

Contacto piel con piel en el posparto inmediato

Skin-to-skin contact in the immediate postpartum

Ninelmar González

RESUMEN

El contacto piel con piel (CPP) se adoptó en el mundo anglosajón que es el equivalente al método canguro de los países en vía de desarrollo, donde se busca crear un vínculo único, estrecho, permanente entre los padres y sus hijos; que conlleva a una transición del ambiente intrauterino al extrauterino; el pecho de su madre si es obtenido por parto normal o de su padre si existe algún impedimento para llevarlo a cabo. El contacto piel con piel es una actividad sencilla, fácil de ejecutar e implica muchos beneficios para el recién nacido y la madre; que se caracteriza por la colocación del recién nacido desnudo en posición de decúbito prono, con la cabeza ligeramente extendida en el pecho de su madre tras el nacimiento, por un período extenso y continuo. Para que ese contacto sea precoz se debe adoptar inmediatamente después del expulsivo, con lo cual mantendremos la temperatura corporal, favorecemos la lactancia materna, el neurodesarrollo y el aspecto emocional del niño, se disminuye el riesgo de infecciones y de estancia hospitalaria.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.9>

ORCID: 0000-0001-9580-5837

Pediatra Neonatóloga. Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”.

E-mail: ninelmar@hotmail.com

Recibido: 16 de agosto 2021

Aceptado: 6 de septiembre 2021

El contacto piel con piel debe realizarse en los primeros minutos a las dos horas posnacimiento ya que se mantiene alerta tranquila o llamado Período sensitivo ocasionada por la liberación de noradrenalina que permite el reconocimiento y adaptación posnatal (1).

Palabras clave: *Contacto piel a piel, padres, método canguro, relación padre e hijos recién nacidos, cuidados de enfermería.*

SUMMARY

Skin-to-skin contact (CPP) was adopted in the Anglo-Saxon world, which is the equivalent of the kangaroo method in developing countries, where it seeks to create a unique, close, permanent bond between parents and their children; leading to a transition from the intrauterine to the extrauterine environment; the breast of his mother if it is obtained by normal childbirth or of his father if there is some impediment to carry it out. Skin-to-skin contact is a simple activity, easy to carry out, and has many benefits for the newborn and the mother; characterized by the placement of the naked newborn in the prone position, with the head slightly extended on the mother's breast after birth, for an extended and continuous period. For this contact to be early, it must be adopted immediately after the expulsion, with which we will maintain body temperature, promote breastfeeding, neurodevelopment, and emotional development of the child, reduce the risk of infections and hospital stay. Skin-to-skin contact should be made in the first minutes to two hours after birth since it remains calm alert or called the sensitive period caused by the release of

norepinephrine that allows recognition and postnatal adaptation (1).

Keywords: *Skin-to-skin contact, parents, kangaroo method, father and newborn children relationship, nursing care.*

El contacto piel con piel es aquella experiencia que tiene lugar entre el recién nacido y su madre, padre o persona vinculada a él, que inicia en la primera media hora posterior al nacimiento a través de la colocación directa en decúbito prono (2).

El contacto piel con piel precoz es aquel realizado a través del contacto directo desnudo en prono sobre el abdomen o tórax (pecho) materno inmediatamente al nacer (3-5).

El contacto piel con piel permite establecer un vínculo entre neonato y sus padres que es idóneo en los primeros minutos, horas y días de la vida, que los lleva a vivir una experiencia única, irrepetible y profunda como es el contacto físico, directo de los padres con su hijo. Donde pasa del ambiente intrauterino al extrauterino de forma abrupta y estresante, debemos procurar mantenerlos calientes, secos y tranquilos ya que se liberan sustancias como las catecolaminas que ayudan al reconocimiento temprano del olor materno que es fundamental para establecer el ambiente postnatal adecuado y cumplir así el contacto piel con piel y la lactancia materna (6).

Este contacto estrecho proporciona calor, protección, estimulación sensorial y nutrición. El niño posee la capacidad innata de buscar el seno materno e iniciar a lactar y ello sucede en el 91 % de los casos, esta conducta puede desaparecer si separamos el binomio madre – hijo (6,7).

Ante todo, debemos informar a la madre de los beneficios y en qué consiste el contacto piel con piel. Durante los partos vaginales debemos colocar al recién nacido en posición prona en el abdomen materno secarlo y asegurar contacto directo piel con piel y, posteriormente, cambiar la toalla para mantenerlo seco y cubierta la espalda para mantener su temperatura, así como el pinzamiento y corte del cordón umbilical y dejar que él mismo busque el seno para iniciar el apego precoz. Al mismo tiempo evaluar el estado físico del recién nacido y de la madre

que permita continuar con el contacto piel con piel. En las cesáreas programadas debe existir colaboración de la obstetra y anesthesiólogo para hacer el contacto piel con piel, aunque puede ser más complicado y de no poder llevarse a cabo se utilizará al padre trasladando al niño lo antes posible para iniciar el apego precoz, debido a muchos estudios donde se está involucrando al progenitor. La experiencia del contacto piel con piel, convierte al padre también en coprotagonista que les permite seguridad en el rol de padre, apego y vínculo afectivo positivo debido a la interacción temprana que se manifiesta en la unidad familiar (6-8).

El contacto piel con piel ha demostrado en los a términos sanos, mantener una lactancia con mayor frecuencia y duración, en el 63 % de los casos el apego se realiza en la posición correcta, mantienen la temperatura corporal ya que la madre actúa como fuente de calor, se recuperan más rápido del estrés del nacimiento, ejerciendo un efecto en las madres de satisfacción con la mayor liberación de oxitocina que actúa a nivel cerebral y mejora o elimina la depresión, disminuye a nivel uterino la hemorragia, el dolor por la ingurgitación mamaria y la ansiedad en la madre (6-9).

En los recién nacidos prematuros o bajo peso; el contacto piel con piel es importante para la maduración sensorial, emocional, la alimentación del niño, la termorregulación, inmunitario al establecer contacto con su madre se coloniza con sus bacterias que le ayuda a generar defensas y estar más protegido, disminuye los episodios de apnea, las infecciones, mayor ganancia de peso, estabilización ritmo cardíaco y respiratorio y aún más importante la confianza de la madre y el padre en la atención de su hijo/a traduciéndose en menor estancia hospitalaria. Esto se encuentra reflejado en el estudio realizado por Gomez Papí (10). Cuando la madre no puede participar del contacto directo, el padre puede brindar ese calor y optar por método canguero.

El encuentro realizado en octubre 2013 en Estambul (Turquía) a propósito de la salud del recién nacido, trata de la necesidad de implementar el método madre canguero (Kangaroo-Mother Care- KMC) con el objetivo de incrementar las oportunidades de supervivencia y salud en los recién nacidos más vulnerables a nivel mundial

6, dentro del marco de los objetivos del desarrollo del milenio de las naciones unidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece, conforme a lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos del Niño, como derecho fundamental que los recién nacidos reciben cuidados maternos/paternos de calidad (4). Estipulado en el Art 24 de dicha declaración que dice que deben recibir una asistencia sanitaria de máxima calidad, según la situación de salud.

Moore y Anderson (14) nos hablan que la separación rutinaria, casi de inmediato tras el parto hospitalario, a la que estábamos acostumbrados es un fenómeno cultural exclusivamente occidental que se asocia a efectos perjudiciales para la lactancia. El contacto temprano piel a piel comienza idealmente al nacer y consiste en colocar al recién nacido desnudo, cubierto con una manta templada, sobre el pecho desnudo de la madre, tanto así que los mamíferos los realizan en su lugar de parto y conlleva, posteriormente, a neuro comportamientos que aseguran el cumplimiento de las necesidades biológicas básicas. Este tiempo representa un período sensible a nivel psicofisiológico para programar comportamientos futuros.

Beneficios del contacto piel con piel

Aumenta la tasa de éxito de la lactancia materna si inicia precozmente, es decir en las 2 horas de vida ya que el recién nacido se encuentra en alerta tranquila provocada por la noradrenalina que a nivel del encéfalo del recién nacido produce la estimulación de los sentidos y permite el aprendizaje olfatorio que lleva a reconocer el olor materno, muy importante para el vínculo afectivo, adaptación postnatal y el inicio de la lactancia. La oxitocina liberada aumenta la sensibilidad de la piel areola y del pecho, ayuda a la eyección del calostro, disminuye el estrés en la madre, este período no es indefinido y su retraso no causa la misma efectividad (3,4,11,13).

La posición es desnuda dentro de los pechos de la madre donde permanece inmóvil un momento y posteriormente reptando con movimientos de flexión extensión llega a el pezón, para iniciar el reflejo de búsqueda, huele la piel, acerca su cara al pecho se dirige a la areola intenta varias veces

y luego inicia succión (2,3,14,15).

Cuando no se continúa por alguna causa el CPP, la separación del binomio madre-hijo/a el cerebro libera cortisol por el estrés y somatostatina que a nivel intestinal reduce la absorción de los alimentos y puede llevar a falta de crecimiento que afecta la salud y amerita intervención médica (2,13,16).

El contacto piel con piel presenta todas estas ventajas y como desventajas no hay demostradas solo existen pocos estudios relacionados con muerte súbita del lactante, asociado a (14):

1. Inicio temprano y mayor apego de lactancia materna.
2. Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del bebé.
3. Disminuye los episodios de llanto del recién nacido.
4. Control y mantenimiento de la termorregulación.
5. Conservación de la energía y ganancia ponderal.
6. Disminución del estrés, sueño más profundo y confiable.
7. Facilita el desarrollo de comportamiento de protección y sentimiento de capacidad de la madre para cuidar a su hijo (Vínculo Madre-Hijo).
8. Disminución del dolor ante procedimientos invasivos.
9. Aumento de la producción de leche y del período de amamantamiento.
10. Disminuir los episodios de apnea.

El CPP produce una mejora de la maduración autonómica y neuroconductual y la adaptación gastrointestinal, patrones de sueño más tranquilos, menos llanto y un mejor crecimiento.

Beneficios del contacto piel con piel y lactancia materna

Durante el nacimiento se liberan catecolaminas que conlleva a que el niño busque el seno materno

para iniciar la lactancia casi inmediatamente al ser colocado en el pecho de esta, ello debido a que se mantienen con más vitalidad, menos llanto y el patrón vigilia-sueño se ve en las primeras horas adquirido por presentar somnolencia posterior a la lactancia materna.

El CPP establece una lactancia más duradera y prolongada en el tiempo, en el 63 % de los casos el apego se realiza en la posición correcta, mantienen la temperatura corporal ya que la madre actúa como fuente de calor, se recuperan más rápido del estrés del nacimiento, ejerciendo un efecto en las madres de satisfacción con la mayor liberación de oxitocina que actúa a nivel cerebral y mejora o elimina la depresión.

La lactancia materna debe considerarse la alimentación adecuada en prematuros y de bajo peso ya que la singularidad biológica se adapta a la edad gestacional y las necesidades. Aunque cuando son muy pequeños hay que iniciar con otros métodos, pero siempre apoyar para la extracción de leche materna que la forma manual es la más sencilla, aunque existen otros métodos y aparatos. El aumento de las tasas de lactancia materna tiene en última instancia beneficios para la salud a corto y largo plazo, como la disminución del riesgo de infecciones, obesidad, cáncer y síndrome de muerte súbita del lactante (17).

Actitud de los profesionales de la salud ante CPP

El personal sanitario como educador es el más apto para garantizar el éxito o fracaso de establecer, apoyar, promocionar e instruir al personal involucrado en la atención del binomio madre e hijo; así como a todas las personas involucradas con el cuidado del recién nacido que permite hacer el nacimiento humanizado al involucrar y educar a la familia de los beneficios y procedimientos involucrados en los cuidados básicos (12-18). Sobre todo, el personal de enfermería que permanece en mayor contacto en el puerperio inmediato para garantizar la técnica adecuada no solo en el posicionamiento de lactancia (técnica de apego, producción, succión efectiva); sino método canguro en especial a los recién nacidos bajo peso - prematuros. Ya que es uno de los momentos más importantes del ser humano; como el nacimiento, la implementación del minuto dorado y la formación y puesta en

práctica de los cuidados básicos, demostrando a la población adolescente todo lo antes expuesto pues la mayoría de las veces los embarazos no son planificados ni controlados por lo cual no tienen conocimiento de las prácticas de cuidados del recién nacido (18,19). En conclusión, debemos aportar una información y educación continua y adecuada para promocionar y proteger el apego y lactancia materna, adaptándonos al paso del tiempo y los recursos disponibles (20).

Actitud personal de salud ante contacto piel con piel y los padres

La actitud del personal sanitario ante el contacto piel con piel entre los padres y el neonato es considerado una experiencia positiva, que es inolvidable e indescriptible ver la seguridad que van adquiriendo con la manipulación y el contacto a diario, que disminuye el nerviosismo, miedo, ansiedad y así adquieren las destrezas para resolver situaciones inesperadas y de alarma; siendo efectivos para convertirse en apoyo físico y emocional para el niño y la madre, todo ello culmina con la unidad familiar estrecha y prolongada.

Estas prácticas han llevado al personal sanitario a entrenarse para la evaluación del recién nacido en el pecho materno y no en mesas de calor radiante o incubadoras, creando protocolos para la asistencia; donde están involucrados todos los profesionales encargados del binomio madre-hijo/a (18-20).

Existen varios estudios como en Colombia, España, Brasil, Suecia, Dinamarca, donde en las cesáreas programadas-electivas o unidad terapia intensiva sobre todo en pretérminos pero también en a término; se utiliza el pecho paterno para realizar el contacto piel con piel consiguiendo beneficios muy similares en cuanto tranquilidad, menos llanto, seguridad al momento de la atención, los sentimientos de los padres van cambiando en cuanto a la salud de su hijo y la madre y el grado de compromiso y responsabilidad hacia el lactante se incrementa; con lo cual se sienten satisfechos y orgullosos de poder ser parte del cuidador principal. Así como al iniciar contacto visual, expresión verbal los padres notan que sus hijos interactúan a través de movimientos y gritos con lo cual afianzan el

vínculo y se sienten seguros poco a poco para el cuidado de sus hijo/as (21,22).

Nacimiento por cesárea y contacto piel con piel

Las cesáreas tienen efectos negativos en el CPP, ya que interrumpe la transición normal del recién nacido que afecta el vínculo madre-hijo/a, con menor eliminación de líquido pulmonar en las programadas y de hormonas con mayor índice de depresión posparto. La recuperación es más lenta, dolorosa y pueden existir complicaciones que repercuten en el inicio de la lactancia materna aunada a una menor producción de prolactina y oxitocina. Con tasa de apego y mantenimiento menor en el tiempo. Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes, si bien la repercusión es de mayor magnitud en caso de las primeras ya que se han incrementado llegando por encima del 10 %-15 % a lo sugerido en la Organización Mundial de la salud para 2009; sin incluir los costos sanitarios (personal, quirófano, reanimación, etc), además de los gastos colaterales por morbilidad materno-fetal (22).

El quirófano es un lugar frío y puede llevar a hipotermia, se requiere mayor colaboración de todo el personal sanitario para hacer comprender la importancia de ese momento único, entendiendo la necesidad de evitar la separación y aprovechar

el período sensitivo del recién nacido (23).

Se debe explicar en qué consiste el CPP, dejando un arco de separación amplio, los electrodos deben ser colocados en los hombros o la espalda para permitir el CPP y que la madre pueda recibir al bebé durante la intervención. Se mantienen los brazos libres para sostener al bebé en medio de ambos pechos para evitar desplazamientos y mantener siempre el contacto visual entre madre-hijo. El tiempo mínimo será de 15 minutos, para garantizar el apego es ideal permanecer juntos durante todo el acto quirúrgico. En caso de que el proceso de la transición sea lento y amerite alguna intervención, la mesa de calor radiante debe estar ubicada dentro del quirófano para una acción rápida (24,25) (Figuras 1 y 2).

La lactancia materna se asocia con beneficios para la salud de los niños, como un menor número de enfermedades infantiles, una menor presión arterial y el colesterol, una menor prevalencia de la obesidad e inteligencia en la edad adulta (25,26). Los beneficios maternos de la lactancia materna incluyen una involución más rápida del útero y un menor riesgo de hemorragia tras el parto, además de menor incidencia a lo largo de la vida de la diabetes tipo II, cáncer de mama y de ovario (27,28). Estos estudios han sugerido que los beneficios de la lactancia materna actúan en una relación de dosis, por lo que el aumento de la duración de la lactancia materna produce más



Figura 1



Figura 2.

beneficios para la salud de los niños, por ello es importante entender el impacto del parto por cesárea en el inicio y la duración de la lactancia materna (25-28).

Los indicadores de salud perinatal para Canadá (2013) afirman que las tasas de inicio de la lactancia materna en Canadá se mantienen en aproximadamente el 87 % (2005-2010) (29). Sin embargo, el Informe de Salud Perinatal de 2008 encontró que solo el 53,9 % de los bebés seguían siendo amamantados a los 6 meses de edad (29,30).

Las investigaciones que comparan el efecto del parto por cesárea con el parto vaginal sobre la duración de la lactancia materna documentan resultados contradictorios y a menudo carecen de muestra adecuada para respaldar sus conclusiones (30,31). Pérez-Escamilla y col. (1996) indicaron que el parto por cesárea no afectaba la duración de la lactancia si las mujeres iniciaban desde el nacimiento y mantenían la lactancia durante al menos cuatro semanas después del parto (31,32). Las directrices de la OMS (33) establecen que mantener madre y el bebé durante al menos la primera hora después del nacimiento conduce a una mejor iniciación y duración de la lactancia materna (33,34). Aunque los hallazgos apoyan que tanto las cesáreas planificadas afectan a la iniciación y duración de la lactancia materna, la dirección de la asociación entre los estudios no es concluyente y justifica un mayor esfuerzo en el inicio de la lactancia materna, estratificado por el tipo de cesárea, ya que lactogénesis se puede ver afectada por insulto ocasionado por la cirugía abdominal y las complicaciones que lleva a mayor estrés materno (33). Un menor inicio de la lactancia materna y mayores dificultades con la lactancia en mujeres con partos por cesárea puede estar relacionado con una influencia fisiológica en la lactogénesis (34-36). Un estudio de Evans y col. (2003) descubrió que la transferencia de leche materna entre las mujeres con partos por cesárea era significativamente menor en los primeros 5 días posparto, en comparación con las mujeres con partos vaginales (36).

En Estados Unidos se realizó una encuesta Nacional de las prácticas de maternidad y centro de enfermedades (CDC) 2013, reveló que el 72% de los centros de maternidad realizan el CPP

30 minutos a los nacidos por partos vaginal sin complicaciones versus 53 % de los centros cuando el nacimiento era por cesárea en vista de que la temperatura del quirófano puede llevar a hipotermia, la necesidad de enfermera por tiempo prolongado para evaluar al bebé y el costo hacen a estos niños más vulnerables para iniciar el CPP con sus madres (37).

Método madre canguro (MMC)

El término método canguro es generalmente en relación con el CPP con bebés prematuros y los cuidados prestados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UNICEF 2010). La CPP es más generalizada, ya que incluye el cuidado de los bebés sanos a término. La CPP se recomienda inmediatamente después del nacimiento, durante al menos 1 hora todas las mujeres, o hasta después de la primera lactancia, y sin embargo, también se recomienda que se aplique en cualquier momento (Overfield y col., 2005; UNICEF 2011).

Los primeros minutos y horas posterior al nacimiento donde el niño se mantiene en un estado de tranquilidad es el momento propicio para iniciar el apego precoz y contacto piel con piel y, a su vez, realizar una transición lo menos traumática posible para el recién nacido, puesto que este tiempo es importante, único e irrepetible donde se liberan sustancias que incitan al niño a buscar el pezón e iniciar y mantener el apego.

El MMC es una técnica de atención del neonato prematuro que se fundamenta en el contacto piel a piel entre la madre y el bebé y los cuidados que en alimentación, estimulación y protección la madre provee al recién nacido (Empoderar). Método se basa fundamentalmente; Lactancia materna, termorregulación y vínculo madre e hijo. El cual se describió como una alternativa para los prematuros bajo peso, debido a que una quinta parte de las muertes neonatales corresponden a este grupo siendo una carga social y de salud pública alta (37).

Este método se inició en 1978-1979 en Hospital San Juan de Dios en Bogotá por Rey y Martínez; para los niños prematuros, con la premisa de mantener un contacto directo-natural con su madre durante el mayor tiempo posible.

El método canguro ofrece un sin número de ventajas para el niño y la madre y además

disminuye morbi-mortalidad, mejora los costos de hospitalización y mejora la supervivencia.

Por ello la OMS/UNICEF recomienda en la atención de partos normales dos prácticas iniciales, que llevan a fortalecer el apego:

1. Promover el contacto piel con piel inmediatamente.
2. Iniciar lactancia materna en la primera hora de vida.

Todo ello es con la finalidad de obtener una maternidad segura y centrada en los cuidados familiares. La técnica se basa en el contacto continuo piel a piel, en estricta posición vertical, entre los senos de la madre de manera continua con el mínimo de interrupciones no menos de dos horas consecutivas, lo ideal es de manera prolongada y duradera tanto como el bebé lo necesite.

La posición canguro da calor al niño, establece y fortalece el vínculo afectivo entre el niño y la madre y protege al niño de agentes externos. Mejora el neurodesarrollo con una atención más cálida y humana ya que actúa a nivel del sistema nervioso autónomo, sistema de control motor, sistema de integración estatal, sistema de integración / interacción y en el sistema de autorregulación-corregulación por díadas (38,39). Además de promover la adquisición de flora materna; con lo que países con recursos limitados se ha encontrado una disminución de sepsis, enterocolitis necrotizante y neumonías (39-41).

Con el MMC los estudios han demostrado que no solo mantiene un vínculo madre-hijo único sino la termorregulación, la estabilización de los signos vitales dado por frecuencia cardíaca, respiratoria, el consumo de oxígeno, los niveles de glucosa plasmática y los patrones de sueño - comportamiento con menos horas de llanto debido a una menor cantidad de cortisol salival que disminuye el estrés (39,41-43).

Para establecer el MMC solo se requiere de un médico o enfermera capacitada para saber cuándo y cómo iniciar el método, cómo colocar al bebé entre y durante las tomas; métodos de alimentación alternativos hasta que sea posible la lactancia materna. Involucrar a la madre en todos los aspectos del cuidado de su bebé, incluido el control de los signos vitales y reconocer

señales de peligro; tomar las medidas oportunas y adecuadas cuando se detecta un problema o la madre está preocupada. Las instalaciones deben ser cómodas acogedoras con temperatura entre 22 °C-24 °C, con baño que permita la higiene de la madre, se debe evitar el tabaquismo durante el método canguro y permitir visitas a la familia o madre sustitutas como las abuelas en situaciones especiales.

Una vez el niño mantenga la temperatura, buena alimentación, ganancia de peso y la madre y familiares estén seguros del cuidado del prematuro se puede regresar a casa con visitas que variarán según las necesidades y la prematuridad.

La posición adecuada para realizar el Método Madre Canguro es colocar al bebé entre los pechos de la madre en posición vertical, pecho a pecho para asegurarlo con la faja. La cabeza, girada hacia un lado, está en una posición ligeramente extendida. La parte superior de la faja está justo debajo de la oreja del bebé. Esta posición ligeramente extendida de la cabeza mantiene las vías respiratorias abiertas y permite el contacto visual entre la madre y el bebé. Evite tanto la flexión hacia delante como la hiperextensión de la cabeza. Las caderas deben estar flexionadas y extendidas en posición de "rana"; los brazos también deben estar flexionados (Figuras 3 y 4).

El tiempo mínimo para mantener el método madre canguro es cuando el niño adquiere las 40 semanas de edad gestacional o un peso igual o mayor a 2500 g.

A pesar de todas las ventajas de compartir habitación, hay condiciones específicas que suponen un riesgo para el recién nacido. Muchas de las mismas preocupaciones que se producen durante el CPP en el período postnatal inmediato permanecen durante el alojamiento, especialmente si la madre y el bebé duermen juntos en la cama de la madre en la unidad de posparto (17). Además, las madres que amamantan pueden quedarse dormidas involuntariamente mientras están amamantando en la cama, lo que puede causar asfixia evidenciándose como la única desventaja (46).

La información proporcionada a los padres en el momento del alta hospitalaria debe incluir orientaciones anticipadas sobre la lactancia materna y la seguridad del sueño (45,46). Los



Figuras 3.

pediatras deben cumplir con las recomendaciones/ orientaciones de la *American Academy of Pediatrics* (AAP) sobre la lactancia materna y el sueño seguro, el tabaquismo materno, el consumo de alcohol, la posición para dormir, compartir la cama (que pueden aumentar el riesgo de muerte súbita e inesperada del bebé) y las superficies para dormir, especialmente cuando están practicando el CPP (46-48).

Desventajas contacto piel con piel

El contacto «piel con piel» del recién nacido a término sano con su madre en el posparto inmediato es práctica estándar en las maternidades españolas, mostrando efectos beneficiosos sobre la frecuencia y la duración de la lactancia materna y sobre el vínculo madre-hijo. Los episodios aparentemente letales en el período neonatal (EALN) y la muerte súbita neonatal son eventos infrecuentes, pero bien conocidos que suponen una elevada morbilidad neurológica en neonatos sanos (49).



Figura 4.

Dageville y col. (3) refieren que para que a un recién nacido (RN) se le incluya en la categoría de «EALN» deben cumplirse una serie de criterios, como la presencia de cianosis/ palidez marcada junto con hipotonía severa o rigidez sin movimientos aparentes, requerir al menos estimulación vigorosa y/o la reanimación cardiopulmonar (RCP) tras el evento, y necesidad de traslado a una unidad de cuidados intensivos. En la mayoría no se encontró ninguna causa subyacente que explicase el evento, llegando a la conclusión de que se trataba de casos de sofocación/asfixia. En todos los casos, la morbilidad registrada fue muy elevada (50).

Los factores de riesgo asociados a EALN han sido: madre primípara, posición en prono del RN, superficie de apoyo «blanda», obstrucción relativa de la vía aérea, alta temperatura, baja capacidad del RN para adaptarse a situaciones de hipoxia, padres solos en la sala de partos sin capacidad para reconocer signos clínicos de hipoxia, partos nocturnos y madres pseudoanalgesias y anestesiadas durante el parto, con un alto grado de cansancio y baja capacidad de alerta.

Los EALN durante el «piel con piel» son episodios muy poco frecuentes, pero de extrema gravedad, ocurriendo en niños sanos que mueren o quedan con importantes secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES

1. Desarrollar métodos y procedimientos estandarizados para proporcionar información inmediata y continuada de la CPP con atención a la supervisión y seguimiento y evaluación continuos.
2. Estandarizar la secuencia de eventos inmediatamente después del parto para promover una transición segura, la termorregulación, el CPP ininterrumpida y observación directa del apego precoz (primera sesión de lactancia) para garantizar una buena técnica.
3. Observar directamente al binomio madre-hijo en la sala de partos y posteriormente en alojamiento conjunto.
4. Colocar al recién nacido de manera que proporcione una vía aérea sin obstáculos.
5. Involucrar al padre u otros integrantes de la familia en el cuidado e instrucciones del recién nacido. Actualmente los padres u otro familiar pueden realizar el contacto piel con piel y así ayudar a la madre en su recuperación.
6. Evitar compartir la cama en el período posparto inmediato ayudando a las madres a utilizar una superficie de descanso separada para el bebé.
7. Promover el sueño en posición supina para todos los lactantes. El CPP puede implicar la posición prona o lateral del recién nacido, especialmente si la dñada está recostada; por lo tanto, es imperativo que la madre/cuidador que realiza el CPP esté despierto y alerta.
8. Formar a todo el personal sanitario en métodos estandarizados para proporcionar el CPP inmediatamente después del parto, la transición la dñada madre-lactante, y la supervisión de la dñada durante el CPP y la acogida en la habitación durante todo el período hospitalario.

REFERENCIAS

1. Ruiz J, Charpak N. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Bogotá: Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. 2007.
2. Gómez P. El poder de las caricias: Crecer sin lágrimas. Madrid: Espasa; 2011.
3. 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.
4. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 10 agosto 2021]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
5. Protocolo contacto piel con piel (CPP) en el parto y nacimiento de bajo riesgo [Internet]. Granada: Complejo Hospitalario Universitario Granada; 2015 [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/protocolo_contacto_piel_con_piel_cpp_.pdf
6. Erladsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Cuidado del contacto piel-a-piel con el padre después de un parto por cesárea en el comportamiento de llorar ante alimentación recién nacido. Cuestiones de Nacimiento en la atención perinatal. 2007;(34):105-114.
7. Hernández M, Aguayo J. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de Lactancia de la AEP. La lactancia materna. 2005;(64):40-56.
8. Charpak N. Bebés Canguro: El método que humaniza el cuidado de los recién nacidos, mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés. París: Gedisa; 2005.
9. Dabrowski G A. Skin to Skin Contact. Giving Birth Back to Mothers and Babies. AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; 2007.
10. Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Nieto Jurado A, Jarrod Pàmies M, Closa Monasterolo R. Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en recién nacidos a término. Servei de Pediatria. Hospital Universitari de Tarragona "Joan XXIII"; 2011.
11. El Parto es Nuestro - Que No os Separen. Asegurar el contacto piel con piel inmediato y constante entre la madre y el recién nacido: método madre canguro; [Internet], Madrid; [citado 9 agosto 2021]. Disponible

- en: <http://www.queoosseparen.info/articulos/noseparar/pielconpiel.php>
12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]; 2010 [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
 13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2007 [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.pdf>
 14. Moore E, Anderson G, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. *Cochrane*. 2012;(4):13-15.
 15. Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de enfermería*. 2013;(22):79-82.
 16. Romero A. Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término. *Vacunas y otras medidas preventivas*. 2013;(15).
 17. Stevens J, Schmied V, Burns E, Hannah D. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section. *School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Australia*. 2014;(10):456-473.
 18. Jiménez S, Pardo V, Ibáñez F. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna [Online]. 2ª edición. *Medicina naturista*; 2010 [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017264>
 19. Sesmero M, Álvarez L, Crespo P, Martín A, Velasco C, Odriozola JM, et al. Protocolo de contacto piel con piel en el área de partos [Internet]. Santander; 2010 [citado 10 agosto 2021]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20HUMV.pdf>
 20. Gómez P, Baigesnogués M, Nieto A. Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término. *II Congreso Español de Lactancia Materna*. Sevilla; 2002.
 21. López M, Montes C, Torrontegui T, Pulido G, Rengel C, Moreno L. Experiencias vividas de dos padres que realizan contacto piel con piel tras cesárea. *Arch Memoria*. 2012;9(4).
 22. Engmann C. Consensus on kangaroo mother care acceleration. *Lancet (British edition)*. 2013;(382):26.
 23. Hobbs A, Mannion C, Mannion S, Brockway M, Tough C. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *Lancet (British edition)*. 2016;(26):90.
 24. Feldman R, Eidelman A. Towards universal kangaroo mother care: Recommendations and report from the first European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*. 2003;(99):820-826.
 25. Charpak N, Davanzo R, Widström A. Kangaroo Mother Care 2: Potential Beneficial Impacts on Brain Development in Premature Infants. *Perinat Educ*. 2017;26(4):177-184.
 26. Horta B, Bahl R, Martines J, Victora. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
 27. Victora C, Horta B, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro R, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study; Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3(4):199-205.
 28. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Devine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess*. 2007;(153):86-88.
 29. Public Health Agency of Canada. Perinatal Health Indicators for Canada 2013: A Report of the Canadian Perinatal Surveillance System. In. Ottawa; 2013.
 30. Public Health Agency of Canada. Canadian Perinatal Health Report. Canadian Perinatal Surveillance System; Ottawa. 2008.
 31. Pérez N, Ramos G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: The Puerto Rican experience. *J Hum Lact*. 2008;24(3):293-302.
 32. Pérez R, Maulén I, Dewey K. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health*. 1996;86(6):4-6.
 33. Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: An internet survey. *J Adv Nurs*. 2013;69(4):828-839.
 34. World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: Background and implementation. Geneva: United Nations Children's Fund; 2009.
 35. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and human lactation. 4ª edición. Sudbury: Mass, Jones and Bartlett Publishers; 2010.
 36. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122:S43-49.36.
 37. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
 37. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James

CONTACTO PIEL CON PIEL

- SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88(5):25-30.
38. Scott JA, Binns CW, Oddy WH. Predictors of delayed onset of lactation. *Matern Child Nutr.* 2007;3(3):186-193.
39. Guía Práctica, Cuidado de la Mamá Canguro [Internet]. Génova: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 2014 [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdc121j.pdf>
40. Ihan.es. Pasos IHAN [Internet]; 2018 [citado 10 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/>
41. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría; 2010.
42. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(8).
43. Hyde M, Mostyn A, Modi N, Kemp P. The health implications of birth by Caesarean section. *Biol Rev.* 2012;87(1):43-50.
44. Lucchini A, Villaroel C, Uribe L. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Rev Chil Pediatr.* 2013;84(3):285-292.
45. Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro. Guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: OMS; 2004.
46. Unicef. Convención sobre los Derechos del Niño. 1946-2006 Unidos por la Infancia. Madrid: Unicef Comité Español; 2006.
47. Skin-to-skin contact (kangaroo care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. *World Health Organization. Develop Med Child Neurol.* 2015;(45):274-281.
48. Baley J. Committee on fetus and newborn Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU. 2015;136-595.
49. Marin N, Valverde E, Cabañas F. Severe apparent life-threatening event during "skin-to-skin": Treatment with hypothermia DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.06.009 Servicio de Neonatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.
50. Dageville C, Pignol J, De Semet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: Incidence and risk factors. *Acta Paediatr.* 2008;97:866-869.