



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO REGIONAL DE CONTACTO PRECOZ “PIEL CON PIEL”



Promueve y edita:

© Región de Murcia
Consejería de Salud
Servicio Murciano de Salud

Creative Commons License Deed



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

©Autores: Servicio Murciano de Salud

©Diseño y maquetación: Servicio Murciano de Salud.

1^a Edición: Junio 2025.



COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria.
Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria.
María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.
Alfonso Saez Yanguas. Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias, Emergencias sanitarias 061.
Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Cronicidad.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Juana María García García. Supervisora de Bloque Obstétrico, HU Los Arcos del Mar Menor.
José Luis Leante Castellanos. Jefe de Sección de Neonatología. Hospital General Universitario Santa Lucía.

AUTORES (*por orden alfabético*)

Agüera Arenas, Juan José. Neonatólogo, HU Virgen de la Arrixaca.
Ballesteros Meseguer, Carmen. Supervisora de paritorio. HU Virgen de la Arrixaca.
Celdrán García, María Dolores. Matrona, C.S. Antonio García, Molina de Segura.
Fernández Fructuoso, José Ramón. Neonatólogo, HGU Santa Lucía.
García García, Juana María. Supervisora Bloque Obstétrico, HU Los Arcos Mar Menor.
Harillo Acevedo, Francisco David. Matrón, Hospital Rafael Méndez.
Hernández Torres, Encarnación. Matrona, C.S. Cieza Este
Illán Macanás, María Jesús. Matrona, C.S. Puente Tocinos.
Jiménez Díaz, Sandra. Ginecóloga, HU Los Arcos del Mar Menor.
López Pérez, Rocío. Ginecóloga. HGU Santa Lucía.
López-Sánchez Sánchez, Rosario. Supervisora de paritorio, Hospital Comarcal Noroeste.
Navarro Ruiz, Isabel. Matrona, HGU Santa Lucía.
Rodríguez de la Vega Huergo, Patricia. Anestesióloga, HU Los Arcos Mar Menor.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

Dolores Beteta Fernández (Área I)
Esther Martínez Bienvenido. Matrona (Área II)
David Harillo Acevedo (Área III)
Rosario López-Sánchez Sánchez (Área IV)
Mónica Hernández Martínez (Área V)
Aurora Tomás Lizcano (Área VI)
Yolanda López Benavente (Área VII)
Sonia Martínez Jiménez (Área VIII)
Encarnación Hernández Torres (Área IX)

HISTÓRICO DE VERSIONES

Versión #	Elaborada por	Aprobada por	Fecha aprobación	Justificación nueva versión
1.0	Juana María García García José Luis Leante Castellanos	Comisión Regional Lactancia Materna	2020	Creación Documento
2.0	Ester Martínez Bienvenido Juana María García García	Comisión Regional Lactancia Materna	27/06/2025	Actualización



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- CONCEPTO DE CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL	7
3.- RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN	8
4.- BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA PRÁCTICA DEL CPP	11
5.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN PARTOS VAGINALES.....	13
6.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN PARTOS POR CESÁREA.....	17
7.- SEGURIDAD DURANTE EL CUIDADO PIEL CON PIEL.....	24
8.- BILIOGRAFÍA.....	28
9.- ANEXOS.....	34



1.- INTRODUCCIÓN

Los derechos de la infancia están plenamente estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobados como tratado internacional el 20 de noviembre de 1989. A lo largo de sus 54 artículos, se reconoce que todos los niños y niñas, desde que nacen, son personas con derecho a un pleno desarrollo físico, mental, social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones.

Considerando estas cuestiones de índole moral y sanitaria, que afectan al bienestar de la sociedad en su conjunto, y teniendo en nuestras manos la gran oportunidad de liderar un proyecto innovador a nivel nacional e internacional, es pertinente garantizar estos dos derechos: el de la “identidad sanitaria del bebé recién nacido” y el que éste tiene a “permanecer junto a su madre en contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido” para asegurar un comienzo de la vida feliz y saludable.

En febrero de 2018, la Asamblea Regional aprobó por unanimidad una moción para conseguir que todos los centros hospitalarios con maternidad y los centros de salud de la Región de Murcia obtuvieran el distintivo IHAN, al ser ésta reconocida como una estrategia eficaz para promover el vínculo y aumentar las tasas de lactancia materna. Ese mismo año, el Gerente del SMS aprobó un plan de acción para impulsar esta iniciativa en el marco la “atención y cuidados en los primeros 1000 días de vida”; conjunto de estrategias de salud con impacto en el periodo de la gestación y los primeros dos años del bebé.

Finalmente, con el apoyo unánime de todos los grupos políticos, se aprobó en la Asamblea Regional la Ley 12/2018, de 20 de noviembre, modificación de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. Dicha norma recoge, específicamente, el derecho legal del recién nacido a ser sujeto de identidad sanitaria y de no ser separado de su madre sin una causa justificada.

En el marco del cumplimiento de esta ley, y del Programa de Atención para los 1000 primeros días de vida, ya se ha implantado con éxito el modelo común de Historia Clínica Electrónica en todas las maternidades. Esta herramienta recoge toda la información relevante del nacimiento y garantiza la identidad sanitaria del recién nacido. En lo referente a preservar el vínculo al nacimiento respetando el “contacto precoz piel con piel”, la realidad es que todavía hay muchos hospitales españoles en los que esta práctica es mejorable. En lo referente a nuestra Región, se ha detectado una importante variabilidad entre centros y claras oportunidades de mejora. Así, este protocolo Regional ofrece un resumen de la evidencia científica y unas pautas de consenso para ser empleado como guía por los profesionales y las administraciones sanitarias.



2.- CONCEPTO DE CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL

Reconoce La atención sanitaria en el parto es una de las prácticas más frecuentes en el sistema de salud. Asimismo, puesto que el nacimiento de un recién nacido sano no se categoriza como enfermedad, se pretende evitar un exceso de medicalización de las primeras horas de su vida por parte de los profesionales, ya que se ha demostrado que puede afectar al vínculo familiar (1).

El contacto piel con piel (CPP) inmediato se define como la técnica por la cual se coloca al recién nacido desnudo sobre el pecho de su madre en posición de decúbito ventral desde el nacimiento y durante, al menos, las dos primeras horas de vida (entre 50 y 120 minutos). Esta técnica se empezó a realizar a partir del siglo XX en los hospitales españoles ya que, hasta entonces, se le retiraba el bebé a la madre y no se le devolvía hasta que era secado, valorado y vestido.

Mediante el CPP se consigue que la madre, o el padre en su defecto, sea la fuente principal de calor del recién nacido, lo que le reporta una serie de beneficios. Algunos autores fundamentan el CPP en que los mamíferos necesitan un hábitat que les garantice la supervivencia, y este hábitat es el cuerpo de la propia madre. De esta manera, puede obtener el calor, el alimento y el vínculo necesario (1).

Durante el CPP, el recién nacido tiene la capacidad de localizar el pezón por medio del olfato, llegar reptando hasta el pecho de su madre y realizar el primer enganche de manera espontánea. Se ha demostrado que mantener este contacto al menos 50 minutos favorece la lactancia espontánea. Además, todo esto provoca la liberación de oxitocina, con las consiguientes ventajas para la madre (2).

Si se separa al bebé de la madre en este momento sensible, el bebé actúa en un modo de “protesta-desesperación”, desarrollando un estado de estrés que comprometerá ciertos aspectos, entre los que se encuentra la lactancia materna (2,3). Indudablemente, es prioritario garantizar la estabilidad de la madre y del recién nacido, pero si eso no se ve amenazado, los profesionales sanitarios deben intervenir lo mínimo necesario, proporcionándoles a la madre y al bebe un clima de seguridad, dignidad y privacidad. Cuando la madre no se encuentra en condiciones para realizar el CPP, está la alternativa de realizarlo con el padre de la misma forma (3).



3.- RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN

Para la elaboración de este protocolo se llevó a cabo una revisión bibliográfica centrada en dos aspectos clave:

1. La identificación de guías de práctica clínica y protocolos publicados sobre el contacto piel con piel inmediato en partos vaginales y cesáreas.
2. La identificación de revisiones sistemáticas y estudios primarios publicados en este ámbito.

La metodología empleada consistió en una búsqueda exhaustiva de información en diferentes bases de datos como son: Tripdatabasa, Pubmed, Cochrane, Scielo, Dialnet, Revista Anales de Pediatría, y página del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se utilizó la búsqueda avanzada de términos en el tesauro DeCS y términos de libre disposición.

Las palabras clave utilizadas fueron: recién nacido (Newborn), contacto piel con piel (skin-to-skin), beneficios (benefits), lactancia Materna (breastfeeding) y parto por cesárea (cesarean birth). El algoritmo general de búsqueda utilizado para en esta revisión ha sido: (“Skin to skin” OR “Contacto piel con piel”) AND (“Newborn” OR “Recién nacido”) AND (“Benefits” OR “Beneficios”) AND (“Breastfeeding” OR Lactancia Materna).

Para completar la búsqueda e incorporar datos en lo referente a definiciones y datos estadísticos, se realizó una revisión en páginas webs como la de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otra parte, se completó la revisión de la literatura utilizando las referencias bibliográficas encontradas en las búsquedas previas.

Como resultado de este proceso de búsqueda, se resume a continuación la evidencia científica seleccionada:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), refiere que los recién nacidos tienen el derecho a una calidad de asistencia tanto en su nacimiento como en la lactancia. Surge, bajo este prisma, la implantación a nivel mundial del Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), que vela por promover estas premisas de la OMS-UNICEF.

En España, esta organización se denomina “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)”. En su documento “Diez pasos para una lactancia natural feliz” propone un decálogo de actuaciones sanitarias para conseguir el éxito de la lactancia. El paso número 4 reivindica la necesidad de “colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento al menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario” (4,6,7).



La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) refuerza, igualmente, en su guía para la lactancia materna el efecto sobre ésta del CPP iniciado en los primeros 10 minutos tras el parto y mantenido durante al menos 20 minutos (nivel de evidencia II-2). Conforme a esta guía, esta práctica aumentaría la duración y la exclusividad de la lactancia materna, especialmente si se combina con prácticas de alojamiento conjunto (4).

La guía de práctica clínica (GPC) de la NICE, actualizada en 2012, recoge distintas evidencias (8-11, 13, 14), incluida una revisión Cochrane de 2007 y dos ensayos clínicos aleatorizados, que vienen a coincidir en que el CPP tras el parto tiene beneficios sobre la lactancia materna, y recomienda que las mujeres hagan CPP con su recién nacido tan pronto como sea posible tras el parto, evitando la separación durante la primera hora para procedimientos rutinarios (4).

La guía de la Perinatal Services British Columbia (PSBC) (15), además de lo anterior, incluye dos estudios observacionales (16-17) que muestran que, durante la primera hora tras el parto, los recién nacidos están alerta y su reflejo de succión es intenso.

Por tanto, recomienda colocar al recién nacido en CPP con la madre tras el nacimiento para que tenga acceso directo al pecho, manteniendo éste hasta la finalización de la primera toma.

La guía de práctica clínica del parto normal del SNS (18) recoge la evidencia de otra guía (19), la misma revisión Cochrane (13) y un ensayo clínico de buena calidad (20). Coincide en recomendar que las mujeres mantengan a su recién nacido en CPP inmediatamente después del nacimiento, evitándose la separación dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma.

La actualización de 2012 de la revisión Cochrane concluye que el CPP precoz es beneficioso para la lactancia materna, aunque la evidencia es insuficiente en relación con la iniciación, duración y técnica más adecuada (4).

Diversos estudios recopilados en un metaanálisis han estudiado el aumento que se produce en la duración la lactancia materna cuando se pone al niño en CPP inmediato. En comparación con la separación, existe un aumento en la probabilidad de que se continúe amamantando a partir de 1 a 4 meses de edad. También se tuvo en cuenta el tiempo en días, para lo cual hubo diferencias estadísticamente significativas de que se continuaría amamantando en un plazo superior a 64 días (2).

En cuanto a los partos por cesárea, el paso 4 de la IHAN (9) recomienda la práctica rutinaria del CPP precoz igualmente en el parto por cesárea. Por su parte, la guía NICE (8) sugiere ofrecer apoyo con la colocación del recién nacido para proteger la cicatriz abdominal.

El contacto piel con piel se recoge también como una actividad recomendada en las siguientes guías y documentos de estándares:



- Cuidados en el parto normal: una guía práctica. OMS, 1996. Práctica de categoría A (prácticas claramente útiles y que debieran ser promovidas).
- Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005.
- Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, 2007.
- Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso de la FAME, 2007.
- Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto Normal. SEGO, 2007.
- Buenas Prácticas en Atención Perinatal. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2008.
- Respeto a las preferencias de la mujer enmarcadas en el Plan de parto y Nacimiento que ella decida. “Plan de Parto y Nacimiento”; Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2009.
- Recomendaciones para el cuidado y atención del Recién Nacido de bajo riesgo en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Comisión de estándares de la Sociedad Española de Neonatología. 2009.
- Cuidados desde el Nacimiento. Guía del Ministerio de Sanidad, 2010.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco- OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP).
- La Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Además, la no separación madre-hijo/a es un derecho recogido en:

- La Declaración conjunta OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia materna (1989).
- La Declaración de Inocente (1990).
- La Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la madre y del recién nacido (2001).
- Ley 12/2018, de 20 de noviembre, de modificación de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia

Por tanto, habida cuenta de la amplia evidencia que respalda el CPP y el marco legal que lo ampara, es una cuestión primordial el desarrollar estrategias a nivel de nuestra Región que velen por su cumplimiento. La misión de que todos los bebés nacidos en la Región de Murcia, independientemente de si lo hacen por parto vaginal o por cesárea, no sean separados de su madre y disfruten de su derecho a ser mantenidos en CPP justifica la necesidad este documento de consenso.



4.- BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA PRÁCTICA DEL CPP

La práctica del CPP ofrece grandes beneficios a corto y largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido. Estos beneficios los podemos estructurar en relacionados con la lactancia, físicos, y psíquicos-emocionales (27).

El CPP tiene un impacto muy relevante sobre la lactancia materna, favoreciendo los reflejos implicados en ella. Autores como Madero (2016) (29) han documentado mediante fotografías como el recién nacido atraviesa 9 fases instintivas después del parto. Nada más nacer, desarrolla una fase de llanto, que se sigue de una fase de relajación e inmovilidad de 1-2 minutos de duración. A continuación, el bebé aumenta su actividad, abre los ojos y comienza movimientos de succión (a los 10 minutos aproximadamente). Sobre el minuto 20, presenta la fase de familiarización, en la que se agarra al vientre de la madre y trepa hasta acariciar el pezón. Es importante respetar los instintos del bebé y permitir que consiga el agarre al pecho de forma espontánea y no forzarlo. Una vez logrado el enganche, pasará a una fase de sueño, fruto del gran esfuerzo realizado (28).

Al margen de los reflejos del recién nacido, durante el CPP se produce una estimulación de la eyeción de calostro y un incremento de la temperatura de la piel de las mamas. El estímulo táctil y olfatorio que ofrece la piel de la madre brinda confort y disminuye la presencia de dolor (30). En la revisión sistemática de Moore ER (15) y en distintas guías de práctica clínica sobre lactancia (16) se refiere que los recién nacidos que no realizan el CPP presentan mayores dificultades e inician la lactancia materna más tarde.

En lo referente a los beneficios físicos, el CPP permite que el recién nacido tenga una mejor termorregulación. Dentro del vientre materno, el feto presenta una gran estabilidad térmica y el momento del nacimiento provoca un descenso en su temperatura corporal (29). Distintos autores como Beiranvand, Valizadeh, Hosseinabadi y Pournia (2014), han llegado a la conclusión de que, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas, al mantener al recién nacido en CPP se produce una vasodilatación cutánea que conlleva un aumento de su temperatura corporal previniendo la hipotermia (29).

El CPP también se ha asociado con una mayor estabilidad cardiorrespiratoria. Dentro de la revisión sistemática de Moore y col. (2016), se recoge este beneficio en base al análisis de los patrones de frecuencia cardíaca y respiratoria, así como de la saturación de oxígeno del recién nacido (2). Igualmente, se ha demostrado que el CPP se asocia con un aumento de glucosa de unos 10 mg/dl en los siguientes 75-90 minutos, reduciendo el riesgo de hipoglucemia neonatal (2,5). Finalmente, el CPP favorece que el recién nacido se colonice por una microbiota más adecuada en el paso de la



vida intrauterina a la extrauterina, ya que se prolonga la exposición a la flora bacteriana normal de la madre. Este aspecto tiene un impacto muy relevante sobre el desarrollo inmune del bebé y su capacidad de protegerse ante las infecciones (28,30).

En cuanto a la madre, Martínez-Martínez T. y Col. (2014) documentaron en su estudio (30) que durante el CPP se produce un aumento en la liberación de oxitocina endógena. De esta forma, aumenta la contractibilidad uterina, se favorece su involución y se reduce la hemorragia posparto. Además, se ha evidenciado menor nivel de dolor en las madres que experimentan el CPP.

La práctica del CPP también ha demostrado beneficios psicológicos y emocionales. Raies expone en su artículo (23) cómo los bebés perciben un entorno más seguro durante el CPP. Durante la gestación han sentido un entorno confortable y el proceso del parto genera una situación de estrés. En contacto con el pecho materno, se sienten más cómodos, proyectan una mayor afectividad positiva y disfrutan de una relajación total que aumenta su nivel de sueño. Todas estas hipótesis se han comprobado documentando una disminución del llanto y del cortisol en saliva en los bebés que realizaban el CPP (22).

Lucchini Raies (2012) llega a la conclusión de que esta mejor adaptación a la vida extrauterina permite una mejor autorregulación en el neonato. Estos aspectos influirán en patrones de comportamiento futuro como puede ser una mejor canalización del estrés (22). Además, propicia una mejor maduración del sistema nervioso, ya que las puntuaciones de desarrollo psicomotor y mental a los 6 meses son mayores en los lactantes en los que practicó el CPP (22). En una revisión Cochrane se introduce el término “estrés tóxico” que alude al estado que padece el recién nacido durante las primeras horas tras el nacimiento al no haber tenido contacto íntimo con su madre y las implicaciones posteriores que acarrea en su desarrollo (32).

No debemos olvidar el impacto emocional que el CPP tiene sobre la madre y el vínculo afectivo con su hijo/hija. Se ha demostrado que con el contacto precoz se reduce la ansiedad materna y se incrementa la receptividad social. Esto es de gran relevancia, dado que la ansiedad materna se encuentra muy relacionada con el riesgo de que ésta sufra depresión posparto (30). Como refleja Martínez-Martínez (2014) en su estudio, las madres quieren que el parto sea un proceso más humanizado, para que se pueda explotar al máximo los sentimientos de amor, confianza y seguridad (30).



5.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN PARTOS VAGINALES

El lugar de realización del CPP será en la sala de dilatación-paritorio pudiéndose extender, según condiciones locales, a la sala de recuperación de madres habilitada en algunas maternidades. El entorno deberá ser lo más íntimo posible, favoreciendo la confianza y la privacidad de la mujer. Se ha de iniciar de forma inmediata tras el nacimiento y mantenerlo, como mínimo, durante los primeros 50 minutos de forma ininterrumpida hasta que finalice el periodo de alerta tranquila. Además, se ha de evitar la separación de su recién nacido hasta que haya finalizado la primera toma de pecho, si la madre tiene decidido amamantar.

Recursos humanos

Este procedimiento implica a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios relacionados con la asistencia al parto y al nacimiento en las unidades de paritorio de las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia. Se incluyen:

- Auxiliares de enfermería
- Matronas
- Neonatólogos
- Ginecólogos y obstetras
- Médicos y enfermeras internos residentes de las distintas especialidades relacionadas.
- Celadores.

Además, la pareja o acompañante de la mujer en el parto juega un papel fundamental en el procedimiento, colaborando en la supervisión.

Recursos materiales

- Paños calientes
- Toallas
- Gorro
- Pañal (opcional)
- Identificación del recién nacido (pinza, pulsera, etc)
- Registro electrónico en los formularios de Selene correspondientes.



Información previa a los progenitores

Los progenitores deben recibir información previamente al parto, por medio de la matrona de atención primaria y/o las consultas de obstetricia. Deben conocer su derecho a realizar CPP y de la importancia de tener un acompañante durante todo el periodo del posparto inmediato. Además, la información debe incluir:

- Los beneficios que ofrece el CPP
- La conveniencia de contar con un acompañante durante su realización. La madre puede estar excesivamente cansada y es necesario que esta persona vigile atentamente en este delicado periodo, prestando atención al bienestar de la madre y el recién nacido.
- La importancia de estar dedicados de forma exclusiva al CPP durante su ejecución.
- La correcta posición del recién nacido durante el CPP, asegurándose de la boca y nariz del bebé no se obstruyan durante el procedimiento.
- Cómo identificar los signos de alarma y asegurarse de que son atendidos (ver apartado 7)

Procedimiento

- El procedimiento comienza durante el trabajo de parto de la mujer. En el periodo de dilatación, hay que revisar la historia clínica de la gestante y comprobar que no hay factores que contraindiquen el CPP (ver apartado 6). En caso de ser así, la matrona ha de informar a la madre y/o su acompañante. Es recomendable registrar, a través de una nota en la historia clínica, el motivo por el que no se realiza el CPP.
- Se debe verificar durante el periodo de dilatación que la madre está correctamente informada sobre el CPP, conforme a lo expuesto anteriormente. Se aprovechará para aclarar las dudas y responder a las necesidades individuales de cada mujer, respetando su decisión.
- Se debe evitar la pérdida de calor del bebé. Con este fin, el paritorio deberá permanecer a una temperatura adecuada (22-24 °C) y se mantendrá la puerta del paritorio cerrada. Así mismo, hay que conservar los paños, toallas, gorros y pañales calientes en la cuna térmica del paritorio.
- La privacidad durante el CPP es un aspecto esencial. Para esto, el ambiente deberá ser cálido, silencioso y con poca luz. El número de profesionales deberá restringirse al estrictamente necesario. La presencia de estudiantes u otras presencias con fin docente deberán contar con el consentimiento de la madre y su acompañante.



- En los últimos minutos del expulsivo, se invitará a la madre que se descubra el abdomen y el pecho, ayudándola si lo necesita y cubriéndola con un paño caliente.
- Nada más nacer el bebé, se colocará a este directamente sobre la piel de su madre. Se le secará el dorso con un paño precalentado (sin secar las manos), comprobando que tiene un buen tono muscular (actitud en flexión) y que respira sin dificultad con buenos movimientos torácicos. Finalmente, se retirará el paño empleado para secar al bebé y se cubrirá a ambos con toallas secas y calientes, que no sobrepasaran los hombros del bebé para favorecer el contacto visual. Es opcional que el recién nacido esté desnudo o que se le ponga pañal y gorro.



- La madre deberá ser colocada en una postura cómoda semiincorporada, con un ángulo aproximado de 45 °, en posición supina, abrazando a su hijo. El recién nacido se posicionará con las extremidades abiertas y flexionadas. La cabeza se mantendrá ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello. Es importante favorecer el contacto visual entre la madre y su hijo/hija y animar a la madre a interaccionar con su bebé tocándolo y acariciándolo.





- El pinzamiento del cordón ha de demorarse al menos dos minutos o hasta que deje de latir, ya que ha demostrado reportar (nivel de evidencia I) importantes beneficios sobre el recién nacido. Es importante tener en cuenta el deseo de los padres de que se realice la donación de sangre de cordón. En este caso, se realizará según los protocolos de cada centro, verificando que los padres están informados sobre la necesidad de hacer un pinzamiento precoz en este supuesto.
- Los procedimientos que sea necesario realizar sobre el recién nacido en estos primeros momentos (colocar la pinza del cordón, poner el pañal si así se desea, realizar el test de Apgar, etc) se llevarán a cabo con el bebé sobre su madre, sin interrumpir el CPP. Si está indicado el control de glucemia capilar, éste se realizará sin alterar el CPP. No está indicada la realización rutinaria de lavado gástrico ni el paso de sondas por vía nasal o rectal. La somatometría del recién nacido y la administración de la profilaxis ocular y de vitamina K, así como cualquier otro procedimiento de ese tipo, se demorarán hasta que madre y recién nacido se encuentren en la unidad de hospitalización y tras haber realizado una toma correcta.
- El CPP no debe interferir en la realización del alumbramiento dirigido. Dado que el CPP y el amamantamiento han demostrado efecto analgésico, las maniobras que conlleven dolor deben realizarse, siempre que se pueda y la madre quiera, estando el bebé en contacto íntimo con su madre.
- Recoger la sangre del cordón umbilical para el grupo y Rh del recién nacido, gases arteriales y venosos, e identificación del bebé según el procedimiento habitual.
- Vigilar en todo momento el bienestar de la madre y del recién nacido (ver apartado 7).
- Si la madre tiene decidido amamantar, se favorecerá el primer enganche durante el CPP. Se debe propiciar que esto ocurra de forma espontánea, sin forzarlo, teniendo en cuenta que requiere tiempo (un mínimo de 50 minutos y hasta los 120 que madre y recién nacido permanecen en paritorio). La forma idónea es dejar que el recién nacido repte hacia el pecho y ponga en marcha los reflejos de arraigo (succión del puño, búsqueda, lametadas, etc). Se puede facilitar el acceso al pecho, pero es importante dejar que realice el agarre espontáneo. Solo se debe ayudar al agarre correcto, si se estima oportuno, a partir de la hora del CPP para propiciar una toma correcta en paritorio.





- Los cuidados referentes al CPP en paritorio serán cumplimentados por la matrona en el formulario “NEONATO” de la historia clínica electrónica del recién nacido. En caso de que se deba interrumpir el CPP por complicaciones del estado del recién nacido o de la madre, u otro motivo, deberá registrarse, igualmente, mediante una nota clínica en la historia electrónica, especificando la persona que toma la decisión y el motivo.
- Si el CPP no puede realizarse por circunstancias maternas, se animará a la pareja o persona acompañante a que lo realice en su lugar.

El traslado de la madre y su bebé a la planta de maternidad se realizará, previo relevo telefónico conforme a las siguientes premisas:

- La cabecera de la cama tendrá que estar incorporada.
- El recién nacido permanecerá desnudo y en CPP sobre el pecho de su madre. Ambos estarán cubiertos por un paño, toalla o ropa de cama, dejando siempre al descubierto la cabeza del bebé.
- Garantizar que se sigue manteniendo el contacto visual entre ambos.
- Vigilar durante el traslado el bienestar del recién nacido.

6.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN PARTOS POR CESÁREA

El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años, situándose en la Región de Murcia en torno al 24% de los nacimientos, muy por encima del 10-15% recomendado por instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Además del aumento del gasto sanitario derivado de una cesárea, se han estudiado los costes colaterales que entraña en cuanto a morbilidad materna y fetal, y sobre la lactancia materna.

La cesárea interrumpe la transición normal del recién nacido, ya que implica unas condiciones físicas y bioquímicas especiales que pueden entorpecer el proceso de adaptación a la vida extrauterina. De esta forma, se ha documentado una peor regulación térmica, un aumento de probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria o incluso hipoglucemias. Los bebés se muestran menos alerta y receptivos durante las primeras horas de vida debido a una menor estimulación del sistema nervioso simpático y al efecto de la medicación administrada a la madre. Todos estos efectos son más prevalentes cuanto menor es la edad gestacional. (41,42)



La tasa de complicaciones maternas es mayor en las cesáreas que en los partos vaginales, con peor recuperación, más dolor y cansancio. Se ha documentado una menor concentración de oxitocina, adrenalina y noradrenalina, lo que enlentece el restablecimiento materno y el inicio del vínculo con su hijo/hija. El vínculo también puede verse afectado por otros aspectos como son una peor vivencia del parto y un mayor riesgo de depresión posparto (42).

Además de la menor producción de oxitocina, las cesáreas también asocian una menor producción de prolactina lo que, sumado a las alteraciones físicas y psicológicas comentadas, hacen que la cesárea represente un riesgo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Además, las alteraciones que padece el recién nacido hacen que se perturbe su capacidad para desarrollar el reconocimiento al olor materno. Es por esto que, los nacidos por cesárea y puestos en CPP con sus madres tardan una hora más en iniciar la toma al pecho que los que nacen por vía vaginal. El cese precoz de la lactancia materna es superior en los nacimientos por cesárea (especialmente en las urgentes, aunque también en las programadas) que en los partos vaginales (43).

Por todo esto, cobra especial relevancia el objetivo de evitar la separación del bebé de la madre en las cesáreas, circunstancia que agregaría un daño adicional a lo antes comentado. A la vista de la evidencia científica y de los beneficios del CPP, resulta necesario “humanizar” el nacimiento para que sea compartido por la madre, su pareja y el recién nacido como el momento único que es. Tratar de minimizar los efectos de la cirugía, siempre que la situación lo permita, e intentar que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vaginal han de ser elementos de referencia en las actuaciones sanitarias.

Contraindicaciones médicas y limitaciones al CPP en las cesáreas

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en el quirófano y también en la sala de reanimación, siempre bajo la colaboración y formación del personal a cargo. No obstante, se han señalado clásicamente ciertas barreras que dificultan la implantación del CPP en este escenario y que merece la pena rebatir:

- *El quirófano es un lugar aséptico y CPP podría comprometer la esterilidad.* No se han encontrado estudios que demuestren que la realización del CPP aumente el riesgo de infecciones dentro del quirófano.
- *El quirófano se reconoce como un lugar frío que entraña riesgo de hipotermia en el recién nacido.* Se ha demostrado que, realizando el procedimiento de forma adecuada, es posible una temperatura igual entre los bebés nacidos por cesárea independientemente de si se practica el CPP o si son desvinculados de la madre (29).



- *La cesárea es una cirugía mayor que puede tener complicaciones. La colocación del niño sobre el pecho de la madre puede modificar el campo quirúrgico y afectar la esterilidad de este.* Se ha comprobado que el CPP no afecta a la infección de la herida quirúrgica. Los resultados obtenidos en un estudio demuestran que, no solo no aumenta el riesgo de esta complicación, sino que se mantiene el descenso progresivo de las mismas durante los años objeto de estudio (58). Para esto, es pertinente que el procedimiento sea realizado tal y como se describe a continuación en este apartado (38).
- *El recién nacido requiere una vigilancia y no está definido quién es el profesional responsable de valorar la adecuada transición en las cesáreas.* Muchos profesionales sanitarios ven a la mujer más como a una paciente quirúrgica que como a una madre. Afortunadamente, esta tendencia está cambiado y como se detalla en el apartado 7, el equipo multidisciplinar se articula para garantizar la seguridad en el CPP.
- *Los profesionales que realizan el cuidado de la madre en la sala de reanimación no suelen tener formación en lactancia.* La vigilancia del recién nacido se interpreta como un riesgo o sobrecarga de trabajo. Además, la presencia de otros pacientes con enfermedades de tipo infeccioso se identifica como una situación de riesgo para el recién nacido. En este punto es fundamental la creación de este protocolo regional de CPP, con la finalidad de servir como referencia para la buena praxis profesional en este sentido. La atención materno infantil debe estar garantizada sin prejuicios infundados.

Así pues, aunque la cesárea en si misma no supone una contraindicación para realizar el CPP, hay algunas situaciones en las que, sin embargo, esta práctica estaría desaconsejada:

- Deseo expreso de las madres de no realizar CPP.
- Situaciones de riesgo social
- Nivel de conciencia materno disminuido debido a la administración de anestesia general, medicación sedante u otras causas.
- Inestabilidad hemodinámica materna. Los signos clínicos que definen esta situación se resumen en la siguiente tabla (43):



Tensión arterial sistólica (mm Hg)	< 90 o > 160
Tensión arterial diastólica (mm Hg)	> 100
Frecuencia cardíaca (por minuto)	< 50 o > 120
Frecuencia respiratoria (por minuto)	< 10 o > 30
Saturación O ₂	< 95
Diuresis (ml/h)	< 35
Agitación, confusión, no respuesta a estímulos, preeclampsia con cefalea intensa o dificultad respiratoria.	

- Casos de fiebre materna intraparto en los que se requiera vigilancia estrecha de la madre.
- Tuberculosis pulmonar materna activa.
- Recién nacido que precisa ingreso o estabilización inicial por parte de Pediatría. Ejemplos de esto serían un Apgar al minuto ≤ 7 , distrés respiratorio, depresión neurológica, malformaciones congénitas con riesgo vital o prematuridad, según el caso.
- La duración larga del parto y el cansancio materno son circunstancias que dificultan la realización del CPP, pero no son contraindicaciones por si solas.

Aunque el objetivo inicial es mantener el CPP todo el tiempo que reste la intervención de forma continuada, si la situación de la madre o del recién nacido deja de ser la idónea, se interrumpe el CPP para una adecuada valoración y tratamiento por el equipo médico hasta que ambos recuperen las condiciones clínicas pertinentes. La decisión última de la realización del CPP dependerá de la valoración conjunta de madre e hijo por el equipo constituido por obstetra, anestesiólogo y pediatra (42).

Ámbito de aplicación

El CPP se llevará a cabo en el área de paritorio, quirófano, unidad de recuperación post-anestésica (URPA) y en las unidades de hospitalización materno-infantil. Serán subsidiarios de él tanto las cesáreas programadas como las urgentes realizadas bajo anestesia regional. Se ha de iniciar de forma inmediata tras el nacimiento y mantenerlo durante la parte restante de la intervención. Una vez finalizada la intervención, se continuará en la URPA asignada a la madre, como mínimo, durante los primeros 50 minutos de forma ininterrumpida hasta que finalice el periodo de alerta tranquila. Además, se ha de evitar la separación de la madre y su recién nacido hasta que haya finalizado la primera toma de pecho, si la madre tiene decidido amamantar.



Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos y materiales son los mismos que se han expuesto para los partos vaginales, añadiendo la figura del anestesiólogo que juega un papel fundamental en el procedimiento verificando el bienestar de la madre.

La información que se debe proporcionar a los progenitores es común a la detallada en los partos vaginales, incluyendo las particularidades que representa el parto por cesárea.

Procedimiento

- A continuación, se detallan las particularidades del procedimiento en los partos por cesárea, añadidas al procedimiento en los partos vaginales.
- El arco de separación se colocará con la previsión de que quede espacio suficiente para que la madre pueda coger al niño durante la intervención.
- Durante la cirugía, la madre será monitorizada con los equipos estipulados. Se intentará, siempre que sea posible, dejar el tórax libre para que, durante el CPP, no incomoden al recién nacido ni se vea interferida la medición de constantes. Para esto, lo ideal es colocar los electrodos del electrocardiograma en la espalda y el manguito de presión arterial en la pierna. La vía venosa y la necesidad de sujeciones también pueden dificultar que la mujer abrace y sostenga a su hijo, por lo que se debe tener en consideración y minimizar en medida de lo posible.





- Una vez se produzca el nacimiento, el anestesiólogo confirmará verbalmente el estado materno adecuado para llevar a cabo el CPP.
- El bebé se colocará directamente sobre la madre al nacer y será valorado por el pediatra en CPP, siempre que sea posible. La posición más cómoda para el CPP en estos casos es con el recién nacido ligeramente cruzado entre los pechos, de forma que no resbale hacia el cuello de la madre.
- La matrona responsable velará por el bienestar del bebé y atenderá a las necesidades de la madre.

Cuidado piel con piel en la sala de reanimación posquirúrgica

El CPP debe continuarse durante la recuperación de la madre, una vez finalizada la intervención. Será en este periodo, en muchos casos, en los que el recién nacido realice la primera toma de pecho. Por tanto, es fundamental que el personal a cargo de la madre y recién nacido conozca este protocolo y pueda ayudar en este inicio de la lactancia. El procedimiento es el descrito para el CPP en los partos vaginales.

El contacto piel con piel no exime del control exhaustivo del recién nacido y su madre por parte de el personal responsable del cuidado durante el tiempo que permanecen en el quirófano y sala de recuperación postquirúrgica.



Una vez que la madre esté en condiciones para ser transferida a la planta de maternidad, el traslado se hará siguiendo las condiciones que se detallan en el apartado de CPP en partos vaginales.



Cuidado piel con piel con un acompañante

Si por causas médicas, o expreso deseo materno, no puede realizarse el CPP con la madre, éste puede realizarse con la pareja. El papel de la pareja como proveedor de CPP tras el parto ha demostrado tener numerosos beneficios para el recién nacido. Puede hacer todo lo que hace la madre, menos amamantar.

La pareja puede iniciar el CPP teniendo al recién nacido sobre su pecho, sustituyendo a la madre en las primeras horas de vida hasta su recuperación. De esta forma, el recién nacido disfrutará de los beneficios antes comentados: regulará su temperatura, disminuirá su llanto y le facilitará el inicio de la lactancia materna cuando la madre pueda.



El CPP con la pareja se realizará en el lugar asignado para tal fin en el paritorio o la sala de reanimación neonatal. Cuando el recién nacido nazca, será trasladado hasta ahí por la matrona, junto con la pareja. Se le invitará a dejar su pecho descubierto y la matrona o auxiliar de enfermería le colocará el bebé de forma similar a lo explicado para el CPP con la madre. Se le explicará a la pareja la técnica, las precauciones y los signos de alarma que debe vigilar y comunicar.

En caso de que la pareja no esté presente, está la alternativa de que lo realice una persona cercana, que tenga un mínimo de 16 años y que haya sido designada y autorizada por la madre.



7.- SEGURIDAD DURANTE EL CUIDADO PIEL CON PIEL

La adaptación del recién nacido a la vida fuera del útero se conoce como “periodo de transición” e implica una adaptación a la respiración, así como cambios en la circulación sanguínea. En los últimos años, de forma paralela a la implantación generalizada en paritorios y maternidades del CPP, algunos autores han alertado sobre el incremento de un raro evento adverso potencialmente mortal, conocido como colapso neonatal súbito inesperado (CN). Aunque la causa aún se desconoce, parece estar muy relacionado con la práctica del CPP en condiciones inseguras. Los recién nacidos que lo padecen fallecen en el 50% de los casos, y la mitad de los que sobreviven lo hacen con secuelas neurológicas.

El CN comprende, según la Asociación Británica de Medicina Perinatal (49), a aquellos recién nacidos sanos de más de 35 semanas de edad gestacional, con una puntuación de Apgar normal a los 5 minutos, que sufren un deterioro cardiorrespiratorio súbito e inesperado dentro de la primera semana de vida. Este deterioro hace que requieran medidas de reanimación (al menos ventilación con presión positiva intermitente) y que posteriormente ingresen en cuidados intensivos o desarrolla una encefalopatía hipóxico- isquémica secundaria o fallezcan. Algunos autores restringen esta definición a los recién nacidos a término o a los casos que se producen en las primeras 24-72 horas.

La incidencia estimada del CN es muy variable, desde 1.6 hasta 133 casos por cada 100.000 recién nacidos según las series consultadas. Es probable que la incidencia real esté infraestimada. Aparte de que no existe una definición consensuada, esto es mayormente debido a que muchos casos menos graves no se registran por no ingresar el bebé finalmente en la unidad neonatal. Además, no existe un código asociado al término CN en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), lo que limita establecer un registro preciso. En muchas ocasiones se codifica bajo otros términos como “sofocación mecánica”, “sofocación accidental” o “muerte súbita e inesperada del lactante”.

Factores de riesgo del colapso neonatal

Los trabajos publicados sobre CN son escasos y generalmente son estudios retrospectivos basados en series de casos. La revisión más amplia al respecto fue la realizada por Herlenius y Kuhn en 2013, con casi 400 casos de colapso neonatal recopilados de un total de 26 publicaciones. A partir de esta revisión y de otros trabajos publicados, se ha observado que la mayoría de los colapsos suceden cuando se dan una o varias de las siguientes circunstancias:

- Durante las dos primeras horas de vida, durante la toma al pecho.



- Madres primíparas en posición de litotomía.
- Recién nacido en prono, durante el contacto piel con piel o mientras realiza colecho.
- Madre y bebé no supervisados por el personal sanitario en la sala de partos.
- Madre exhausta o sedada.
- Distracciones durante el CPP o durante la realización de la toma. En una revisión sueca (54), 3 de los 26 casos analizados sucedieron mientras la madre estaba usando el teléfono móvil.
- Nocturnidad: en la única serie española, publicada en 2011 (56), se encontró que el 75% de los casos se produjeron durante el turno de noche (de 22 a 8h), probablemente en relación con una menor vigilancia.
- Partos distólicos o prolongados
- Neonatos que precisan medidas iniciales de estabilización en paritorio con respuesta favorable a estas.
- Madres obesas.

A nivel regional, la Sección de neonatología del HCUVA realizó una revisión (liderada por el Dr. Juan Agüera) de 4 casos próximos en el tiempo en los que el CN se produjo en las primeras 3 horas de vida. Analizando los posibles factores de riesgo, se encontró que todos los casos se dieron en madres primíparas que se encontraban realizando CPP, 3 de ellos a partir de las 22:00 horas de la noche o durante la madrugada. Por otra parte, los 4 nacimientos fueron distólicos y/o prolongados, aunque sin datos de sufrimiento fetal agudo. En cuanto a los resultados neonatales, 2 de los 4 casos fueron éxitus, uno sufrió una encefalopatía hipóxico-isquémica y sólo en un neonato fue dado de alta con normalidad clínica neurológica. En base a esta información, desarrollaron un modelo de puntuación con el objetivo de identificar a aquellos recién nacidos con mayor riesgo de sufrir un CN (anexo 1).

Es importante señalar que, aunque las dos primeras horas de vida es un período de riesgo crítico, ese riesgo persiste más allá de ese período, produciéndose más de dos tercios de los casos en las primeras 72 horas y el resto de los casos del tercero al séptimo día.

Medidas para prevenir el colapso neonatal

La medida más recomendada por los diferentes autores es la vigilancia discreta, pero continua, del recién nacido durante sus primeros días de vida, especialmente durante las primeras horas. Disponer de personal entrenado suficiente resulta primordial y las dificultades que se puedan plantear durante la noche o los períodos de mayor presión asistencial no deben ser infravaloradas,



sino consideradas clave para minimizar los casos de CN en cada centro. La vigilancia continua se centrará, fundamentalmente, en garantizar la seguridad durante la realización del CPP y en la instauración de la lactancia en paritorio y maternidad. Así mismo, es muy importante recomendar la postura en supino del neonato durante el sueño.

Instruir tanto a la madre como al acompañante es un aspecto de especial relevancia en la prevención del CN. Como se ha señalado previamente (apartado 5), ambos deben ser informados con antelación sobre la práctica segura del CPP durante el seguimiento de la gestación en atención primaria y/o consultas de obstetricia. Deben ser conscientes de la importancia de dedicarse en exclusiva y sin entretenimientos al CPP. Además, la información debe permitirles comprobar el bienestar del recién nacido y detectar los signos de alarma para solicitar ayuda al personal sanitario. A continuación, se detallan los puntos más relevantes:

- La cabeza del niño debe estar ligeramente extendida y orientada hacia un lado para que la boca y la nariz no se obstruyan.
- El recién nacido debe respirar de forma regular y sus labios estar sonrosados. Les debe alertar un cambio en la coloración de la piel o de los labios. No tiene importancia que las manos o los pies se muestren azulados.
- El bebé tiene que tener un tono muscular adecuado y no encontrarse flácido ni inmóvil.

Estos aspectos deben ser recordados durante el periodo de dilatación. Es recomendable exhibir información visual en los paritorios para que la tengan disponible. Como ejemplo, el anexo 2 muestra el cartel elaborado en el HGU Santa Lucía (elaborado por Montserrat Linares, matrona) y que está expuesto en cada paritorio y habitación de maternidad.

En lo que respecta a los profesionales, deben valorar previamente si las condiciones de la madre y bebé son las apropiadas para la realización del CPP, teniendo muy presentes los factores de riesgo que se han comentado y las contraindicaciones (apartado 6). Al inicio del CPP, habrán de verificar que la madre está semiincorporada (ángulo aproximado de 45 °), con la almohada bajo la cabeza, despierta y con capacidad de detectar los signos de alarma. Hay que garantizar que la madre siempre esté acompañada por su pareja u otra persona informada sobre la seguridad durante el CPP.

La vigilancia por parte de la madre y su acompañante no exime de la necesidad de un control estrecho por parte de los profesionales (matronas y enfermería de planta de maternidad). Así, deberán hacer evaluaciones a intervalos regulares durante las dos primeras horas. Se recomienda que éstas sean cada 10 minutos durante la primera hora y posteriormente cada 30 minutos hasta que sean trasladados a maternidad. Como se ha referido, la primera toma al pecho es un momento



de riesgo. Por tanto, se deberá vigilar de forma especial. Al margen de los signos de alarma comentados, Davanzo y col. (57) proponen un listado de verificación (anexo 3) que puede ser de utilidad en la sistematización de las evaluaciones del recién nacido durante el CPP.

Durante la estancia en maternidad, el control de la seguridad recaerá sobre las enfermeras/matronas de esta unidad. Este periodo no es menos importante, pues dos terceras partes de los CN suceden después de las dos primeras horas de vida. La práctica del colecho es controvertida y debe desaconsejarse, especialmente si la madre es obesa, muestra un cansancio excesivo, es fumadora o está bajo el efecto de medicación sedante. En los periodos en los que el bebé no esté en CPP o lactando, debe estar en una cuna anexa a la madre libre de objetos, sobre un colchón consistente (no blando), en posición de supino y con la cara descubierta de sábanas o mantas.

Monitorización y registro de eventos

Como se ha comentado, la falta de un registro preciso de los casos de CN es un problema generalizado en las maternidades. Con el fin de obtener información más estrecha de la incidencia de CN y los factores relacionados se ha diseñado un formulario específico de registro de los casos en Selene. La persona encargada de cumplimentarlo será el supervisor/supervisora de la unidad en la que se produzca el evento, siendo responsabilidad del personal implicado en el turno comunicar el caso y proporcionar la información necesaria para cumplimentar el formulario.



8.- BILIOGRAFÍA

1. Sanchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(4):349–361.
2. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11.
3. Ministerio de Sanidad y Política social 2010. Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
4. Registered Nurses Association of Ontario. Guía para la Lactancia Materna. Nursing Best Practice Guidelines [RNAO]. Toronto Canada. 2005
5. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8.
6. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Maternidad y Salud ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
7. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación 2011. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/>
8. NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en Febrero de 2015). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG37>.
9. IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentación-creditacion/hospitales/generales/00.Guia_detallada_hospital.pdf.
10. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2): CD003519.
11. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002; 91(12):1301-6.



12. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Recommendation for Guidance Executive Review of Clinical Guideline (CG37) - Postnatal care. 2012. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/cg37-postnatal-care-review-decision-march-2012>.
13. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (3): CD003519.
14. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. J Midwifery Womens Health. 2007 Apr 1; 52 (2): 116-25.
15. Perinatal Services BC. Health Promotion Guideline. Breastfeeding Healthy Term Infants. 2013 Feb.
16. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. Birth. 2001 Mar; 28 (1): 13-9.
17. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. J Hum Lact. 2010 May; 26(2): 130-7.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01.
19. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline. 2007.
20. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health. 2007 May; 52 (3): 262-72.
21. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 5: CD003519.
22. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Mar 23]; 21(4): 209-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962012000300007&lng=es.
23. Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. Transl Stroke Res. 2013 Apr;4 (2): 236-47.



24. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *Pediatrics*. 2016 Sep; 138 (3).
25. Stevens J, Schmied V, Urns E, Ahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014 Oct; 10 (4): 456-73.
26. Moran-Peters JA, Zauderer CR, Goldman S, Baierlein J, Smith AE. A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Cesarean Birth. *Nurs Womens Health*. 2014 Aug-Sep; 18 (4): 294-303.
27. Gázquez JJ, Molero MM, Pérez Fuentes MC, Simón MM, Barragán AB, Martos África. Perspectivas y Análisis de la Salud . Hospital La Inmaculada (España); 2016, ISBN 978-84- 617- 5568- 4, págs. 251-256. En: Oller Parra MT, Guijarro García PJ, Sánchez Fernández A. Beneficios del contacto precoz piel con piel del recién nacido con su madre.
28. Madero Nogueras Magdalena, Castro Menéndez Angélica, Rodríguez Castilla Francisco. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. Ene [Internet]. 2016 [citado 15 marzo 2017]; 10 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2016000200003&lng=es.
29. Beiranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Pournia Y. The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. *Int J Pediatr*. 2014.
30. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Mar 20]; 11 (2): 61-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200004&lng=es.
31. World Health Organization (WHO). Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>.
32. Bergman NJ. Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Research*. 2019;111: 1087–1109. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1530>
33. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
34. García May PK, Coronado Zarco IA, Valencia Contreras c, Nuñez Enríquez JC. Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatol Reprod Hum*. 2017;31(4):170-173



35. Zahra Karimi F, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2019;58: 1-9.
36. Karimi FZ, Hidarian Miri H, Salehian M, Khadivzadeh T, Bahshi M. The Effect of Mother-Infant Skin to Skin Contact after Birth on Third Stage of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2019; 48(4): 612-620.
37. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
38. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
39. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la mujer y del Sistema nacional de salud. Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [Monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso abril de 2008]. Disponible en: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf.
40. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 41.
41. Costa Romero M, Lalaguna Mallada , Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*. 2019; Vol. 93; 19 de febrero e1-e10.
42. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2017. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
43. Mhyre JM, D’Oria R, Hameed AB, et al. The maternal early warning criteria: A proposal from the national partnership for maternal safety. *Obstet Gynecol* 2014; 124:782.
44. Cinquetti M1, Colombari AM, Battisti E et al. The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. *Pediatr Med Chir*. 2019 May 22;41(1). doi: 10.4081/pmc.2019.207)



45. Flores B, Hernández M, Gómez A, Lalaguna P, Canduela V, Álvarez J, et al. Guía detallada para la aplicación paso por paso. OMS UNICEF Hospitales IHAN España 2010.[acceso 21 enero 2014]. Disponible en https://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2_Guia_detallada_hospital.pdf
46. Rengel C, Labajos M. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. Artículo original Enferm Docente - Esp-. 2011; (94): 8-15.
47. Pallás Alonso CR, Rodríguez López J; Comité de Estándares de Sociedad Española de Neonatología. Factors associated with the safety of early skin-to-skin contact after delivery. An Pediatr (Barc). 2014 Apr;80(4):203-5.
48. Association for Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for the Healthy Term Newborn After Birth: AWHONN Practice Brief Number 5. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016 Nov - Dec;45(6):842-844.
49. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. Matern Child Nutr. 2014 Oct;10(4):456-73.
50. Feldman-Winter L, Goldsmith JP; Comitee on fetus and newborn; task force on sudden infant death syndrome. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. Pediatrics. 2016 Sep;138(3). pii: e20161889.
51. Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. Transl Stroke Res. 2013 Apr;4(2):236-47.
52. Lutz TL, Elliott EJ, Jeffery HE. Sudden unexplained early neonatal death or collapse: a national surveillance study. Pediatr Res. 2016 Oct; 80(4):493-8.
53. Bass JL, Gartley T, Lyczkowski DA, Kleinman R. Trends in the Incidence of Sudden Unexpected Infant Death in the Newborn: 1995-2014. J Pediatr. 2018 May;196:104-108.
54. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. Acta Paediatr. 2013 Jul;102(7):680-8.
55. Gómez JR, Elorriaga IA, Fernández-Llebrez L, Fernández AP, Avellanal CU, Sierra CO. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel: incidencia y factores de riesgo. Prog Obstet Ginecol 2011;54:55-9.
56. Singh A, Guleria K, Vaid NB et al. Evaluation of maternal early obstetric warning system (MEOWS chart) as a predictor of obstetric morbidity: a prospective observational study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Dec;207:11-17.
57. Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G, Travani L, Inglese S, Brovedani P, Crocetta A, Calligaris C, Corubolo E, Dussich V, Verardi G, Causin E, Kennedy J, Marrazzo F, Strajn T, Sanesi C, Demarini S.



Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. J Hum Lact. 2015 Feb;31(1):47-52.

58. Barcenilla Domingo MJ, Ruiz Caballero M, Barragán García L. ¿El contacto piel con piel con la madre durante la cesárea aumenta el riesgo de infección de la herida quirúrgica? Matronas hoy. 2018; 6(3):18-25.

59. Balatero JS1, Spilker AF, McNiesh SG. Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth. MCN Am J Matern Child Nurs. 2019 May/Jun;44(3):137-143)



9.- ANEXOS

9.1.- ANEXO 1: Sistema de puntuación para la prevención del colapso neonatal en paritorio (HCUVA)

Factores de riesgo mayores	No	Si
Primípara	0	2
Madre exhausta y/o sedada	0	2 (plantear no piel con piel)
Protocolo piel con piel (prono o lateral)	0	2
Parto distóxico/prolongado o necesidad de RCP (VPP)	0	2
Prematuridad	0	2
Factores de riesgo menores		
Neonato con quejido y/o distrés leve	0	1
Obesidad materna (IMC>30)	0	1
Hora de parto entre las 22 -8 horas	0	1

Si puntuación ≥ 4 : Extremar la vigilancia por parte del personal sanitario (c/10 minutos máx) + información a la familia
Si puntuación ≥ 6 : Monitorización del neonato (no implicaría suspender el protocolo de piel con piel)
Si puntuación ≥ 8 : Plantear mantener monitorización en maternidad durante las primeras horas | Agüera J.J 2017



9.2.- ANEXO 2: Cartel informativo para madre y acompañante para la vigilancia del recién nacido durante el contacto piel con piel (HGUSL)

Servicio Murciano de Salud

CONTACTO PIEL CON PIEL. BENEFICIOS

- Regula la Temperatura corporal del Recién Nacido
- Regula la Glucemia Neonatal
- Mejora el inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna
- Aumenta la producción de leche
- Fortalece el vínculo Madre-Hijo
- Reduce el llanto

*Recomendado por la Asociación Española de Pediatría, Ministerio de Sanidad y otras guías clínicas

SEGURIDAD PARA EL CONTACTO PIEL CON PIEL

- ✓ Elevación del ángulo de la cama 45º para facilitar la respiración del bebé
- ✓ El bebé se encuentra pecho con pecho con madre/padre
- ✓ Se deben sentir los movimientos torácicos y la respiración
- ✓ Cara del Recién Nacido visible
- ✓ Nariz y boca descubiertos
- ✓ Cabeza inclinada y girada hacia un lado
- ✓ Cuello recto, no doblado
- ✓ Hombros rectos contra madre/padre
- ✓ La espalda se cubre con una manta
- ✓ Piel del bebé sonrosada y caliente
- ✓ No uso de teléfono ni redes sociales
- ✓ Madre y bebé supervisados por acompañante o personal de paritorio
- ✓ Si la madre se encuentra exhausta, el bebé hará piel con piel con el padre

**Pellat CR, Rodríguez J y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatalogía. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto piel con piel tras el parto. An Pediatr (Barc) 2014; 80 (4): 203-205.

MLA/D



9.3.- ANEXO 3: Listado de verificación para la sistematización de la vigilancia del recién nacido durante el CPP (Davanzo y col.)

Family Name _____ Name _____	Time after Birth				
Date of Birth _____ Hour of Birth _____	10 min ^a	30 min	60 min	90 min	120 min
Parameters to be Assessed or Events to be Registered					
1. Infant positioned with visible and unobstructed mouth and nose (Yes/No)					
2. Pink color (skin and/or mucous membranes) (Yes/No)					
3. Normal breathing (no retractions or grunting or flaring of the nares) (Yes/No)					
4. Normal respiratory rate: 30-60 breaths/min (Yes/No)					
5. Normal SpO ₂ : > 90% (if deemed necessary) (Yes/No)					
6. Subaxillary temperature at 60 and 120 minutes after birth (Normal range: 36.5°C-37.5°C)					
7. Mother never left alone with her infant (Yes/No)					
First breastfeeding attempt (time)					
Comments					

Health professionals are requested (1) to tick the appropriate boxes and/or make notes, and (2) to correct the risk factor, when detected. **Position:** Prone position of the newborn during skin-to-skin contact (SSC) should not prevent keeping airways free for adequate breathing. In particular, mouth/nose obstruction should be avoided. The health care professional should intervene to correct an abnormal position. **Color:** Areas to be examined are lips and tongue, which are usually unaffected by labor-related petechiae or bruising. Assess the presence of abnormal skin color: cyanotic or pale. **Breath:** Breathing pattern, respiratory rate, and amplitude of breaths are physiologically irregular in newborns. The presence of the following conditions will be assessed: (a) mouth or nose obstruction; (b) respiratory rates > 60 breaths/minute or < 30 breaths/minute; (c) apnea or dyspnea (flaring of the nares, grunting, or intercostal retractions). **Skin temperature:** Normal subaxillary temperature is 36.5°C-37.5°C. Assess particularly the presence of hypothermia (< 36.5°C). **Mother and infant should never be left alone:** Mother-infant SSC should be supervised periodically (at 30, 60, 90, and 120 minutes of life) by midwives. Presence of the father or another person should be guaranteed. The room should be adequately lit, so that the baby's skin color can be seen. Closer surveillance should be ensured to primiparous mothers. Should the mother appear fatigued, consider placing the infant in his or her own crib or having the father hold him or her. Emergency call procedures should be clearly explained to parents. If no surveillance can be provided and parents' reliability cannot be assessed, the safest option is to admit the newborn to the regular nursery. **Pulse oximetry:** This should not be measured routinely, but only if the infant shows some abnormal signs during surveillance or appears "unconvincing" to the observer. Normal oxygen saturation is > 90%.³³

^aAt 10 minutes after birth, evaluation by neonatologist (or midwife).