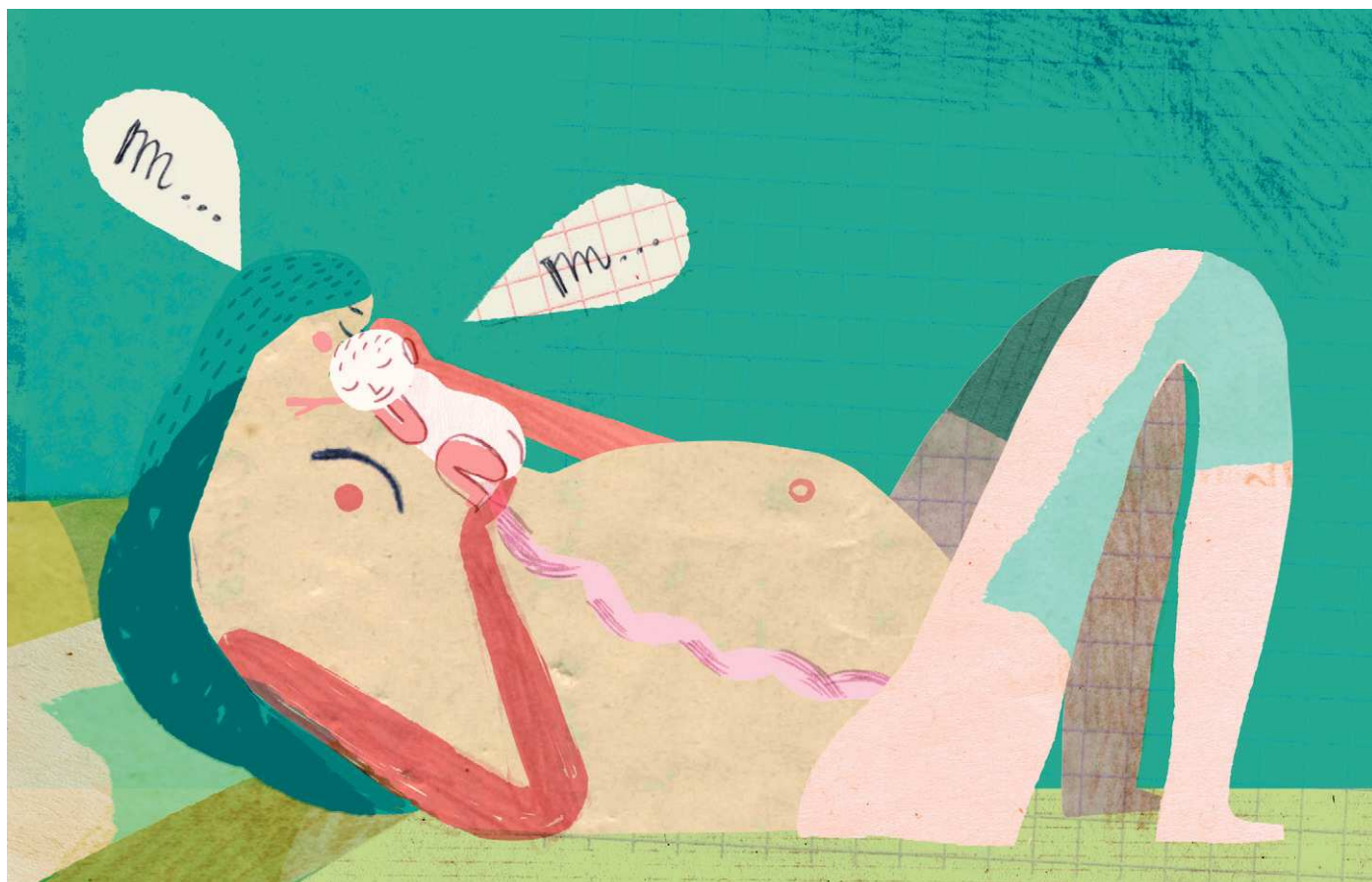


Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término

CONCEPCIÓN DE ALBA ROMERO

Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.
calba.hdoc@salud.madrid.org



Puntos clave

- El estrés durante el embarazo ha sido implicado como factor de riesgo para el desarrollo del feto.
- El contacto piel con piel (CPP) al nacer para la estabilización de todos los recién nacidos es una intervención sencilla, que aumenta el bienestar físico, mental, emocional y social del bebé. Este es el derecho de cada bebé.
- El CPP durante la cesárea es un hecho apoyado en numerosas guías internacionales. Además de estas

ventajas, el CPP en cesáreas mejorará la percepción de la madre hacia su parto, ayudando a que de esta forma el nacimiento se viva como una experiencia más grata.

- El número de horas que el bebé recibe CPP en el primer día de vida determinará la sensibilidad de su madre, su desarrollo cognitivo y la seguridad emocional. Esto también predice la relación de apego y la inteligencia social.
- Los beneficios del CPP justifican ajustar y modificar nuestras prácticas de cuidado de la salud, para dar a cada bebé el mejor comienzo en la vida.

Introducción

La mortalidad neonatal ha descendido con la mejora de los cuidados durante el embarazo y el parto; sin embargo, los estudios recientes realizados en el campo de la neurociencia nos muestran que la morbilidad a corto y largo plazo del recién nacido (RN) puede mejorarse con estrategias que faciliten la continuidad del contacto físico y emocional del RN con su madre tras el embarazo¹⁻³. El contacto piel con piel (CPP) alcanza la excelencia en los cuidados de cualquier RN sano y se debería aplicar inmediatamente tras el parto, sin ninguna interferencia. A la vez que se avanza en el conocimiento multidisciplinar del desarrollo cerebral del recién nacido, nos damos cuenta de la importancia de adaptar nuestros conocimientos y tecnología a la naturaleza y no doblar la naturaleza a nuestras rutinas.

Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término

La situación más estresante que le sucede al bebé es el nacimiento.

Durante la vida fetal, la madre ofrece al bebé el nicho o hábitat que necesita para el comienzo del desarrollo de sus competencias. El estrés durante el embarazo ha sido implicado como factor de riesgo para el desarrollo del feto. Las madres expuestas a ataques terroristas o desastres naturales tienen más partos prematuros y niños con bajo peso y menos perímetro craneal⁴. Las consecuencias a largo plazo del estrés prenatal sugieren un incremento del riesgo de esquizofrenia y depresión en el niño⁵ y la alteración de la actividad de los genes mediante un incremento en la metilación del ADN⁶, tanto en la madre como posteriormente en los niños y adolescentes⁷, pudiendo persistir en la edad adulta. Por tanto, existe evidencia del efecto a corto y largo plazo que el estrés materno produce en el feto mediado entre otros por los glucocorticoides maternos (hormonas del estrés)^{8,9}.

Los niveles de cortisol en el cordón umbilical tras el parto están muy elevados. El estrés del parto para la madre y el niño se ve contrarrestado por el contacto precoz de ambos y por la primera toma espontánea de pecho, debido a la mediación de una fuerte estimulación del sistema parasimpático (nervio vago) y a la liberación de oxitocina (hormona del amor), dando lugar a una relajación tanto de la madre como del niño, lo que hace que sea ideal para el inicio de la interacción entre ambos facilitando el amamantamiento del RN. Si la salud mental del adulto está basada en la salud mental en su infancia, ahora sabemos que empieza muy temprano, incluso en la primera hora después del nacimiento¹⁰.

El CPP supone una continuidad con el útero materno donde el feto se encontraba en un ambiente térmico, cálido, oliendo a su madre, compartiendo las costumbres familiares, oyendo su voz y sintiendo el latido de su corazón. El CPP tras el parto puede fundamentarse en los estudios de animales que tras el parto son «dependientes del hábitat» para poder sobrevivir. En los mamíferos este hábitat, que es el cuerpo de su madre, garantiza la supervivencia, ya que proporciona calor, alimento, protección e interacción¹¹. Todos

los sentidos necesitan una señal de calidad que les estimule y refuerce desde el inicio las vías e interconexiones cerebrales: sin duda, este estímulo es la madre.

Aunque la unión entre madre e hijo es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y el hijo, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Esto tiene efectos positivos para toda la vida, ya que la necesidad instintiva de protección y nutrición del bebé en este periodo es especialmente fuerte.

Cuando no se continúa inmediatamente el CPP tras el parto, la separación de la madre es muy estresante y es suficiente para que el bebé se vuelva inestable^{2,10}. Su cerebro libera la hormona del estrés cortisol, que aumenta el ritmo cardíaco y la respiración como una reacción básica del instinto de «lucha o huida»^{10,12,13}. La somatostatina (que contrarresta la hormona del crecimiento) también se libera y actúa en el intestino para reducir la absorción de los alimentos y, por lo tanto, inhiben el crecimiento^{14,15}. Estas hormonas del estrés permanecen elevadas mientras que dure la separación y siguen elevadas incluso 30 min tras iniciar el contacto. Los bebés que son separados van a protestar y llorar para llamar a su madre, acción que incrementa las presiones pulmonares, abriendo el foramen oval y restaurando así la circulación fetal, disminuyendo la saturación de oxígeno en la sangre¹⁶. Este llanto aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea en el cerebro del bebé, lo que puede dañar el lecho capilar, e incluso causar hemorragia intraventricular¹⁷.

En resumen, la separación del RN de la madre es la causa principal de su estrés y a menudo provoca una cascada de problemas y complicaciones que requieren una intervención médica para preservar la salud del RN.

Uno de los principios contemplados dentro de la estrategia para la «Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia» (IHAN), destaca que se debe ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este paso implica colocar a los bebés en CPP con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario¹⁸. Este paso contempla situaciones de partos vaginales y cesáreas sin anestesia general en las que las madres puedan recibir a sus hijos tras el nacimiento para continuar ese contacto íntimo y estrecho que mantenían intraútero y que sigue siendo necesario para ambos.

La IHAN especifica la duración de al menos una hora o incluso más (pues los RN pueden tardar más de ese periodo en engancharse de forma efectiva al pecho) salvo que haya una indicación médica que justifique la separación. Con más de 50 min de contacto, la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 min.

Los beneficios demostrados del CPP tras el parto que han llevado a implementar esta estrategia de salud con una fuerza de recomendación máxima son^{19,20}: una mayor frecuencia (*odds ratio* [OR]: 1,82; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,08-3,07) y duración de la lactancia materna (diferencia media ponderada: 42,55; IC del 95%, -1,69-87,9) y tam-

bién parece tener un efecto beneficioso en el proceso de vinculación (diferencia media estandarizada: 0,52; IC del 95%, 0,31-0,72), en la disminución del tiempo de llanto del niño (diferencia media ponderada: -8,01; IC del 95%, -8,98 - -7,04), en los niveles de glucosa (diferencia media ponderada: 10,56; IC del 95%, 8,40-12,72) y en la estabilidad cardiorrespiratoria (diferencia media ponderada: 2,88; IC del 95%, 0,53-5,23)²¹. También se ha mostrado menos dolor por ingurgitación mamaria en las madres que practicaron CPP y un menor grado de ansiedad. En los niños que permanecen en CPP se ha mostrado que el agarre al pecho materno se hace en una posición correcta en el 63%, mientras que en los separados se realiza en un 20,5%²².

No se debe forzar a los RN a engancharse, sino facilitarles el acceso al pecho cuando se detecten signos de que están preparados para amamantar.

Si la madre necesita sedación y no puede atender a su bebé, el CPP se realizará en cuanto la madre se encuentre reactiva y alerta.

El CPP durante la cesárea es un hecho apoyado en numerosas guías internacionales²³. Además de estas ventajas, el CPP en cesáreas mejorará la percepción de la madre hacia su parto, ayudando a que de esta forma el nacimiento se viva como una experiencia más grata, ya que la mayoría de los estudios señalan que la cesárea es percibida como una experiencia menos satisfactoria, asociándose con más frecuencia a depresión posparto y a mayores dificultades durante la lactancia.

La presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano podría ayudar a la realización del CPP y ayuda a la madre a través del apoyo emocional.

Se han publicado casos de muerte súbita durante las primeras horas tras el parto. Aunque son por causas desconocidas o por enfermedades del niño, otras se han relacionado con situaciones de cansancio de la madre, falta de supervisión, partos de madrugada, partos en primíparas etc., que probablemente han producido obstrucción de la vía respiratoria, sobre todo cuando están mamando. Por ello, es imprescindible que durante las primeras horas tras el nacimiento, el RN esté bajo supervisión de sus padres y de los profesionales, sobre todo si la madre tiene la movilidad limitada y ha recibido sedantes/analgésicos que pueden alterar su estado de consciencia y el del niño, al fin de prevenir sofocaciones del RN. La posición semiincorporada de la madre facilita una adecuada técnica²⁴. Cuando al RN se le da la opción del CPP tras nacer, pasa por nueve fases de comportamiento: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño, lo que da lugar a principios de óptima autorregulación.

El bebé debería permanecer en CPP con su madre en las primeras horas tras el nacimiento y está claro que las rutinas hospitalarias en la salas de partos deberían dirigirse hacia favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para favorecer la autorregulación, la primera toma y el inicio del vínculo madre-hijo. Como el niño parece depender del sentido del olfato, se debe posponer el lavado del pecho de la madre o lavado del niño y la separación para pesar o recibir profilaxis vacunal o de cualquier tipo. La administración de sedantes u oxitocina a la madre de forma rutinaria durante el parto puede ser un elemento que distorsione y retrase la conducta innata del bebé tras nacer, lo que le hace más vulnerable²⁵.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Epidemiología

■ Metanálisis

■ Ensayo clínico controlado

1. ●● Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr.* 2004;93:779-85.
2. Hofer MA. Early relationships as regulators of infant physiology and behaviour. *Acta Paediatr.* 1994;Suppl 397:9-18.
3. Hofer MA. The psychobiology of early attachment. *Clini Neurosci Res.* 2005;15:84-7.
4. Dancause KN, Laplante DP, Oremus C, Fraser S, Brunet A, King S. Disaster-related prenatal maternal stress influences birth outcomes: project Ice Storm. *Early Hum Dev.* 2011;87:813-20.
5. Schlotz W, Phillips DI. Fetal origins of mental health: evidence and mechanisms. *Brain Behav Immun.* 2009;23:905-16.
6. Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics.* 2008;3:97-106.
7. Radtke KM, Ruf M, Gunter HM, Dohrmann K, Schauer M, Meyer A, et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Transl Psychiatry.* 2011;1:e21.
8. Barbazanges A, Piazza PV, Le Moal M, Maccari S. Maternal glucocorticoid secretion mediates long-term effects of prenatal stress. *J Neurosci.* 1996;16:3943-9.
9. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32:1073-86.
10. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach Hum Dev.* 2000;2:23-47.
11. Harlow HF, Dodsworth RO, Harlow MK. Total social isolation in monkeys. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1965;54:90-7.
12. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* 1998;338:171-9.
13. Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and «use-dependent» development of the brain. How «states» become «traits». *Infant Mental Health.* 1995;16:271-91.
14. Marchini G, Lagercrantz H, Feuerberg Y, Winberg J, Uvnäs-Moberg K. The effect of non-nutritive sucking on plasma insulin, gastrin, and somatostatin levels in infants. *Acta Paediatr Scand.* 1987;76:573-8.
15. Widstrom AM, Christensson K, Ransj-Årvidson AB, Matthieson AS, Winberg J, Uvnäs-Moberg K. Gastric aspirates of newborn infants: pH, volume and levels of gastrin - and somatostatin-like immunoreactivity. *Acta Paediatr Scand.* 1988;77:502-8.
16. Ludington-Hoe SM, Cong X, Hashemi F. Infant crying: nature, physiologic consequences, and select interventions. *Neonatal Network.* 2002;21:29-36.
17. ●● Als H, Lawhon G, Duffy FH, McNulty GB, Gibes-Grossman R, Bliczman JG. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA.* 1994;272:853-8.
18. ●● IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. *Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.*
19. Fuerza de la recomendación. Clasificación de la Canadian Task Force. Disponible en: <http://www.ctfphc.org/>
20. ●● Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. *Sanidad 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.*
21. ●● Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;Issue 5:CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub
22. Righard L. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet.* 1990;336:1105-7.
23. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline. Clinical guideline n.º 13. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004.
24. ●● Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics.* 2011;127:e869-73.
25. Kroeger M, Smith LJ. Impact of birthing practices on breastfeeding. 1st ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; Massachusetts; 2004.