

PROTOCOLO DE CESÁREA HUMANIZADA

Área de Salud de Cáceres

2022

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
 - 2.1 Fisiología del contacto piel con piel (CPP)
 - 2.2 Beneficios del contacto piel con piel
3. OBJETIVOS
 - 3.1 Objetivos principales
 - 3.2 Objetivos secundarios
4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN
5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
 - 5.1 Criterios del exclusión del contacto piel con piel

Criterios del exclusión del acompañamiento durante el acto quirúrgico

6. PLAN DE ACTUACIÓN
 - 6.1 Preingreso
 - 6.2 Durante el ingreso
7. BIBLIOGRAFÍA
8. ANEXOS
 - 8.1 Documento Informativo sobre Cesárea Humanizada
 - 8.2 Información de la Normativa de Acompañamiento
 - 8.3 Test de APGAR
 - 8.4 Escala LATCH
 - 8.5 Encuesta de satisfacción tras parto por cesárea
 - 8.6 Encuesta sobre lactancia

I. INTRODUCCIÓN

El concepto de **cesárea humanizada** incluye todas aquellas intervenciones orientadas a que la gestante y su pareja o acompañante se sientan respetados, acompañados e informados en todo momento, es decir, antes, durante y después del nacimiento de su hijo o hija. Así, la cesárea se convierte en una forma de nacimiento lo más parecida a un proceso fisiológico, en un procedimiento **centrado en la mujer y pareja o acompañante**. Además, se favorece el vínculo madre-bebé y la lactancia materna.

Pretendemos:

Que siempre que sea posible, la mujer pueda estar acompañada en el quirófano y en la Unidad de Recuperación Postanestésica por una persona que ella designe, al igual que pasaría en un parto vaginal.

Favorecer un ambiente amable y respetado en el quirófano: evitar ruidos, procurar que todo el personal implicado en la atención a la mujer se presente.

Realizar contacto piel con piel en quirófano: si la adaptación del recién nacido es correcta, éste puede tener contacto directo piel con piel con la madre justo después del nacimiento. En caso de que no sea posible el contacto madre-bebé, ofrecemos esta opción al acompañante

Contacto madre-bebé mantenido e inicio de la lactancia: si la situación lo permite, no se separan la madre y el bebé en las horas posteriores al nacimiento y se promueve el inicio de la lactancia materna en aquellas mujeres que lo deseen.

Organizaciones de salud nacionales e internacionales recomiendan la realización del contacto piel con piel precoz tras los partos vaginales, y también en las cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan.

En la cesárea, la guía clínica NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, Reino Unido), así como las guías australianas y canadienses lo recomiendan.

Esta recomendación también está recogida en las **Guías Práctica Clínica sobre atención del parto normal y de lactancia materna del Ministerio de Sanidad**.

Experiencia de parto positiva

Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente.

La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas.

Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. OMS 2018. OPS 2019.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Fisiología del contacto piel con piel (CPP)

La técnica supone la colocación del recién nacido sobre la madre inmediatamente tras el nacimiento sin interposición de ropa.

Durante las dos primeras horas después del nacimiento el recién nacido (RN) está en alerta tranquila, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el parto. Los seres vivos recién nacidos dependen de su madre para sobrevivir y nacen con algunas habilidades que les permite reconocer a su madre. El bebé humano es el ser más indefenso de la naturaleza, pero durante los nueve meses de embarazo ha oído la voz de su madre y ha estado en contacto con el olor materno. Los niveles elevados de noradrenalina en el encéfalo neonatal durante el parto facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente postnatal.

Si se le deja en decúbito prono en CPP entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (succión del puño, lengüetada, etc.), se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y comienza a succionarla.

El CPP, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna. Esta hormona, además de producir contracciones uterinas, produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al RN; también reduce la ansiedad materna y aumenta la tranquilidad y la receptividad social, así como es posible que durante las primeras horas del nacimiento estimule las conductas de crianza. También el CPP y la succión del pecho materno son estímulos vagales para que el RN se recupere antes del estrés del parto.

Beneficios del contacto piel con piel

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

- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro
- Favorece el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (comparado con aquellas madres en las que no se realiza el contacto piel con piel).
- Mejora el vínculo afectivo madre-hijo. Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos principales

- Realizar el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, en el quirófano y en la Unidad de Recuperación Postanestésica.
- Favorecer, siempre que las condiciones médicas de madre y recién nacido lo permitan, el acompañamiento de la madre antes, durante y después de la cesárea.

Objetivos secundarios

Desarrollar tempranamente el vínculo y apego entre madre-hijo.

- Mantener los parámetros fisiológicos del recién nacido dentro de la normalidad.
- Facilitar el agarre al pecho en las mujeres cuya opción haya sido la lactancia materna (LM) y de este modo establecer la LM lo antes posible.
- Hacer partícipe al padre/pareja desde el primer momento en los cuidados del recién nacido para facilitar el desarrollo del vínculo.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Bajo Riesgo Obstétrico
- Cesáreas realizadas con anestesia regional
- Cesáreas programadas
- Cesáreas en curso de parto no patológico
- Presentación podálica u otra mal posición fetal en trabajo parto
- RN sin diagnóstico ecográfico de patología incompatible con CPP
- RN > 37 semanas de gestación
- RN 35-37 semanas de gestación se individualizará por parte de pediatría

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

5.1 Criterios de exclusión del contacto piel con piel

- Anestesia general
- Embarazo múltiple
- Inestabilidad materna o del recién nacido
- Rechazo materno al contacto piel con piel

- **Condiciones** en las que el equipo médico no lo considere conveniente (anestesiología, tocología o neonatología) **por causa médica justificada.**

5.2 Criterios de exclusión del acompañamiento durante el acto quirúrgico

- Anestesia general
- Cesáreas emergentes
- Alto riesgo obstétrico
- Problemas relacionados con la anestesia; gestantes con vía aérea difícil, problemas anestésicos actuales o en anteriores intervenciones.
- Gestaciones múltiples
- **Condiciones** en las que el equipo médico no lo considere conveniente (anestesiología, tocología o neonatología) **por causa médica justificada.**

6. PLAN DE ACTUACIÓN

6.1 PREINGRESO

Durante las clases de **preparación al parto** y/o en la **Consulta de Matrona de Atención Primaria**, se les explicará a todas las gestantes de las diferentes Zonas de Salud del Área de Cáceres los beneficios de piel con piel y la posibilidad de su realización tanto en el parto vaginal como en la cesárea, siempre que no haya las contraindicaciones anteriormente citadas.

Cuando se programe la cesárea, se ofrecerá la posibilidad de realizarla con acompañante y se explicará y entregará el **Documento Informativo sobre Cesárea Humanizada** (Anexo 1) y la **Información de la Normativa de Acompañamiento** (Anexo 2) para que la firme la persona acompañante. Esto debe quedar reflejado en el historial de seguimiento de embarazo de la gestante.

Si, debido a circunstancias excepcionales, no se han entregado estos documentos en la consulta, lo podrán hacer ginecóloga y/o matrona de guardia que realiza el ingreso, tras explicar el procedimiento a la gestante y al acompañante.

6.2 DURANTE EL INGRESO

La gestante con una cesárea programada ingresará y estará acompañada en todo momento. Si aún no se hubiera la Información de la Normativa de Acompañamiento, se hará en ese momento.

En caso de cesárea por no progresión de parto, fallo de inducción o similar, la matrona informará, documentará y recogerá el documento firmado.

Gestante y acompañante

- La gestante con cesárea electiva, según actuación habitual, bajará de la 6ª planta (U. H. Obstetricia) a la 5ª (Paritorio) traída por la celadora, junto a la persona acompañante. El resto de las gestantes que cumplan criterios de inclusión pasarán desde la dilatación.
- El acompañante se vestirá, en la habitación asignada a la paciente en la Unidad de Obstetricia, con pijama desechable, calzas, gorro y mascarilla quirúrgicos.
- Cuando la gestante esté en el quirófano, anestesiada, el personal preparado y todo dispuesto, la matrona guiará al acompañante a través de la puerta de acceso situada a la cabecera de la gestante para que se siente, al lado derecho, donde estará dispuesto un taburete. Comprobaremos que previamente ha leído y comprendido las indicaciones recogidas en el Documento Informativo sobre Cesárea Humanizada.
- Ante cualquier complicación médica que aconseje un cambio de actuación por parte del equipo médico, la matrona invitará al acompañante a salir del quirófano y esperará, en el lugar que le indique el personal de Paritorio, hasta nueva información. Si después del nacimiento la madre y el RN se encuentran estables, el acompañante subirá a la URPA junto a ellos para continuar el CPP.

Quirófano

- Dentro del quirófano se debe disponer de empapadores, paños y gorro calientes. Se debe procurar, además, que los niveles de ruido y luz sean lo más bajo posible y la temperatura adecuada para garantizar el confort del recién nacido.

Se dispondrá, además de una mesa auxiliar preparada con un pañal y una batea con jeringas, agujas, gasas y tijeras para la recogida de sangre de cordón y pH. En otra batea estará la pinza de cordón y la pulsera identificativa del RN .

Se monitoriza a la madre de forma que los electrodos dejen libre el tórax (en los

hombros o en la espalda) para que no molesten al bebé cuando se le coloque en el pecho de la madre y el anestesista pueda controlar la evolución durante la intervención. Se le dejará un brazo libre para que pueda coger al bebé.

El campo quirúrgico se separa de la cabeza de la madre con una sábana quirúrgica recogida en dos pies de gotero (no con el arco), mediante esta separación se deja libre la parte superior del tórax materno.

Tras la extracción del recién nacido, el/la ginecóloga entrega al bebé a la matrona que lo coloca inmediatamente sobre el tórax materno. Si el RN requiere reanimación, se entregará a los neonatólogos.

En caso del nacimiento esperado: bebé con llanto vigoroso y test de Apgar (Anexo 3) adecuado, los neonatólogos observan y lo dejan sobre el pecho materno.

El/la ginecóloga procederá al pinzamiento precoz de cordón y realizará toma de pH.

La matrona colocará al bebé desnudo, salvo el pañal (opcional) y el gorro; directamente sobre el pecho de la madre y le cubre con empapadores o paños calientes. La mejor forma es apoyarlo en piel con piel, en el hombro-cabecera materno y cruzarle ligeramente entre los pechos, para que así no se resbale hacia el cuello de la madre. Si el padre tuviera que salir del quirófano durante o tras la intervención, haría el CPP en una de las salas de dilatación del Partorio o en el antequirófano hasta que pueda hacer el CPP la madre.

La matrona permanecerá vigilante del bebé en la cabecera materna en todo momento, para posibilitar el reconocimiento precoz de las variaciones de la normalidad.

Durante ese tiempo, en que el acompañante y la matrona, junto a la madre, están al cuidado y observación del recién nacido, el piel con piel y el inicio de la lactancia, la matrona realizará el proceso de identificación inequívoca del recién nacido (huella plantar, pulsera en el tobillo y pinza de cordón numerada)

El/la Neonatólogo/a estará siempre disponible si fuera preciso.

Postparto

- Una vez acabada la intervención, se continuará el contacto piel con piel en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), junto con su acompañante.

La vigilancia de madre y del recién nacido la realizará la enfermera del bloque quirúrgico con el apoyo de la matrona el tiempo que le permita la actividad asistencial del paritorio.

La enfermera del bloque quirúrgico encargada será, por este orden:

- 1°. Enfermera con turno de 12 horas
- 2°. Enfermera de la URPA
- 3°. Cualquier enfermera del bloque que haya finalizado su programación quirúrgica

- La madre y el bebé no deben quedarse solos, ni siquiera por un corto período.

La iluminación del ambiente debe ser la necesaria para una adecuada evaluación del color del RN.

Es importante tomar todas las precauciones necesarias para evitar que el RN pueda caerse o ser aplastado por el cuerpo de la madre. La **posición de seguridad del RN** durante el contacto piel con piel debe ser:

- . Cara del recién nacido visible, nariz y boca descubiertos
 - . Cabeza del recién nacido inclinada y girada hacia un lado
 - . Cuello recto, no doblado
 - . Hombros del recién nacido rectos contra la madre
 - . El recién nacido se encuentra pecho con pecho con la madre
 - . Se pueden sentir los movimientos torácicos y la respiración
 - . Cubrir la espalda del recién nacido con una manta
 - . La piel del recién nacido está sonrosada y caliente
 - . Madre reclinada (30-45°), no tumbada
- Madre y bebé deben estar supervisados por el personal sanitario y el acompañante.
 - Es necesario vigilar los siguientes parámetros en el recién nacido:

Respiración: La frecuencia respiratoria oscila entre 40 y 60 respiraciones por minuto. La respiración es regular.

Son signos de alarma: Presenta quejido, aleteo nasal, tiraje intercostal y/o subcostal o taquipnea.

Actividad: ¿en qué estado de vigilia se encuentra el recién nacido?

- Durmiendo: ojos cerrados, sin movimiento.

Alerta tranquila: no presenta movimientos corporales bruscos; tiene los ojos abiertos

Alerta activa: actividad motora franca sin llanto y con los ojos abiertos.

Llorando: con los ojos abiertos o cerrados.

Amamantamiento

Son signos de alarma: Sin respuesta, el RN no responde a la estimulación táctil, no se despierta

Perfusión: Coloración rosada. La acrocianosis, sin cianosis central, se debe a la vasoconstricción periférica y es normal.

Son signos de alarma: Color de piel pálido, gris o cianótico.

Posición/tono:

- Cuello: erecto en la línea media.
Cabeza: rotada hacia un lado.
Fosas nasales y boca: liberadas.
Extremidades: flexionadas.

Son signos de alarma: Flaccidez/hipotonía

ANTE CUALQUIER DUDA O SIGNO DE ALARMA, AVISAR AL NEONATÓLOGO:

Busca 31557

El tiempo recomendado de estancia en la URPA de 2 horas.

Tras la recuperación en la sala de reanimación (URPA), madre y criatura, con el acompañante, pasarán a la habitación asignada en la Unidad de Hospitalización de Obstetricia donde se continuarán los cuidados de enfermería.

La somatometría, administración de Vitamina K, profilaxis ocular, temperatura y ropaje del bebé, los realizará la matrona y el personal de enfermería de la U.H. de Obstetricia.

Se utilizará **Escala LATCH** (Anexo 4) para la valoración del inicio de la lactancia y se registrará en historia del recién nacido.

Todo el personal implicado en el cuidado de madre y recién nacido debe conocer este protocolo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-cesarea-humanizada-S0304501312001161>
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
- Protocolo de piel con piel en las cesáreas hospital San Juan de la Cruz.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 25;11:CD003519. Review.
- IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2.Guia_detallada_hospital.pdf.
- 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 Oct;10(4):456-73
- 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.
- Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría 7 <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/guiaPartoNormalIntro.htm>
- 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. http://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
- Hobbs AJ1, Mannion CA2, McDonald SW3, Brockway M2, Tough SC4,3. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 26;16:90
- C.R. Pallás Alonso: Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. An Pediatr (Barc). 2014;80(4):203---205

- Expertos reunidos en el 67º Congreso de la Asociación Española de Pediatría: Elevar la cama de la madre en un ángulo de 45º facilita la respiración del bebé en el contacto piel con piel. 67 Congreso AEP. Burgos 2019.
- Costa Romero, Marta: CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS UN PARTO POR CESAREA. PUESTA AL DÍA Y PROPUESTA DE ACTUACIÓN. Rev Esp Salud Pública. 2019; Vol. 93: 19 de febrero

Anexo I

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE CESÁREA HUMANIZADA

El **Hospital Universitario San Pedro de Alcántara** ofrece una asistencia personalizada y respetuosa en la atención al nacimiento, proporcionando a las gestantes que dan a luz mediante cesárea programada no emergente la posibilidad de estar acompañadas por una persona de su elección en el momento del nacimiento de su criatura.

Además de dar un importante apoyo emocional a la madre, la persona acompañante puede ayudar a la realización del contacto piel con piel entre la madre y su bebé. Los beneficios de esta medida están científicamente demostrados:

- Mejor adaptación del recién nacido al medio ambiente.
- Mayor duración de la lactancia materna.
- Favorece el establecimiento de vínculos afectivos.
- Disminución del llanto y mejor tránsito por el período sensitivo del niño.

La cesárea es una intervención quirúrgica no exenta de riesgos; por ello hay que leer y entender todo lo que aquí se explica:

- Esta fórmula se ofrecerá a las madres con cesárea programada en las que no se prevean complicaciones. Se realizará con anestesia regional (raquídea), en la que la madre está despierta. Si precisara anestesia general o durante la intervención el equipo médico lo considerara necesario, el acompañante será llevado fuera de quirófano y esperará a ser avisado.
- La madre, a la entrada al área quirúrgica, ha de expresar su consentimiento para estar acompañada durante la cesárea.
- Solo una persona podrá estar con la madre para ofrecerle apoyo y ayudar al contacto piel con piel. Entrará en quirófano sin relojes, joyas, teléfono móvil, cámara o video, vestida con pijama desechable, calzas, gorro y mascarilla.
- Mientras a la madre se le está realizando la punción para la anestesia, el/la acompañante permanecerá en el pasillo del quirófano.
- Antes de entrar, la matrona le recordará las normas dentro del quirófano:

- ✓ Evitar hacer movimientos bruscos con los brazos
 - ✓ No levantar ni asomarse al campo quirúrgico
 - ✓ No tocar el campo de paños verdes
 - ✓ No tocar a ningún profesional dentro del quirófano
 - ✓ No está permitido utilizar dispositivos electrónicos, ni grabar ni fotografiar.
 - ✓ Deberá permanecer sentado en el sitio asignado, manteniendo contacto con la madre con un tono bajo de voz.
- Tras el nacimiento se colocará al bebé sobre el tórax de la madre y así permanecerá en contacto piel con piel mientras dure la intervención. Si el padre tuviera que salir del quirófano durante o tras la intervención, haría el CPP en una de las salas de dilatación del Partorio o en el antequirófano hasta que pueda hacer el CPP la madre.
 - Cuando finalice la cesárea, la matrona acompañará a la madre, bebé y al acompañante a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), donde permanecerán, realizando contacto piel con piel, hasta que sean trasladados a la Unidad de Hospitalización de Obstetricia.

La URPA es una sala de cuidados especiales, donde hay más pacientes recuperándose después de la cirugía, por lo que es indispensable mantener el tono de voz bajo y actitud de máximo respeto. Durante la estancia en esta área, el/la acompañante debe permanecer junto a madre y bebé. En caso de necesidad de reanimación o revisión pediátrica del recién nacido, el acompañante esperará junto a la madre. El neonatólogo iniciará el contacto piel con piel tan pronto como sea posible e informará del estado del bebé a ambos.
 - Si precisa alguna aclaración, no dude en preguntar.

Anexo 2

INFORMACIÓN DE LA NORMATIVA DE ACOMPAÑAMIENTO A LA GESTANTE DURANTE EL PROCESO DE CESÁREA HUMANIZADA

Doña,

ha aceptado que durante el proceso de la realización de la cesárea y el postoperatorio, pueda estar acompañada por:

Don/Doña....., **y confirmo** que se me ha explicado y he entendido el **Documento Informativo de Cesárea Humanizada del Área de Salud de Cáceres** y las siguientes normas de actuación durante este proceso:

- ⇒ **Entiendo** que, con mi presencia durante la cesárea, puedo disminuir la ansiedad de la madre, facilitar el vínculo con el recién nacido y participar más activamente en el nacimiento del bebé.
- ⇒ **Entiendo** mi papel como acompañante en esta intervención y que se me permite la entrada a servicios restringidos (Quirófano y Unidad de Recuperación Postanestésica) en los que, habitualmente, no se autoriza el acceso a ningún acompañante.
- ⇒ **Entiendo** que la intervención quirúrgica en la que estaré presente no está exenta de riesgos y que los profesionales los atenderán con celeridad.
- ⇒ **Entiendo** que, en caso de urgencia, los profesionales tendrán plena dedicación a la situación que se presente y no podrán atenderme con la misma atención.

Por todo lo expuesto anteriormente, **me comprometo a:**

- ✓ Permanecer sentado/a en el lugar que se me indique a fin de no interferir en la actividad asistencial.
- ✓ Hablar en voz baja con la madre para no dificultar la comunicación entre los profesionales que están trabajando.
- ✓ No grabar ni utilizar ningún dispositivo electrónico.
- ✓ Salir del quirófano cuando se me solicite sin pedir explicaciones en el mismo.
- ✓ Acompañar a la paciente hasta su ingreso en la Unidad de Hospitalización

Nombre y apellidos:

Fecha:

Firma

Anexo 3

TEST DE APGAR

	0	1	2
Actividad cardíaca	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
Respiración	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
Tono muscular	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
Color de la piel	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

Anexo 4

ESCALA LATCH

ÁREAS	ESCALA DE PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Coger	<ul style="list-style-type: none"> Demasiado dormido No se coge al pecho 	<ul style="list-style-type: none"> Repetidos intentos de cogerse Mantiene el pezón en la boca Llega a succionar 	<ul style="list-style-type: none"> Agarra al pecho Lengua debajo Labios que ajustan Succión rítmica
Deglución audible	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> Espontáneo e intermitente si menos de 24h de vida Espontáneo y frecuente si más de 24h de vida
Tipo de pezón	<ul style="list-style-type: none"> Invertidos 	<ul style="list-style-type: none"> Planos 	<ul style="list-style-type: none"> Evertidos tras estimulación
Comodidad/ Confort (pecho/ pezón)	<ul style="list-style-type: none"> Ingurgitados Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes Disconfort, dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas Molestia leve o moderada 	<ul style="list-style-type: none"> Mamas blandas No dolor
Mantener colocado al pecho	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho) 	<ul style="list-style-type: none"> Mínima ayuda (colocar una almohada) Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca del otro El personal lo obliga y luego la madre sigue 	<ul style="list-style-type: none"> No es necesario la ayuda del personal La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Anexo 5

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRAS PARTO POR CESÁREA

Como Hospital implicado en las estrategias de mejora de la atención al parto y apoyo de la lactancia le agradeceríamos que nos ayudara a mejorar respondiendo las siguientes preguntas

1. ¿Ingresó de forma programada para realizar la cesárea?

SI

NO

2. ¿Se ha sentido usted adecuadamente informada sobre la intervención: ¿en qué consiste y cuáles son sus posibles complicaciones?

SI

NO

3. ¿Se le había informado sobre los beneficios del contacto piel con piel?

SI

NO

En caso del que sí, fue:

- Antes del parto

- Durante el parto, en el Hospital

4. ¿Se le había informado de la posibilidad de tener un acompañante durante la cesárea?

SI

NO

5. ¿Ha tenido usted un acompañante en la cesárea?

SI

NO

6. Si no tuvo un acompañante, ¿le hubiera gustado tenerlo?

SI

NO

7. Si ha tenido un acompañante, ¿le valió de apoyo para ese momento?

SI

NO

8. ¿Se sintió bien atendida y respetada durante su estancia en el quirófano?

SI

NO

9. ¿Le resultó fácil comunicarse con el personal de quirófano (Se sintió libre para hacer preguntas y recibió contestaciones que usted entendió)

SI

NO

10. ¿Tuvo a su bebé piel con piel (sobre su pecho, sin ropa) inmediatamente después de su nacimiento?

SI

NO

Si la respuesta es NO, ¿cuánto tiempo pasó hasta que pudo tenerlo con usted?

.....

11. ¿Se sintió bien atendida y respetada durante su estancia en la urpa?

SI

NO

12. ¿Pudo tener a su hijo con usted durante su estancia en la urpa?

SI

NO

13. ¿Se le animó y ayudó a dar el pecho a su hijo/a durante su estancia en la URPA?

Si la respuesta es NO, ¿cuánto tiempo pasó?

14. ¿Conoce usted las ventajas de la lactancia materna?

SI

NO

15. ¿Está amamantando a su hijo?

SI

NO

Anexo 6

ENCUESTA SOBRE LACTANCIA

Desde la Comisión de Lactancia y como Hospital implicado en las estrategias de mejora de la atención al parto natural y apoyo de la lactancia le agradeceríamos que nos ayudara a avanzar y mejorar respondiendo las siguientes preguntas:

1. Está alimentando a su hijo con
 - Lactancia materna
 - Lactancia mixta
 - Lactancia artificial

2. En caso de lactancia materna, durante su estancia en paritorio y planta de maternidad ¿ha recibido información sobre los siguientes aspectos por parte de los profesionales del hospital?
 - Sobre los beneficios de la lactancia materna
 - Sobre la técnica adecuada de lactancia (colocación del bebé, buen agarre, extracción de leche...)
 - Sobre hábitos saludables durante la lactancia materna
 - Sobre grupos de lactancia y apoyo

 - SI, ADECUADA
 - SI, INSUFICIENTE
 - NO

3. ¿En algún momento ha recibido información contradictoria acerca de la técnica de la lactancia materna por parte de los profesionales implicados?
 - SI
 - A VECES
 - NO

4. ¿En caso de dificultades o dudas sobre aspectos relacionados con la lactancia materna ha recibido ayuda?
 - SÍ
 - NO

- NO NECESITÉ
5. Si ha decidido dar lactancia artificial ¿desea explicarnos el motivo?:
- Mala experiencia previa
 - Problemas de salud
 - Problemas de conciliación laboral
 - Decisión de última hora por circunstancia hospitalaria
 - Decisión propia independiente de los motivos anteriores
6. En caso de elegir alimentar a su hijo con lactancia artificial ¿ha sentido respetada su voluntad por parte de los profesionales del hospital?
- SÍ
 - A VECES
 - NO
7. En caso de ofrecer algún biberón de fórmula adaptada a su bebé durante la estancia en maternidad ¿cuál ha sido el motivo?
- Por indicación médica
 - Yo lo pedí
 - El personal me ofreció
8. Sugerencias en torno a la lactancia materna y cuidados madre-hijo:

Le queremos transmitir nuestro enorme agradecimiento por sus respuestas y opiniones que nos ayudarán a la mejora de la calidad y la atención de las madres, sus bebés y sus familias.