

Humanització de les cesàries a l'Hospital de Berga

Mireia Massana, Núria Rovira, Xènia Isern, Ariadna Salvadó, Júlia Castellà, Zully Colman, Pau Nicolau

Hospital de Berga.

Introducció

Des de fa centenars d'anys es realitzen les cesàries com a intervencions quirúrgiques de recurs quan el part vaginal no és possible. Al nostre centre, l'Hospital de Berga – Salut Catalunya Central, un de cada quatre parts és per cesària, una dada similar a la de la majoria d'altres centres públics. La societat i les pròpies professionals reclamem cada vegada més un paper més participatiu de la dona i el seu nucli familiar en el naixement d'un fill/a, també en les cesàries. La presència al quiròfan de l'acompanyant durant les cesàries (no urgents) i la no separació de la mare i el nadó i/o l'acompanyant de manera rutinària, afavoreixen alinear-nos amb aquest nou paradigma. Un nou protocol, que humanitza la cesària al nostre centre, ha de permetre eliminar pràctiques de poc valor, com la separació de la mare i el fill/a, i millorar l'acompanyament de les nostres usuàries, potenciar la col·laboració de la família, afavorir el vincle afectiu i el contacte pell amb pell ininterromput, i l'inici de la lactància materna.

L'objectiu d'aquest treball és millorar la qualitat assistencial que ofereix el nostre centre a les gestants que donen a llum mitjançant una cesària programada sense risc, afavorir l'entrada d'un acompanyant durant la cesària i permetre el contacte posterior amb el nounat de manera permanent.

Metodologia

Usuàries

Es va considerar població d'estudi a totes les gestants que van acudir al nostre centre per ser assistides pel part, si va ser necessari recórrer a una cesària electiva o de recurs per impossibilitat de part vaginal.

Foren criteris d'exclusió:

- Gestants amb indicació de part vaginal eutòcic o distòcic instrumentat al nostre centre.
- Gestants amb cesària urgent o emergent on no es podia aplicar el protocol d'estudi.
- Gestants d'alt risc fetal o matern (segons el Protocol de Seguiment de l'Embaràs i Classificació del Risc, del Departament de Salut de Catalunya), que van requerir ingress a la unitat de cures intensives en cas de complicacions i, per tant, amb necessitat de derivació al centre de referència obstètric Fundació Althaia Manresa.

Circuit

En el moment en què s'indica la cesària (no urgent ni emergent), la llevadora guia l'acompanyant al vestidor de la sala de parts, on se li dona el vestuari adequat. Dins del quiròfan, s'ubica l'acompanyant en una cadira al costat dret de la dona, per darrera del camp quirúrgic. Si en algun moment és necessària la sortida de l'acompanyant, la llevadora o el personal de quiròfan que en aquell moment estigui més lliure el guia cap a la sala de parts pel passadís d'esterilització.

Per afavorir el contacte pell a pell entre la mare i el nadó, els elèctrodes del monitoratge matern es col·loquen preferentment deixant lliure la part del pit de la dona en la preparació quirúrgica de la gestant. Sempre que sigui possible es fa un clampatge tardà del cordó, que beneficia el volum sanguini, l'aportació de nutrients i d'oxigen i un pes superior al néixer.

En cas que la dona no es trobi en condicions per fer el pell a pell amb el nounat, aquest queda a càrrec de l'acompanyant, amb la supervisió de la llevadora o d'infermeria. Si això no és possible, es posa el nadó en un llit tèrmic. La llevadora és l'encarregada d'assessorar la dona i l'acompanyant sobre la posició, la coloració i la respiració del nounat quan està pell a pell amb la mare.

Un cop finalitzada la intervenció, i si l'estat de la dona és òptim, mare i nadó són traslladats en la mateixa llitera cap a l'habitació de la planta.

La llevadora és la responsable de les cures del postpart immediat a l'habitació fins que la pacient compleix els criteris d'alta de reanimació: estabilitat hemodinàmica, escala visual analògica (EVA) < 4, escala de Bromage superior a 3 (doblegar els genolls) i pèrdues vaginals i involució uterina normals.

Correspondència: Mireia Massana i Pau Nicolau
Servei de Ginecologia i Llevadores
Hospital de Berga
Carretera de Ribes, 47
08600 Berga
Tel. 938 243 400
Adreces electròniques: Mmassana.scc@gencat.cat; Pnicolau.scc@gencat.cat

En cas d'instabilitat hemodinàmica, els procediments són els següents:

- Hipotensió: administrar 2 ml de la preparació d'efedrina (1 ampolla d'efedrina + 9 ml de sèrum fisiològic), augmentar la perfusió de líquids i avisar el servei d'anestesiologia.

- Bradicàrdia (< 40 batecs per minut). Administrar ½ ampolla d'atropina endovenosa i avisar el servei d'anestesiologia. Si no es recupera en 2 minuts, administrar la resta d'atropina.

- Sagnat vaginal/atonia uterina: augmentar la perfusió de líquids (oxitocina), iniciar massatge uterí i avisar el servei de ginecologia.

En cas que la llevadora no es pugui fer càrrec d'aquestes cures, es demana al personal d'infermeria de la planta si se'n pot fer responsable; en cas que tampoc pugui, la dona es queda juntament amb el nadó a l'àrea de rehabilitació del quiròfan.

Circuit del nadó

Un cop neix, la llevadora porta el nadó al cubilet de reanimació neonatal, on el pediatre valora l'adaptació cardiopulmonar i fa les primeres cures. Una vegada està estable, la llevadora el retorna de nou amb la mare i el posa pell a pell, si ho desitja, o es queda amb l'acompanyant.

Resultats

Durant els primers 12 mesos de l'aplicació del protocol s'han realitzat 30 cesàries al nostre centre (el 27% del conjunt dels parts). D'aquestes, s'han acollit finalment al protocol d'humanització 22 casos, descartant-se 8 cesàries (26,6%) per considerar-se urgents o emergents i no poder-se aplicar el protocol amb prou garanties.

La mitjana d'edat de les mares ha estat de 33 anys (19-41) i procedien de 7 països d'origen diferents.

Des de gener de 2022 s'ha iniciat un estudi retrospectiu sobre la satisfacció en el procés del seguiment de l'embaràs i el part en el nostre centre, a través d'enquestes de satisfacció anònimes. La grandària de la mostra calculada és de 82 usuàries; actualment hi ha reclutades unes 50 usuàries. Una vegada completat el reclutament es podran realitzar subanàlisis per comparar la satisfacció i estudiar els punts de millora en els parts vaginals i en aquells que requereixen de cesària, així com comparar la satisfacció amb tot el procés entre les cesàries urgents i les no urgents on s'ha pogut aplicar el protocol de cesària humanitzada.

Conclusions

Es valora molt positivament els primers casos on s'ha pogut aplicar el protocol de cesària humanitzada, tant des del punt de vista de la seguretat del procés i l'escassetat d'efectes adversos greus com de la satisfacció de les usuàries i de les seves famílies. Creiem que aquest aspecte és especialment rellevant en un àmbit rural com el nostre, on els recursos tècnics i humans per atendre complicacions greus poden ser més escassos. Aquesta percepció és equiparable a la reportada a la literatura i a experiències prèvies d'altres centres i permet, d'una banda, confirmar la bona praxi del procediment i, d'altra banda, pot animar altres territoris, on actualment no existeix aquesta pràctica, a implementar-la.

Les barreres principals per a la implementació d'aquesta pràctica han estat les reticències d'algun professional que, per "cultura històrica", no veia clar alguna de les conductes a dur a terme; però, en general, tant des del punt de vista de les professionals com de les usuàries, s'ha percebut com una demanda que calia implementar.

Més enllà dels resultats de satisfacció específics, pendents de l'anàlisi definitiva, la creació d'un protocol per humanitzar la cesària ens ha permès conèixer-nos i comunicar-nos millor entre els diferents serveis i categories professionals implicats en el procés de l'atenció al part, així com ordenar circuits en benefici d'una millor satisfacció de les usuàries que venen a parir al nostre centre.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas; 1996. Consultable a: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>. Accés el 8 de juliol de 2022.
2. Comissió Tècnica de Salut Sexual i Reproductiva. El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Planificació en salut; 2019. Consultable a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4120>. Accés el 8 de juliol de 2022.
3. Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya. 3ª ed. Revisada. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya; 2018.
4. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization; 2014. Consultable a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>. Accés el 8 de juliol de 2022.
5. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Consultable a: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>. Accés el 8 de juliol de 2022.