

PROTOCOLO PIEL CON PIEL

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
3. OBJETIVOS
4. ALCANCE
 - Criterios de exclusión
5. RESPONSABLES
6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
 - Actividades previas al parto
 - Actividades durante el parto
 - Actividades en el postparto inmediato
7. ANEXO: CONTACTO PIEL CON PIEL CON EL PADRE
8. BIBLIOGRAFÍA

PROCOLO PIEL CON PIEL

Servicio de Obstetricia y Ginecología . EPHP.

Autoras: Alba Moya Cobos. Alicia Aguilar Serrano

Realización: junio 2010. Revisión: junio 2011.

1. INTRODUCCIÓN

Como respuesta a las demandas y necesidades cambiantes de la sociedad actual los profesionales sanitarios de los servicios de salud materno-infantil persiguen mejorar la calidad de la asistencia al parto, intentando ofrecer una atención personalizada y respetuosa, un adecuado nivel de intimidad y confort y una mayor participación de la pareja en el proceso. Desde enero de 2007 con la introducción de proyecto de mejoras perinatales y posteriormente en marzo de 2008, momento en que se publicó la Guía de Asistencia al Parto de Baja Intervención del Hospital De Poniente, se trabaja en esta línea.

El contacto precoz piel con piel tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido como para los padres contribuyendo al establecimiento del vínculo y la adaptación postnatal.

El contacto estrecho entre la madre y su bebé recién nacido (RN) es un rasgo de la especie humana, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a la supervivencia.

Fomentar el contacto piel con piel es una actividad contemplada en las recomendaciones de:

- El Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), entre las Recomendaciones de Mínimos para la Asistencia al Recién Nacido Sano.
- El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP).
- La Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP).
- La Guía de Cuidados en el Parto Normal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como práctica de categoría A, que son las prácticas claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía.

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 Innocenti (1990).
- La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).
- La Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la madre y del recién nacido (2001).

2. JUSTIFICACIÓN

En las dos primeras horas después del nacimiento, la criatura recién nacida (RN) está en alerta tranquila, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno ⁽¹⁴⁾.

Se ha comprobado que si se coloca al recién nacido nada más nacer en contacto piel con piel con su madre, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo/a, se reduce el riesgo de hipotermia y se acelera la adaptación metabólica del recién nacido ^(4, 5, 6, 10, 15). Si el RN no es separado de su madre durante los primeros 70 minutos, en el 90% de los casos, reptará hasta el pecho (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), se dirige al pezón y la areola, que reconoce por su color oscuro y su olor, pone en marcha reflejos de búsqueda (masticación, succión del puño, lengüetada) y, tras varios intentos, hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor prevalencia y duración de la lactancia materna ^(1, 5, 9, 10, 14, 16).

El RN que permanece en contacto íntimo con la madre, además:

- Reserva energía y presenta menor riesgo de infección ⁽¹¹⁾.
- Se encuentra en un estado de relajación o alerta tranquila que se caracteriza por menos episodios de llanto y una frecuencia cardio-respiratoria más estable ^(1, 9).
- Es estimulado por la madre lo que favorece el reconocimiento mutuo y el desarrollo neuroconductual, contribuyendo a una mejor y más pronta recuperación del estrés del parto ^(1, 11).
- Manifiesta menos dolor y ansiedad cuando se le practican técnicas tales como punciones en la prestación de los cuidados neonatales ^(7, 8).

El contacto precoz piel con piel supone también beneficios para la madre, ya que contribuye a la liberación de oxitocina endógena ^(1, 2, 11), y en consecuencia:

- Favorece la contractibilidad e involución uterina y previene de la hemorragia postparto.
- Estimula la eyección de calostro y el incremento de la temperatura de la piel de las mamas, proporcionando alimento y calor al recién nacido.
- Reduce la ansiedad materna y aumenta la receptividad social. Disminuye los niveles de depresión materna a las 48 h postparto, incrementando el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto ⁽³⁾.
- Facilita la conducta de crianza y el apego ^(9, 10).

En definitiva, no hay evidencia científica acerca de que restringir la interacción precoz madre-hijo tenga efecto beneficioso alguno.

3. OBJETIVOS:

- Promover y garantizar la práctica del contacto piel con piel entre madres/padres/recién nacidos.
 - Realizar el contacto piel con piel desde el mismo momento que se produce el nacimiento.
 - Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna.
 - Posponer los primeros cuidados del RN hasta pasadas dos horas del nacimiento, intentando coincidir con la exploración de la matrona a la madre.

- Unificar pautas de actuación entre los profesionales de la misma área.

4. ALCANCE

Todos los partos atendidos en nuestra área salvo aquellos en los que no sea posible bien por expreso deseo materno bien por causas clínicas contempladas en los criterios de exclusión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En principio todas las madres y recién nacidos deberán tener la oportunidad de realizar contacto piel con piel inmediato salvo en las situaciones que a continuación se detallan que serán motivo de exclusión total o parcial del protocolo (según el caso). En los casos que exista compromiso neonatal se procederá a la valoración y/o reanimación del recién nacido y la decisión final será consensuada con el pediatra de guardia.

1. Sufrimiento fetal agudo.
2. Distrés respiratorio.
3. Depresión neonatal.
4. Líquido amniótico meconial (++/+++).
5. Prematuridad (<37 semanas).
6. Anomalías congénitas.
7. Partos instrumentales (a considerar)
8. Fiebre intraparto (a considerar).
9. Infección materna activa: TBC, VIH. (en casos no activos consultar con el pediatra)
10. Estado materno comprometido: hipotensión, shock.

5. RESPONSABILIDADES

Son responsables de la aplicación de este procedimiento todos los profesionales del Servicio de Parto de la Empresa Pública Hospital de Poniente que tienen contacto directo en algún momento con las mujeres y sus bebés: matronas, médicos, enfermeras, auxiliares y celadores.

6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Actividades previas al parto:

- Revisar la historia de la gestante para determinar si cumple, a priori, los criterios para realizar el contacto piel con piel.
- Informar a la gestante y su pareja de los beneficios que tiene el contacto piel con piel para la madre y para su hijo. Obtener su consentimiento de manera verbal y dejarlo registrado en el partograma.
- Retirar el camión de la gestante justo antes del nacimiento, dejando libre el abdomen y el pecho.
- Se evaluará de forma continua durante todo el proceso de parto y expulsivo los criterios que puedan descartar el contacto piel con piel como líquido amniótico teñido de meconio, bradicardia fetal... (ver criterios de exclusión).

Actividades durante el parto:

- Todos los recién nacidos sanos serán colocados en contacto piel con piel con la madre inmediatamente tras el parto. Sobre la madre se procederá al secado del RN, a la limpieza, si es necesario, de las secreciones de nariz y boca con una gasa, se le pinzará el cordón (preferentemente con pinzas de plástico), se le cubrirá con un paño o toalla calentada previamente bajo la fuente de calor, y se valorará la necesidad o no de reanimación evitando técnicas innecesarias que interfieran en el establecimiento del vínculo. La valoración del Apgar y las prácticas de identificación del recién nacido, se realizarán también con el recién nacido encima de la madre. Se evitará aspirar la orofaringe o introducir sondas para descartar malformaciones de coanas o esofágicas, de modo sistemático, a recién nacidos con Apgar adecuado para evitar lesiones de la mucosa que podrían interferir con el establecimiento de un patrón adecuado de succión.

Actividades en el postparto inmediato:

- El bebé permanecerá desnudo y con la cabeza cubierta con un gorro. Se le dará el tiempo suficiente para que alcance el pecho de forma espontánea. En la mayoría de los casos, esto ocurre permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.
- Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son la identificación y la valoración del test de Apgar.
- Durante el postparto inmediato, no se interrumpirá el contacto piel con piel, siempre que el estado del niño y de la madre lo permitan, y se animará al padre a que permanezca junto a ellos.
- En caso de que deba interrumpirse el contacto piel con piel por complicaciones del estado del RN y/o de la madre, deberá registrarse en la historia clínica, especificando el motivo y las personas involucradas en esta decisión.
- Cuando no sea posible el contacto piel con piel con la madre, se animará al padre a que lo realice.
- La administración de la profilaxis ocular, la vacuna de la hepatitis B y la vitamina K se realizará después de que se haya producido la primera toma de pecho y justo antes del traslado de la madre y el RN a la unidad de hospitalización. Se recomienda realizarse estando el bebé en contacto íntimo con la madre y tras su consentimiento **verbal y/o escrito**. La matrona responsable de esta puerpera deberá garantizar y registrar **y firmar** que todos estos cuidados se han realizado.
- Se procurará que la puerpera permanezca en la cama de paritorio durante las dos horas inmediatas del puerperio y por tanto se evitará pasarla a la cama de hospitalización hasta instantes antes de su traslado a la planta.
- Durante el traslado a la planta, el RN irá en la cama con su madre, garantizando el contacto piel con piel.

7. ANEXO: CONTACTO PIEL CON PIEL CON EL PADRE

Subcomisión de Atención Integral al Niño hospitalizado

Autores: Francisco Vela Enrique. FEA de Pediatría.

M^a Teresa Segura García. Gestora de Cuidados de Obstetricia y Ginecología

Realización: octubre 2010. Revisión: octubre 2011.

El papel del padre como proveedor de contacto piel con piel tras el parto ha demostrado tener numerosos beneficios para el recién nacido, él puede hacer todo lo que hace la madre, menos amamantar.

Si la mujer ha tenido una cesárea electiva con anestesia, el padre puede iniciar el piel con piel con su recién nacido, puede tenerlo sobre su pecho, cerca del corazón, sustituyendo a la madre en las primeras horas de vida hasta su recuperación. El contacto piel con piel con el recién nacido regulará la temperatura de éste así como hará que disminuya el llanto y facilitará el inicio de la lactancia materna cuando la madre pueda.

El inicio del contacto piel-piel de padre con el recién nacido se realizará en la habitación de la puérpera, en la unidad de hospitalización si la paciente tiene cama disponible. En el caso que la puérpera no tuviera cama asignada, el recién nacido quedará a cargo de observación- nido de Pediatría.

Cuando el recién nacido nazca será trasladado desde la zona de paritorio por TCAE junto con el padre a la unidad hasta la unidad neonatal donde se realizarán los primeros cuidados. Luego y siempre previo aviso a planta, el padre y el recién nacido serán acompañados por TCAE de Pediatría. El recién nacido será entregado solamente al padre previa certificación y comprobación de la tarjeta identificativa por la enfermera en el área de Pediatría. A su llegada a planta se informará a profesionales pertinentes para proceder a la correcta identificación y registro.

Para la realización del contacto piel con piel se invitará al padre a dejar su pecho descubierto y enfermera o TCAE de hospitalización de Tocoginecología colocará el bebé. Se tendrá precaución y se informará al padre sobre la técnica.

Se informará mediante folleto informativo del protocolo de contacto piel con piel y de la no separación del binomio padre e hijo desde el mismo momento en que se decide cesárea electiva en Consulta de Bienestar Fetal.

En los casos de cesárea urgente, se valorará en función de la situación del recién nacido y la situación familiar, la posibilidad de realizar este protocolo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.
Moore ER, Anderson GC, Bergman N.
Cochrane Database Syst Rev. 2007; 18 (3): CD003519.
2. An early contact with the baby-benefit for the mother.
Dordević G, Jovanović B, Dordević M.
Med Pregl. 2008; 61 (11-12): 576-9.
3. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz.
Rivara G, Rivara P, Cabrejos, K.
Rev Peru Pediatr. 2007; 60 (3): 140-149.
4. Proposed guidelines skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia.
Galligan M.
MCN Am J Matern Child Nurs. 2006; 31 (5): 298-304; quiz 305-6.
5. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP.
Hernández MT, Aguayo J.
An Pediatr. 2005; 63 (4): 340-56.
6. Temperature variation in newborn babies: importance of physical contact with the mother.
Fransson AL, Karlsson H, Nilsson K.
Arch Dis Child Fetal Neonatal 2005; 90 (6): F500–F504.
7. Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in Neonatal Intensive Care.
Mörelíus E, Theodorsson E, Nelson N.
Pediatrics 2005; 116 (5): 1105-1113.
8. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns.
Gray L, Watt L, Blass EM.
Pediatrics 2000; 105 (1): e14.
9. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.
Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
10. Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía.
Consejería de Salud .2005.
11. Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica.
Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
Organización Mundial de la Salud. 1996.

12. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica.
Editorial Médica Panamericana. 2008.
13. Recomendaciones de mínimos para la asistencia del RN sano.
An Pediatr 2001; 55:141-145.
14. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours.
Porter RH.
Acta Paediatr 2004; 93: 1560-1562.
15. Evolución de la temperatura del recién nacido a término durante el contacto piel con piel inmediato.
Gómez Papí A, Montoya Alcolea A, Barberán Oliet P, Jarrod Pámies M.
Comunicación personal, II Congreso Español de Lactancia Materna. Sevilla 2002.
16. Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término.
Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Nieto Jurado A, y cols.
Comunicación personal, II. Congreso Español de Lactancia Materna. Sevilla 2002.