



PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL ÁREA DE PARTOS

GRUPO REDACTOR:

José Ramón de Miguel Sesmero
Lino Álvarez Granda
Pilar Crespo Martínez
Amaya Martín Fernández
Cristina Velasco Sisniega
Juan Manuel Odriozola Feu
Charo Quintana Pantaleón
Belén Martínez-Herrera Merino
Isabel de las Cuevas Terán
Paquita Gutiérrez Gutiérrez

FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2010

PALABRAS CLAVES:

Contacto piel con piel. Período de Adaptación a la Vida Extrauterina. Período de alerta tranquila en el Recién Nacido. Vínculo afectivo padres - Recién Nacido. Lactancia Materna.

DIBUJO DE PORTADA:

Rocío Menéndez García

INDICE

	Página
1. Justificación	4
2. Comportamiento del Recién Nacido durante el CPP	4
3. Beneficios del CPP para la madre y el Recién Nacido	4
4. Objetivo	5
5. Cuando realizar CPP. Requisitos.	5
6. Procedimiento para realizar CPP	5
7. Bibliografía	8
8. Anexo 1. Valoración del CPP y la primera toma	9
9. Anexo 2. Protocolo de Hipoglucemias.	10

1. JUSTIFICACIÓN

Se denomina contacto piel con piel precoz al contacto piel con piel (CPP), inmediato tras el parto, de la criatura recién nacida con su madre. Tradicionalmente, esta práctica ha proporcionado calor y alimento al recién nacido y ha permitido poner en marcha el proceso de vinculación, además de ser sumamente grata para la madre y tranquilizadora para el bebé.

El recién nacido presenta, después del parto, un periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea.

A la luz de las actuales evidencias, la separación de la madre y su criatura, que formaba parte de los cuidados rutinarios ofrecidos en las maternidades hospitalarias, debe de ser sustituida, por la recomendación de facilitar a las madres y recién nacidos sanos el contacto piel con piel INMEDIATO, SIN INTERRUPCIONES y MANTENIDO durante 1-2 horas o hasta que se complete la primera toma y finalice el periodo de alerta tranquila¹⁻⁵.

2. COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL CPP

Tras el nacimiento, el bebé descansa sobre el cuerpo de su madre, adquiriendo una coloración sonrosada de los labios, con los ojos abiertos y realizando pequeños movimientos durante 10-20 minutos. A continuación, pone en marcha los reflejos de arraigo (pataleo, reptación, cabeceo, acercamiento del puño a la cara, lametadas, búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico materno), lo que le permite acercarse al pezón y realizar un agarre espontáneo. Más del 70% se agarra al pecho en la primera hora de vida y si el CPP se prolonga hasta las dos horas más del 90%.

3. BENEFICIOS DEL CPP PARA LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO⁵⁻¹¹.

- Favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos
- Favorece la adaptación a la vida extrauterina:
 - Disminuye los niveles de estrés en el bebé (disminución de cortisol en sangre)
 - Facilita la regulación térmica lo que disminuye el consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la adaptación metabólica

- Mejora la estabilidad cardiorespiratoria
- Disminuye el tiempo de llanto
- Favorece el establecimiento del vínculo
- Favorece el agarre correcto al pecho
- Disminuye la ansiedad materna
- Disminuye el dolor por ingurgitación mamaria
- Aumenta la frecuencia y duración de la lactancia materna

4. OBJETIVOS

Implantar en el HUMV el contacto piel con piel (CPP) inmediato, ininterrumpido y prolongado en los recién nacidos (RN) y madres sanos.

5. CUANDO REALIZAR CPP. REQUISITOS

Puede realizarse CPP sin restricciones si:

- RN a término o en el pretérmino tardío (35-37 semanas)
- Líquido amniótico claro
- Respira o llora sin dificultad
- Presenta buen tono muscular

Además en los partos de riesgo, podrá realizarse el CPP, siempre que el o la pediatra presente lo considere indicado. En estos casos, si el bebé ha tenido que ser separado para su atención, tan pronto como el pediatra lo considere indicado, se colocará en contacto piel con piel no realizándose ningún cuidado rutinario que pueda alargar la separación.

Los procedimientos y las medidas médicas no urgentes no deberían realizarse inmediatamente tras el parto, no sólo porque implican separación, sino porque son maniobras estresantes que pueden interferir en la adaptación del RN a la vida extrauterina y contribuir a su desestabilización.

6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR CPP

Para poner en marcha el cuidado piel con piel la Asociación Española de Pediatría⁵ recomienda que se disponga de un protocolo en el que se detallan las acciones recomendadas y las responsabilidades de cada profesional Matrona (M), Auxiliar de enfermería (AE), Pediatra (P), Obstetra (O).

A continuación se enumeran:

- Informar a la madre durante el periodo de dilatación de los beneficios del CPP y la importancia de realizarlo con su hijo o hija

nada más nacer, así como del procedimiento. Responder a sus dudas y necesidades de forma individual, respetando en todo momento su decisión (M)

- Mantener una adecuada temperatura en paritorio (22-24°C) (AE)
- Mantener paños, muletones, gorros y pañales calientes en la cuna térmica del paritorio que se mantendrá en modo precalentamiento (AE)
- Cuando la madre pasa a paritorio preparar la cuna térmica pasando a modo manual, potencia máxima (AE)
- El parto es un acto íntimo que requiere de un entorno que favorezca la confianza, la tranquilidad y la privacidad de la mujer. El ambiente del paritorio debe ser silencioso, cálido, con poca luz, con un acompañante para la madre y con el menor número de profesionales posible. (M/AE)
- En los últimos minutos del expulsivo invitar a la madre a que se descubra el abdomen/pecho ayudándola si lo necesita y cubriéndola con un muletón caliente.(AE)
- Retirar el muletón en el momento del nacimiento. (AE)
- Colocar el RN directamente sobre la piel de su madre, secándole suavemente el dorso con un paño **precalentado**, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos y que tiene buen tono muscular (flexor). (M)
- Retirar el paño utilizado para secar al bebé y cubrir a ambos con un muletón seco y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual. (AE)
- Colocar a la madre semiincorporada abrazando a su hijo/a. (AE):
 - Madre próxima a 45° con el RN en posición prona entre sus pechos
 - RN con las extremidades abiertas y flexionadas y la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello.
 - Favorecer el contacto visual entre madre-hijo/a
- Colocar un gorro de algodón **precalentado** (AE)
- Realizar el Test de Apgar al minuto y a los 5 min sobre el cuerpo de la madre. (M/P)
- Realizar pinzamiento tardío (a los dos minutos o cuando deje de latir) del cordón. (M/O)
- El CPP no debe interferir en la realización del alumbramiento dirigido. (M/O)
- Recoger sangre de cordón según el procedimiento habitual (grupo y Rh fetal, gases...). (M)

- Colocación de pinza en el cordón sin interferir el contacto (M)
- Vigilar el bienestar de la madre y del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular. durante todo el proceso (AE/M/P)
- Identificar al RN antes de pasar a la madre de la mesa de paritorio a la cama (M)
- Permitir, si la madre lo desea, que el RN se agarre al pecho espontáneamente, sin forzar la primera toma, dejando que se mueva hacia el pecho y ponga en marcha los reflejos de arraigo (succión del puño, búsqueda, lametadas...). Se puede facilitar el acceso al pecho pero es importante dejar que realice el agarre espontáneo.(M/AE)
- Mantener al RN en contacto piel con piel mientras la madre pasa a la cama. (AE/M)
- Pesarse al RN en el mismo paritorio sólo si se sospecha peso <2300 g. Si el peso es mayor a 2300 g proseguir con el CPP
- Si está indicada la profilaxis de estreptococo y no se ha administrado ninguna dosis a la madre, administrar al RN la profilaxis en la primera hora de vida, 50.000 unidades de Penicilina G im en la cara anterolateral del muslo, sin interrumpir el CPP
- Acompañar a la madre en el postparto, ayudándola a encontrar una postura cómoda (cama 45°) que le permita interactuar y mirar a su hijo/a, animándola a tocarle y acariciarle, respetando sus deseos y su intimidad. (M/AE)
- Complimentar e incluir en la historia clínica la hoja de valoración del CPP y de la primera toma. (M) Tabla 1
- Comprobar el bienestar materno, administrar la profilaxis oftálmica y colocar, si la madre lo desea, un pañal al RN sin interrumpir el contacto piel con piel, inmediatamente antes de ser dados de alta en Área de Partos. (M)
- Si el RN, por circunstancias extraordinarias, permaneciera más de dos horas en el Área de Partos, será pesado y se seguirá el Protocolo de Hipoglucemias del Documento de Cuidados del RN sano y de bajo riesgo en Paritorio y Planta de Maternidad. (51-53)¹². (M) (Anexo 1)
- Trasladar a la madre y al RN a la planta de maternidad en las condiciones siguientes (M, AE):
 - Cama con cabecera incorporada
 - RN desnudo, con gorro y en contacto piel con piel sobre el pecho de su madre
 - Madre y RN cubiertos por un muletón y la ropa de cama, pero dejando al descubierto la cabeza del RN
 - Garantizar el contacto visual de la madre y la criatura RN
 - Vigilar durante el traslado el bienestar del RN.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Guía práctica de la OMS. Cuidados en el parto normal. Grupo técnico de trabajo OMS, Departamento de Investigación y salud reproductiva Ginebra, 1996.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG. Clinical Guideline; 2007.
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Routine postnatal care of women and their babies. Clinical Guideline; 2006
4. 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/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf
5. M.Sanchez Luna, C.R.Pallas Alonso, F.BotetMussons, I.Echaniz Urcelay, J.R.Castro Conde, E.Narbona y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y la atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc).2009;71(4):349-361
6. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea
http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
7. 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 1 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd) 2008.
8. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html>
9. Righard L. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. Lancet. 1990 Nov 3;336 (8723):1105-1107.
10. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health 2007;52(3):262-72.
11. Gardner MR, Deatrck JA. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. Issues Compr Pediatr Nurs 2006;29(1):25-44.
12. Galligan M. Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. MCN Am J Matern Child Nurs 2006;31(5):298-304; quiz 5
13. Documento de Cuidados del RN sano y de bajo riesgo en Paritorio y Planta de Maternidad. Servicio de Pediatría del HUMV. 2008

ANEXO I - VALORACIÓN DE AMAMANTAMIENTO Y DEL CPP

Fecha parto: Hora parto: Hora primera toma: Minutos: >15 <15

Contacto Piel con Piel:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1ª Toma:	Espontánea <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> No inicio <input type="checkbox"/> No desea LM <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---	-----------------	---

CPP interrumpido: No Sí Causas:

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO					SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD				
1T	1D	2D	3D	POSTURA DE LA MADRE Y DEL HIJO	1T	1D	2D	3D	POSTURA DE LA MADRE Y DEL HIJO
				Madre relajada y cómoda					Hombros tensos, inclinados sobre el niño
				Niño sostenido en estrecho contacto con la madre					Niño sostenido lejos del cuerpo de la madre
				Cabeza y cuerpo del niño alineados, frente al pecho					La cabeza y el cuello del niño retorcidos para mamar
				Barbilla del niño tocando el pecho					La barbilla del niño no toca el pecho
				Cuerpo del niño completamente sostenido					Sostenido solamente por cabeza y cuello
				Niño acercado al pecho nariz-pezones					Niño acercado bajo, labio/barbilla - pezón
				Contacto visual entre la madre y el niño					No hay contacto visual madre-hijo
1T	1D	2D	3D	LACTANTE (AGARRE)	1T	1D	2D	3D	LACTANTE (AGARRE)
				Boca del niño bien abierta					Boca no bien abierta
				Labios superior e inferior evertidos					Labios apretados o invertidos
				Lengua alrededor del pezón y la areola (*)					No se observa la lengua (*)
				Mejillas llenas y redondas mientras mama					Mejillas hundidas mientras mama
				Más areola por encima del labio superior					Más areola por debajo del labio inferior
				Mamadas lentas y profundas, con pausas					Mamadas superficiales y rápidas
				Puede verse u oírse tragar					Ruidos de chupeteo o chasquidos
1T	1D	2D	3D	SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LECHE	1T	1D	2D	3D	SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LECHE
				Humedad alrededor de la boca del niño					Niño intranquilo o exigente, coge y deja el pecho
				A medida que el niño mama el pecho se va ablandado					La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón
				Sale leche del otro pecho					El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido
				La madre nota signos del reflejo de eyección (**)					La madre no refiere signos del reflejo de eyección (**)
				El niño suelta el pecho por sí mismo cuando acaba					La madre ha de quitar al niño del pecho

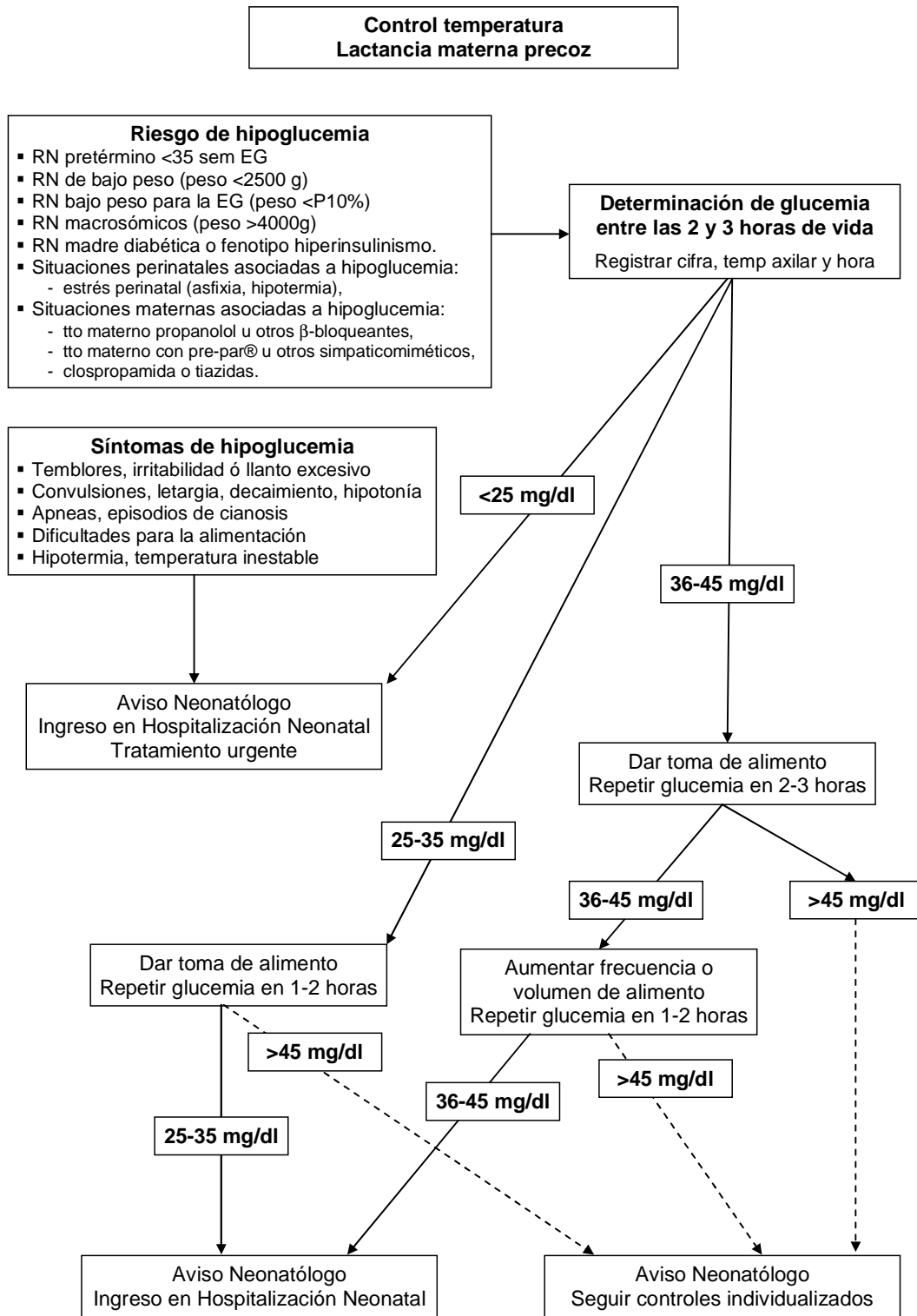
*) Este signo puede no observarse durante la succión y sólo ser visto durante la búsqueda y el agarre

(**) La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entueros) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

1T: Primera Toma 1D: Primer día 2D: Segundo día 3D: Tercer día.

El inicio del registro y la primera toma se rellenarán en el **Paritorio**.
El Primer, segundo y tercer día en la **Planta de Maternidad**.

ANEXO 2. PROTOCOLO DE HIPOGLUCEMIAS. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN PARITORIO Y PLANTA DE MATERNIDAD



ALGORITMO HIPOGLUCEMIA DEL RN