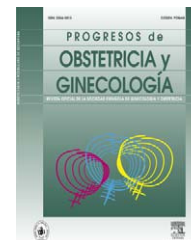


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



EDITORIAL

Contacto piel con piel en la sala de partos y muerte súbita del recién nacido. Una llamada de atención

Skin-to-skin contact in the delivery room and sudden infant death. A wake-up call

Juan Carlos Melchor Marcos

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología, Universidad del País Vasco, Ex - Presidente Sección de Medicina Perinatal SEGO

Una de las primeras lecciones que se suele transmitir a los estudiantes de Ciencias de la Información es que un titular llamativo constituye casi la mitad del artículo. Y eso es lo que he intentado hacer con el título de este editorial. Despertar la curiosidad del lector mediante un titular llamativo.

El contacto piel con piel precoz y prolongado después del parto entre la madre y recién nacido se ha comprobado que tiene efectos beneficiosos sobre la duración de la lactancia, la termorregulación del neonato y los vínculos madre-hijo sin que se hayan constatado efectos adversos por su práctica^{1–3}. Por estas razones se viene recomendando con un nivel de evidencia entre la-Ib y un grado de recomendación A o B, que se establezca el contacto piel con piel precoz en las salas de partos en los casos de recién nacidos de bajo riesgo^{2–5}. Sin embargo, la implantación en nuestros hospitales parece ir más lenta que lo que sugiere el nivel de las recomendaciones, probablemente por la inercia de los hábitos previos, pero también por temor a que el contacto piel con piel no sea completamente inocuo. De hecho se han comunicado algunos casos de parada cardio-respiratoria en recién nacidos a término sanos mientras estaban en situación de contacto piel con piel⁶.

El contacto piel con piel precoz se realiza precisamente durante el período neonatal inmediato, que fisiológicamente, representa uno de los mayores desafíos de nuestra existencia.

Este período, que clásicamente se denomina período de transición-adaptación neonatal le supone al recién nacido un esfuerzo fisiológico muy complejo. Clásicamente se considera que este período de adaptación se compone de tres fases bastante diferenciadas. El estadio inicial o período de reactividad, corresponde a los primeros 30 minutos de vida. El segundo estadio es un periodo de respuesta disminuida y va desde los 30 minutos hasta las 2 horas de vida. El tercer estadio corresponde a un segundo periodo de reactividad y engloba desde las 2 horas hasta las 8 horas de vida⁷. Respecto al problema que nos ocupa, el período más complicado es el segundo, puesto que se caracteriza por una tendencia a dormir, con respuesta de la actividad motora disminuida y que se inicia generalmente entre los 30-60 minutos de vida. Termina frecuentemente entre las 2-3 horas de edad con el segundo periodo de reactividad. Esta tercera fase se describe como una etapa de labilidad simpático-parasimpática, que recuerda a la situación post-anestésica clásica y que termina con la estabilización del neonato. Esta clásica descripción de Desmond⁷, es de gran relevancia porque plantea la necesidad de tener que prestar una atención experta al recién nacido, en especial en este segundo periodo que tiene lugar en el transcurso de la primera a la segunda hora.

En este número de Progresos de Obstetricia y Ginecología, Rodríguez-Alarcón et al⁸ presentan un estudio observacional de 10.804 nacidos vivos que fueron considerados sanos al nacer y con una edad gestacional de 36 semanas o más. El estudio abarca 20 meses y se realiza a partir de un momento

Correo electrónico: jmelchorm@sego.es

determinado en el que consideraron que se habían producido "indicadores centinela"⁹ en relación con la frecuencia de casos de síndrome de muerte súbita (SMS) y/o de episodios aparentemente letales (EAL) neonatales. Se denominan indicadores centinela los que se refieren a acontecimientos graves o indeseables, a menudo evitables, de muy baja frecuencia y que requieren una investigación posterior⁹. La importancia de la observación estribaba en dos aspectos básicos: en primer lugar, el de su coincidencia temporal con el inicio de la práctica generalizada del contacto piel con piel precoz y prolongado tras el parto y en segundo lugar, el de la posibilidad de evitar dichos sucesos dramáticos o de atenuar sus consecuencias.

Durante el periodo de observación han registrado 8 casos de EAL en las primeras 2 horas de vida. Además excluyen el caso de otro recién nacido, porque aunque estaba en contacto piel con piel con la madre, presentaba factores de riesgo perinatales. Resulta especialmente clarificadora la tabla en la que presentan la evolución de las tasas de EAL a lo largo de diferentes periodos de tiempo, en función tanto de la posición del recién nacido (prono o supino), como de la atención que recibieron (con "nido" o sin "nido", pero en vecindad con la madre) o de la puesta en marcha de forma protocolizada de la práctica del contacto piel con piel.

El cambio de posición de los recién nacidos de prono a supino supuso la práctica desaparición de los casos de EAL (descendió del 0,27 a 0,06 casos por 1.000). Posteriormente, con los recién nacidos ya en supino, se mantuvieron en tasas similares tanto el recién nacido fuera controlado en un "nido" o estuviera en vecindad con la madre, pero sin "nido". Sin embargo, desde la puesta en marcha del programa de contacto piel con piel, la tasa se ha incrementado hasta 0,74 casos por 1.000.

Este mismo grupo, ya en 1992 fue pionero en relación con el SMS neonatal, anticipándose a las recomendaciones españolas en cuanto al cambio de postura en supino para dormir de los lactantes^{10,11}.

La trascendencia de este trabajo viene dada por varios hechos. Por un lado, por la reflexión efectuada por los autores ante la aparición de un indicador centinela, lo que les ha llevado a realizar un análisis pormenorizado de todos los casos observados en su centro de trabajo. En segundo lugar, por la identificación de una serie de factores de riesgo que pueden estar asociados al proceso y en tercer lugar, por la constatación de la existencia de un problema, que lejos de estar circunscrito a su hospital, se presenta con mayor frecuencia de la esperada. En la completa revisión bibliográfica que efectúan, han logrado encontrar varios artículos que durante los últimos años llaman la atención sobre la incidencia de EAL en la fase neonatal precoz durante la práctica del contacto piel con piel.

A pesar de estos hallazgos, dadas las ventajas que presenta el contacto precoz y prolongado piel con piel, los autores del trabajo defienden la recomendación generalizada de su uso en la población de recién nacidos considerados sanos. Sin embargo, sugieren que se tengan en cuenta una serie de medidas (posturales, térmicas, etc...), simples pero al mismo tiempo eficaces, que permitan disminuir los factores de riesgo que la práctica del contacto piel con piel puede comportar. Igualmente señalan que es muy importante que se pueda garantizar la adecuada vigilancia de estos recién nacidos para proporcionar atención inmediata de los casos que se presenten.

Señalar finalmente la valentía que han demostrado los autores con esta publicación. No son los primeros casos que se producen en nuestro país, pero sí que han sido el primer grupo que pone encima de la mesa un problema realmente significativo, no tanto por su incidencia como por sus repercusiones, que como hemos visto pueden conducir a que un recién nacido aparentemente sano, presente un grave cuadro que puede finalizar en los casos más severos con la muerte o con importantes secuelas.

Con todo ello, no se debe demonizar el contacto piel con piel, que debe mantenerse allí donde se haya implantado o ponerse en marcha en aquellos centros donde aún esté pendiente de establecerse. Lo que sí debemos, es considerar este trabajo como una llamada de atención acerca de la posibilidad de aparición durante el contacto piel con piel de un cuadro de muerte súbita y estar atentos, cada uno en su medio, para evitar este proceso que aunque poco frecuente, puede en ocasiones ser fatal.

Bibliografía

1. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2004;113:858–65.
2. Ruiz JG, Charpak N. Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología y Estadística, Universidad Javeriana; Bogotá, Colombia. 2007.
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). *Cochrane database of systematic Reviews* 2007, art. No: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519. pub2 [citado 25 enero 2009]. Disponible en: URL:<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html>
4. Sánchez Luna M, Pallás CR, Botet F, Echaniz I, Castro 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;71:349–61.
5. NICE Clinical Guideline 37. Routine postnatal care of women and their babies. Issue date: July 2006. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG037>
6. Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr*. 2008;97:866–9.
7. Desmond M, Rudolph A, Phitaksphairwan P. The transitional care nursery. *Pediatr Clin North Am*. 1966;13:651.
8. Rodríguez-Alarcón J, Asla I, Fernández-Llebrez L, Pérez A, Uriá C, Osuna C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. *Incidencia y factores de riesgo* 2011. DOI:10.1016/j.pog.2010.10.005.
9. Rodríguez-Alarcón Gómez J. Indicadores clínicos de calidad neonatales. En: Fabre González E, editor. *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológicos*. Zaragoza: INO Reproducciones SA; 1999; p. 949–69. Cap 50.
10. Rodríguez-Alarcón J. Editorial. ¿Debemos aconsejar que los lactantes no duerman en decúbito prono? *Bol S Vasco-Nav Ped*. 1992;86:1–4.
11. Rodríguez-Alarcón J, Melchor JC, Linares A, Aranguren G, Quintanilla M, Fernández-Llebrez L, et al. Early neonatal sudden death or near death syndrome. An epidemiological study of 29 cases. *Acta Paediatr*. 1994;83:704–8.