



PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

www.elsevier.es/rprh



ORIGINAL

Contacto piel a piel al nacimiento

P.K. García May^{a,*}, I.A. Coronado Zarco^a, C. Valencia Contreras^a
y J.C. Nuñez Enríquez^b



^a Instituto Nacional de Perinatología «Isidro Espinosa de los Reyes», Ciudad de México, México

^b Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Recibido el 23 de enero de 2018; aceptado el 12 de marzo de 2018

Disponible en Internet el 22 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Contacto piel a piel;
Contacto precoz;
Lactancia materna;
Recién nacido

Resumen

Introducción: El contacto piel a piel (CPP) es la colocación del recién nacido desnudo sobre el pecho materno, cubierto solamente con un gorro, sábana o campo.

Objetivo: Conocer el efecto del CPP en la lactancia materna de los recién nacidos del Instituto Nacional de Perinatología.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional, transversal. Búsqueda de la información en la base de datos de la unidad de cuidados inmediatos al recién nacido del 01/agosto/2015 al 31/julio/2016. Se obtuvieron datos como: Edad gestacional, peso, Apgar, enfermedad materna, CPP, duración y alimentación.

Resultados: Hubo 3175 nacimientos, 2228 RN a término, se realizó el CPP en 1486 RN (78.95%). Con un peso de 2,045 hasta 4,200g. La mayoría de los pacientes que fueron alimentados al seno materno (78.7%) habían tenido contacto piel con piel. Asimismo, se observó que el CPP favorecía significativamente la lactancia al seno materno (RR = 143.28; IC 95%: 75.5-271.7).

Discusión: El CPP favorece la lactancia materna (99.2%) logrando que su primer alimento sea leche materna, disminuyendo el uso de sucedáneo.

Conclusiones: El CPP es la mejor oportunidad para el inicio de una lactancia materna. La separación de las madres con sus hijos al nacer se ha convertido en una práctica habitual en las salas de parto y quirófano por rutinas hospitalarias, colocando al RN en una cuna de calor radiante, iniciando la lactancia materna después de la hora de vida.

Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: perlakmay@hotmail.com (P.K. García May).

KEYWORDS

Skin-to-skin contact;
Very early contact;
Breastfeeding;
Human milk

Skin to Skin contact at birth**Abstract**

Introduction: Skin-to-skin contact (CPP) is the placement of the naked newborn on the mother's breast, covered only with a cap, sheet or gown.

Objective: To determine the effect of skin-to-skin contact in the breastfeeding of infants in the National Institute of Perinatology.

Material and methods: Prospective, descriptive, observational, and cross-sectional study was performed, including a search for the information in the database of the Immediate Care Unit for the Newborn from 1 August 2015 to 31 July 2016. The data obtained were Gestational age, weight, Apgar, maternal pathology, skin-to-skin contact, duration, and feeding.

Results: There were 3175 births, with 2228 term neonates. CPP was performed in 1486 neonates (78.95%), with a weight of 2,045 to 4,200 g. The majority of patients who were breastfed (78.7%) had had skin-to-skin contact. Likewise, it was observed that CPP significantly favoured breastfeeding (RR=143.28; 95% CI: 75.5-271.7).

Discussion: CPP favours breastfeeding (99.2%), making the first food human milk, and reducing the use of substitutes.

Conclusions: Skin-to-skin contact is the best opportunity for the initiation of breastfeeding. The separation of mothers and their children at birth has become a common practice in the delivery and operating rooms, due to hospital routines, placing the infant in a cradle of radiant heat, and initiating breastfeeding after one hour of life.

Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Después del nacimiento debemos favorecer el contacto piel a piel (CPP) madre-hijo, para que curse su transición sobre el pecho de la madre, así provocaremos conductas innatas del neonato, generando el vínculo madre-hijo necesario para la supervivencia. Se ha definido al CPP como la colocación del recién nacido (RN) desnudo sobre el pecho materno, cubierto solamente con un gorro, sábana o campo. Se ha descrito el término «mejilla con mejilla» pero no es «CPP».

Podemos categorizar el término CPP dependiendo del momento de inicio, en 3 tipos:

1. CPP al nacimiento: cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre dentro del primer minuto después del nacimiento.
2. CPP precoz: cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre en los primeros 30 min después del nacimiento.
3. CPP temprano: cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre después de la primera hora, pero antes de 24 h después del nacimiento¹.

A los RN que se les permite el CPP después del nacimiento, cuando inician la succión, se ha visto que el periodo de amamantando es con mayor eficacia, así como aumenta la producción de leche en la madre y el aumento de peso del RN es ideal².

Los RN deben cumplir con los siguientes 3 criterios: RN a término (igual o mayor a 37 semanas de gestación), que respire, lllore al nacer y tenga buen tono muscular³. En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se realiza el CPP desde el año 2015, en todos los RN a

término sanos, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales⁴. Se sugiere seguir las recomendaciones realizadas en el INPer para realizar el CPP ([apéndice anexo](#)).

Material y métodos

Se realizó un estudio de cohorte, prospectivo, longitudinal y comparativo. Se analizó la base de datos de la unidad de cuidados inmediatos al RN del 01/agosto/2015 al 31/julio/2016. Se obtuvieron peso, edad gestacional, enfermedad materna, Apgar, CPP, duración del contacto y tipo de alimentación durante su estancia en quirófano.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS[®] versión 23. Se utilizó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Se calcularon riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza al 95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$ ([fig. 1](#)).

Resultados

Durante el periodo de 01/agosto/2015 al 31/julio/2016 hubo un total de 3175 nacimientos de los cuáles, 1883 RN cumplieron con los criterios de inclusión ([fig. 1](#)). Se realizó el CPP en 1486 RN (78.91%). Con un peso promedio de 3,000 gramos (g) (2,045-4,200 g). La edad gestacional fue en promedio 38 semanas de gestación (SDG) (37-42 SDG). El tipo de nacimiento fue parto eutócico en 735 nacimientos (49.5%), cesárea 622 nacimientos (41.9%), uso de fórceps 129 nacimientos (8.7%). Sexo masculino 757 (50.9%), femenino 729 (49.1%). El inicio del CPP piel se observó desde el minuto 1 de vida en el tipo al nacimiento, minuto 20 en el precoz (15-25 min). La duración del contacto fue en promedio 60 min (30-90 min).

Tabla 1 Tabla de variables analizadas y resultados

VARIABLES ANALIZADAS	CPP al nacimiento, precoz o temprano (n = 1486)	Sin contacto (n = 397)	Valor de p ^a
Edad gestacional por el test de Capurro (semanas); media (DE)	39.3 (± 12.3)	39.1 (± 1.3)	0.39
Peso al nacer (g); media (DE)	3044 (± 404)	3048 (± 380)	0.31
Apgar a los 5 min (puntos); media (DE)	8.98 (± 0.16)	8.98 (± 0.1)	0.11
Eutócico (n, %)	664 (80)	166 (20)	0.30
Fórceps	92 (90.7)	22 (19.3)	0.11
Cesárea	730 (77.7)	209 (22.3)	0.36
Diabetes materna (n, %)	54 (75)	18 (25)	0.40
Diabetes gestacional	84 (74.3)	29 (25.7)	0.21
Hipertensión materna (n, %)	48 (70.6)	20 (29.4)	0.08
Enfermedad hipertensiva del embarazo	31 (75.6)	10 (24.4)	0.60
Lactancia materna exclusiva	1170 (99.2)	10 (0.8)	< 0.001

CPP: contacto piel a piel; DE: desviación estándar; g: gramos; n: número; p: porcentaje.

^a t de Student o Chi-cuadrado cuando correspondiera.

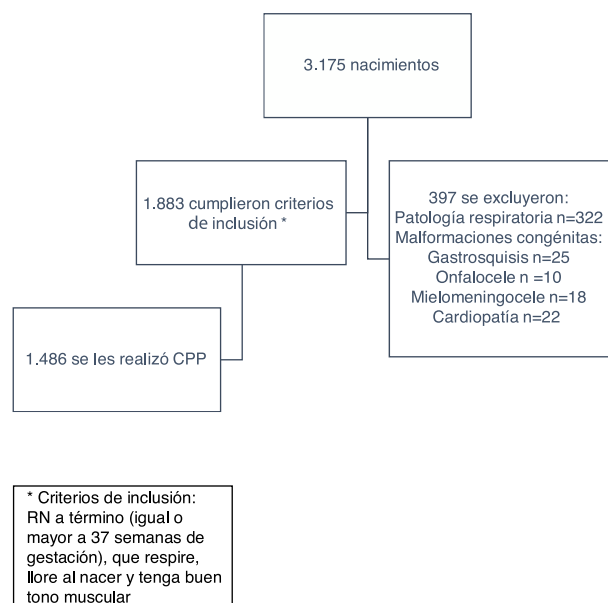


Figura 1 Diagrama de flujo de los criterios de inclusión y exclusión.

Del total de binomios madre-hijo (1883) 867 tenían madres sanas (46.04%), el resto 1016 pacientes cursaron con alguna enfermedad en el embarazo (53.96%). De manera similar, la vía de nacimiento entre los grupos tampoco se asoció con el CPP (tabla 1).

La mayoría de los pacientes que fueron alimentados al seno materno (78.7%) habían tenido contacto piel con piel. Asimismo, se observó que el CPP favorecía significativamente la lactancia al seno materno (RR = 143.28; IC 95%: 75.5-271.7).

Discusión

Las tasas bajas de lactancia materna (LM) a nivel mundial son conocidas ya como un problema de salud pública, es por ello

que al favorecer el CPP desde la sala de partos y/o quirófano fomentamos la LM desde el nacimiento. En México, la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016 hace la recomendación de iniciar la LM dentro de los primeros 30 min de vida⁴.

Por lo que la Organización Mundial de la Salud desde 1998 recomienda realizar el CPP lo más pronto posible después del parto⁵.

En la «Iniciativa hospital amigo del niño» (IHAN) en sus 10 recomendaciones, el número 4 indica: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento⁶.

El efecto del CPP se observa desde la primera hora de vida, logrando que el RN curse su período de transición sobre el pecho de la madre y su primer alimento sea leche materna, *odds ratio* (OR) de los RN que tuvieron CPP y fueron alimentados con leche materna exclusiva en el quirófano y/o sala de partos es de 0.24 (IC 95%: 0.10-0.57; p < 0.05), favoreciendo la LM el 77.2%.

La duración del contacto sí importa, podemos observar que con al menos 35 min de CPP como mínimo, los pacientes lograron alimentarse con LH el 77.2% del ellos, con 60 a 90 min hasta el 80.1% se alimentaron con LH, esto es similar a lo reportado por Mikiel-Kostyra et al. en donde el grupo de que tuvo CPP tuvo LM 78.9% de los pacientes con más de 20 min⁷, sin significación estadística entre los grupos por vía de nacimiento y por enfermedad materna, es decir independientemente si la madre es sana o cursó con alguna patología materna como diabetes gestacional, diabetes materna, hipertensión materna o enfermedad hipertensiva asociada al embarazo (tabla 1) el CPP favorece la LM.

Más hospitales han implementado el CPP al nacimiento por parto, pero muy pocos han implementado esta práctica en los nacimientos por cesárea. Sin embargo, las madres y RN merecen experimentar los mismos beneficios a corto y largo plazo del CPP. De hecho, las madres que tienen una cesárea a menudo lloran la pérdida de un parto, que habían esperado y son decepcionadas por no tener a su RN con ellas inmediatamente después del nacimiento.

El incremento de los nacimientos por cesárea se refleja en las tasas de LM más bajas a nivel mundial⁸.

Conclusiones

Es por ello que todo el personal de salud que esté en áreas de tococirugía debe realizar el CPP en los RN a término sanos para incrementar las tasas de LM hospitalarias y apearse a la IHAN.

Debido a que el CPP en el quirófano es una nueva práctica, debe capacitarse a todo el personal antes de la implementación, como obstetras, anestesiólogos, pediatras, neonatólogos, enfermeras y los responsables de la atención del RN. Siempre tener presente que la seguridad y el bienestar de las madres y los RN serán siempre prioridad. Así como seguir las recomendaciones del INPer previas al nacimiento, durante el nacimiento por parto y/o cesárea, para realizar el CPP comentadas en el anexo [apéndice anexo](#).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Grupo de Lactancia Materna del INPer «Isidro Espinosa de los Reyes» coordinado por el Doctor Javier Contreras Lemus.

Apéndice

Preparación previa al nacimiento

- Informar a la madre sobre el CPP: como se llevará a cabo y los beneficios para ella y para el RN.
- La madre deberá firmar consentimiento informado.
- Informar a ginecología, anestesiología y enfermería que se realizará el contacto piel con piel «Trabajo en equipo».
- Solicitar que la canalización de la paciente no sea en pliegues para facilitar sujetar al RN. Es útil preguntar al anestesiólogo si el brazo de la madre puede ser liberado de los brazos para que ella toque a su bebé, y decir a la madre que tendrá que enderezar su brazo en ciertos momentos cuando se deba tomar la presión arterial.
- Colocar los electrodos de monitorización en la espalda de la madre.
- Colocar la bata con un brazo por fuera, para que en el momento del nacimiento se pueda descubrir fácilmente el pecho de la madre.
- Preparar quirófano (camino despejado, cuna preparada).
- Temperatura ambiental confortable de 24 a 25 °C.

Durante el contacto piel a piel nacimiento por parto

- Colocar al RN piel a piel acostado entre los pechos de la madre.
- Cubrir al RN con un campo seco y caliente, secar y retirar campo.
- Cubrir con un segundo campo seco y caliente.
- Aspirar secreciones en caso necesario.
- Evaluar constantemente al RN (coloración, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, tono muscular).
- Realizar Apgar, prueba de Silverman-Andersen.
- Medir temperatura axilar cada 10 min.

- Mantener al RN junto con su madre durante los siguientes 60 min.

Durante el contacto piel a piel nacimiento por cesárea

- Colocar al RN en la cuna de calor radiante para realizar cuidados neonatales.
- Valorar si requiere oxígeno suplementario de acuerdo al Manual de Reanimación Neonatal 6.ª edición.
- Colocar *clamp* y cortar el cordón umbilical.
- Realizar el test de Capurro, somatometría, prueba de Silverman-Andersen, exploración física.
- Administrar vitamina K, cloranfenicol y tomar la huella para el certificado de nacimiento.
- Aproximadamente estos procedimientos toman 15 a 20 min, posteriormente se realizará el CPP.

Recomendaciones generales

- A todos los bebés nacidos por parto y tan pronto la madre esté alerta después de la cesárea.
- RN a término, peso > 2,500 g.
- Iniciar en los primeros 30 min después del nacimiento.
- Durante al menos 1 h.
- En caso de succión efectiva, continuar el CPP hasta que termine la alimentación.
- Puede darse por tiempo indeterminado.
- Cuando la madre recibe anestesia general, tan pronto recupere estado de alerta debe realizarse dentro de las primeras 2 h.
- Colocar los brazos de la madre sujetando al RN y a su vez, los brazos de una enfermera, pediatra o neonatólogo deberán sostener los brazos de la madre.
- Pasar a la camilla «Juntos».
- Continuar el CPP en la sala de recuperación, así como en el alojamiento conjunto.

Bibliografía

1. Moore ER, Anderson G, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5.
2. Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*. 2001;28:13–9.
3. American Academy of Pediatrics and American Heart Association. Textbook of neonatal resuscitation, 7th edition. 2016.
4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México. Octubre 2016.
5. WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014.
6. The Ten Steps to Successful Breastfeeding, Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva: WHO, 1989.
7. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002;91:1301–6.
8. Zwedberg S, Blomquist J, Sigerstad E. Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: "Fighting an uphill battle". *Midwifery*. 2015;31:215–20.