nacimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.

PARKE, Rose. *Fatherhood*. London: Harvard University Press, 1993.

ROBINSON, Neville. Partners should be allowed to stay in the operating theatre during caesarean section under general anaesthesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2004, vol. 13, núm. 4, p. 251-253.

RODRIGUEZ-ROMÁN, Rosario. Contacto piel con piel madre/hijo con acompañamiento en cesáreas programadas: su efecto en la lactancia materna exclusiva. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas*. 2011, vol. 3, núm. 3, p. 234

TESSIER, Esther, et al. Cesárea humanizada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2012, vol. 56, núm. 2, p. 73-78.

El Hospital General de l'Hospitalet pretende mejorar la satisfacción de las mujeres gestantes que han de dar a luz mediante cesárea no urgente, ofreciendo la posibilidad de que estén acompañadas por su pareja o, en su ausencia, por la persona que ella designe.

El acompañante proporcionará compañía y apoyo emocional a la madre, favoreciendo el vínculo afectivo y aumentando la satisfacción de ambos.

La cesárea es una intervención quirúrgica no exenta de riesgos, por lo que es importante leer y entender todo lo que se explica a continuación.

La pareja de la embarazada o, en su ausencia, cualquier otro familiar mayor de edad designado por ella, podrá acceder a quirófano de partos si así lo desea la paciente. La presencia del acompañante en el quirófano es una situación excepcional que puede entrañar sus riesgos.

INDICACIONES DE ENTRADA DE FAMILIARES A QUIRÓFANO DE PARTOS:

- El centro se reservará el derecho a la admisión del acompañante en el área quirúrgica.
- Se permitirá la entrada a las cesáreas de bajo riesgo o sin complicaciones previstas, quedando excluidas las cesáreas urgentes, de alto riesgo hemorrágico, por riesgo de pérdida de bienestar fetal, así como en embarazos gemelares.
- En el caso de que por cualquier motivo algún profesional indique la salida del acompañante del quirófano, ésta se hará de forma inmediata y sin discusión.
- Si el acompañante ha de abandonar el quirófano por el motivo que sea, se valorará la idoneidad de volver a entrar para no poner en riesgo la asepsia del área.
- Si el acompañante se sintiera indispuesto, lo comunicará inmediatamente para poder abandonar el lugar a la mayor brevedad y no entorpecer el curso de la intervención.
- La persona acompañante debe entender sin dificultad el idioma castellano/catalán.
- No se permitirá la entrada de teléfonos móviles ni la utilización de cámaras fotográficas o de vídeo
- El acompañante se vestirá con ropa quirúrgica en el lugar indicado, poniéndose gorro, mascarilla cubriéndole nariz y boca, y polainas en los pies, y depositará su ropa en una taquilla que cerrará con una llave que devolverá tras la intervención.
- El personal de quirófano le indicará el momento de la entrada a quirófano y el lugar de ubicación, donde permanecerá sentado, pidiendo permiso si tuviera que moverse de sitio. En todo momento deberá atender las indicaciones del personal de quirófano.
- Intentará hablar en todo momento en voz baja con su pareja.
- Podrá ir a ver al recién nacido a la sala de reanimación neonatal cuando algún profesional del área quirúrgica se lo autorice.
- Si no existe ninguna contraindicación se iniciará el contacto temprano del recién nacido piel a piel con la madre en el mismo quirófano de partos, o si ésta no estuviera en condiciones, con el acompañante (idealmente la pareja) en una habitación de parto.

OBSERVACIÓN:

Los acompañantes y familiares deben comprender que la cesárea es una intervención quirúrgica mayor, por lo que se ha de respetar el reposo necesario de la madre para que pueda recuperarse adecuadamente.

Se recomienda limitar el número de visitas en las primeras horas después de la intervención.

Si precisa alguna aclaración, no dude en preguntar