



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Hospital 12 de Octubre
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Avenida de Córdoba s/n
- **CCAA:** Madrid
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
Nombre y apellidos: Carmen Pallás Alonso, Jefa de Servicio de Neonatología. Jose Manuel Hernández. Jefe de Servicio de Obstetricia. María José García Rodríguez. Jefa de Matronas.
E-mail: kpallas.hdoc@gmail.com
Teléfonos:618557778

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatat
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Enero de 2014.
- **Actualmente en activo:** Si
- **Prevista su finalización:** No hay fecha prevista de finalización, se irá actualizando y mejorando hasta conseguir la cobertura deseada.

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Cuidados desde el nacimiento a la primera semana de vida
	Prácticas clínicas en el parto
	Formación de profesionales.

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, etc.).

Actualmente se recomienda que inmediatamente después del parto, el recién nacido vigoroso se coloque en contacto piel con piel sobre el pecho y el abdomen materno. Esta recomendación ha sido apoyada por la Sociedad Española de Neonatología¹, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia² de UNICEF y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España³. También queda recogida en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría⁴ y en las guías clínicas australiana⁵, canadiense⁶ y británica⁷.

Son numerosas las razones que sustentan esta recomendación. El vínculo afectivo entre padres e hijo es crucial para la supervivencia y desarrollo del recién nacido, y para que aparezca es preciso el contacto físico y la interacción entre los padres y el recién nacido. El establecimiento del vínculo y apego van a condicionar las respuestas emocionales de los niños durante sus primeros años. El contacto piel con piel precoz entre la madre y el niño mejora las percepciones de su hijo, las habilidades maternas, su comportamiento, los resultados en cuanto a lactancia materna y reduce el tiempo de llanto del recién nacido⁸⁻¹⁰.

Tras la publicación de los trabajos que mostraban los beneficios del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto, esta práctica se fue extendiendo. Desafortunadamente y coincidiendo con la aplicación cada vez más generalizada del contacto piel con piel entre la madre y su hijo en la sala de partos y en las maternidades, han comenzado a describirse casos en la literatura médica de recién nacidos que han padecido episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante este procedimiento. Acontecen sobre todo en las 24 horas posteriores al

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



parto, en especial en las dos primeras horas y con frecuencia alrededor de la primera toma al pecho. Se trata de niños aparentemente sanos, nacidos por vía vaginal y cuya historia prenatal no hacía sospechar patología alguna.


Estos eventos se han descrito en diferentes países¹¹⁻²⁵. La incidencia global parece estar entre 2,5-3,2/100.000 nacimientos y la mortalidad entre 0,8-1,8/100.000 nacimientos^{14,17}, aunque todavía no se dispone de registros adecuados que puedan informar sobre la frecuencia real de este problema y probablemente está subestimado.

La causa de estos episodios es desconocida. Algunos investigadores emiten diferentes hipótesis, ninguna de ellas confirmada. Las dos primeras horas tras el parto es un período crítico para los recién nacidos; en este tiempo serían más vulnerables a un factor estresante de tipo hipóxico que podría precipitarse, por ejemplo, por una obstrucción de la vía aérea cuando el niño está en prono sobre el cuerpo materno o cuando está mamando^{11,12,14,18,22-24}. Para otros, estos niños tendrían un compromiso prenatal aunque no lo manifiesten inicialmente¹⁷. Algún investigador lo relaciona con un aumento del tono vagal durante el amamantamiento^{11,23} o a la menor experiencia en madres primíparas¹¹. Dada la similitud con el síndrome de muerte súbita del lactante, otros autores^{14,15} sostienen que estos eventos pueden estar en relación con la posición prona del recién nacido, con la cara hacia abajo sobre el cuerpo materno y con sobrecalentamiento.

Analizando los diferentes casos se observa que con frecuencia se repiten ciertas circunstancias. Así fueron más frecuentes en mujeres sin acompañante, primíparas, que se encontraban cansadas o adormiladas tras el parto, sin una vigilancia adecuada durante el contacto piel con piel o mientras daban de mamar, encontrándose colocado en una postura potencialmente asfixiante (tumbado en prono sobre el abdomen o sobre el pecho de su madre)^{11-15,17-19,21,23-26}. Por otro lado, los niños que sobreviven a estos eventos con frecuencia padecen secuelas neurológicas graves^{12,13,21-23,27}.

Los trabajos publicados hasta el momento son únicamente series de casos, actualmente no se dispone de ninguna otra información. Los autores de los principales trabajos^{11,14,25-27} realizan un minucioso análisis de los casos y de sus circunstancias y algunos hacen algunas sugerencias con objeto de evitar estos episodios. Recogiendo las conclusiones y la opinión de estos autores y mientras no exista nueva evidencia médica es prudente establecer unas recomendaciones, basadas únicamente en opiniones de experto, que quizás puedan ayudar a prevenir estos episodios:

- Los profesionales sanitarios que trabajan en las salas de parto y en las maternidades de los hospitales deben conocer la existencia de estos episodios y los factores de riesgo implicados. Los profesionales sanitarios informarán y enseñarán a la madre y al acompañante cómo evitar que la boca y la nariz del recién nacido se obstruyan durante el contacto piel con piel, mientras está acostado en la cama junto a su madre y cuando esté tomando del pecho. Es fundamental que los profesionales se aseguren de que dicha información ha sido entendida.
- Tradicionalmente las mujeres tras el parto no solían quedarse solas sino que estaban acompañadas de otras mujeres que las ayudaban a vigilar y cuidar el recién nacido. Por tanto parece natural que las mujeres recién paridas, en especial cuando tienen a su hijo en posición piel con piel, deban estar acompañadas por quien ellas deseen para, entre otras cosas, garantizar la seguridad del recién nacido. El acompañante puede ayudarla o incluso suplirla, si está muy cansada, en la función de vigilancia del recién nacido.
- Cuando la madre esté despierta, ha de comprender la necesidad de observar la actividad y el color y de prevenir la obstrucción de la nariz del recién nacido. Si la madre está muy cansada o adormilada se aconsejará que el padre mantenga el contacto piel con piel o que otro adulto vigile al recién nacido. En esta circunstancia de somnolencia o cansancio materno, si no hay ningún acompañante cercano para poder vigilar al neonato, no se dejará al recién nacido en decúbito prono sobre el abdomen o el pecho de la madre, sino en una cuna y en decúbito supino.
- Es deseable que la madre no se distraiga (llamadas por teléfono, envío de mensajes, etc.) mientras esté en contacto piel con piel con su hijo o el niño esté acostado en la cama junto a ella o mamando, sobre todo si no dispone de un acompañante que vigile al niño mientras ella realiza actividades que puedan reducir la atención hacia su hijo.
- Aunque solo se refieren en uno de los trabajos consultados²⁴, probablemente la posición ideal de la madre será semi-incorporada entre 30 y 45°, con una almohada bajo la cabeza. Aparentemente, en esta posición de la madre, es más difícil que se den situaciones de obstrucción de la vía aérea.
- La secuencia descrita en estos episodios es apnea, seguido de hipotonía y cambio de color. Se advertirá a los padres que si notan cambios de coloración o respiración irregular o ausente.



Los profesionales también valorarán de forma intermitente al niño y a la madre. Comprobarán que el acompañante está ayudando a la madre a vigilar al niño. Si la madre no dispone de acompañante serán los profesionales los que deban asumir esta función siempre que sea posible. Si en algún momento no es posible esta vigilancia debería valorarse suspender el piel con piel de forma transitoria, considerando además otros factores de riesgo adicionales (madre primípara, muy cansada, con sedación, eventos perinatales, etc.)

Es recomendable que se creen grupos de trabajo multidisciplinares que analicen la correcta práctica del contacto piel con piel en el periodo postnatal inmediato y que vigilen que se siguen las recomendaciones para la prevención de cualquier complicación relacionada con la misma.

En ninguno de los trabajos revisados se cuestiona la práctica del contacto piel con piel precoz. Sin embargo, al menos hasta que se identifiquen con claridad las causas de estos episodios de muerte de súbita neonatal, los equipos de neonatología y obstetricia deberían minimizar las situaciones que aparentemente incrementan el riesgo. Que la mujer esté acompañada y que tanto ella como su acompañante estén adecuadamente informados de lo que tienen que vigilar durante las primeras horas tras el parto es una medida fundamental que no conlleva ningún incremento del gasto en la atención tras el parto y aumenta sustancialmente la seguridad del paciente neonatal. Los protocolos de piel con piel que están vigentes en las unidades neonatales deberían actualizarse para que se recogieran las recomendaciones de piel con piel seguro.

8. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos

Implantación del protocolo del cuidado piel con piel seguro en los servicios de neonatología y obstetricia.



9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

La población diana la constituyen todas las mujeres que paren en el Hospital 12 de Octubre y que tanto su estado de salud como el del niño y el deseo de la madre hacen posible la realización del contacto piel con piel.

En el año 2014 hubo 4.280 partos en el Hospital 12 de Octubre. El protocolo se comenzó aplicar en enero, por tanto todas ellas constituyen a priori la población diana. Por autoevaluaciones previas sabemos que más del 90% de las mujeres en las que no hay ningún contraindicación realizan cuidado piel con piel con el niño.

Por otro lado también se pueden considerar población diana todo el equipo de matronas del hospital, enfermeras neonatales, neonatólogos, obstetras matronas de atención primaria que son los responsables de proporcionar la información y entre los cuales se difundió el protocolo a través de sesiones colectivas e individualizadas. En total son unos 210 profesionales.

10. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición, cuando proceda, los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

Protocolos

En el año 2012 se habían actualizado los protocolos de piel con piel incluyendo las medidas de seguridad para evitar o advertir lo antes posible los posibles episodios de muerte súbita en piel con piel tanto en partos normales como en cesáreas (Anexo 1, 2). Estos protocolos, tal como queda reflejado en ellos, fueron elaborados conjuntamente por matronas, obstetras, neonatólogos, enfermeras neonatales y Servicio de Anestesia, también se implicaron la dirección de enfermería, la dirección médica y la gerencia. En los protocolos se hicieron constar las siguientes medidas:



“Es imprescindible que durante las primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido este 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 conciencia, al fin de prevenir sofocaciones del recién nacido. Es imprescindible que durante la lactancia la posición de la madre no obstruya la vía respiratoria del bebé. Probablemente el que la madre este en decúbito supino favorezca esta situación, quizás, por tanto, sea mejor que las madres estén incorporadas 30-60”.

En enero del 2014 se elaboró además un protocolo específico para la actuación y prevención de los casos de muerte súbita en piel con piel (Anexo 3). De nuevo el abordaje de este protocolo se hizo de forma multidisciplinar y participaron en él, tal como consta en el mismo, Servicio de Neonatología, Servicio de Obstetricia, Servicio de Anestesia, matronas, enfermeras de Neonatología, enfermeras de la Reanimación de Madres y enfermeras de la Maternidad. Respecto a la prevención de los episodios de muerte súbita en el protocolo mencionado se hizo constar:

Recomendaciones para prevenir los episodios de ALTE/muerte súbita durante el contacto piel con piel precoz en partos normales:

Los trabajos publicados hasta el momento son únicamente series de casos, por lo que no se dispone de una evidencia fuerte al respecto. Los autores de los principales trabajos realizan un minucioso análisis de los casos y de sus circunstancias y algunos hacen algunas sugerencias con objeto de evitar estos episodios. Recogiendo las conclusiones y la opinión de estos autores y, mientras no exista mejor evidencia médica, es prudente establecer unas recomendaciones, basadas únicamente en opiniones de expertos, que quizás puedan ayudar a prevenir estos episodios:

1. Los profesionales sanitarios que trabajan en las salas de parto y en las maternidades de los hospitales deben conocer la existencia de estos episodios y los factores de riesgo implicados.
2. Los profesionales sanitarios informarán y enseñarán a la madre y al acompañante cómo evitar que la boca y la nariz del recién nacido se obstruyan durante el contacto piel con piel, mientras está acostado en la cama junto a su madre y cuando esté tomando del pecho. Si en un momento dado, ya sea antes, durante o tras el parto, la madre decide cambiar de acompañante, a éste hay que informarle y enseñarle al respecto como al primero. Es fundamental que la información que se dé no alarme, que interfiera lo menos posible en el desarrollo del contacto piel con piel precoz y que se ofrezca en un lenguaje sencillo y claro. Igualmente, es importante que los profesionales se aseguren de que dicha información ha sido entendida.



3. En nuestro hospital, la información a la madre y al acompañante antes del parto correrá a cargo de la matrona y/o del obstetra encargados de la atención de la señora. Además, dicha información se va a incluir en las clases de preparación al parto y en las consultas prenatales, de forma oral y/o escrita. Asimismo, en las salas de dilatación del Área de Paritorios se van a colocar en las paredes carteles informativos.


4. Tras el nacimiento y antes de abandonar el paritorio, la enfermera neonatal que ha acudido al parto se cerciorará de que tanto la madre como el acompañante han recibido la información referida (cómo mantener liberada la vía aérea del recién nacido para evitar la obstrucción de la misma y conocer los signos de alarma en el recién nacido ante los cuales han de solicitar ayuda tales como: apnea, respiración irregular, quejido, ruidos respiratorios extraños, hipotonía, rigidez, palidez, cianosis, ausencia de respuesta a estímulos). Asimismo, mostrará a la madre y al acompañante cómo ha de estar la cabeza del recién nacido para evitar la obstrucción de la boca y de la nariz. Una vez que la enfermera neonatal haya abandonado el paritorio, la vigilancia de la madre y de su hijo mientras estén en dilatación será tarea de la matrona encargada de su cuidado.

5. Tradicionalmente las mujeres tras el parto no solían quedarse solas sino que estaban acompañadas de otras mujeres que las ayudaban a vigilar y cuidar el recién nacido. Por tanto parece natural que las mujeres recién paridas, en especial cuando tienen a su hijo en posición piel con piel, deban estar acompañadas por quien ellas deseen para, entre otras cosas, garantizar la seguridad del recién nacido. El acompañante puede ayudarla o incluso suplirla, si está muy cansada, en la función de vigilancia del recién nacido. Se ha de fomentar por parte del personal sanitario (matronas, obstetras, auxiliares de paritorio, enfermera neonatal y neonatólogo) dicho acompañamiento.

Hay dos momentos en los que el papel del acompañante como vigilante es crucial:

- a) Traslado de la madre y del recién nacido en contacto piel con piel desde la cama de paritorio a la cama de dilatación.
- b) Traslado de la madre y de su hijo desde la sala de dilación hasta la planta de Maternidad.

6. Es deseable que la madre no se distraiga (llamadas por teléfono, envío de mensajes, etc.) mientras esté en contacto piel con piel con su hijo o el niño esté acostado en la cama junto a ella o



mamando, sobre todo si no dispone de un acompañante que vigile al niño mientras ella realiza actividades que puedan reducir la atención hacia su hijo.

7. Cuando la madre esté despierta, ha de comprender la necesidad de observar la actividad y el color del recién nacido, así como de prevenir la obstrucción de la nariz y de la boca del mismo. Si la madre está muy cansada o adormilada se aconsejará que el padre mantenga el contacto piel con piel o que otro adulto vigile al recién nacido. En esta circunstancia de somnolencia o cansancio materno, si no hay ningún acompañante cercano que consideren los padres para poder vigilar al neonato, no se dejará al recién nacido en decúbito prono sobre el abdomen o el pecho de la madre, sino en una cuna y en decúbito supino. La cuna la proporcionará el Servicio de Neonatología.

8. Aunque sólo se refiere en uno de los trabajos consultados, probablemente la posición ideal de la madre sea semi-incorporada entre 30 y 45°, con una almohada bajo la cabeza. Aparentemente, en esta posición de la madre, es más difícil que se den situaciones de obstrucción de la vía aérea.

9. La matrona encargada del cuidado de la madre y del recién nacido, tanto en paritorio como tras el parto en dilatación, será la responsable de valorar de forma intermitente al niño y a la madre. Comprobará que el acompañante está ayudando a la madre a vigilar al niño. Si la madre no dispone de acompañante serán los profesionales (matrona) los que deban asumir esta función siempre que sus tareas en esos momentos lo hagan posible. Si en algún momento esto no es factible, podría valorarse la opción de avisar a la enfermera de Neonatología para que, siempre y cuando las actividades que tenga encomendadas en esos momentos se lo permitan, pueda continuar la vigilancia del niño y de la madre. Si esto último no es posible y no se puede mantener esta vigilancia, se debe proponer a la madre suspender el contacto piel con piel de forma transitoria, explicándole previamente los riesgos de mantenerlo en esa situación. Además, se considerarán otros factores de riesgo adicionales (madre primípara, muy cansada, con sedación, eventos perinatales, etc.). Si a pesar de todo ello la madre insiste en seguir en contacto piel con piel, se podría colocar al recién nacido, siempre que esté disponible, uno de los aparatos de pulsioximetría que se van a utilizar para un estudio de investigación, actualmente en curso. Sabiendo que tendrán preferencia las díadas madre-hijo que decidan entrar en el estudio y que, aun cuando se coloque el referido aparato, los profesionales sanitarios arriba referidos, siempre que puedan, han de seguir vigilando al recién nacido. Es fundamental que todo ello quede reflejado en la historia clínica del recién nacido.



Recomendaciones para prevenir los episodios de ALTE/muerte súbita durante el contacto piel con piel precoz en las cesáreas:

1. En quirófano: la enfermera neonatal y/o el neonatólogo será los responsables de la vigilancia del recién nacido mientras esté en contacto piel con piel con la madre y/o el acompañante.
2. En la Unidad de Transición: mientras el acompañante esté en piel con piel con el recién nacido aquí, la vigilancia del recién nacido será responsabilidad del personal sanitario que trabaja en dicho área.
3. En la Unidad de Reanimación de Madres: mientras la madre y el recién nacido estén en contacto piel con piel, estarán siempre acompañados por un acompañante o por un profesional sanitario. La responsable de vigilarlos será la enfermera de la Unidad de Reanimación encargada del cuidado de ambos y, de manera intermitente, también la enfermera neonatal que acuda a dicha unidad a valorar al recién nacido por contemplarlo el protocolo de la cesárea piel con piel o a solicitud de la enfermera de Reanimación.

Cuando la madre y/o el acompañante estén en el quirófano, en la Unidad de Transición y/o en la Unidad de Reanimación de Madres se aprovechará, buscando el momento más propicio, para informarles y enseñarles a cómo mantener liberada la vía aérea del recién nacido para evitar la obstrucción de la boca y la nariz durante el contacto piel con piel, mientras está acostado en la cama junto a su madre y cuando esté tomando del pecho. Asimismo, se les darán a conocer los signos de alarma en el recién nacido ante los cuales han de solicitar ayuda (apnea, respiración irregular, quejido, ruidos respiratorios extraños, hipotonía, rigidez, palidez, cianosis). El profesional responsable de dicha tarea será la enfermera neonatal.

Otras medidas.

Además de la elaboración de los protocolos, para asegurar que la información llegaba a la mujer gestante, la información del cuidado piel con piel seguro se incluyó en el folleto informativo que se les entrega en Atención Primaria (Anexo 4) y para ello se pidió la colaboración de las matronas de atención primaria y se realizó la formación de las mismas.

Por otro lado se diseñaron unos posters informativos sobre el piel con piel seguro y se colocaron en todas las dilataciones (Anexo 5).



Se realizaron tres sesiones formativas sobre el piel con piel seguro que incluían a todos los profesionales implicados en el cuidado de la madre y del recién nacido. Como el último eslabón de la información lo constituyen las enfermeras neonatales (son las que vuelven a dar la información después de que el niño ha nacido), se les realizó una formación específica individualizada para que todas ellas tuvieran conocimiento de la importancia de que la información llegará a la madre y al acompañante.

Como ya se ha referido todo el proceso implicó a los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Anestesia y a enfermeras neonatales, de reanimación y matronas. También se implicaron la dirección médica y de enfermería.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar actores, ejes de análisis, etc.

Se consideró que el mejor indicador para valorar el grado de implantación del piel con piel seguro era confirmar que las mujeres antes del parto o inmediatamente después del mismo habían recibido la información de cómo realizar un piel con piel seguro. Para ello se elaboró una encuesta que pasó un neonatólogo a las 24 horas tras el parto (Anexo 6). La muestra se seleccionó al azar durante los meses de noviembre y diciembre de 2014. Solo la jefa de Servicio de Neonatología y el Neonatólogo responsable de pasar el cuestionario conocían que se iba a realizar la evaluación y cuando se iba a hacer. De esta forma se quería evitar el sesgo relacionado con el conocimiento de la evaluación, ya que los profesionales si hubieran sabido que se iba a evaluar la información recibida por las madres, podrían haber mejorado el cumplimiento del protocolo de información. Lo que realmente se quería identificar era como estaba funcionando de forma rutinaria.

Derivado de las respuestas de la encuesta se estiman los siguientes indicadores:

- Porcentaje de mujeres que habían recibido la información sobre cómo realizar el piel con piel seguro
- Porcentaje de acompañantes que habían recibido la información sobre cómo realizar en piel con piel seguro.



- Porcentaje de mujeres que habían estado acompañadas durante el parto.
- Porcentaje de mujeres que NO habían recibido ningún tipo de información.

• **RESULTADOS.**

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

Se realizaron 45 entrevistas a madres con el cuestionario estructurado que se ha mencionado anteriormente. Todos los resultados se resumen en la Tabla 1. Se destaca el alto porcentaje de piel con piel realizado (97,7%). El único caso que no se realizó piel con piel correspondió a una cesárea urgente por sangrado materno en la que no había acompañante y la situación de la madre tras la cesárea no lo permitió.

Se informó de cómo realizar el contacto piel con piel seguro en el 81,8% de los casos. Pensamos que este resultado es mejorable, ya que significa que casi el 20% de las mujeres que se atienden no reciben todavía la información adecuada sobre los aspectos de seguridad. Esto es más preocupante en las cesáreas, ya que al 88,5% de las mujeres que tienen un parto vaginal se les informa frente a solo el 55,5% de las que tienen una cesárea. No podemos saber si realmente la información no se proporciona a las mujeres con cesárea o es que el estrés de la situación hace que las mujeres no lo recuerden. De todas formas no importa cuál sea la causa porque realmente las mujeres no se sienten informadas por lo que esta estrategia de información en las cesáreas hay que revisarla y quizás plantear otro abordaje.

El 36% de las mujeres, durante el tiempo de piel con piel, se colocaron en decúbito lateral, con el niño en la cama, aunque esta postura no se incluye en lo que se considera piel con piel y por tanto no se ha evaluado su seguridad en los estudios de piel con piel.

Los profesionales que informaron a las madres con más frecuencia fueron la matrona y la enfermera neonatal. Aunque se establecieron estrategias para informar prenatalmente a través del folleto que se entrega a las mujeres preparto esta información les llega con menor frecuencia, aun considerando que parte de las mujeres que paren en el hospital no pertenecen a su área de influencia.

Por el contrario los posters que se colocaron en todas las dilataciones se leen con mucha frecuencia y un 56,8% los identifican como fuente de información. Algunas de las mujeres no



informadas pasaron por dilatación pero no leyeron el poster y por tanto no se sintieron informadas. El 70% de las mujeres se informaron oralmente. Consideramos que todas se deberían haber informado de forma oral. El folleto parto o el poster en la dilatación complementan la información pero creemos que no debe sustituir a la información oral.

Solo el 27% de las mujeres recibieron información específica sobre la importancia de estar acompañada, a pesar de que es uno de los puntos clave de la prevención. El 70% de los

acompañantes fueron informados. Solo dos mujeres no estuvieron acompañadas y a una de ellas no se le había informado sobre el piel con piel seguro y además refiere que se quedó dormida en la dilatación. Este caso constituye un evento centinela porque en él confluyen todos los riesgos y no se implantó ninguna forma de prevención: mujer sola, cansada y sin información.

No es despreciable el número de mujeres que refieren haber llamado o enviado mensajes por el móvil cuando estaban con el niño en piel con piel a pesar de que esta práctica se ha identificado como de riesgo y que en la información se les debería haber advertido que no era recomendable hacerlo.

Casi el 80% de los niños realizaron la primera toma estando en piel con piel.

Desde la implantación del protocolo, enero de 2014, hasta la actualidad, Junio 2015, no ha habido ningún caso de muerte súbita o evento de casi muerte súbita.

Tabla 1. Resultados del cuestionario sobre la información recibida para realizar piel con piel seguro.

	N	%
Vía del parto:		
- Vaginal	35 /45	77,7%
- Cesárea	10/45	22,2%
Piel con Piel	44/45	97,7%
- Vaginal	35/35	100%
- Cesárea	9/10	90%
Posicionamiento de su hijo durante el Piel con Piel		
- Sobre Tórax-abdomen	44/44	100%
- En la cama	16/44	36,3%
Información sobre el Piel con Piel de forma segura	36/44	81,8%
Parto Vaginal	31/35	88,5%
Cesárea	5/9	55,5%
Estuvo acompañada durante el piel con piel	42/44	95,4%
Información para el acompañante	30/42	71,4%
Información ofrecida por *:		
- Ginecólogo	1/44	2,2%
- Enfermera de la Consulta Prenatal	2/44	4,4%
- Curso de formación al parto.	5/44	6,6%
- Matrona	20/44	45,45%
- Enfermera neonatal	21/44	47,7%
- Enfermera reanimación	0	0%
- Neonatólogo	0	0%
Informado en*:		
- Preparto	8/44	18,2%
- Dilatación antes del parto	22/44	50%
- Paritorio/Quirófano	28/44	63,6%
- Dilatación después del parto/Reanimación	17/44	38,6%
Información*:		
- Oral	31/44	70,4%
- Documento	4/44	9%
- Póster de dilatación	25/44	56,8%
Información sobre*:		
- Necesidad de un acompañante	12/44	27,2%
- Postura del recién nacido en Piel con Piel	21/44	47,7%
- Signos de alarma (apnea, palidez,...)	22/44	50%
- Precauciones al dar la toma	7/44	15,9%
Duerme durante el Piel con Piel	4/44	9%
Comunicación telefónica durante el Piel con Piel	4/44	9%
Comunicación a través de mensajes de móvil durante el Piel con Piel	3/44	6,8%
Lactancia materna durante el Piel con Piel	35/44	79,5%

Los resultados de las preguntas señaladas con asterisco suman más del 100% entre todas las opciones no eran excluyentes

Se ha hecho también una tarea de difusión sobre el piel con piel seguro:

- Pallás CR, Rodríguez J http://www.ihan.es/cd/documentos/Muerte_subita_CPP.pdf
- Pallás CR, Rodríguez J y Comité de estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. An Pediatr (Barc). 2014 Mar 7. pii: S1695-4033(14)00084-8. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.02.006

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

Prácticamente el 100% de las mujeres entrevistadas habían realizado piel con piel, tanto en parto vaginal como en cesárea. En el único caso que no se realizó había una razón médica de peso que lo justificaba.

Tras la implantación de un programa de información protocolizado sobre el piel con piel seguro, el 81,8% de las mujeres reconocieron que habían recibido esta información. Aunque el porcentaje es aceptable queda un amplio margen de mejora sobre todo en las cesáreas.

El 70% de los acompañantes también habían recibido la información pero este porcentaje también es mejorable. El 95% de las mujeres estuvieron acompañadas durante todo el tiempo que tuvieron al niño en piel con piel.

El 36% de las mujeres durante el tiempo de piel con piel se colocan en decúbito lateral con el niño en la cama aunque esta posición no se considera realmente piel con piel ni se ha evaluado su seguridad.

La mayor parte de las veces la información se proporciona alrededor del parto, la información prenatal desde atención primaria ha llegado a un bajo porcentaje de mujeres.

Solo el 27% de las mujeres recibieron información sobre la importancia del acompañante. Este es un punto clave para la seguridad del proceso.



Uno de los casos identificados se puede referir como evento centinela ya que la mujer hizo piel con piel, estando sola y además se quedó dormida. En este caso claramente toda la cadena de seguridad establecida no se aplicó.

A pesar de que en la información se aconseja que no se utilice el móvil más del 10% de las mujeres lo utilizaron mientras tenían a su hijo piel con piel. Casi un 10% de las mujeres se quedan dormidas con el niño en piel con piel.

Comentario final. Los resultados de la aplicación del protocolo del contacto piel con piel seguros son aceptables. La evaluación del mismo identifica los puntos de mejora: la información en cesáreas, la información prenatal, destacar la importancia del acompañante, evitar prácticas de riesgo e insistir en la postura correcta para el piel con piel, quizás mostrando dibujos o fotos.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.*2009;71: 349-61.
2. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. <http://www.ihan.es/>
3. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva". Sanidad 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
4. American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.*2012; 129: 600-603.
5. Clinical guidelines. Women and newborn health service. King Edward Memorial Hospital. Department of Health. Government of Western Australia. 2012. http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/10/b10.1.1.pdf
6. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Public Health Agency of Canada. www.publichealth.gc.ca and <http://www.pha-aspc.gc.ca/hpps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-05-eng.php>



7. NICE clinical guideline 37. Routine postnatal care of women and their babies. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence. July 2006. www.nice.org.uk/CG037 .
8. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003519.
9. McClellan MS, Cabianga WA. Effects of early mother-infant contact following cesarea birth. Obstet Gynecol. 1980; 56: 52-5.
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, art. N°: CD003519.
11. Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, et al. Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012; 97: F395-F397.
12. Leow JY, Ward Platt MP. Sudden, unexpected and unexplained early neonatal deaths in the North of England. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2011; 96: F440-F442.
13. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns- a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012; 97: F30-4.
14. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicase C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. Pediatrics.2011; 127; e1073-e1076.
15. Dageville C, Pignol J, De Semet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. Acta Paediatr. 2008; 97:866-9.
16. . Foran A, Cinnate C, Groves A, et al. Patterns of brain injury and outcome in term neonates presenting with postanatl collapse. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009; 94: F168-77.
17. Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012; 97: F2-F3.
18. Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaud JL, et al. Cardiorespiratory arrest in full-term newborn infants: six case reports. Arch Pediatr. 2004; 11:432-5.
19. Espagne S, Hamon I, Thiébauges O, Hascoet JM. Sudden death of neonates in the delivery room. Arch Pediatr. 2004; 11:436-9.
20. Hays S. Respiratory arrest in delivery room during skin to skin car in 11 full term healthy neonates. Arch Pediatr. 2006; 13: 1067-1070.



21. Schrewe B, Janvier A, Barrington K. Life-threatening event during skin-to-skin contact in the delivery room. *BMJ Case Rep.* 2010. 2010 Dec 29;2010. pii: bcr1120103475. doi: 10.1136/bcr.11.2010.3475.
22. Nakamura T, Sano Y. Two cases of infants who needed cardiopulmonary resuscitation during early skin-to-skin contact with mother. *J. Obstet Gynaecol Res.* 2008; 34:603-604.
23. Toker-Maimon O, Joseph LJ, Bromiker R, Schimmel MS. Neonatal cardiopulmonary arrest in the delivery room. *Pediatrics.* 2006; 118:847-8.
24. Rodríguez-Alarcón J, Asla I, Fernández-Llebrez L, Pérez A, Uría C, Osuna C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54:55-59.
25. Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res.* 2013; 4: 236-247.
26. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr.* 2013; 102: 680-688.
27. WellChild. Guidelines for the Investigation of Newborn Infants Who Suffer a Sudden and Unexpected Postnatal Collapse in the First Week of Life: Recommendations from Professional Group Unexpected Postnatal Collapse. London, 2011. <http://www.bapm.org/media/documents/SUP%20Booklet.pdf>

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.