



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2023-2024
Trabajo de Fin de Grado

HUMANIZACIÓN DEL PARTO POR
CESÁREA

Raquel Núñez Álvarez

Tutor/a: Mercedes Rosales González

RESUMEN

Introducción: La tasa de cesáreas ha experimentado un aumento notable en los últimos años. Este incremento ha impulsado a la obstetricia hacia un proceso de transformación, donde la humanización del parto y el cuidado integral tanto de la mujer como del recién nacido son pilares fundamentales. En este contexto, los profesionales de la salud han asumido un rol crucial, enfocándose en mejorar la atención psicológica, fortaleciendo su capacidad para escuchar y brindándoles el apoyo emocional y la asistencia sanitaria pertinente.

Objetivo: Analizar los beneficios que presenta el proceso de humanización de la cesárea en el binomio madre e hijo con respecto a la cesárea tradicional.

Material y métodos: Para la realización de esta revisión sistemática se realizó la búsqueda de artículos en las principales bases de datos: Medline, SciELO, Dialnet y Scopus. Se han restringido los artículos a aquellos publicados en los últimos 10 años. La estrategia de búsqueda se definió utilizando los siguientes descriptores: “cesárea”, “piel con piel”, “humanizada”, “cesarean”, “care”, “breastfeeding”, “humanized”. Todos los artículos se evaluaron según el nivel de evidencia del *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Resultados: Se incluyeron 9 artículos en los que se llevaron a cabo estudios clínicos que evaluaban los beneficios que proporciona la humanización de los cuidados durante el proceso del parto por cesárea. Los estudios analizados muestran la importancia de la realización de protocolos para la implementación de estas técnicas en los hospitales.

Conclusión: La implementación de intervenciones humanizadas durante el parto por cesárea demuestra ofrecer múltiples beneficios, consolidándose como una práctica recomendable y segura.

Palabras clave: “Humanización”, “Cuidados de enfermería”, “Parto por cesárea”, “Enfermería”, “Contacto piel con piel”, “Lactancia materna”.

ABSTRACT

Introduction: The rate of cesarean sections has experienced a notable increase in recent years. This increase has propelled obstetrics towards a transformation process, where the humanization of childbirth and comprehensive care of the woman and the newborn are fundamental pillars. In this context, health professionals have assumed a crucial role, focusing on improving psychological care, strengthening their ability to listen and providing them with emotional support and relevant health care.

Objective: Analyze the benefits of the humanization process of cesarean section in the mother and child binomial respect the traditional cesarean section.

Material and methods: To carry out this systematic review, a search for articles was carried out in the main databases: Medline, SciELO, Dialnet and Scopus. Articles have been restricted to those published in the last 10 years. The search strategy was defined using the following descriptors: “cesárea”, “piel con piel”, “humanizada”, “cesarean”, “care”, “breastfeeding”, “humanized”. All included articles were evaluated according to the level of evidence from the *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Results: 9 articles were included in which clinical studies were carried out that evaluated the benefits provided by the humanization of care during the cesarean delivery process. The studies analyzed show the importance of creating protocols for the implementation of these techniques in hospital.

Conclusion: The implementation of humanized interventions during cesarean delivery has been shown to offer multiple benefits, consolidating itself as a recommended and safe practice.

Keywords: “Humanization”, “Nursing care”, “Cesarean birth”, “Nursing”, “Skin-to-skin contact”, “Breastfeeding”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3. MATERIAL Y MÉTODO	6
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	6
3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	6
3.3 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN.....	8
3.4 HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA	9
4. RESULTADOS	9
4.1 EXTRACCIÓN DE DATOS.....	10
5. DISCUSIÓN	23
6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	25
7. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	26
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	26
9. CONCLUSIONES.....	27
10. BIBLIOGRAFÍA	28
11. ANEXOS	32
ANEXO I: NIVEL DE EVIDENCIA DEL JBI.....	32
ANEXO II: GRADOS DE RECOMENDACIÓN DEL JBI.....	34
ANEXO III: LISTA DE VERIFICACIÓN PRISMA 2020.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de cesárea según indicación médica.	1
Tabla 2. Esquema PICO.	6
Tabla 3. Estrategia de búsqueda.....	7
Tabla 4. Criterios de inclusión y de exclusión.....	8
Tabla 5. Características de los artículos seleccionados.....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tasa de cesáreas en cada hospital de España entre los partos realizados de 2010 a 2020.....	3
Figura 2. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados.....	10

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- CPP: Contacto piel con piel
- LM: Lactancia materna
- JBI: Joanna Briggs Institute, Instituto Joanna Briggs
- GR: Grado de recomendación
- NE: Nivel de evidencia
- RN: Recién nacido
- RS: Revisión sistemática
- UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- ECA: Ensayo clínico aleatorizado
- LME: Lactancia materna exclusiva

1. INTRODUCCIÓN

LA CESÁREA

La cesárea es la extracción fetal del vientre de su madre mediante una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerectomía). No es una intervención exenta de riesgos, siendo estos y sus secuelas superiores a los del parto por vía natural. Se realiza como recurso cuando el beneficio materno o fetal así lo aconseja (1).

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar los diferentes tipos de cesárea según la indicación médica oportuna.

Tabla 1. Tipos de cesárea según indicación médica. Fuente: Elaboración propia.

Cesárea electiva	Intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto vaginal.
Cesárea de recurso	Intervención que se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico- fetal, fracaso de la inducción, distocia de dilatación o de descenso, entre otras. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto (2).
Cesárea urgente	Se realiza como consecuencia de una patología materna o fetal asociada a una sospecha de compromiso de bienestar fetal. Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida (3).
Cesárea emergente	Indicada en situaciones donde exista riesgo vital para la madre o el feto como rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, DPPNI (desprendimiento prematuro de placenta normoinserta), inestabilidad hemodinámica materna o sospecha de riesgo de bienestar fetal (2).

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CESÁREA

La historia de la Obstetricia está ligada a la más antigua y a la vez una de las más modernas operaciones obstétricas, la cesárea (4). Etimológicamente, el término podría derivar del verbo latino “caedere” (cortar, efectuar una fisura) aunque se atribuye erróneamente a la forma en que nació Julio César (5).

Los primeros pasos en la obstetricia fueron dados durante la prehistoria, transmitiéndose de generación en generación. Ya hacia 1500 a.C aparecen en egipcios y judíos las primeras intervenciones obstétricas como versiones internas, embriotomías y cesáreas post mortem (6).

En la antigua Grecia así como posteriormente en Roma ya existía la realización de cesáreas tras la muerte de la madre, llegando a ser práctica obligatoria entre los romanos, con la “Ley Regia o Ley César” que obligaba a extraer el feto a toda mujer que muriese durante la gestación o durante el parto, antes de darle sepultura (7).

Posteriormente en el siglo IV a.C continuaron los avances en obstetricia. Surgió el uso de fórceps y espéculos, pero la técnica de cesárea seguía siendo postmortem debido a la demora en la extracción fetal (8).

Hasta llegado el siglo XIX d.C las tasas de éxito eran extremadamente bajas, la hemorragia y la infección uterina continuaban siendo las principales causas de muerte materna. Sin embargo, con la introducción de narcóticos y anestesia, se permitió la realización de largas operaciones con ausencia de dolor, logrando reducir las infecciones con la administración de antibióticos como tratamiento antiséptico. Así mismo, se comenzó a tratar la hemorragia a través de transfusiones sanguíneas, consiguiendo prevenir el shock hipovolémico (7).

En la actualidad, el progreso alcanzado con las diferentes técnicas como la monitorización fetal, la profilaxis de la broncoaspiración perioperatoria, el sondaje vesical o la profilaxis antibiótica que disminuye la incidencia de fiebre o infecciones, ha sido asociado a una menor mortalidad tanto materna como fetal (2).

PREVALENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y desde el año 1985, la tasa adecuada de cesáreas debe situarse en torno al 10% y en ningún caso llegar a superar el 15% (9). En España actualmente representa más de 1 de cada 5 (21%) de todos los partos.

En cinco comunidades autónomas la tasa de cesáreas de la última década ha estado por encima del 25%. Además de Extremadura, en este grupo también están la Comunitat Valenciana, Catalunya, Castilla y León y Andalucía. La mayoría están fuera del sistema público: 23 son hospitales privados y 10 se podrían considerar centros con grandes maternidades (10). Sin embargo, una docena de hospitales en toda España están por debajo de una tasa del 15% de cesáreas y ninguno realiza menos del 10%. Todos son centros públicos y la mitad están en Euskadi. Los otros seis están ubicados en Navarra, Canarias, Aragón, Madrid y Catalunya (10).

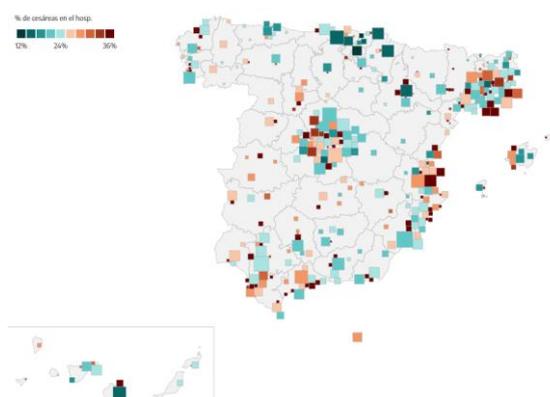


Figura 1. Tasa de cesáreas en cada hospital de España entre los partos realizados de 2010 a 2020 (10).

Tal como se analiza esta cantidad, la tendencia es que el porcentaje aumente aún más en los próximos 10 años. Se estima que en el 2030 un tercio de la población mundial nacerá por cesárea (11).

A nivel nacional, las causas que producen un aumento de estas cifras son:

- Edad materna: La prevalencia de cesáreas es el doble en mujeres de más de 40 años que en las de menos de 30 (12).

- Gestaciones múltiples: El aumento de la edad en la maternidad es causa directa de la creciente incidencia de los embarazos múltiples. Está asociado a más complicaciones perinatales tanto maternas como fetales (13).
- Técnicas de reproducción asistida: A más edad, menos calidad reproductiva y más complicaciones en la búsqueda de una gestación viable y sana (12).
- Cesárea electiva: Algunos factores que aumentan la preferencia de las mujeres por las cesáreas son las experiencias negativas durante el parto natural, miedo a los dolores del parto o el riesgo de que ocurran complicaciones (14).

CESÁREA HUMANIZADA

La asistencia sanitaria ha evolucionado en los últimos años, y la obstetricia se ha sumergido en un proceso de cambio donde la humanización y mejora de la comunicación con la madre y la familia son aspectos cruciales (15). El intento de humanizar la cesárea se ha unificado bajo el nombre de cesárea natural o humanizada, que se enfoca en situar a la mujer en el centro de atención, respetando sus derechos y teniendo en cuenta sus preferencias durante el proceso de dar a luz. Se consideran sus valores, objetivos y deseos para su experiencia de parto, los cuales deben estar reflejados en lo que se denomina un “plan de parto” (16).

Es fundamental reconocer que el nacimiento es un momento único que debe humanizarse para ser compartido por la madre, el acompañante y el recién nacido. Esto implica minimizar los efectos de la cirugía cuando la situación lo permita e intentar que el puerperio inmediato se asemeje lo más posible al de un parto vaginal (17). Esta técnica promueve el contacto piel con piel (CPP) de forma precoz y bajo vigilancia, logrando importantes beneficios para la madre y el recién nacido (15). Además, permite que la gestante esté acompañada por la persona de su elección, proporcionando el apoyo emocional necesario para vivir este momento (18).

Su importancia radica en mejorar no solo los aspectos técnicos, sino también la calidad percibida, la satisfacción y los aspectos psicológicos (19).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Según Virginia Henderson, “Cuidar es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades tal como ella haría por sí misma, si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.” Por ello, cuidar debe hacerse contemplando la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencias, valores y formas de vida. “El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien lo necesita” (20).

Con el presente trabajo de investigación y realizando una revisión sistemática, se pretende conocer y analizar la información publicada en relación con la importancia y la evolución de los cuidados durante el proceso de cesárea. El cuidado debe de ir de la mano de la humanización, orientando el trabajo en salud hacia el servicio del enfermo, tratando de ofrecerle una asistencia integral que satisfaga las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del individuo. La enfermera como parte del equipo multidisciplinar se enfrenta a grandes retos en el cuidado humanizado. En un mundo donde se está buscando desplazar la acción del ser humano, la calidez y el acompañamiento que ofrece este profesional a los pacientes y familiares, es esencial (19).

2. OBJETIVOS

Los objetivos de esta revisión sistemática son:

2.1 Objetivo principal

- Analizar los beneficios que presenta el proceso de humanización de la cesárea en el binomio madre e hijo con respecto a la cesárea tradicional.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar los efectos positivos de la realización piel con piel.
- Valorar la influencia del contacto piel con piel sobre la lactancia materna.
- Evaluar la vivencia positiva del acompañamiento en el proceso del parto por cesárea.
- Analizar si es un método adecuado para implementar en los hospitales.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño de investigación

Para desarrollar este trabajo, se ha realizado una revisión sistemática de revisiones, empleando la literatura científica disponible en varias bases de datos.

3.2 Estrategia de búsqueda

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Se estructuró la pregunta de investigación siguiendo el esquema PICO.

¿La cesárea humanizada aporta beneficios en el binomio madre e hijo respecto a la cesárea tradicional?

Tabla 2. Esquema PICO. Fuente: Elaboración propia

P	•Binomio madre e hijo
I	•Cesárea humanizada
C	•Cesárea tradicional
O	•Analizar los beneficios de la cesárea humanizada

Los datos fueron recogidos en un periodo que abarcó desde el 10 de noviembre de 2023 hasta el 20 de mayo de 2024. Se llevó a cabo una búsqueda científica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: Medline vía PudMed, SciELO, DialNet y Scopus.

Se emplearon Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) para limitar la búsqueda de artículos, combinados entre ellos con el operador boleano AND. Se utilizaron como DeCS las palabras clave “cesárea”, “piel con piel”, “humanizada”, en cambio como MeSH se utilizaron “cesarean”, “care”, “breastfeeding”, “humanized”.

Los filtros aplicados fueron el tipo de artículo (artículo de revisión y revisión sistemática), la fecha de publicación restringida a los 10 años y el idioma (Español, Inglés y Portugués).

La siguiente tabla detalla el proceso de búsqueda de artículos en cada una de las bases de datos:

Tabla 3. Estrategia de búsqueda. Fuente: Elaboración propia

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOLEANOS	FILTROS	NÚMERO DE ARTÍCULOS
DialNet	Piel con piel ADN cesárea	Artículos de revista	35
	Cesárea AND humanizada	Artículo de revista	11
	Lactancia AND cesárea	Artículo de revista	85
Medline	Cesarean AND care	Publication date: last 10 years. Free full text. Systematic Review. Language: spanish and english.	385
	Cesarean AND breastfeeding	Publication date: last 10 years. Free full text. Systematic Review.	53

		Language: spanish and english.	
SciELO	Piel con piel AND cesárea	Fecha de publicación: últimos 10 años, Artículo de revisión. Idioma: español y portugués.	20
Scopus	Cesarean AND humanized	Publication date: last 10 years. Article and review. Language: spanish and english.	69

3.3 Estrategia de selección

3.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión

Se realizó la búsqueda y selección de artículos, analizando cada uno según los siguientes criterios de inclusión y exclusión (Tabla 4)

Tabla 4. Criterios de inclusión y de exclusión. Fuente: elaboración propia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Idioma: español, inglés y portugués.	Otros idiomas
Año de publicación: últimos 10 años (2014-2024)	Año de publicación: más de 10 años (hasta 2014)
Artículos de revisión, revisiones sistemáticas.	Otro tipo de estudios.
Texto completo	No acceso al texto completo
Cuidados humanizados durante el parto por cesárea, el contacto piel con piel, los beneficios de la lactancia materna inmediata o el acompañamiento familiar durante el proceso.	Cuidados humanizados durante el parto por vía vaginal, así como riesgos obstétricos o patologías producidas durante el parto.

3.4 Herramientas para la evaluación de la evidencia

Tras la lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos obtenidos, se seleccionaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. Realizando una lectura crítica del texto completo para evaluar la calidad y el rigor científico de los documentos.

Se ha utilizado el sistema de clasificación de evidencia establecido por el JBI (Instituto de Joanna Briggs) (21) para analizar los artículos, el cual consta de 5 niveles, según el tipo de estudio.

La clasificación del grado de recomendación también sigue las pautas del JBI (22), con dos niveles: A o B. El nivel A indica una recomendación “fuerte”, mientras que el nivel B representa una recomendación “débil”. En el anexo I se presenta el método de análisis del nivel de evidencia, mientras que en el anexo II se detalla el grado de recomendación.

La revisión se ha realizado según artículos de calidad metodológica de PRISMA (23).

4. RESULTADOS

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos científicas, incluyendo Medline, Scielo, Dialnet y Scopus. Esta búsqueda se restringió utilizando filtros y palabras clave específicas, lo que arrojó un total inicial de 658 artículos. Durante un segundo filtrado, se eliminaron los duplicados y aquellos que no contaban con el texto completo tras una revisión de los títulos, reduciendo el total a 22 artículos. Posteriormente, se evaluaron los resúmenes de estos artículos, resultando en la selección de 17. Tras un análisis detallado del texto completo, se descartaron 8 artículos adicionales, quedando finalmente un total de 9 artículos para su inclusión en el estudio.

En la *figura 2* se presenta el diagrama de flujo de los artículos seleccionados.

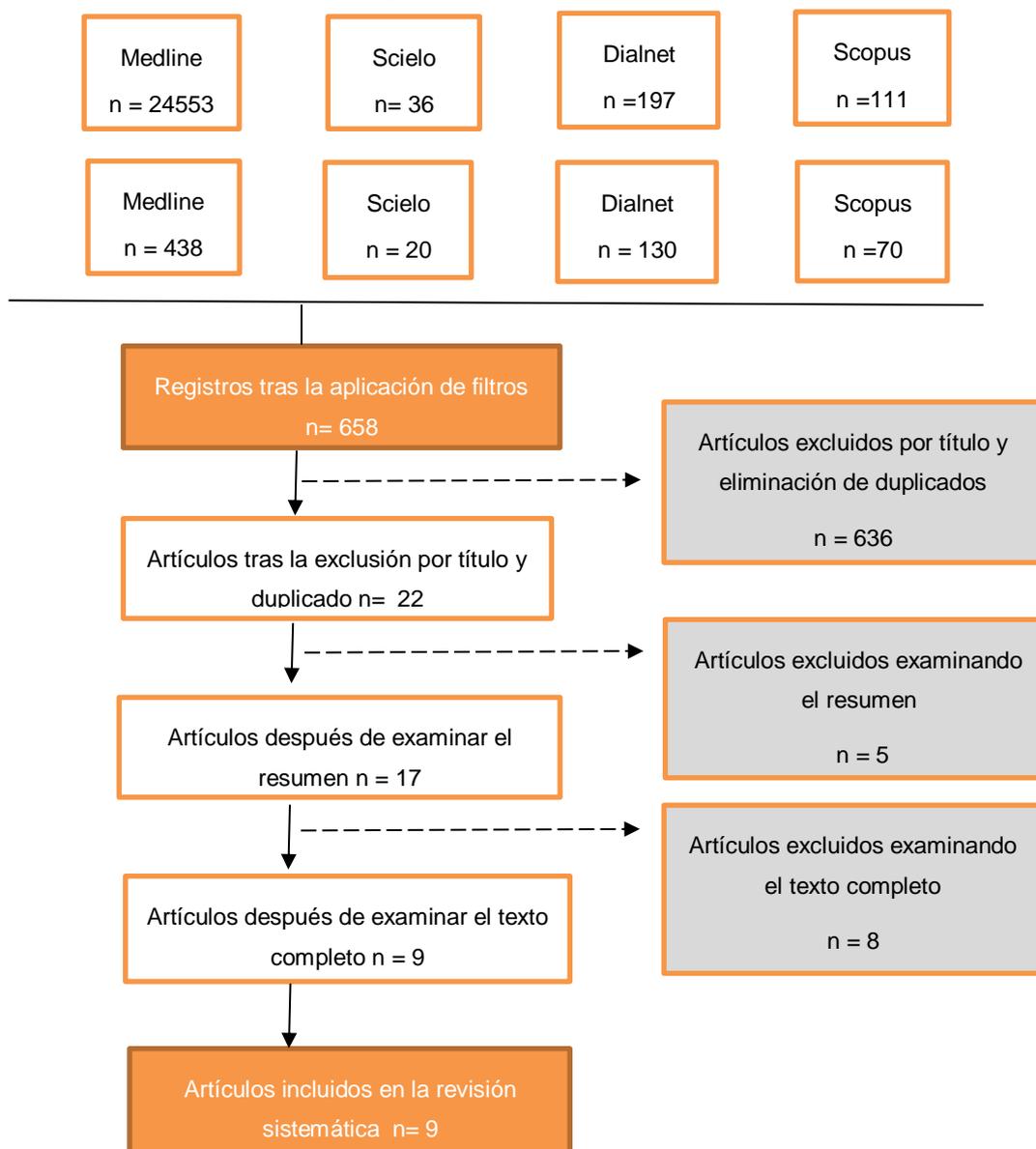


Figura 2: Diagrama de flujo de la selección de documentos. Fuente: Elaboración propia.

4.1 Extracción de datos

Tras llevar a cabo un análisis crítico utilizando herramientas de evaluación de la evidencia, se seleccionaron los artículos que se consideraron válidos según los criterios establecidos. Los resultados se presentan a continuación para abordar la pregunta de investigación planteada y se resumen en la tabla 5. El propósito es destacar las principales características de cada artículo: autores, año de

publicación, país donde se ha publicado, diseño utilizado, el tipo de artículos analizados, los principales resultados, la evaluación del grado de recomendación (GR) y nivel de evidencia (NE).

Todos los artículos seleccionados tratan el objetivo principal planteado; analizar los beneficios que presenta el proceso de humanización de la cesárea en el binomio madre e hijo con respecto a la cesárea tradicional. Así como los objetivos específicos.

4.1.1. Determinar los efectos positivos de la realización piel con piel.

Marta Costa Romero et al. (24), concluyen en esta revisión que el CPP es una práctica recomendada, beneficiosa y segura tanto para el RN (recién nacido) como para su madre. En consecuencia, proponen medidas concretas para su implementación durante la cesárea. Estas medidas incluyen explicar el procedimiento a la madre y al acompañante antes de entrar en el quirófano y obtener su consentimiento para llevarlo a cabo. Asimismo, se habilitará previamente un espacio junto a la cabecera de la mesa quirúrgica para el acompañante.

Durante la preparación para la intervención:

- Se monitorizará a la madre con un manguito de tensión y el pulsioxímetro. Los electrodos se colocarán en la espalda o en los hombros para evitar molestias al bebé e interferencias.
- Se utilizará un sistema de inmovilización de los brazos que permita soltar fácilmente al menos uno de ellos para que la madre pueda sujetar al neonato durante el CPP.

Durante la intervención el anestesiólogo vigilará y tratará precozmente los síntomas que puedan aparecer. Tras el nacimiento se colocará al bebé desnudo o con un pañal y gorro, cruzado entre los pechos de la madre cuidando que la vía aérea no quede ocluida. Se secará suavemente y se tapaná con paños calientes para evitar la pérdida de calor. Hay que proporcionarles intimidad pero siempre habrá un profesional pendiente de ambos. En cualquier caso, si la

situación deja de ser la idónea, se separará a la madre e hijo para una adecuada valoración y tratamiento por el equipo médico.

Por otro lado, María Eugenia Milagro Jiménez et al. (25), a través de una revisión sistemática (RS) de siete documentos de cuatro países sobre CPP inmediato o precoz tras una cesárea, han demostrado que puede ser realizado de manera segura en quirófano y resulta beneficioso tanto para la madre como para el niño. Se analizan las barreras que las enfermeras identificaron en la práctica de CPP tras un parto por cesárea en quirófano. Estas barreras comprenden inquietudes relacionadas con la seguridad, como el mantenimiento de un campo estéril y el cumplimiento de medidas de control de infecciones. Además, se encuentra la escasez de personal cualificado, siendo necesario que una enfermera capacitada atienda a la madre y otra al recién nacido dentro del quirófano. También se identifican obstáculos profesionales y desafíos logísticos y espaciales, dado que se requiere más personal y equipamiento en comparación con un parto vaginal. Se ofrecen soluciones a diversos problemas tales como la hipotermia; recomendando aumentar la temperatura ambiente del quirófano, secar y cubrir al RN con paños calientes, ponerle un gorro y acomodarlo lo antes posible. Sin embargo, se señala que no siempre se cuenta con el personal suficiente y adecuadamente formado, tanto en quirófano como en la sala de reanimación.

Janaiana Lemos Uchoa et al. (26) mediante la recolección de datos en un hospital del nordeste de Brasil, consiguieron obtener 187 historias clínicas de RN sanos en la sala de partos con un registro de buenas prácticas, incluyendo el desempeño del CPP y LM en la primera hora de vida. Mediante una RS se valora la relación entre la realización de esta técnica en el paritorio y los determinantes sociales que influyen en ella. Por un lado, se valora la influencia de la edad de la madre, el peso al nacer del RN, la edad gestacional y el Apgar. Por otro lado, se consideran la educación y el estado civil de la madre. Finalmente, se tiene en cuenta aspectos como la atención prenatal, el número de consultas, el tipo de parto, los antecedentes gestacionales, la paridad y los abortos. Se consideraron RN sanos aquellos que no necesitaban ir a una Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN). Tras analizar los resultados, se verifica que la edad materna de 35 a 46 años aumenta el riesgo de no realizar el CPP. Además, las madres

sin hijos o con dos o más hijos tenían más probabilidades de no realizar esta técnica. El estudio revela que el CPP precoz favorece la termorregulación del RN, la estabilización cardiorrespiratoria, los niveles glucémicos y la reducción de estrés causado por el nacimiento, promoviendo una mayor duración de la LM. En las madres aumenta la liberación de catecolaminas, mejorando la interacción y el vínculo madre-hijo.

En la revisión sistemática llevada a cabo por Elizabeth R Moore et al. (27), se realizaron varias búsquedas de ensayos controlados aleatorizados (ECA) sobre el contacto piel con piel inmediato y temprano. Se identificaron treinta y ocho estudios que involucraron a 3472 mujeres y proporcionaron datos para el análisis. La mayoría de los estudios compararon el CPP temprano con la atención hospitalaria estándar para mujeres con bebés sanos nacidos a término. Resultó que las mujeres que realizaron CPP fueron más propensas a amantar (6 estudios, 264 mujeres), la duración de su lactancia fue de promedio más de 60 días. Aumentó la lactancia exclusiva desde el alta hospitalaria hasta un mes después del parto y desde las seis semanas hasta los seis meses después del parto. Dentro de los resultados obtenidos en relación con el recién nacido, los lactantes con CPP presentaron mejor estabilidad del sistema cardiorrespiratorio, adquirieron niveles más altos de glucosa en sangre (tres estudios, 144 mujeres), pero temperatura similar a la de los lactantes en atención estándar (seis estudios, 558 mujeres). La evidencia de esta revisión apoya el uso del contacto cutáneo para promover la lactancia materna, indicando que debe ser una práctica normal para los recién nacidos sanos, incluidos los nacidos por cesárea y los bebés nacidos prematuramente a las 35 semanas o más. Por otro lado, los resultados del CPP para las madres sugieren una mejora en el vínculo/apego, una mayor sensación de dominio y automejora, lo que resulta en una mayor confianza.

4.1.2. Valorar la influencia del contacto piel con piel sobre la lactancia materna.

El estudio de Fatameh Zahra Karimi et al. (28), consiste en una RS y metaanálisis que examina los efectos del CPP entre la madre y el lactante sobre la lactancia materna exclusiva (LME). Este análisis se basa en la evaluación de 12 ensayos clínicos aleatorizados. En ellos, se demuestra que la lactancia materna exclusiva

aporta nutrientes específicos, tanto en calidad como en cantidad para el neonato, proporcionando todas las necesidades nutricionales necesarias para su desarrollo normal. El ambiente de vida del bebé antes, durante e inmediatamente después del nacimiento afecta en la LM de los neonatos y son fuertes factores predictivos de su duración.

Los etólogos creen que las primeras horas después del nacimiento son ideales para iniciar las conductas nutricionales del bebé, como la búsqueda y succión, y son momentos sensibles y críticos para la lactancia materna porque la mayoría de los bebés responden a estímulos táctiles, cálidos y olfativos del cuerpo de la madre. Por lo tanto, la separación de la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento podría conducir a la interrupción de tales comportamientos instintivos.

En la revisión bibliográfica llevada a cabo por Márcia Carneiro Saco et al. (29), se examinan los factores asociados entre el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, a través de una muestra de 959 registros de las parejas madre-hijo que asistieron a la unidad obstétrica del hospital en Sao Paulo, Brasil. Entre los beneficios de esta técnica se ha demostrado una mayor probabilidad de amamantar inmediatamente después del parto, mejorando el control de la glucemia neonatal, la temperatura corporal, la estabilización de la dinámica cardiovascular y la satisfacción materna. El análisis identificó que la puntuación Apgar entre 8 y 10 en el primer minuto de vida y el mayor peso al nacer del recién nacido fueron factores protectores para el CPP con lactancia materna en la primera hora, mientras que la menor edad materna, la realización de cesáreas y el uso de fórceps se mostraron como factores de riesgo para esta práctica. Se muestra que una mujer expuesta a cesárea tiene casi tres veces más de probabilidades de no realizar el CPP en la primera hora de vida en comparación con las mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal. Según Márcia Carneiro et al., el trabajo de un equipo capacitado es esencial para la implementación exitosa de la lactancia materna y la mejora de la satisfacción materna.

4.1.3. Evaluar la vivencia positiva del acompañamiento en el proceso de parto por cesárea.

Laura Alonso Arana et al. (30), mediante una revisión bibliográfica y con las encuestas realizadas, destacan que el acompañamiento de la gestante por la persona de su elección contribuye al bienestar físico y emocional de esta mujer. La presencia del acompañante proporciona el apoyo emocional que la mujer necesita para vivir este momento. Este acompañamiento brinda seguridad y comodidad, disminuyendo así la sensación de soledad, el estrés y la ansiedad relacionados con la incertidumbre y el ambiente desconocido. La mujer se siente más relajada, con mejor autocontrol y mayor disposición a seguir las indicaciones de los profesionales. Además, se observa un aumento en el índice de inicio de la lactancia materna (LM) y en su prolongación exclusiva a las 4-6 semanas del parto. Es fundamental reconocer el papel del acompañante y ofrecerles apoyo, integrándolos como una parte esencial del proceso.

4.1.4. Analizar si es un método adecuado para implementar en los hospitales.

Con el análisis de una revisión sistemática, María D. Cerdán Jiménez et al. (31), resumen los pasos que se siguieron para poner en marcha un procedimiento de humanización en el trabajo de parto, valorando la satisfacción de las mujeres y los acompañantes que fueron beneficiados.

Para valorar la puesta en marcha de este tipo de procedimientos durante el parto, en el Hospital General de L'Hospitalet ubicado en Barcelona (España) se puso en marcha un procedimiento de humanización de la atención a las cesáreas durante el mes de septiembre de 2013, 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 con piel en el quirófano. 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. Este procedimiento se dividió en dos fases.

Durante la *fase I*; llevada a cabo entre los meses de junio y julio de 2013, se propuso la posibilidad de la presencia de un acompañante en quirófano, en caso de mujeres con bajo riesgo. En su desarrollo se acordó que los acompañantes serían tratados como personal no estéril según el protocolo quirúrgico del

hospital, colocando un taburete para permanecer sentado al lado de la gestante en todo momento.

Para 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 acomodar bien al RN sobre su pecho. De esta manera, se permite que su brazo dominante quede libre de sueroterapia o de medicación para poder facilitarle el movimiento al sostener al recién nacido.
- Colocar una amplia tela, a modo de pantalla, de manera que, además de aislar el campo estéril, preserve la intimidad de la gestante y su acompañante.
- Retrasar la administración de vitamina K y colirio ocular al neonato.
- 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 o retrasar la técnica de pesaje del recién nacido, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.

Por otro lado, durante la *fase II*; llevada a cabo entre los meses de enero y febrero de 2014. Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción, las matronas realizaron una encuesta telefónica. Se tomaron como muestra las 25 primeras cesáreas en las que entró un acompañante. El cuestionario realizado muestra unos resultados donde la valoración de la iniciativa es altamente gratificante para ambos. Declaran su intención de repetirla, si se diera el caso, y de recomendarla a terceros.

Wang Xiao – Yan et al. (32), a través de un metaanálisis, llevaron a cabo una búsqueda para identificar ECA sobre la aplicación de la atención humanizada durante el periodo perioperatorio de la cesárea. En los 20 estudios incluidos participaron un total de 2408 pacientes, de los cuales 1203 recibieron intervenciones de enfermería humanizadas y 1205 recibieron intervenciones de enfermería convencional. Los resultados revelaron que la atención humanizada después de la cesárea podría prevenir las infecciones de la herida, reducir las complicaciones postoperatorias y ayudar a aliviar la ansiedad y la depresión maternas. Para valorar las complicaciones, se incluyeron en el estudio 2408

pacientes: 1203 en el grupo de atención humanizada y 1205 en el grupo de atención convencional. La incidencia de complicaciones maternas postoperatorias fue significativamente menor en el grupo de atención humanizada, con un 4,32%, en comparación con el grupo de atención convencional, que registró un 16,35%. Por otro lado, para valorar la ansiedad en las pacientes, se incluyeron 1598 pacientes en el estudio (798 y 800 pacientes en los grupos de atención humanizada y atención convencional, respectivamente) revelando que las pacientes que recibieron cuidados de enfermería humanizados tuvieron puntuaciones postoperatorias más bajas que las que recibieron cuidados de enfermería convencionales.

Tabla 5: Características de los artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia

AUTORES Y AÑO, PAIS	TÍTULO	DISEÑO	TIPO DE ARTÍCULOS ANALIZADOS/ MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS	NE	GR
1. Marta Costa Romero et al. (24) 2019. España	Contacto piel con piel tras un parto por cesárea.	Revisión bibliográfica	No presenta muestra concreta al tratarse de una revisión bibliográfica.	El contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido ofrece múltiples beneficios para ambos. Favorece el desarrollo de un vínculo afectivo madre-hijo y la adaptación fisiológica del recién nacido al medio extrauterino, beneficiando la lactancia materna. Se busca similar los cuidados de esta cirugía a los habituales tras un parto vaginal, de forma segura y humanizando el nacimiento.	5a	A
2. María Eugenia Milagro Jiménez et al. (25) 2021 España	Contacto piel con piel en recién nacidos por cesárea durante la estancia de la madre en la sala de operaciones.	Revisión bibliográfica	No presenta muestra concreta al tratarse de una revisión bibliográfica.	El contacto piel con piel es una práctica recomendada tanto en partos vaginales como en cesáreas por sus múltiples beneficios. A pesar de las recomendaciones, es habitual que tras las cesáreas se separe a la madre	5a	A

				del recién nacido, interrumpiendo el CPP, por la falta de seguridad y de personal cualificado.		
3. Janaiana Lemos Uchoa et al. (26) 2021 Brasil.	Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn.	Revisión sistemática	El periodo de recogida fue en junio de 2017. Las fuentes secundarias consultadas fueron las historias clínicas de los RN y los registros de los libros de ingreso de la unidad en mayo de 2017. Se incluyeron las historias clínicas que contenían las fichas de los RN en la sala de parto, con registro de buenas prácticas incluyendo el desempeño del CPP y la LM en la primera hora de vida. Finalmente, la muestra estaba constituida por 187 historias clínicas del RN.	El contacto piel con piel inmediato e interrumpido es una de las estrategias más efectivas para promover la lactancia materna. En general, las madres más jóvenes tienen mayor riesgo de interrupción de la lactancia, debido principalmente al bajo nivel educativo. Así mismo, el bajo peso al nacer o la presencia de inestabilidades clínicas contribuyen a la interrupción del CPP y la LME.	1a	A
4. Elizabeth R Moore et al. (27) 2016 Nashville, USA	Contacto temprano piel con piel para las madres y sus recién nacidos sanos.	Revisión sistemática	Se incluyeron 46 ensayos con 3850 mujeres y sus recién nacidos; 30 ensayos con 3472 mujeres y lactantes aportaron datos a los análisis. Los ensayos	Durante esta revisión se ha buscado examinar la evidencia de los efectos del CPP inmediato y temprano sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna.	1a	A

			se llevaron a cabo en 21 países. Ocho ensayos incluyeron a mujeres que tuvieron CPP después de una cesárea. Seis ensayos estudiaron neonatos prematuros tardíos (mayores de 35 semanas de gestación).			
5. Fatemeh Zahra Karimi et al. (28) 2019 Irán	The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding.	Revisión sistemática y metaanálisis	Artículos desde el año 2000 hasta abril de 2018 obtenidos en las bases de datos de SID, Magiran, IranDoc, Scopus, PudMed, Web of Science, Cochrane y Google Scholar. Se seleccionaron 12 ensayos que habían investigado los efectos del CPP madre-lactante sobre la lactancia materna exclusiva.	Las primeras horas después del nacimiento son ideales para iniciar conductas nutricionales en el recién nacido. La separación madre-hijo después de la cesárea produce varios efectos adversos sobre el desarrollo del neonato, perjudicando la lactancia materna exclusiva.	1b.	B
6. Márcia Carneiro Saco et al. (29) 2019	Skin-to-skin contact followed by breastfeeding in the first hour of life: associated	Revisión sistemática	La muestra incluía todos los registros médicos de las parejas madre-hijo que consultaron con enfermeras entre 2004 y 2010.	El periodo sensible del recién nacido coincide con el periodo sensible de la madre durante la primera hora después del nacimiento, desarrollando amplios beneficios a largo	1a	A

Brasil	factors and influences on exclusive breastfeeding.		Han detectado 1030 registros médicos, se excluyeron 71 y la muestra final fueron 959 registros.	plazo y en las diferentes etapas que comprenden la primera hora de vida. El personal sanitario debe crear una situación de enseñanza y apoyo en este proceso para poder mejorar este importante momento.		
7. Laura Alonso Arana et al. (30) 2022 España	Cesárea humanizada o respetada.	Revisión bibliográfica	No presenta muestra concreta al tratarse de una revisión bibliográfica.	La cesárea es una intervención realizada con una prevalencia mayor a lo recomendado por la OMS. La evidencia científica muestra los beneficios que proporciona la humanización de la atención en las cesáreas, incentivando la presencia de un acompañante, el inicio precoz de la lactancia y el CPP en quirófano. No existiendo pruebas de que produzca un aumento de los efectos adversos para el neonato y la mujer.	5a	A
8. María D. Cerdán Jiménez et al. (31) 2017 España	Proceso de humanización de la atención a las cesáreas. Instauración de un procedimiento para acompañamiento	Revisión sistemática	A través de 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	Se realiza un procedimiento para que las familias conozcan la posibilidad de la presencia de un acompañante, la realización piel con piel, y el inicio de la lactancia materna en el mismo quirófano. Mediante dos fases, se divulgan los pasos seguidos para	1a	A

	de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano.		General de L'Hospitalet. En este periodo se realizaron un total de 99 cesáreas. Para conseguir la muestra de 25, fue necesario llamar a las primeras 28, puesto que 3 casos fueron imposibles de localizar.	implementar este procedimiento y se evalúa la satisfacción de la primera muestra de mujeres y sus acompañantes, quienes lo encontraron altamente gratificante.		
9.Wang Xiao – Yan et al. (32) 2024 China	Effect of humanised care on the surgical site wound infection after caesarean.	Metaanálisis	Se realizó una búsqueda en Embase, Cochrane Library, Web of Science, China National Knowledge, Chinese Biomedical Literature Database y Wanfang, complementada con una búsqueda manual hasta septiembre de 2023, para identificar ensayos controlados aleatorios sobre la aplicación de la atención humanizada durante el periodo perioperatorio de la cesárea. Se incluyeron 20 ECA con 2408 pacientes.	La cesárea es un abordaje traumático para el feto y la implementación efectiva de la atención clínica juega un papel fundamental en la recuperación de la madre. La atención humanizada después de la cesárea puede prevenir las infecciones postoperatorias de la herida, reducir las complicaciones postoperatorias y ayudar a aliviar la ansiedad y la depresión maternas.	1b	B

5. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados, se evidencian los beneficios del enfoque humanizado de la cesárea en el binomio madre e hijo, en comparación con el método tradicional.

En España, varios hospitales han implementado un enfoque humanizado en la atención a las cesáreas, que incluye: el inicio temprano de la lactancia materna, el contacto piel con piel en el quirófano y la posibilidad de tener un acompañante durante las cirugías de bajo riesgo médico.

Con respecto al inicio temprano de la lactancia materna, durante el periodo del CPP, la mayoría de los RN responden a los estímulos táctiles, cálidos y olfativos del cuerpo de sus madres y se vuelven capaces de succionar, por lo que comienzan a ser amamantados (28). Siguiendo sus reflejos innatos, la mayoría de los niños son capaces de llegar al pecho y realizar la primera toma en los primeros 60 minutos de vida (25,28). La estimulación de la lactancia materna en la primera hora de vida y el CPP con la madre favorece el desarrollo de comportamientos nutricionales que dan como resultado que él bebe succione los pechos de la madre como consecuencia positiva para la continuidad de la maternidad y la prolongación de la LME. A través de la activación bioquímica de los circuitos de recompensa del cerebro de ambos, fortalece la estabilidad fisiológica y emocional, disminuye el dolor, aumenta la satisfacción de las madres y mejora significativamente la producción de leche (26, 28, 29). Además, de producir una disminución del riesgo de hemorragia postparto, de infecciones y de muerte neonatal.

El segundo aspecto, durante el contacto cutáneo, se coloca al RN desnudo o con un pequeño pañal en decúbito prono sobre el pecho también desnudo de la madre, manteniendo el contacto íntimo entre sus cuerpos, preferiblemente en un entorno de media luz y tranquilidad (25). La colocación del niño sobre el pecho materno permite el reconocimiento olfatorio y el primer contacto visual entre ambos (24). Este procedimiento, en el RN proporciona varios beneficios,

- El contacto cercano entre ambos facilitará una adaptación tanto fisiológica

como psicológica, promoviendo una transición adecuada que favorece la adaptación del bebé al entorno extrauterino, así como mejoras en la organización cerebral y el sistema motor (25).

- El CPP es un estimulante vagal potente que, mediante estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, desencadena la liberación de la hormona oxitócica materna. Esto promueve un aumento en la temperatura de la piel del pecho de la madre, brindando así calor al bebé (27).
- Aumenta ocho veces la probabilidad de que el recién nacido inicie de forma espontánea la lactancia materna y se mantenga de forma exclusiva (31).

En la madre,

- El contacto con su hijo y la succión del pecho provocan un aumento de la oxitócica y de las befa-endorfinas que favorece la expulsión de la placenta y contracción del útero reduciendo el riesgo de hemorragia posparto y una expulsión más rápida de la placenta (24, 27, 30).
- El CPP induce oxitocina, disminuyendo la ansiedad materna y aumentando la calma. En el periodo neonatal, estímulos como el contacto cutáneo y la succión juegan un papel en la conexión de los sistemas de oxitocina con las vías de dopamina, la neuroimagen muestra que la negligencia materna se caracteriza por la incapacidad de establecer tales conexiones (27).
- Se reduce el estrés, los posibles problemas emocionales relacionados con el parto y se inicia un sentimiento de protección y de capacidad para cuidar del hijo. Asegurando un vínculo amoroso esencial para la supervivencia (24). Por el contrario, la separación entre la madre y el RN genera una situación estresante, enlenteciendo la recuperación entre ambos, retrasando el reconocimiento de la madre y creando un vínculo débil entre madre e hijo.

Con referencia al último aspecto, posibilidad de tener un acompañante durante las cirugías de bajo riesgo médico, el respaldo constante de esta persona elegida es fundamental, ya que ayuda a aumentar la autoestima de la mujer, alivia el dolor y la tensión, brinda tranquilidad y seguridad a la futura madre, y a largo plazo, contribuye a reducir el riesgo de depresión posparto (30). Esta iniciativa

se percibe como sumamente gratificante tanto para las mujeres como para sus acompañantes (31).

En última instancia, la cesárea humanizada, en contraste con la cesárea convencional, enfatiza que el personal de enfermería debe considerar a la madre como el foco principal. Es fundamental satisfacer todas las necesidades de la madre en la medida de lo posible y brindar atención psicológica para ganarse su confianza (32).

6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Dentro de las limitaciones de esta revisión podemos mencionar la poca bibliografía encontrada, referente a los cuidados humanizados realizados durante el parto por cesárea. Se limitan fundamentalmente en intervenciones relacionadas con el parto vaginal, lo que restringió significativamente el número de artículos que cumplen con los criterios de inclusión definidos. Además, es importante señalar que la mayoría de los estudios cuentan con un tamaño de muestra pequeño, lo que resulta en una baja calidad científica de los artículos seleccionados.

Por otro lado, solo se han seleccionado artículos en español, inglés o portugués, excluyendo aquellos en otros idiomas. Asimismo, no se han podido acceder a algunos artículos debido a la falta de disponibilidad gratuita del texto completo.

En cuanto a las fortalezas, abordamos un tema innovador y relevante en la práctica clínica, lo que se refleja en la predominancia de artículos publicados en los últimos cinco años, proporcionando información actualizada. Observamos una amplia diversidad geográfica en los estudios seleccionados. Además, hemos elegido artículos que presentan resultados respaldados por criterios basados en evidencia científica, minimizando así la subjetividad y las opiniones personales de los autores.

7. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

En situaciones de vulnerabilidad, sentirse respaldado y cuidado en todos los aspectos es fundamental, y la enfermería desempeña un papel esencial en este proceso. Por esta razón, es crucial fomentar la participación tanto del personal sanitario como de las mujeres y sus acompañantes. Esto implica conocer sus necesidades reales para establecer un entorno propicio y desarrollar modelos y procesos que mejoren la calidad de la atención, enriqueciendo así la experiencia de la mujer y facilitando su recuperación. Al mismo tiempo, esta colaboración estrecha entre profesionales de la salud y pacientes contribuye a aumentar la satisfacción laboral y fortalece las relaciones entre ambos.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como consecuencia de los resultados y conclusiones encontrados en este estudio, es necesario el desarrollo de protocolos respaldados por investigaciones científicas que estandaricen intervenciones para lograr una humanización completa en la atención sanitaria. Estos protocolos facilitarían la creación de programas informativos más personalizados para las parejas y fomentarían un enfoque más saludable y eficiente por parte de los profesionales de la salud, promoviendo así la creación de entornos terapéuticos.

Además, la elaboración de guías de práctica clínica enfermera que aborden de manera integral el proceso de parto por cesárea, sería crucial para concienciar a los profesionales y garantizar la prestación de cuidados de alta calidad. Tanto las investigaciones existentes como las futuras proporcionan la base necesaria para implementar intervenciones o cambios que impulsen con éxito el proceso de humanización.

9. CONCLUSIONES

La revisión exhaustiva de la literatura científica subraya la importancia de los cuidados humanizados en enfermería, los cuales se centran en abordar integralmente a los pacientes. Esto implica escuchar sus preocupaciones, mejorar la comunicación enfermera-paciente y establecer un vínculo de confianza para satisfacer sus necesidades.

1º En el caso de las cesáreas, el CPP emerge como una práctica recomendada, segura y beneficiosa tanto para el RN como para la madre. Facilita la adaptación extrauterina y fortalece el vínculo afectivo entre ambos, además de estar estrechamente relacionado con el inicio de la lactancia materna exclusiva, creando un entorno óptimo.

2º Comenzar la lactancia materna tras la cesárea contribuye significativamente a la regulación de la temperatura del RN, la reducción del estrés materno y la estimulación de la producción de leche. Estas acciones fomentan la promoción de la lactancia materna exclusiva.

3º El acompañamiento durante la cesárea reduce el miedo, temor y ansiedad que la mujer puede experimentar durante el parto. Es fundamental que cuenten con el apoyo de una persona de confianza que las acompañe en esta experiencia, promoviendo así un parto más positivo y menos traumático.

4º Para una implementación exitosa del CPP, es esencial contar con protocolos consensuados, integrándolos como parte de los cuidados estándar. La participación activa y la capacitación adecuada del personal sanitario son fundamentales para garantizar una atención de calidad centrada en las necesidades individuales de cada paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Conde JM. Cesárea [Internet]. Ginecólogo Carmona. 2024 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ginecologocarmona.es/nosotros/>
2. Protocolo: Cesárea [Internet]. Medicina Fetal Barcelona. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/cesarea.pdf>
3. Cesárea [Internet]. ProSEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2015 [citado 9 mayo de 2024]. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681394315.pdf>
4. Arenciba Jorge R. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Rev Esp Salud Pública. 2002; 4(2): 170-185. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200006&lng=en
5. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021; 67(1). doi: 10.31403/rpgo.v67i2302
6. Nápoles MR, Molina Peñate LL, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández DC. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 44(2). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/173#:~:text=Resumen%20La%20historia%20de%20la%20Obstetricia%20ha%20estado.es%20practicada%20por%20el%20hombre%20desde%20la%20prehistoria>
7. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Elsevier. 2014; 25(6) 866-873. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70632-7
8. Zayas Fundora E, Tome Díaz PA. Albores y evolución de la Obstetricia. 2021; 60 (280): e918. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/918
9. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
10. El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos con bisturí. [Internet]. El Diario. 2022 [citado 9 mayo de 2024]. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html
11. Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo. [Internet]. Infosalus. 2021 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-informe-oms-muestra-incremento-cesareas-todo-mundo-20210616172803.html>
12. Martínez Rial A, Fernández Varela JM (dir). Tasa de recurrencia de la cesárea en España y recomendaciones de la OMS [trabajo final de grado en Internet]. [Santiago de Compostela]:

- Universidad de Santiago de Compostela, 2022 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/29643/2022_tfg_enfermaria_martinez_tasa.pdf?sequence=1
13. Santillán Palencia I, Benassi Strada L, Blasco Gastón L, Rincón Ricote I, Curiel Rodado R, González González A. Pronóstico perinatal y materno de la gestación múltiple en función del protocolo intraparto. *Elsavier*. 2008; 51(7): 385-392. doi: 10.1016/S0304-5013(08)71104-X
 14. Vanegas López JJ, Pávez Lizárraga A, Muñoz Ojeda P. Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. *Acta bioeth*. 2021; 27(1): 119-126. doi: 10.4067/S1726-569X2021000100119
 15. Tessier España E, Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, Hernández García JM, Villido Cotelo R, De la Hera Lázaro C, Oliver Pérez M. Cesárea humanizada. *Elsevier*. 2013; 56(2):73-78. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-cesarea-humanizada-S0304501312001161>
 16. Cobeta García C, Pérez Talavera C, Guzmán Almagro MI (dir). Humanización del proceso de cesárea [trabajo fin de grado en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid, 2020 [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691643/cobeta_garcia_carolina.pdf?sequence=1
 17. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. [Internet] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2017 [citado el 9 de mayo de 2024] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
 18. Pérez Jiménez J.M, Luque Oliveros M (dir), Rodríguez Blanco C (dir). Cesárea humanizada. Estudio fenomenológico y experimental del contacto piel con piel [tesis doctoral inédita]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2022. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/143000>
 19. Caicedo-Lucas LI, Mendoza-Macías CE, Moreira-Pilligua JI, Ramos-Arce GC. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida*; 2023; 7(14): 17-29. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200017&lng=es
 20. García Gavilán EA, Gavilán López MA, Gavilán López A. Humanización en los cuidados de Enfermería. *Revista Electrónica de PortalesMédicos.com*; 2017 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/humanizacion-cuidados-enfermeria/#google_vignette
 21. Niveles-de-evidencia-JBI.pdf [Internet]. Disponible en: <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>

22. Grados-de-recomendacion-JBI.pdf [Internet]. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Grados-de-recomendacion-JBI.pdf>
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de septiembre de 2021; 74(9): 790-9. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893221002748>
24. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93: e201902006. Disponible en: <https://scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201902006/>
25. Milagro Jiménez ME, Peñalva Boronat E, Navarro Torres M, Lorenzo Ramírez M, Cases Jordán C, Morte Cabistany CM. Contacto piel con piel en recién nacidos por cesárea durante la estancia de la madre en la sala de operaciones. Barreras y factores facilitadores. Revista Sanitaria de Investigación. 2021; 2(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055566>
26. Uchoa JL, Barbosa LP, Mendonça LBA, Lima FET, Almeida PC, Rocha SS. Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn. Rev Bras Enferm. 2021; 74(4):e20200138. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0138
27. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; 11: CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
28. Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2020; 21(1):46-56. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138
29. Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV. Skin-to-skin contact followed by breastfeeding in the first hour of life: associated factors and influences on exclusive breastfeeding. Texto Contexto Enferm. 2019; 28:e20180260. doi: [10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260)
30. Alonso Arana L, Cebrián Rodríguez P, Blanco Rollán, Almudí Alonso T, Gonzalo Velilla L, Berdún Pueyo J. Cesárea humanizada o respetada. Revista Sanitaria de Investigación. 2022; 3(1). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cesarea-humanizada-o-respetada/>
31. Cerdán-Jimenez M, Carballo-Aliseda MD, Gomez-Fernandez MA, Heredia-Prim F, Salgado-Poveda I, Cayuela-Font E. 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 quirófano. Musas. 2017; 2(1):3. doi: 10.1344/musas2017.vol2.num1.3

32. Wang X-Y, Wang X-Q, Tian Z-H, Li W, He N, Zhang G-Q. Effect of humanised care on the surgical site wound infection after caesarean: A meta-analysis. *Int Wound J.* 2024; 21(4):e14547. doi: 10.1111/iwj.14547

11. ANEXOS

Anexo I: Nivel de evidencia del JBI (21).

NIVEL DE EVIDENCIA DEL JBI	
Nivel 1. Diseños Experimentales	Nivel 1.a: Revisión sistemática o ECA
	Nivel 1.b: Revisión sistemática de ECA y otros diseños de estudio
	Nivel 1.c: ECA
	Nivel 1.d: Pseudo-ECA
Nivel 2 – Diseños Cuasiexperimentales	Nivel 2.a: Revisión sistemática de estudios Cuasiexperimentales
	Nivel 2.b: Revisión sistemática de estudios cuasi experimentales y otros diseños menores
	Nivel 2.c: Estudio prospectivo de estudios Cuasiexperimentales
	Nivel 2.d: Pre-test/Post-test o grupo de control histórico/retrospectivo
Nivel 3 – Diseños Observacionales Analíticos	Nivel 3.a: Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables
	Nivel 3.b: Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables y otros diseños menores
	Nivel 3.c: Estudios de cohortes con grupo control
	Nivel 3.d: Estudios de control de casos

	Nivel 3.e: Estudio observacional sin grupo de control.
Nivel 4-Estudios Observacionales - Descriptivos	Nivel 4.a: Revisión sistemática de estudios descriptivos
	Nivel 4.b: Estudio transversal.
	Nivel 4.c: Estudio de series de casos
	Nivel 4.d: Estudio de casos
Nivel 5: Opinión de experto e investigación	Nivel 5.a: Revisión sistemática de opinión experta
	Nivel 5.b: Consenso de expertos
	Nivel 5.c: Investigación de un solo experto

Anexo II: Grados de recomendación del JBI (22).

GRADOS DE RECOMENDACIÓN DEL JBI	
GRADO A	GRADO B
<p>Recomendación “fuerte”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los efectos deseables superan claramente los indeseables. • Existe evidencia de calidad adecuada. • Hay un beneficio o no hay impacto en el uso de los recursos. • Los valores, preferencias y experiencias del paciente se han tenido en cuenta. 	<p>Recomendación “leve”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los efectos deseables parecen superar a los indeseables, pero no está claro. • La evidencia existente no es de calidad adecuada. • Hay un beneficio, ningún impacto o un impacto mínimo en el uso de los recursos. • Los valores, preferencias y experiencias del paciente pueden haberse tenido en cuenta o no.

Anexo III: Lista de verificación PRISMA 2020 (23).

Selección/tema	Ítem n°.	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem.
TÍTULO			
Título	1	Identificar la publicación como una revisión sistemática.	Portada
RESUMEN			
Resumen estructurado	2		
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en contexto del conocimiento existente.	5
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	6
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y como se agruparon los estudios para la síntesis.	8
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	7, 8
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	6, 7
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión	8

		cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Proceso de extracción de datos.	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuantos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	11 - 17
RESULTADOS			
Selección de los estudios	10a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	10
	10b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique porque fueron excluidos.	9
Características de los estudios	11	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	18 - 22
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	12	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	No precisa
Resultados de los estudios individuales	13	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	18 - 22

Resultados de la síntesis	14a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre estudios contribuyentes.	18- 22
	14b	Presente los resultados de todas las síntesis realizadas.	18 - 22
	14c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	18 - 22
	14d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	No procede
Sesgos en la publicación	15	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	No precisa
Certeza de la evidencia	16	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	9
DISCUSIÓN			
Discusión	17a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	23 - 25
	17b	ArgUMENTE las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	25
	17c	ArgUMENTE las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	25
	17d	ArgUMENTE las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	26