



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2015-16)

**Trabajo Fin de Grado**

**Efectos del contacto piel con piel tras el  
nacimiento entre madre/padre e hijo.**

Revisión bibliográfica

Alumna: Miriam Zarzosa Mateo

Tutor/a: D<sup>a</sup> Ana Rosario Martín Herranz

Junio, (2016)

# ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
El contacto piel con piel .....	8
Beneficios derivados del contacto piel con piel.....	11
Beneficios para el bebé.....	11
Beneficios para la madre.....	12
Beneficios para el padre.....	12
Episodios aparentemente letales en el contacto piel con piel.....	13
Recesión histórica del contacto piel con piel.....	14
El contacto piel con piel en diferentes culturas.....	14
Papel de la enfermería en el contacto piel con piel.....	15
Justificación.....	17
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
Criterios de selección.....	18
Resultados de búsqueda.....	19
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
Análisis de los resultados.....	21
El recién nacido y el contacto piel con piel.....	22
La figura de la madre y el contacto piel con piel.....	29
La figura del padre y el contacto piel con piel.....	32
Prevalencia del contacto piel con piel.....	33
Enfermería y el contacto piel con piel.....	34
Conclusiones.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36

ANEXOS.....	44
Anexo I.....	44
Anexo II.....	47
Anexo III.....	51

## GLOSARIO

AAP: Academia Americana de Pediatría.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

CPP: Contacto piel con piel.

CPPP: Contacto piel con piel precoz.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

EAL: Episodio aparentemente letal.

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento.

LBRAP: Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.

MeSH: Medical Subjects Headings.

MMC: Método madre canguro.

MSL: Muerte súbita del lactante.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SEN: Sociedad Española de Neonatología.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

## RESUMEN

**Introducción:** El contacto piel con piel, se podría definir como aquella experiencia que se produce entre un bebé y su madre, padre o persona de confianza, mediante la colocación directa del recién nacido desnudo, en el torso descubierto de una segunda persona vinculada a él. Esta experiencia persigue mejorar la calidad de la asistencia al parto, ofreciendo una atención personalizada, respetuosa y humanizada, con un adecuado nivel de intimidad y confort, y una mayor participación de la madre, acompañada de una persona de su confianza en todo el proceso.

**Objetivo:** El objetivo general del presente trabajo es conocer y analizar los efectos del contacto piel con piel en las madres y padres que lo practican, así como en los neonatos.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de enero a mayo de 2016, haciendo uso de diferentes bases de datos científicas, basándose en los siguientes criterios de inclusión: Bibliografía en español, inglés o portugués, bibliografía que trate el contacto piel con piel en el niño sano y bibliografía que trate partos a término o pretérmino tardío.

**Resultados y discusión:** El contacto piel con piel se ha demostrado como una técnica beneficiosa para el bebé en cuanto a la regulación cardiorrespiratoria y de la temperatura, la ganancia de peso, la lactancia efectiva durante más tiempo, la disminución de las infecciones, así como la mejora en la percepción por parte de los padres de todo el proceso del nacimiento, lo que promueve la confianza en ellos para ser responsables del cuidado de su bebé.

**Conclusión:** Se hace indispensable la formación de los profesionales de la salud, y en especial, de los profesionales de enfermería, para crear una base fundamentada en el conocimiento de la técnica piel con piel, para la puesta en práctica de dicha experiencia en los hospitales.

**Palabras clave:** Contacto piel con piel, vinculación materno-filial, vinculación paterno-filial, beneficios, parto humanizado, enfermería.

## INTRODUCCIÓN

En la primera etapa de la vida se construye nuestro carácter, la forma más íntima y profunda de nuestro ser. La manera de afrontar los conflictos y las experiencias en la edad adulta se encuentra, en gran medida, determinada por los primeros momentos de la vida de un recién nacido.

En los últimos años, estudios que aúnan la neurología y la psicología, han llegado a la conclusión de que, teniendo en cuenta la base genética de cada individuo, las experiencias vividas, incluso antes de nacer, moldean el cerebro<sup>1</sup>.

En un momento en que, literalmente, el cerebro se está construyendo, dichas experiencias tempranas son determinantes en el desarrollo psicológico del bebé. Así, los padres son capaces de influir decisivamente en el equilibrio emocional del niño, en función de la calidad de su primer contacto, estableciendo la capacidad del neonato de amar y de tener relaciones afectivas en un futuro, satisfaciendo sus necesidades psicológicas de seguridad, comunicación, pertenencia y amor<sup>1,3,4</sup>.

En el cerebro de un neonato, y hasta aproximadamente los 3 años de edad, se habrán formado alrededor de 1000 millones de conexiones neuronales. La calidad y efectividad de estas conexiones dependen básicamente de dos factores: el alimento nutriente, que aporta lo necesario para el correcto desarrollo físico y orgánico del bebé, y el alimento afectivo, el cual es capaz de promover la salud psicológica del recién nacido mediante la atención al llanto, el colecho, el momento de la lactancia materna, la dedicación del tiempo necesario y de calidad de los progenitores al bebé, y por supuesto, el contacto físico<sup>1</sup>.

Según el doctor James Prescott, neurofisiólogo, pionero en la investigación y desarrollo del síndrome de privación somato - sensorial - afectiva, el cerebelo posee un papel fundamental en la regulación del sistema nervioso autónomo y en los comportamientos sociales y emocionales, regulando sensaciones tanto dolorosas como placenteras. Él mismo afirma, “los niños que no son mecidos y abrazados por sus padres, corren el riesgo de experimentar un desarrollo incompleto de las vías y sistemas cerebrales ligados al placer, [...] dando lugar a dificultades para experimentar situaciones placenteras en la edad adulta, [...] tendiendo a la depresión, la violencia, el abuso y la adicción”<sup>4</sup>.

El cuerpo del bebé está diseñado para tener en el regazo materno todo cuanto necesita para sobrevivir: alimento, calor y apego. “Mucho antes de que un niño pueda comprender las palabras, comprende el tacto”<sup>1</sup>.

De aquí nace la importancia y necesidad de otorgar a los bebés en el momento de su nacimiento una experiencia lo más natural, humana y placentera posible. Un modo de promover estos tres principios es el contacto piel con piel, fundamentado en la relación comunicacional a través de la piel entre un bebé y su madre, padre u otra persona vinculada al nuevo ser.

Es importante discernir una serie de conceptos básicos.

El nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, donde los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres<sup>5-7</sup>.

El método madre canguro (MMC) consiste en la colocación del recién nacido desnudo sobre el pecho descubierto de los progenitores o de una persona vinculada al bebé, para proporcionar un continuo contacto piel con piel, calor, así como frecuentes tomas de lactancia materna o artificial. Dicho método comienza en el hospital y continúa en casa, en función de las necesidades y los deseos del bebé<sup>8</sup>.

El contacto piel con piel (CPP), en términos generales, se podría definir como aquella experiencia que se produce entre un bebé y su madre, padre o persona de confianza, mediante la colocación directa del recién nacido desnudo, en el torso descubierto de una segunda persona vinculada a él<sup>2,9-12</sup>. (Anexo I)

El contacto piel con piel precoz (CPPP) difiere del anterior en cuanto a los participantes que lo integran y al momento en que se produce, ya que siempre será realizado entre madre e hijo, justo después del parto<sup>2,9-12</sup>. (Anexo II)

## **EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

Esta experiencia persigue mejorar la calidad de la asistencia al parto, ofreciendo una atención personalizada, respetuosa y humanizada, con un adecuado nivel de intimidad y confort, y una mayor participación de la madre, acompañada de una persona de su confianza en todo el proceso<sup>11</sup>.

Nada más nacer, los bebés se encuentran en un estado conocido como “alerta tranquila” o “periodo sensitivo”, secundario a la liberación masiva de catecolaminas, las cuales se encuentran en niveles 20 veces superiores a los de un adulto en estado fisiológico, debido al estrés, beneficioso y necesario, que supone el paso de la cabeza del bebé por el canal del parto. Dicho estado apenas dura dos horas y es el momento propicio para fomentar el primer contacto entre madre e hijo, haciendo de esta experiencia algo inolvidable para ambos<sup>2,5,9,11,13-17</sup>.

Desde un punto de vista fisiológico, los primeros 30 minutos después del parto, son esenciales para el establecimiento del vínculo entre madre e hijo, ya que en esos primeros instantes, el vínculo estimula cambios hormonales que contribuyen al funcionamiento adecuado del bebé<sup>4</sup>.

La abolición de éste vínculo supondría una afectación de tipo comportamental en el neonato, lo que se traduce en la pérdida de la capacidad de confiar del niño, pérdida de la posibilidad de establecer relaciones íntimas, y la reducción de la capacidad de experimentar empatía hacia uno mismo y hacia los demás<sup>4</sup>.

Cuando al recién nacido se le facilita el contacto piel con piel con su madre, generalmente pasa por nueve fases: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión de pecho y sueño, dando lugar a una óptima autorregulación del neonato y de la madre<sup>13</sup>.

Colocando al bebé en decúbito prono sobre el abdomen de la madre, el pequeño es capaz de reptar hacia los pechos de la progenitora mediante movimientos de flexo - extensión de extremidades inferiores, arqueado de espalda y cabeceo<sup>13,17</sup>.

Asimismo, el pequeño emite una serie de sonidos (llanto, tos, estornudos, gemidos), que motivan la respuesta de la madre, reaccionando verbalmente con palabras en tonalidad aguda y gran carga emotiva. Según Klaus y Kennell, pioneros en el estudio del vínculo materno-filial, esto permite a la madre conocer quién es su hijo<sup>13,17</sup>.

La explicación de todo este proceso se debe a las descargas de noradrenalina vertidas durante el parto al torrente sanguíneo del bebé, haciendo que éste pueda girar la cabeza o buscar el rostro y los ojos de su madre, y es gracias a este neurotransmisor que el bebé agudiza su olfato y memoriza el olor materno, recordándolo para siempre y fomentando así el vínculo afectivo con ella<sup>9,15,18</sup>.

Dejados en contacto ininterrumpidamente, el recién nacido, guiado por el olfato y la visión, busca el pezón, de olor característico y coloración oscura, e inicia espontáneamente la lactancia. Este momento suele darse pasada la primera hora<sup>5,7,9-11,13,18</sup>.

El hecho de forzar la técnica o promover la separación del binomio madre - hijo, puede suponer el fracaso de las tomas de lactancia o disminuir su frecuencia, ya que dificulta el inicio espontáneo de la primera toma<sup>9,10</sup>.

Gracias a los estímulos sensoriales como el tacto, el calor o el olor, proporcionados por el contacto piel con piel, se genera un potente estimulante vagal que, principalmente, calma el estrés del bebé tras el nacimiento y libera oxitocina materna. Dicha hormona es antagonista del sistema simpático, por lo que reduce la ansiedad y aumenta la tranquilidad y la receptividad de la madre<sup>9,10</sup>.

El entendimiento de la función de cada neurohormona secretada durante el parto y postparto inmediato, puede hacernos comprender la intensa sensación amorosa que madre e hijo experimentan en las primeras horas de vida, siendo ésta un recuerdo que formará la base del día a día de esta nueva relación.

Es por ello que, al no propiciar dicho contacto, y por tanto, al alterar las bases neurobioquímicas que conlleva dicha experiencia, se podría producir una mayor susceptibilidad en el bebé a presentar problemas a corto plazo, como enfermedad pulmonar crónica o enterocolitis necrotizante, secundarias al estrés que genera la separación madre - hijo, o problemas en la edad adulta, como por ejemplo el déficit de atención<sup>13,19,20</sup>.

Tanto es así que según el doctor René Spitz, más del 30% de los niños que vivían en orfanatos, faltos de contacto y afecto, no sobrevivían a su primer año de vida, a pesar de desarrollarse en un entorno limpio, con comida y con asistencia médica<sup>4</sup>.

En las últimas décadas se viene observando un incremento en el desarrollo y uso de una serie de prácticas rutinarias que tienen como fin el iniciar, acelerar, regular y/o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el fin de mejorar el desenlace de madre e hijo, o de racionalizar protocolos de trabajo en el parto hospitalario, dando lugar a altos grados de intervencionismo profesional<sup>6,21</sup>.

La separación del binomio madre - hijo es puramente propia del siglo XX, consecuencia de la realización de una serie de exploraciones e intervenciones invasivas para el bebé, teniendo en cuenta del medio del que proviene, como son la administración intramuscular de la vitamina K, la profilaxis ocular, el test de Apgar, entre otras, y que hasta hace poco se consideraban prioritarias en todos los casos y necesarias de realizarse fuera de los brazos de la madre<sup>2,5,6,9,10,22</sup>.

De la misma manera, esta forma de nacer, originaria del siglo pasado, ha llevado a la medicalización sistemática del parto, obviando el instinto y la naturaleza propia del ser humano y, en este caso, de la madre<sup>10,15</sup>.

Tal y como Mariana Caplan desarrolla en su libro, *Tocar es vivir*, toda mujer que se pone de parto, conoce qué hacer en el momento del nacimiento de sus hijos. “La única razón por la que tantas mujeres ignoran dicho conocimiento es porque la cultura occidental supedita el conocimiento del cuerpo y el corazón al conocimiento intelectual, y concede más importancia a la opinión de los médicos que a la sabiduría del cuerpo”<sup>4</sup>.

Tanto es así que, a mitad del siglo XX, el parto estaba incluido en “el modelo sanitario de enfermedad”, considerando a la mujer embarazada como una persona enferma. Es por ello que la OMS, en el año 1985, inicia un “proceso de normalización del parto”, fomentando el protagonismo de la mujer en dicho proceso<sup>23</sup>.

De aquí surge la iniciativa tomada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con la publicación en Febrero de 2012 de la guía *Plan de Parto y Nacimiento, Estrategia de Atención al Parto Normal*<sup>5,23,24</sup>. A través de este documento, la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el parto y el nacimiento.

## **BENEFICIOS DERIVADOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL**

Los beneficios demostrados del CPP inmediato son los que han llevado a implementar esta estrategia de salud a nivel mundial<sup>13</sup>.

### Beneficios para el bebé

- Menor duración del llanto del bebé<sup>5,8,9,11,13,14,18,25,26</sup>.
- Conservación de la energía, con un mejor control de glucosa, lo que conlleva a una mejora en la ganancia ponderal<sup>5,8,9,11,13,27</sup>.
- Regulación del balance ácido - base<sup>5,9,13,28</sup>.
- Aumento de la inmunidad mediante la colonización de la piel del bebé con las bacterias de la madre<sup>2,8,11,14,18,21,27</sup>.
- Estabilización cardiorrespiratoria<sup>2,9,11,13,14,18,27</sup>.
- Aumento de la efectividad de la lactancia a largo plazo y reducción del tiempo de logro para una succión efectiva<sup>2,5,8,9,14,15,18,27,29</sup>.
- Regulación y mantenimiento de la temperatura infantil<sup>2,8,9,14,18,21,25,27,29</sup>.
- Sueño más profundo y estable<sup>2,27</sup>.
- Disminución de las manifestaciones de dolor mediante la realización de técnicas invasivas<sup>2,11,30</sup>.
- Reducción de la estancia hospitalaria, lo que conlleva una disminución de los costes para el hospital y un descenso evidente del riesgo de sufrir una infección nosocomial<sup>25-27</sup>.

### Beneficios para la madre

- Promoción del afecto y vínculo de la madre, autoconfianza en la capacidad de cuidar al bebé de manera adecuada<sup>2,3,8,11,13,14,17,18,21,25,27,29,31</sup>.
- Promoción del equilibrio emocional y la tranquilidad<sup>11,25</sup>. En el caso de los partos por cesárea, el contacto piel con piel mejorará la percepción de la madre hacia su parto, viviendo el nacimiento como una experiencia más grata, disminuyendo así el riesgo de depresión postparto en las 48 horas posteriores, así como las dificultades con la lactancia<sup>2,5,8,13,18</sup>.
- Aumento de la producción de leche y del periodo de amamantamiento. Estimulación de la producción del calostro<sup>3,11,13,18,25,27,29</sup>.
- Disminuye la percepción de dolor en la madre<sup>14</sup>.
- Ayuda a la involución efectiva del útero. La oxitocina endógena liberada durante el contacto piel con piel contribuye a dicha contractibilidad uterina. Además, después de un parto sin drogas, y como se ha citado anteriormente, el bebé es capaz de reptar hasta el pecho de su madre. Las patadas que da sobre el abdomen son un masaje que obligan al útero a contraerse, previniendo hemorragias graves<sup>5,15,18</sup>.

### Beneficios para el padre

Hay situaciones en las que la madre no se encuentra disponible para realizar el contacto piel con piel. Se ha demostrado cómo el realizar el contacto con el padre puede ser igual de beneficioso para ambos que realizando contacto madre - hijo<sup>5,7,8,11,30</sup>.

El Dr. Parker et al. estudió la actitud de los padres en los paritorios, llegando a la conclusión de que “si al padre se le deja participar en ese contacto con su bebé, se vive un estado de absorción por el recién nacido con total entrega, [...] similar a la actitud presentada por la madre durante el método”<sup>17</sup>.

A pesar de ello, en las cesáreas merece la pena intentar proteger el binomio madre e hijo. Un equipo de profesionales sanitarios es capaz de desarrollar su trabajo en quirófano adecuadamente durante una cesárea, mientras la madre acoge en su pecho y sujeta con su brazo a su recién nacido. Es cuestión de prioridades y, en palabras del Dr. Emilio Santos Leal, psiquiatra y ginecólogo, “la ciencia fuertemente sugiere que la unión madre bebé desde el primer momento es una prioridad”<sup>15</sup>.

## **EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

A pesar de que los beneficios de esta práctica están probados y no se ponen en duda, siendo una medida apoyada por la Sociedad Española de Neonatología y el Ministerio de Sanidad, entre otras instituciones, se han empezado a describir algunos casos de apneas y muertes súbitas en el periodo de adaptación postnatal<sup>32</sup>.

Estos episodios aparentemente letales (EAL) han sido observados en la mayoría de los casos durante el segundo estadio, en las primeras 2 horas de vida, después de la primera toma, momento en el que es frecuente la tendencia al sueño y a las bajas respuestas<sup>22,32-34</sup>.

No se sabe con certeza cómo sucede, aunque existen varias hipótesis: ponerles boca abajo y tapados hasta la cabeza, el colecho y/o estar tumbados sobre el vientre de la progenitora en decúbito prono. Otro posible factor podría ser el exceso de temperatura desprendido por la madre y recibido por el bebé<sup>22,32,35</sup>.

De este modo, las recomendaciones hasta ahora publicadas irían enfocadas a enseñar a la madre y a su acompañante a evitar que la boca y la nariz del bebé se obstruyan durante el contacto.

- Las mamás no deben estar solas en ningún momento, de tal forma que en caso de estar cansadas o adormiladas, su acompañante sea consciente de una posible hipotonía, una coloración indebida o incluso una obstrucción de las vías respiratorias del bebé<sup>34,35</sup>.
- En caso de que la madre no esté acompañada y los profesionales de enfermería no puedan asumir esta función, se suspenderá el contacto piel con piel y se dejará al bebé en una cuna en decúbito supino<sup>32</sup>.
- Asimismo, se recomienda que la madre no practique la técnica completamente tumbada, sino que lo haga incorporada entre 30 y 60 grados<sup>13</sup>.

## **RECESIÓN HISTÓRICA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL**

Este método se origina en el año 1979, de la mano de los pediatras Edgar Rey y Héctor Martínez, del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Ambos iniciaron un programa de cuidados del prematuro mediante el Método Madre Canguro debido a un déficit de incubadoras y a una alta frecuencia de infecciones nosocomiales, que consistía en colocar al bebé en contacto piel con piel con la madre las 24 horas del día y ofrecer lactancia materna. Pasado un tiempo, se observó que los bebés aumentaban más rápido de peso y tenían menos problemas respiratorios y cardíacos<sup>19,25,27,29,36,37</sup>.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se reflexiona sobre la puesta en marcha de un proceso de cambio en la atención al parto que tiene como fin la humanización del nacimiento, y es en los años 60 cuando surge un movimiento basado en la teoría del apego, el cual se convertiría en un nuevo punto de partida para los procedimientos desarrollados en las salas de parto nacionales en décadas posteriores<sup>7</sup>.

En España, esta experiencia vino de la mano de uno de los pioneros en el ámbito, el Dr. Gómez Papí, quien implantó esta nueva forma de desarrollo piel con piel durante el año 1994 en el Hospital San Joan XXIII de Tarragona<sup>27</sup>.

Hasta entonces la separación madre hijo en el hospital era la práctica habitual, pero esta nueva forma de cuidado ya ha sido incluida a día de hoy en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, quien se posiciona a favor de la implementación de dicha experiencia en los hospitales del mundo<sup>36,38,39</sup>.

## **EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN DIFERENTES CULTURAS**

Son muchas las culturas en las que se puede observar cómo los bebés son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre nada más nacer, comportamiento necesario para la supervivencia del recién nacido y que dista mucho del comportamiento industrializado, en el que a la progenitora se le entrega un bebé ya vestido, tras un determinado periodo de tiempo<sup>6</sup>. Existen diferentes tribus en las que el contacto piel con piel es una práctica habitual, produciendo un gran beneficio para el bebé, determinando la conducta de estos en la edad adulta.

En la cultura Netsilik, madre e hijo se comunican a través de la piel mediante la colocación del bebé a la espalda de la progenitora desde el momento en que nace. Del mismo modo, en la cultura Tasaday, los bebés pasan su infancia en constante contacto con los padres. Dicen de ellos que impresionan por su sensibilidad, amabilidad y ternura. En la cultura Kung, los recién nacidos de esta cultura van, la mayor parte del tiempo, desnudos y cogidos por la madre en un lateral, apoyados sobre unas bandas de tela que soportan el peso. De esta manera, el bebé accede al pecho siempre que lo desee. Duermen junto con la madre<sup>40</sup>.

Por contra, en la cultura Mundugumor, los bebés experimentan una vida sin amor. Se les transporta en cestas ásperas, rígidas y opacas que transporta la madre, en la cual es imposible que acceda el calor materno. Cuando el bebé llora, la madre rasca la cesta con las uñas para disuadir al pequeño e intentar que se calme. Si el llanto continúa se accede a darle de mamar de pie. En la edad adulta, les caracteriza la agresividad, la hostilidad, la desconfianza mutua y la intranquilidad<sup>40</sup>.

### **PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

El profesional de enfermería es un agente sanitario que participa activamente en el cuidado de los recién nacidos y sus madres en las unidades de neonatología y maternidad, y es el principal responsable de la educación a los padres antes, durante y después del momento del nacimiento<sup>36</sup>.

La práctica habitual de los profesionales debe fundamentarse en la consecución del bienestar humano, el avance tecnológico, y sobre todo, en la preservación de la naturaleza en todo el proceso del parto y postparto<sup>3</sup>.

Según F. Leboyer, obstetra francés, las mejores condiciones externas que un profesional enfermero puede ofrecer al nacimiento de una nueva vida son “un paritorio en calma, tranquilo, con las luces atenuadas y el tacto de la madre ofreciendo amor y cariño a su bebé”<sup>17</sup>.

Otra de las funciones capitales del personal enfermero en dicha técnica, ha de ser la evaluación de una correcta vinculación afectiva de los padres con el neonato durante el contacto piel con piel, ya que así se asegurarán los beneficios derivados de éste, basándose en el comportamiento de los progenitores<sup>17</sup>.

Las demostraciones de afecto y cariño han de ser una conducta habitual en dichas unidades, favoreciendo siempre la participación de la familia y respetando los derechos del niño en todo momento<sup>3,7,11</sup>.

Algunos de los principales derechos, recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 son<sup>3,7,11</sup>:

- “Derecho del niño a que nadie haga en su cuerpo cosas que ellos no quieran”
- “Derecho del niño a que sus intereses sean lo primero en tenerse en cuenta en cada tema que los afecte”
- Y el que más secunda al método “Derecho a la no separación madre - hijo”.

Uno de los principios contemplados dentro de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), refiere que los profesionales enfermeros deben “colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar”<sup>13</sup>.

Asimismo, desde el año 2002, en España se encuentra vigente la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (LBRAP) y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica, que dictamina que se debe “respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto dentro del marco de seguridad y calidad en su atención”<sup>5,7</sup>.

Del mismo modo, se habrá de “garantizar el reconocimiento de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación a la criatura recién nacida”, así como el respeto por el “derecho a la información”<sup>5,7</sup>.

La promoción del contacto piel con piel comienza a ser una práctica habitual de la enfermería en los paritorios de España bajo las directrices de la estrategia al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>9,10</sup>.

Sin embargo, dicho procedimiento es desconocido para muchos profesionales por lo que no es bien aceptado en la dinámica habitual de ciertos hospitales. Esto constituye una barrera importante, pero solucionable<sup>9,10</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

La importancia del papel de la enfermería en uno de los momentos más fundamentales en la vida del ser humano, como es el nacimiento, han llevado a realizar la presente revisión bibliográfica, centrada en la importancia de los partos humanizados, dejando en un segundo plano la tecnicidad, la metodología y la rigurosa protocolización del parto, llevada a cabo en los últimos tiempos en la gran mayoría de los hospitales de España.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

- Conocer y analizar los efectos del contacto piel con piel en las madres y padres que lo practican, así como en los neonatos.

### Objetivos específicos

- Conocer los beneficios del contacto piel con piel precoz para fomentar su puesta en práctica en el ejercicio habitual de la enfermería.
- Elaborar un tríptico que fomente el conocimiento y la puesta en práctica del contacto piel con piel precoz en los futuros padres.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

La presente revisión bibliográfica, basada en el contacto piel con piel tras el nacimiento, fue realizada durante los meses de enero a mayo de 2016. Para su comienzo, se formuló la siguiente pregunta PICO. (Tabla 1)

**Tabla 1** - Componentes de la pregunta pico.

Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Progenitores e hijo	Contacto piel con piel tras el nacimiento	Realización o no realización	Efectos
¿Qué efectos posee la realización del contacto piel con piel tras el nacimiento para el recién nacido y sus progenitores?			

**Fuente** - Elaboración propia.

Tras la misma, se realizó una búsqueda haciendo uso de diferentes herramientas bibliográficas, tales como LILACS, Dialnet, SciELO, PubMed, ScienceDirect, biblioteca Cochrane plus, Cuiden, Google académico y la revista de enfermería ENE.

Con el fin de emplear un lenguaje unificado en la búsqueda y recuperación de bibliografía científica, se utilizaron los siguientes términos, determinados por los tesauros DeCS y MeSH, para la realización de búsquedas bibliográficas en bases de datos internacionales. (Tabla 2)

**Tabla 2** - Descriptores DeCS y MeSH.

DeCS	MeSH
Contacto piel con piel	Skin to skin contact
Método madre canguro	Kangaroo mother care
Cuidado canguro	Kangaroo care
Separación postnatal	Postnatal separation
Factores de riesgo	Risk factors
Muerte súbita del recién nacido	Sudden infant death

**Fuente** - Elaboración propia.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Una vez obtenidos los diferentes resultados de búsqueda, se determinaron los criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos útiles.

### **Criterios de inclusión**

- Bibliografía en español, inglés o portugués.
- Bibliografía que trate el contacto piel con piel en el niño sano.
- Bibliografía que trate partos a término o pretérmino tardío.

### **Criterios de exclusión**

- Publicaciones no gratuitas o con acceso restringido.
- Bibliografía que trate partos en domicilio.
- Bibliografía que trate partos múltiples.
- Bibliografía que trate el nacimiento de niños con supervivencia comprometida por enfermedad de base.

## **RESULTADOS DE BÚSQUEDA**

Las búsquedas obtenidas para la realización de la presente revisión bibliográfica, se plasman en la siguiente tabla. (Tabla 3)

**Tabla 3** - Resultados tras la búsqueda de bibliografía útil.

Términos empleados	Base de datos	Artículos encontrados	Artículos que cumplen los criterios de selección	Referencias bibliográficas
- Contacto piel con piel AND Método madre canguro - Skin to skin contact AND Kangaroo mother care	Lilacs	4	1	41
	Dialnet	4	3	17,39,54
	Science direct	9	1	46
	Cochrane plus	1	1	44
	Cuiden	16	1	36
	PubMed	114	2	47,55
	ENE enfermería	1	1	43
	Google académico	1360	2	1,11
- Contacto piel con piel AND Cuidado canguro - Skin to skin contact AND Kangaroo care	Lilacs	5	1	48
	Dialnet	4	3	27,35,42
	Scielo	2	1	20
	Science direct	10	1	34
	Google académico	1560	5	12,14,15,18,28
- Contacto piel con piel AND Factores de riesgo	Dialnet	14	2	25,50
	Scielo	580	2	10,23

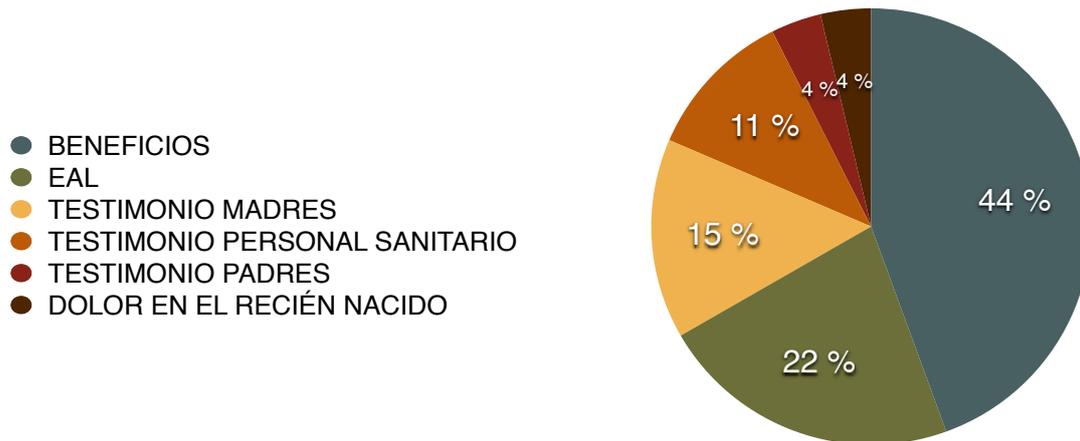
Términos empleados	Base de datos	Artículos encontrados	Artículos que cumplen los criterios de selección	Referencias bibliográficas
- Skin to skin contact AND Risk factors	Science direct	91300	1	33
- Contacto piel con piel AND Muerte súbita del lactante	Scielo	2	1	49
- Skin to skin contact AND Sudden infant death	Google académico	2260	1	37
- Contacto piel con piel AND Separación postnatal	Science direct	4400	1	56
- Skin to skin contact AND Postnatal separation	Google académico	2680	3	38,40,53

Finalmente, la búsqueda fue completada mediante la obtención de 22 artículos localizados en la Biblioteca de la Universidad de Valladolid y páginas oficiales, tales como la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, la página oficial de la AEP, la página oficial de la FAME, página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como de la IHAN, secundada por UNICEF, entre otras páginas web dedicadas a la maternidad, acreditadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Asimismo, se hace referencia a publicaciones realizadas por los periódicos ABC y El Mundo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la realización de los resultados de la presente revisión bibliográfica, se han seleccionado 27 artículos de los 56 totales; 10 estudios, 6 metaanálisis, 5 revisiones bibliográficas, 3 publicaciones periódicas, 1 caso clínico, 1 trabajo de fin de grado y, finalmente, 1 tesis doctoral. (Figura 1)

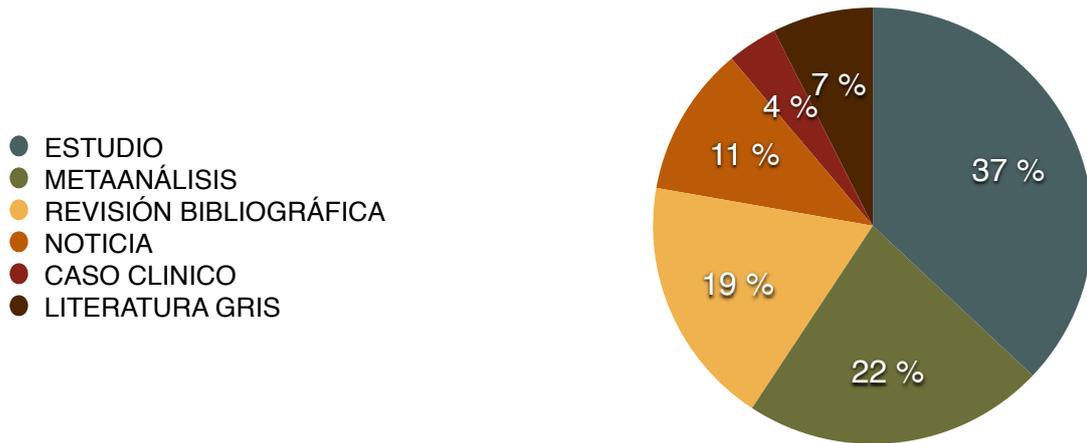


**Figura 1** - Clasificación de artículos utilizados, según su estructura.

**Fuente** - Elaboración propia.

De los 10 estudios encontrados, 2 corresponden a estudios o programas de intervención, 2 se consideran estudios de caso y los 6 estudios restantes se clasifican como estudios descriptivos, de los cuales 4 son de tipo cualitativo, y los 2 que restan cualitativos y cuantitativos.

En función de la temática de los artículos, encontramos que 12 de los estudian los beneficios secundarios a la práctica del CPP, 6 basan sus investigaciones en los EAL durante el CPP, 4 se basan en las experiencias de las madres durante el CPP, 3 se basan en los testimonios del personal sanitario en cuanto a la aceptación del CPP, 1 se basa en las experiencias de los padres durante el CPP, y finalmente, otro artículo trata el nivel de dolor experimentado por el recién nacido durante el CPP. (Figura 2)



**Figura 2** - Clasificación de artículos utilizados, según su contenido.  
**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto al idioma que se emplea para la redacción de los artículos recogidos, se obtienen 24 artículos en español, 2 en inglés y 1 en portugués.

Asimismo, y tras la revisión y análisis de los artículos empleados en la búsqueda bibliográfica, se decide realizar un tríptico con el fin de fomentar el conocimiento y la puesta en práctica del contacto piel con piel entre los futuros padres, el cual recoge de manera breve y concisa, en qué consiste la experiencia, cuáles son sus principales beneficios, qué requisitos son necesarios para su práctica, y el tiempo estimado para obtener el máximo beneficio. De igual modo, se ofrece un teléfono de contacto y dirección de referencia, con el fin de ofrecer toda la información posible a aquellos usuarios interesados. (Anexo III)

A continuación, se presentan los resultados que reflejan cada uno de los artículos objeto de análisis en la presente revisión bibliográfica.

### **EL RECIÉN NACIDO Y EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

#### **Temperatura y regulación cardiorrespiratoria**

Los artículos que desarrollan el presente apartado, afirman que el CPP es una práctica que normaliza los valores de temperatura, actividad cardiaca y respiratoria, concluyéndose, por tanto, que la separación del binomio madre - hijo no estaría justificada por riesgo de hipotermia, y/o actividad cardiorrespiratoria anormal, observándose valores que no comprometen la vida del bebé durante el CPP.

En un estudio prospectivo controlado con selección aleatoria, realizado por el Hospital Regional de Coyhaique, Chile, en el que se estudia el CPPP como medio de conservación de la temperatura y la regulación cardiorrespiratoria de los recién nacidos, durante las 4 horas posteriores al nacimiento, se concluye que el CPPP es un buen método para estabilizar dichos parámetros, ya que los valores obtenidos, recogidos en la siguiente tabla (Tabla 1), se hallan en intervalos adecuados para la conservación de la salud de los recién nacidos<sup>41</sup>.

**Tabla 1** - Evolución de la temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en 44 recién nacidos manejados con contacto piel con piel precoz.

Temperatura ambiental	Momento	Temperatura axilar	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria
21,66 °C	Nacimiento	37,09 °C	152,1 lpm	49,2 rpm
	Primera hora	36,84 °C	144,3 lpm	48,9 rpm
	Segunda hora	37,00 °C	144,4 lpm	47,7 rpm
	Tercera hora	36,97°C	146 lpm	47 rpm
	Cuarta hora	36,86°C	144 lpm	46,4 rpm

**lpm = latidos por minuto; rpm = respiraciones por minuto.**

**Fuente** - Contacto precoz piel a piel: Efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos sanos.

Otro estudio, cuasiexperimental, transversal y analítico, desarrollado en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, observó que los bebés que se encuentran en CPP con su madre, presentan una temperatura similar a los 60 - 90 minutos del contacto, que aquellos bebés que se quedan solos en cuna con fuente radiante<sup>42</sup>. (Tabla 2)

**Tabla 2** - Comparativa de las temperaturas de recién nacidos en cuna térmica, respecto a recién nacidos mantenidos en contacto piel con piel con sus madres.

Temperatura/ Momento de control	Temperatura rectal media al nacimiento	Temperatura rectal máxima al nacimiento	Temperatura rectal pasados 60 - 90 minutos	Temperatura rectal máxima pasados 60 - 90 minutos
Bebés en cuna térmica	36,8 °C	37,7 °C	36,7 °C	37,4 °C
Bebés en CPP	36,8 °C	37,7 °C	37 °C	37,9 °C

**Fuente** - Termorregulación neonatal y contacto precoz madre - hijo tras el parto.

Según la propia experiencia del equipo de neonatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, la temperatura de los recién nacidos que habían mantenido CPP con su madre, aumentó entre 0,5 y 0,8 °C tras la finalización del contacto. Además, las frecuencias cardiacas y respiratorias fueron estables, con saturaciones de oxígeno mantenidas entre 95 y 99%<sup>27</sup>.

Además, un estudio realizado por Pierre Budin, obstetra y considerado por muchos, padre de la neonatología, afirmó que los bebés que son alimentados a biberón tienden a disminuir su oxemia, en relación con los bebés alimentados a pecho<sup>20</sup>.

### Ganancia de peso ponderal

Toda la bibliografía encontrada para el análisis del presente apartado, manifiesta que el CPP produce, a largo plazo, un aumento del peso significativamente mayor en aquellos bebés que permanecieron junto con la madre, en relación con aquellos que no lo hicieron.

En unos estudios llevados a cabo por el pediatra Adik Levin, se comprobó que, en un plazo de 30 días, los bebés que habían permanecido en CPP con sus madres, experimentaban un incremento del peso significativamente mayor que aquellos bebés separados de sus madres<sup>20</sup>. (Tabla 3)

**Tabla 3** - Incremento del peso en recién nacidos a término en contacto piel con piel, en relación con los bebés separados de sus madres, desde el ingreso a los 30 días.

Neonatos	Incremento del peso a los 20 días	Incremento del peso entre los 20 a 30 días	Incremento del peso a los 30 días
En contacto piel con piel con la madre	311 gramos	256 gramos	549 gramos
Separados de la madre	187,4 gramos	285 gramos	441 gramos

**Fuente** - La iniciativa de humanización de los cuidados neonatales.

De la misma manera, la revisión realizada en Almería por el Hospital de Torrecárdenas en 2013, concluye que la ganancia de peso en recién nacidos es mayor en aquellos que han mantenido CPP durante un tiempo prolongado, con una diferencia de 3,6 gramos, en relación a aquellos que no lo mantuvieron<sup>43</sup>.

#### Disminución de infecciones nosocomiales

El mismo artículo desarrollado por el Hospital de Torrecárdenas, Almería, afirma que, tras la revisión de diversos ensayos clínicos, el CPP supone una medida de prevención para las infecciones nosocomiales en recién nacidos sanos, debido en gran parte a la inmunidad adquirida por el amamantamiento precoz, y al contacto directo del bebé con las bacterias de la piel de la madre<sup>43</sup>.

#### Lactancia efectiva

La lactancia exclusiva es uno de los principales beneficios que aporta el CPPP, lo que se traduce en una lactancia más efectiva, durante un periodo de tiempo más largo.

En una revisión Cochrane en la que se realizó la revisión de 30 estudios clínicos controlados aleatorizados, desarrollados en países como EEUU, Reino Unido, Canadá o Suecia, se compararon los resultados de la lactancia efectiva en cuanto a la realización o no realización del CPP. Al momento del alta, se objetivó un efecto positivo en la lactancia realizada por bebés que entraron en CPP. En cuanto a sus consecuencias a largo plazo, también se presentó un efecto positivo<sup>44</sup>.

Del mismo modo, y según la Sociedad Española de Neonatología (SEN), la colocación al pecho de los recién nacidos en CPP se hace de manera correcta en el 63% de los casos, mientras que los bebés que son separados de su madre al nacer, tan sólo consiguen mamar con éxito un 20,5% de los casos<sup>45</sup>.

#### Comportamiento neonatal durante el contacto piel con piel

Tras la revisión bibliográfica relacionada con el comportamiento de los bebés durante el CPP, se deduce que su práctica beneficia a los recién nacidos, traducándose esto en menos dolor, menos estrés, menos llanto, y más tranquilidad, sueño profundo y sonrisa.

Según la matrona C. Lucchini - Raies, los bebés que mantienen CPPP presentan menos episodios de llanto, mayor tranquilidad y sueño profundo, ya que el estímulo táctil y olfatorio con la piel de la madre, ofrece comodidad y disminuye la percepción de dolor en el neonato<sup>46</sup>.

Asimismo, una revisión Cochran de 2014, en la que se estudió la relación existente entre la manifestación del dolor y la práctica del CPP, concluyó que el CPP parece resultar efectivo ante procedimientos dolorosos, manifestándose episodios de llanto más cortos y menos intensos en dichos bebés<sup>47</sup>.

En cuanto a los comportamientos de los bebés que mantuvieron CPP, observados en el Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelarias, Tenerife, se objetivaron manos abiertas, mayor tendencia al sueño, sonrisa y alerta tranquila<sup>27</sup>.

Del mismo modo, otro estudio realizado en 2009 en la UCIN del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, identifica al CPP como método eficaz para disminuir los niveles de cortisol en el recién nacido, y por tanto, reducir su estrés<sup>45</sup>.

#### Tiempo de mantenimiento del contacto piel con piel

El presente apartado recoge diferentes puntos de vista aportados por diversos artículos publicados, observando cierta discrepancia en cuanto al tiempo que debe permanecer el bebé junto con su madre para obtener todos los beneficios que ésta práctica ofrece.

El estudio pionero del contacto piel con piel, desarrollado en Bogotá en el año 1979, observó que los niños que habían estado en contacto piel con piel con sus madres mejoraban en cuanto a la adaptación cardiorrespiratoria y metabólica a los 90 minutos del contacto, su temperatura corporal era más elevada que en aquellos bebés que no realizaban CPPP, presentaban mayor saturación de oxígeno, así como periodos de sueño y calma prolongados<sup>42</sup>.

Por otro lado, según afirma A. Gómez Papí et al., el tiempo mínimo que un niño debe permanecer en CPPP con su madre, ha de oscilar entre 90 y 120 minutos, con el fin de obtener todas las ventajas que el método ofrece<sup>19</sup>.

Asimismo, otro estudio realizado en Brasil, afirma que el contacto piel con piel sería suficiente con realizarlo durante 40 minutos<sup>48</sup>.

Según la SEN, un tiempo de contacto precoz de entre 50 a 110 minutos, incrementaría en 8 veces la probabilidad de una toma espontánea<sup>45</sup>.

Finalmente, en un estudio realizado por Otaí Lospaus et al., se afirma que si se colocara al bebé en CPP con su madre, en el 90% de las ocasiones, el bebé conseguiría por sí solo una succión correcta en torno a los 60 minutos, dificultando la primera toma si la unión no se produce de manera precoz<sup>45</sup>.

De esta manera, se objetiva que el CPP no posee un intervalo de tiempo determinado para ser eficaz, aunque la mayoría de ellos aseguren un tiempo mínimo de unos 60 minutos para obtener de él, el mayor beneficio posible. Por norma general, y tras lo anteriormente expuesto, el tiempo de CPP estaría determinado por el tiempo de comienzo de la primera toma espontánea.

### Morbilidad y mortalidad infantil

Diversos estudios tratan el ámbito de la morbimortalidad relacionada con la práctica del CPP desde diferentes puntos de vista. Primeramente, se exponen los resultados que manifiestan una reducción de la morbimortalidad infantil gracias al CPP.

Según el doctor A. Gómez Papí et al., se ha comprobado que la imposición de un CPP prolongado en el tiempo, incluso hasta una vez recibido el alta, genera una mejor respuesta al estrés neonatal, dando lugar a una considerable disminución de la mortalidad y morbilidad infantil<sup>19</sup>.

Un programa propuesto por la doctora Heideliese Als, denominado Programa para los Cuidados del Desarrollo y Evaluación Individualizados del Recién Nacido, que propone, entre otras premisas, un CPPP madre - hijo, objetivó que las tasas de morbilidad de éstos niños era significativamente menor que en aquellos que no entraron en dicho programa; lo que se traduce en una menor incidencia de hemorragias intraventriculares, menor severidad de la enfermedad pulmonar crónica, menor apoyo ventilatorio y mayor ganancia de peso<sup>20</sup>.

Asimismo, un estudio aleatorizado, realizado en Ghana, demostró que se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amamantara a todos los bebés a partir del primer día de vida, y al 22% si se hiciera dentro de la primera hora de vida<sup>44</sup>.

Otro estudio realizado por el doctor A. Gómez Papí et al., realizado en el Hospital San Joan XXIII de Tarragona, determinó que, con la puesta en práctica del CPP prolongado o MMC en bebés, se reduciría considerablemente el riesgo de infección nosocomial en éstos, gracias a las altas recibidas en periodos de tiempo más cortos<sup>26</sup>.

De la misma manera, otro de los artículos que desarrolla en Colombia un estudio observación descriptivo de una cohorte, menciona que los gastos pueden reducirse hasta en un 50%, mediante el fomento de la práctica del CPP prolongado<sup>49</sup>.

A continuación, se exponen los resultados que hacen alusión al incremento de la morbimortalidad infantil, secundaria a la práctica del CPP.

En relación con la incidencia de casos de EAL, un estudio observacional realizado por la Universidad del País Vasco en 2008, determinó que, de los 10804 bebés nacidos a lo largo de los 20 meses de estudio, 8 casos fueron EAL ocurridos durante las 2 primeras horas de vida. Esto se corresponde a una tasa que se ha ido incrementando desde la imposición del método piel con piel, equivalente a 0,74 casos por cada 1000<sup>33</sup>.

Asimismo, según una revisión realizada por el Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, la incidencia a nivel global de los EAL podría estar entre 2,5 y 3,2 casos por cada 100.000 nacimientos, y los síndromes de MSL entre 0,8 y 1,8 casos por cada 100.000, todo ello por supuesta consecuencia de CPP durante las 2 primeras horas de vida, y con frecuencia, durante la primera toma al pecho<sup>35</sup>.

Por otro lado, según una revisión realizada por el Hospital Universitario de La Paz, Madrid, se observa una incidencia aproximada de estos episodios en Europa de unos 0,03 - 0,05 casos por cada 1000 recién nacidos vivos<sup>50</sup>.

Dado el desconocimiento de causa que provocan los EAL en recién nacidos sanos que se encuentran en CPP con la madre, Foran et al. analizó a 12 neonatos nacidos sanos, que requirieron de reanimación avanzada en las 2 horas posteriores al parto, estando en CPP con la madre. Siete de ellos presentaron encefalopatía severa y daños gangliotalámicos, similares a los encontrados en la asfixia intraparto<sup>50</sup>.

A pesar del desconocimiento de su causa, los EAL parecen darse con más frecuencia en las 2 primeras horas, alrededor de la primera toma de pecho, pudiendo tratarse de una obstrucción de la vía aérea del recién nacido con el cuerpo de su madre<sup>51</sup>.

Ciertos artículos coinciden en que los supuestos factores desencadenantes de estos episodios podrían ser, madre primípara, realización del CPP, madre cansada o adormilada, o la falta de supervisión por los profesionales sanitarios del binomio madre hijo en contacto durante las 2 primeras horas<sup>22,32,35</sup>.

Uno de ellos, lo relaciona con el exceso de temperatura desprendido por la madre y recibido por el bebé<sup>35</sup>.

En cuanto a su tratamiento, en un caso clínico realizado por el Hospital Universitario de La Paz, Madrid, y tras el estudio de un recién nacido que presentó parada cardiorrespiratoria durante el CPP con la madre, se objetivó que el tratamiento con hipotermia fue beneficioso para el recién nacido asfíctico<sup>50</sup>.

Todos señalan la necesidad de seguir investigando las causas que conducen a dichos episodios en recién nacidos sanos, y a pesar de todo, en ninguno de los artículos científicos revisados se pone en entredicho los beneficios demostrados de la práctica del CPP madre - recién nacido.

## **LA FIGURA DE LA MADRE Y EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

### Lactancia

Un estudio cuasiexperimental, transversal y analítico, realizado por el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, objetivó que el 93,5 % de los bebés que se encontraban en CPPP, iniciaron la lactancia materna en el paritorio de manera precoz<sup>42</sup>.

Por otro lado, según una revisión realizada por la Universidad Autónoma de México, la lactancia exclusiva realizada durante la hospitalización, es mayor en aquellas mujeres que practicaron el CPP en algún periodo comprendido entre las 3 primeras horas posteriores al nacimiento. De igual modo, este artículo concluye que el CPP durante más de 12 horas espaciadas a lo largo de un día, se asocia de forma significativa, con un incremento de las posibilidades de lactancia materna exclusiva a los 6 meses después del parto<sup>46</sup>.

Como se puede observar, los artículos encontrados afirman que la lactancia materna exclusiva se ve incrementada por la práctica de un CPP.

### Recuperación del parto, autoestima, confianza y capacidad de cuidar

Según un estudio experimental realizado por el profesor A. Levin et al. en 1988, dictaminó que las madres que habían experimentado CPP con sus hijos, ganaban confianza en sí mismas, y la recuperación en el postparto inmediato era más rápida<sup>20</sup>.

Asimismo, los estudios observacionales realizados por A. Gómez Papí et al. en el Hospital San Joan XXIII de Tarragona, y otro estudio realizado en una maternidad de la región sur de Brasil, determinaron que el significado del CPPP para la madre es siempre positivo, basándose en la actitud de la madre frente a su hijo<sup>38,48</sup>.

Por otro lado, en 2013, la revista del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, recoge que el CPPP tras el parto produce un fuerte estímulo vagal en la madre, que supone un aumento de los niveles de oxitocina, traduciéndose en un incremento de la temperatura de las mamas, proporcionando calor al neonato<sup>45</sup>.

Según Dois et al. y su estudio con 393 puérparas, concluyó que el contacto piel con piel y el inicio precoz del amamantamiento están asociados significativamente con la ausencia de depresión postparto. Los resultados fueron: 29% presentó sintomatología, y el 71% restante no<sup>46</sup>.

### Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento

Un estudio de 2011, de corte cuantitativo, transversal, observacional descriptivo comparativo, realizado por el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en Murcia, realizó una comparativa entre 9303 mujeres totales, a las que se les ofrecía el seguimiento de un plan de parto y nacimiento, frente a las que no<sup>23</sup>.

En dicho estudio se analizaron una serie de ítems, adjuntados en la tabla (Tabla 4), que concluyen que el uso de un plan de parto y nacimiento, influye positivamente en la percepción y autonomía de la madre en todo el proceso del parto, y en la finalización del mismo<sup>23</sup>.

**Tabla 4** - Variables a estudio según presentan Plan de Parto y Nacimiento.

Indicador	Plan de parto y nacimiento	Plan de parto y nacimiento
	NO	SÍ
Contacto piel con piel	27,4 %	60,41 %
Elección de postura en dilatación y parto	48,1 %	62,5 %
Uso de enema	6,8 %	10,4 %
Pinzamiento tardío del cordón	63,1 %	78,3 %

**Fuente** - Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso del parto humanizado.

Por contra, un estudio observacional, realizado por el Departamento de Salud de La Ribera, que analizó, en el año 2012, las diferencias entre las preferencias que 224 gestantes reflejaron en el plan de parto antes y después de recibir el programa de educación maternal, concluye que existen diferencias en dichas preferencias, seguramente ocasionadas por la influencia de las matronas. Algunos de los ítems relevantes para el presente trabajo se reflejan en la siguiente tabla<sup>52</sup>. (Tabla 5)

**Tabla 5** - Distribución acumulada de las preferencias del plan de parto en la primera y última sesión del programa de educación maternal.

Indicador	Sesión inicial	Sesión final
Contacto piel con piel	209	159
Elección de postura en dilatación y parto	148	122
No enema	27	24
Pinzamiento tardío del cordón	41	50

**Fuente:** Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del departamento de salud de la ribera.

Llama la atención el descenso significativo del número de mujeres que decidieron realizar CPP tras la educación maternal con la matrona. De este modo, se determina la importancia que supone la figura de la enfermera para la toma de decisiones de las gestantes en lo que se refiere a sus preferencias durante el parto.

### Significado del contacto piel con piel precoz para las madres

Un estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, realizado en 2009 en el Hospital Universitario Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Brasil, recogió el testimonio de 9 mujeres a las que se les facilitó el CPPP, donde se plasma que todas ellas expresaron sentimientos positivos durante y después de la realización de dicha técnica. Algunos de los términos más empleados por las mujeres fueron *felicidad, naturalidad, fuerza, alivio, momento único...*<sup>48</sup>

Asimismo, todas ellas recalcaron la gran labor del papel de la enfermería en el momento del contacto, donde señalaban la gran ayuda y seguridad que suponía la presencia de una enfermera durante la experiencia<sup>48</sup>.

Finalmente, en otro estudio aleatorizado del Hospital Regional de Coyhaique, Chile, se destaca la gran aceptación del método por parte de las madres incorporadas a un estudio relacionado con la práctica del CPP, y por los profesionales de salud que supervisaron la experiencia<sup>41</sup>.

### Contacto piel con piel en cesáreas

Un estudio piloto cuasiexperimental, llevado a cabo en Sevilla por el Hospital Universitario Virgen del Rocío y el Hospital Quirón Sagrado Corazón en el año 2014, determinó que, tras la objetivación de la ansiedad materna mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton a las 2 horas de la cesárea, las mujeres que mantuvieron CPP presentaron un menor nivel de ansiedad que las que no lo mantuvieron, con una significación  $p < 0,000$  y un tamaño del efecto muy grande,  $d = 2,65$ <sup>53</sup>.

### **LA FIGURA DEL PADRE Y EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

Un estudio realizado por Rengel - Días et al., concluyó que, el mantenimiento del contacto piel con piel entre el binomio padre - hijo, influye positivamente en el tiempo de inicio de la lactancia materna. Asimismo, este artículo refleja la buena aceptación y los sentimientos positivos que surgen en los padres al entrar en contacto piel con piel con sus hijos, alegando así una mayor humanización en los partos, dejando a un lado el exceso de intervencionismo<sup>46</sup>.

En un ensayo clínico aleatorizado, de corte cuantitativo, realizado en 2011 por el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, con un tamaño muestral de 30 parejas heterosexuales que habían sido padres mediante parto por cesárea, se recogió el testimonio de los hombres que habían mantenido CPP con sus hijos. En el discurso de los padres puede apreciarse la buena aceptación y los sentimientos positivos que supuso para todos ellos el permanecer en CPP con sus hijos<sup>54</sup>.

## **PREVALENCIA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL**

Se carece de información acerca de la prevalencia exacta del CPP precoz en los hospitales nacionales<sup>5</sup>, aunque sí que es cierto que la prevalencia del CPP prolongado o MMC en dichos hospitales, permite formalizar una idea global de las instituciones que ponen en marcha la humanización del parto.

### **A nivel internacional**

Según un informe de 2012 publicado por el *European Science Foundation Network*, países como Gran Bretaña, Suecia, Dinamarca o Países Bajos ya alcanzan el 100% de implementación del MMC en sus hospitales, seguido de Italia, que registra un 80% de aplicación, o Francia, con un 75% de prevalencia en sus hospitales<sup>26</sup>.

De igual modo, en países de América Latina, como Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y República Dominicana ya proponen esta experiencia en sus hospitales, ofreciendo formación a los profesionales por capacitación del Ministerio de Salud de sus respectivos países. También lo hacen países como EEUU, Canadá, Alemania, Rusia, Vietnam, Zaire, Hungría, Indonesia y Holanda<sup>27,37</sup>.

### **A nivel nacional**

En nuestro país existe una muestra considerable de profesionales sanitarios que conocen en qué consiste el MMC, aunque a pesar de ello, no todos los hospitales incluyen dicho método en su práctica habitual debido a falta de formación de los profesionales, falta de información, e incluso a posibles falsas nociones acerca del riesgo que la técnica podría conllevar<sup>13</sup>.

Un estudio realizado en 165 hospitales nacionales en el año 2009, determinó que el 87,7% de las unidades neonatales conocía o había oído hablar del MMC, pero únicamente su práctica se realizaba en el 63% de los casos<sup>31</sup>.

Destacar que en nuestro país, solamente un 10% de las UCIN, permiten el paso de los padres las 24 horas del día para poder ver o tocar a sus pequeños siempre que ellos estimen oportuno<sup>2</sup>.

Como se ha podido observar, el CPP entre padres e hijos no sólo es una alternativa para países en vías de desarrollo, sino que por sus beneficios, ha sido adoptado por países desarrollados, incluso en bebés prematuros como complemento del cuidado en incubadora<sup>2</sup>.

### **ENFERMERÍA Y EL CONTACTO PIEL CON PIEL**

Según un estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, afirmó que los profesionales de enfermería sentían que el CPP retrasaba las actividades de rutina, pero poco a poco y con formación, han pasado a convertirse en defensores de esta técnica, realizando el método durante al menos 30 minutos, del 58% al 83% de los casos<sup>46</sup>.

Un estudio piloto, descriptivo transversal, realizado en el Hospital Clínico San Carlos, Madrid, determinó, entre los profesionales de enfermería, que el CPP había de ser una práctica considerada como totalmente necesaria en su implantación y que, además, apenas se precisan recursos especiales para su realización<sup>31</sup>.

Asimismo, un estudio cualitativo realizado en Suecia y Noruega, en el que se entrevistaron a 20 madres, manifestó que dichas mujeres se mostraron muy influenciadas por el comportamiento del personal de enfermería en cuanto a la realización del CPP, sufriendo altibajos emocionales determinados por el entorno que les rodeaba en el momento del contacto<sup>55</sup>.

Finalmente, otro artículo señala la importancia de la formación de los profesionales de enfermería en aspectos como la valoración del estado de salud de un bebé, permaneciendo en CPP con su madre<sup>56</sup>.

## **CONCLUSIONES**

- El contacto piel con piel ha demostrado ser una técnica beneficiosa para el bebé en cuanto a la regulación de la temperatura, la regulación cardiorrespiratoria, la ganancia de peso, la lactancia efectiva durante más tiempo, la disminución de las infecciones, así como el descenso de la morbilidad infantil.
- Del mismo modo, el contacto piel con piel se ha demostrado beneficioso para los progenitores en tanto en cuanto, la madre puede experimentar lactancias exclusivas durante más tiempo, y mejora su percepción de todo el proceso del nacimiento y postparto inmediato, lo que promueve la confianza en ella para ser responsable del cuidado de su bebé. Asimismo, el padre es capaz de brindar beneficios al bebé si la madre está indispuesta, estando demostrado que el contacto piel con piel padre - hijo ofrece al progenitor similares sentimientos de pertenencia, vinculación y protección que en la madre.
- A pesar de los casos de EAL, estudiados por algunos autores durante la práctica del piel con piel, se sigue considerando recomendable su puesta en marcha, llegando incluso a ser un método secundado por la OMS, entre otras organizaciones de similar relevancia, considerándolo como práctica habitual, y declarándolo como uno de los derechos principales del niño.
- Se hace indispensable la formación de los profesionales de la salud, y en especial, de los profesionales de enfermería, para crear una base fundamentada en el conocimiento de la técnica piel con piel y su puesta en práctica en los hospitales del mundo, ya que la enfermería es quien posee la responsabilidad y la oportunidad de fomentar el cuidado de las personas en todas sus dimensiones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blay E, editor. Crianza flores de Bach. El bebé emocional [Internet]. Sedibac; 2011 [cited 2016 March 3]. Available from: <http://www.sedibac.org/CONGRESO%202011/CD/PDF/E-Blay-.pdf>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]. Madrid; 2010 [cited 2016 March 3]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
3. Fernández Díaz P, Caballero Muñoz E, Medina Bacarrezza G, editors. Manual de enfermería neonatal. Cuidados y procedimientos. Mediterráneo; p. 51-63.
4. Caplan M. Tocar es vivir. La necesidad de afecto, verdades en un mundo impersonal. Vitoria - Gasteiz: La Llave D. H.; 2008. p. 49-74.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 19]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.pdf>
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Victoria - Gasteiz; 2010 [cited 2016 March 3]. Available from: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva [Internet]. Madrid; 2011 [cited 2016 March 25]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
8. All India Institute Of Medical Science group. Kangaroo mother care [Internet]. New Delhi; 2009 [cited 2016 Feb 19]. Available from: <http://www.ontop-in.org/ontop-pen/Week-2/module-KMC.pdf>
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid; 2011 [cited 2016 March 25]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>

10. Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 March 25]; 22(1-2):[about 7 p.]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017)
11. Moya Cobos A, Aguilar Serrano A, editors. Protocolo piel con piel, hospital de poniente [Internet]. Almería; 2010 [cited 2016 Feb 19]. Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalponientealmeriahponiente/informacion\\_del\\_centro/carera\\_servicios/protocolo%20piel%20con%20piel.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalponientealmeriahponiente/informacion_del_centro/carera_servicios/protocolo%20piel%20con%20piel.pdf)
12. Miguel Sesmero JR, Álvarez Granada L, Crespo Martínez P, Martín Fernández A, Velasco Sisniega C, Odriozola Feu JM, et al. Protocolo de contacto piel con piel en el área de partos [Internet]. Santander; 2010 [cited 2016 March 25]. Available from: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20HUMV.pdf>
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2016 Feb 21]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
14. Paritorios online [Internet]. Alicante: Hospital de Vinalopó; 2012 Piel con piel con la madre y el padre [cited 2016 March 3]; [about 2 screens.]. Available from: <http://paritoriosonline.com/paritorio/piel-con-piel-con-la-madre-y-el-padre/>
15. ¡Que no os separen! [Internet]. Madrid; [cited 2016 March 3]. Asegurar el contacto piel con piel inmediato y constante entre la madre y el recién nacido: método madre canguro; [about 3 screens.]. Available from: <http://www.quenoosseparen.info/articulos/noseparar/pielconpiel.php>
16. Lowdermilk DL, Perry PE, Bobak TM, editors. Enfermería. Materno-infantil. 6th ed. Santafé de Bogotá: Mosby; 2000. p. 488-516.
17. Seguranyes Guillot G. Enfermería maternal. 3rd ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 233-240.

18. Blázquez García MJ. La ecología del comienzo de nuestra vida. El hábitat del recién nacido es el cuerpo de la madre [Internet]. 2012 [cited 2016 March 3]. Available from: [https://otrabiologia.files.wordpress.com/2011/02/4\\_elhabitat\\_r-nacido.pdf](https://otrabiologia.files.wordpress.com/2011/02/4_elhabitat_r-nacido.pdf)
19. Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. Acta Pediatr Esp [Internet]. 2007 [cited 2016 March 25]; 65(6):[about 5 p.]. Available from: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/campanaucisneonatos/estudio\\_mmc\\_gomezpapi\\_2006.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/campanaucisneonatos/estudio_mmc_gomezpapi_2006.pdf)
20. Matías Vieira G. La iniciativa de humanización de los cuidados neonatales. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2003 [cited 2016 Apr 21]; 74(2):[about 14 p.]. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000200009&script=sci_arttext)
21. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva de la OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra; 1996 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/3976/144/cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica>
22. Matey P. La otra cara del contacto piel con piel. El mundo. 2011 Jan 4; Salud: S4 (Neonatología).
23. Suárez Cortés M, Armero Barranco D, Canteras Jordana M, Martínez Roche ME. Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. Rev. Latino - Am. [Internet]. 2015 May [cited 2016 March 25]; 23(3): [about 7 p.]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)
24. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y Nacimiento [Internet]. 2012 [cited 2016 March 25]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
25. Nacimiento Tamez R, Pantoja Silva MJ. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Asistencia al recién nacido de alto riesgo. 3rd ed. Panamericana; 2008.

26. Ruz R. El método madre canguro podría ahorrar a la sanidad española 200 millones. ABC. 2013 May 8; Sociedad.
27. Delgado Guerrero M, editor. El método canguro [Internet]. Tenerife: Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; 2005 [cited 2016 Feb 19]. Available from: <http://scptfe.com/inic/download.php?idfichero=173>
28. Winberg J, editor. Mother and Newborn baby: mutual regulation of psychology and behavior. A selective review [Internet]. Stockholm; 2005 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252290>
29. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS. Método madre canguro. Guía práctica [Internet]. Ginebra; 2004 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>
30. Materna [Internet]. Málaga; c2013 [updated 2015 Sep 7; cited 2016 March 25]. Contacto piel con piel; [about 4 screens]. Available from: <http://www.materna.es/el-parto/contacto-piel-con-piel/>
31. Pérez Fernández EM, Rivas Paterna AB. Recursos necesarios para la implantación del protocolo método madre canguro y grado de cobertura de estos para poner en marcha el protocolo. Reduca [Internet]. 2013 [cited 2016 March 25]; 5(3): [about 5 p.]. Available from: <http://revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1598>
32. Bebes y más [Internet]. [updated 2014 Apr 6; cited 2016 Apr 21]. El contacto piel con piel tras nacer podría conllevar cierto riesgo para la vida del bebé, pero sigue siendo recomendable; [about 7 screens]. Available from: <http://www.bebesymas.com/recien-nacido/el-contacto-piel-con-piel-tras-nacer-podria-conllevar-ciertos-riesgos-para-la-vida-del-bebe>
33. Melchor Marcos JC, editor. Contacto piel con piel en la sala de partos y muerte súbita del recién nacido. Una llamada de atención [Internet]. País Vasco; 2011 [cited 2016 March 3]. Available from: [http://www.sego.es/Content/pdf/RevistaProgresos\\_v54n2.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/RevistaProgresos_v54n2.pdf)

34. Rodríguez - Alarcón Gómez J, Asla Elorriaga I, Fernández Liebres L, Pérez Fernández A, Uría Avellanal C, Osuna Sierra C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo [Internet]. Vizcaya; 2010 [cited 2016 March 25]. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90001188&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=151&ty=126&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n02a90001188pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90001188&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=126&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n02a90001188pdf001.pdf)
35. Pallás Alonso CR, Rodríguez López J; Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología Group. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto piel con piel tras el parto. *An Pediatr.* 2014;80(4):203-205.
36. Carbonell Aguirre O, Martínez González J, Aroca Rubio E, editors. Cuidados transculturales: El contacto piel con piel [Internet]. Murcia; 2013 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.index-f.com/para/n19/300d.php>
37. Urquiza Aristegui R, editor. El método canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (Honadomani) "San Bartolomé" [Internet]. San Bartolomé; 2002 [cited 2016 Apr 21]. Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v04\\_n3/pdf/metodo\\_canguro.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v04_n3/pdf/metodo_canguro.pdf)
38. Gómez Papí A, Baiges Nogués M<sup>a</sup>T, Batiste Fernández M<sup>a</sup>T, Marca Gutiérrez M<sup>a</sup>M, Nieto Jurado A, Closa Monasterio R, editors. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término [Internet]. Tarragona; 1998 [cited 2016 Apr 29]. Available from: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-6-12.pdf>
39. Nieto Álvarez M, Cid Expósito G, editors. El método madre canguro: cuidados basados en la evidencia. *Metas de enfermería.* 2013. 16(6):[about 4 p.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455642>
40. Blázquez García MJ. La ecología del comienzo de nuestra vida. El tacto, la importancia de la piel en las relaciones humanas [Internet]. 2004 [cited 2016 Apr 21]. Available from: [https://otrabiologia.files.wordpress.com/2011/02/6\\_tacto\\_montagu.pdf](https://otrabiologia.files.wordpress.com/2011/02/6_tacto_montagu.pdf)

41. Villalón H, Álvarez C, Barría E, Caneleo D, Carrillo L, Durán S, et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos sanos. Rev. Chil. Pediatr [Internet]. 1998 [cited 2016 Apr 29]; 63(3);140-144. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v63n3/art04.pdf>
42. Herrera Cabrero B, Muñoz Martínez AL, Rey Márquez MD, editors. Termorregulación neonatal y contacto precoz madre - hijo tras el parto [Internet]. Jaén: Servicio de paritorio del Hospital San Juan de la Cruz; 1999 [cited 2016 Apr 29]. Available from: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/B54.PDF>
43. Fernández Medina IM<sup>a</sup>. Infección nosocomial y método madre canguro. Revisión de evidencias. ENE enfermería [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Apr 29]; 7(3): [about 5 p.]. Available from: [http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/301/pdf\\_19](http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/301/pdf_19)
44. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, editors. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos [Internet]. 2007 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003519sp.pdf>
45. Cantero García A. Evaluación de la aplicación del MMC en la muerte y en el neonato [dissertation]. Leioa: Universidad del País Vasco; 2015.
46. Martínez Martínez T, Damian Ferman N, editors. Beneficios del contacto piel con piel precoz en la reanimación neonatal [Internet]. México D. F.; 2014 [cited 2016 March 25]. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90342538&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=400&ty=160&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fihero=400v11n02a90342538pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90342538&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=400&ty=160&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fihero=400v11n02a90342538pdf001.pdf)
47. Johnston C, Campbell - Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R, editors. Skin to skin care for procedural pain in neonates [Internet]. 2014 [cited 2016 May 7]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD008435.pub2/asset/CD008435.pdf;jsessionid=E2CD7B12AA4EE941873A21C72AD6691E.f01t02?v=1&t=iogflep3&s=c7aa6d32675ebb89dafdc052b7da2f270e110695>

48. Alves Matos T, Stefani Souza M, Kotzias Atherino E, Beatriz Velho M, Rodrigues Camargo E, Maria Martins N. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. REBEn. 2010; 63(6): 998-1004. Brasília.
49. Lizarazo Medina J, Ospina Diaz J, Ariza Riaño N. Programa madre canguro: Una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer [Internet]. 2012 [cited 2016 Mat 7]; 14(2): [about 14 p.]. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14s2/v14s2a04>
50. Marin N, Valverde E, Cabañas F. Episodio aparentemente letal neonatal durante el piel con piel. Tratamiento con hipotermia. An Pediatr [Internet]. 2013 Sep [cited 2016 May 7]; 79(4):253-256. Available from: [http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/episodio-aparentemente-letal-neonatal-durante/S1695-4033\(13\)00274-9/](http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/episodio-aparentemente-letal-neonatal-durante/S1695-4033(13)00274-9/)
51. Rodríguez López J, Pallás Alonso Carmen Rosa, Hernández Aguilar MT, editors. Episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante el contacto piel con piel precoz [Internet]. Madrid [cited 2016 Apr 29]. Available from: [http://ihan.es/cd/documentos/Muerte\\_subita\\_CPP.pdf](http://ihan.es/cd/documentos/Muerte_subita_CPP.pdf)
52. Vila Candel R, Mateu Ciscar C, Bellvís Vázquez E, Planells López E, Requena Marín M, Gómez Sánchez M<sup>a</sup>J. Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. Matronas Prof [Internet]. 2015 [cited 2016 May 7]; 16(1): 28-36[about 9 p.]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19476/173/influencia-del-programa-de-educacion-maternal-en-el-cambio-de-preferencias-del-plan-de-parto-en-gestantes-del-departamen>
53. Álvarez Garzón M, Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I, Lima Serrano JS, Núñez Quiles M<sup>a</sup>J, editors. Influencia del CPP en el estado de ansiedad de mujeres tras cesárea no urgente. Estudio piloto [Internet]. Sevilla; 2015 [cited 2016 May 7]. Available from: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/219.pdf>

54. Rangel Díaz C. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna [dissertation]. Málaga: Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga, 2012.
55. Dolby R, Calais E, Berg M. Mother's experiences of skin to skin care of healthy full term newborns - a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc.* 2011 Aug; 2(3):107-111.
56. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echáis Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el arto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr [Internet]*. 2009 [cited 2016 May 7]; 71(4):349-361. Available from: [http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones\\_rn\\_parto\\_sen.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf)

## **ANEXO I - Protocolo del Contacto Piel con Piel con el padre.**

## CONSIDERACIONES PREVIAS

- Recién nacido a término o pretérmino tardío, entre la 35<sup>a</sup> y 37<sup>a</sup> semana.
- Líquido amniótico claro.
- Respira o llora sin dificultad.
- Presenta buen tono muscular.

## PERSONAL

- Matrona.
- Auxiliar de Enfermería.

## MATERIAL

- Clamp Hollister.
  - Tijeras para cortar el cordón umbilical.
  - Pañal.
  - Gorro de algodón.
  - Pulsera identificativa para la madre.
  - Pulsera identificativa para el bebé.
  - Paños y muletones calientes.
  - Manta.
  - Butaca, mecedora o sillón.
1. Informar al padre acerca de los beneficios de realizar contacto piel con piel con su bebé así como del procedimiento a seguir.
  2. Favorecer un ambiente óptimo para el momento del contacto: silencioso, cálido, con poca luz, con el menor número de profesionales posible y con la temperatura adecuada, entre 22 ° y 24 °.
  3. Ubicar al padre en un sillón situado en un lugar íntimo.
  4. En el periodo expulsivo, colocar los muletones en una fuente de calor a potencia máxima y descubrir el abdomen y el pecho del padre, cubriéndole después con un muleton caliente.

5. Cuando el bebé nace, se comprueba que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos, buen color y tono muscular. Es aconsejable no secar las manos del bebé para que conserve el olor a líquido amniótico.
6. Cortar el cordón umbilical y colocar clamp Hollister.
7. Colocar un gorro de algodón en la cabeza del bebé. El pañal es opcional.
8. Colocar al bebé sobre el pecho descubierto del padre en contacto directo. Tapar a ambos con un muletón caliente que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual con el padre. Se evitará la hiperextensión o hiperflexión del cuello del bebé.
9. A la vez podrán realizarse una serie de actuaciones tales como: alumbramiento, recogida de sangre del cordón umbilical, colocación del clamp Hollister en el cordón, identificación del recién nacido, profilaxis antibiótica contra el estreptococo o el test de Apgar nada más nacer, y a los 5 minutos.
10. Registrar el procedimiento en la historia clínica de la madre y del bebé.

**Consideraciones:**

- En caso de realizarse pinzamiento tardío del cordón umbilical se pinzará a los dos minutos o cuando el cordón deje de latir.
- Si las circunstancias lo permiten, el contacto padre - hijo durará el tiempo que el padre y el recién nacido necesiten, aunque lo que se recomienda es que como mínimo dure 70 minutos para que se produzcan todos los beneficios del método.
- No se interrumpirá el contacto padre e hijo por pesar al recién nacido sano, a no ser que se sospeche de peso inferior a 2300 gramos. Se pesará tras finalizar el contacto.
- La administración de la vitamina K y la vacunación de la hepatitis B se realizará en planta.

## **ANEXO II - Protocolo del Contacto Piel con Piel con la madre.**

## CONSIDERACIONES PREVIAS

- Recién nacido a término o pretérmino tardío, entre la 35<sup>a</sup> y 37<sup>a</sup> semana.
- Líquido amniótico claro.
- Respira o llora sin dificultad.
- Presenta buen tono muscular.

## PERSONAL

- Matrona.
- Auxiliar de Enfermería.

## MATERIAL

- Clamp Hollister.
  - Tijeras para cortar el cordón umbilical.
  - Pañal.
  - Gorro de algodón.
  - Pulsera identificativa para la madre.
  - Pulsera identificativa para el bebé.
  - Paños y muletones calientes.
1. Informar a la madre acerca de los beneficios de realizar contacto piel con piel con su bebé así como del procedimiento a seguir.
  2. Favorecer un ambiente óptimo para el momento del contacto: silencioso, cálido, con poca luz, con el menor número de profesionales posible y con la temperatura adecuada, entre 22 ° y 24 °.
  3. Colocar a la madre en un ángulo de 45° si fuera posible.
  4. En el periodo expulsivo, colocar los muletones en una fuente de calor a potencia máxima y descubrir el abdomen y el pecho de la madre, cubriéndola después con un muleton caliente.

5. Cuando el bebé nace, se coloca directamente entre los pechos de la madre en posición prona, secándole suavemente el dorso con un paño precalentado, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos, buen color y tono muscular. Es aconsejable no secar las manos del bebé para que conserve el olor a líquido amniótico.
6. Colocar un gorro de algodón en la cabeza del bebé. El pañal es opcional.
7. Retirar los paños sucios anteriormente colocados y sustituirles por un nuevo muletón caliente y seco que cubra a madre e hijo, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual con la madre. Se evitará la hiperextensión o hiperflexión del cuello del bebé.
8. Permitir que el recién nacido inicie espontáneamente el agarre al pecho. Este se puede facilitar pero nunca forzar.
9. A la vez podrán realizarse una serie de actuaciones tales como: alumbramiento, recogida de sangre del cordón umbilical, colocación del clamp Hollister en el cordón, identificación del recién nacido, profilaxis antibiótica contra el estreptococo o el test de Apgar nada más nacer, y a los 5 minutos.
10. Acompañar a la madre durante los primeros momentos del postparto, asegurándonos de que el traslado de la madre y su hijo a la habitación se realiza con la cabecera incorporada, ambos cubiertos por un muletón y ropa de cama, con la cabeza del bebé al descubierto con el gorro de algodón, preocupándonos siempre del bienestar de ambos en todo el traslado.
11. Registrar el procedimiento en la historia clínica de la madre y del bebé.

### **Consideraciones:**

- En caso de realizarse pinzamiento tardío del cordón umbilical se pinzará a los dos minutos o cuando el cordón deje de latir.
- Si las circunstancias lo permiten, el contacto madre - hijo durará el tiempo que la madre y el recién nacido necesiten, aunque lo que se recomienda es que como mínimo dure 70 minutos para que se produzcan todos los beneficios del método.

- No se interrumpirá el contacto madre e hijo por pesar al recién nacido sano, a no ser que se sospeche de peso inferior a 2300 gramos. Se pesará tras finalizar el contacto.
- La administración de la vitamina K y la vacunación de la hepatitis B se realizará en planta.

## **ANEXO III - TRÍPTICO.**

En la primera etapa de la vida se construye nuestro carácter, la forma más íntima y profunda de nuestro ser.

La manera de afrontar los conflictos y las experiencias positivas en la edad adulta se encuentra, en gran medida, determinada por los primeros momentos de la vida de un nuevo ser.

Pero...

### ¿QUÉ ES EL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ?

Aquella experiencia beneficiosa llevada a cabo por el bebé y su mamá mediante la colocación directa del recién nacido desnudo sobre el torso descubierto de la madre, justo después del parto.



*"Muchos antes de que un niño pueda comprender las palabras, comprende el tacto"*

*Gianni y Flora de Bach. El Arte emocional*

### E. U. E. "DR. DACIO CRESPO", PALENCIA



Solicita información a tu matrona, o ven a visitarnos a:

Avda. San Telmo, s/n - 34004  
(Palencia)

979726962

[escuelaenfermeria@diputaciondepalencia.es](mailto:escuelaenfermeria@ diputaciondepalencia.es)  
<http://enfermeriapalencia.es>

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

### PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO



La mejor forma de dar la bienvenida al mundo a tu bebé. Conoce la experiencia única del parto humanizado, donde el instinto natural hace que el bebé y tú seáis los únicos protagonistas.



### "DE MI ÚTERO A MI PIEL"



### ¿QUÉ REQUISITOS SON NECESARIOS?

- Dar a luz a partir de la 35ª semana.
- Que tu bebé respire sin dificultad.
- Avisar al equipo de profesionales, con anterioridad, que deseas realizar el contacto piel con piel tras el nacimiento.

### ¿QUÉ BENEFICIOS POSEE?

#### Para tu bebé...

- Disminuye el estrés postnatal inmediato.
- Regula la temperatura corporal contra la hipotermia.
- Mejora la efectividad de la lactancia a largo plazo, mediante la búsqueda espontánea del pezón.

#### Para ti...

- Favorece la involución uterina.
- Fomenta el vínculo materno y el instinto de cuidado y protección.
- Disminuye la percepción de dolor en todo el proceso posterior al parto.



*"El contacto piel con piel supone una continuidad con el útero materno donde se encontraba en un ambiente térmico adecuado y su madre, donde oía su voz y sentía el latido del corazón"*

*Maternidad y salud. Ciencia, emoción y experiencia*



*"Un bebé sólo, no-no-críalo, críalo el bebé y alguien más"*

*Dr. W. Klamowicz, 1976*



### ¿CUÁNTO TIEMPO DURA?

Lo que tú y tu pequeño decidáis, aunque si esto no es posible, lo ideal sería que el contacto se prolongara un **mínimo de 40 minutos**, pues es en este tiempo cuando se obtienen la mayoría de beneficios que la experiencia es capaz de aportar.

Además, cabe la posibilidad de que continúes en contacto piel con piel con tu bebé incluso después del parto, método que se conoce como **Madre Canguro**.