



AEP

Asociación Española de Pediatría

CLM

Comité de Lactancia Materna

2017

CONTACTO PIEL CON PIEL EN LAS CESÁREAS. ASPECTOS PRÁCTICOS PARA LA PUESTA EN MARCHA

■ Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría



Importancia del contacto piel con piel

La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados¹:

- Permite una adecuada **transición del recién nacido** favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con rápida mejoría de la oxigenación, regulación de su temperatura corporal y disminución del gasto energético.
- Confiere una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna.
- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro
- Mejora el vínculo afectivo madre/hijo. Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo.

Organizaciones de salud nacionales e internacionales recomiendan la realización del CPP precoz tras los partos vaginales, y también en las cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan ^{2,3}. Esta recomendación también está recogida en las Guías Práctica Clínica sobre atención del parto normal⁴ y de lactancia materna⁵ del Ministerio de sanidad.

Repercusión de la cesárea en madre e hijo

El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años, estando en ocasiones muy por encima del 10-15% de los partos recomendado por instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Además de los costes sanitarios de una cesárea (personal, quirófano, reanimación, etc), se han estudiado los gastos colaterales de la misma en cuanto a morbi-mortalidad materna y fetal. Así, las cesáreas tienen una serie de efectos negativos que es importante conocer ⁶.

- **En el niño** se interrumpe la transición normal del recién nacido, con ausencia de compresión torácica (menor eliminación del líquido intrapulmonar) y menor secreción de hormonas. A esto se suman los efectos de la separación de la madre.
- **En la madre** hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, más dolor y cansancio. También se producen efectos inherentes a la separación como una peor vivencia del parto, mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales.
- **Sobre la lactancia materna:** Debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre e hijo para la realización de los cuidados

postquirúrgicos de la madre y a las alteraciones físicas (dolor, anestesia..) y psicológicas, las mujeres sometidas a una cesárea tienen más dificultades en iniciar y mantener la lactancia y presentan un alto índice de cese precoz de la misma. Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes si bien la repercusión es de mayor magnitud en caso de las primeras.

CPP tras cesárea, importancia y propuesta

Teniendo en cuenta los beneficios del contacto piel con piel, las recomendaciones actuales y los efectos que produce la separación, parece evidente e imprescindible tomar las medidas necesarias para poner en marcha estrategias que permitan poner en práctica el CPP tras las cesáreas. Por otro lado, hay que considerar que el nacimiento es un momento único que debemos intentar “humanizar” para que sea compartido por la madre, el padre y el recién nacido tratando de minimizar los efectos de la cirugía siempre que la situación lo permita e intentando que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vaginal.

¿Cuáles son los principales problemas de CPP en quirófano?

Existen muchas barreras en el quirófano que dificultan llevar a cabo un adecuado CPP, la principal es la resistencia de los propios profesionales que aluden los siguientes argumentos:

- El quirófano es un lugar aséptico y el CPP puede comprometer la esterilidad.
- El quirófano es un lugar frío y el recién nacido se puede quedar hipotérmico.
- La cesárea es una cirugía mayor que puede tener complicaciones.
- El recién nacido requiere una vigilancia y no está definido quién es el profesional responsable de valorar la adecuada transición en las cesáreas.
- Tras la cirugía, el paso del recién nacido con la madre a la sala de reanimación también presenta dificultades porque los profesionales que realizan los cuidados de la madre no suelen tener formación en lactancia y la vigilancia del niño se interpreta como un riesgo, una carga de trabajo.

¿Cómo se puede poner en marcha el CPP en las cesáreas? Una propuesta

La forma de afrontar las reticencias del personal es establecer comités multidisciplinares integrados por médicos (anestesiólogos, obstetras, pediatras), enfermeras (matronas, enfermeras de quirófano, enfermeras pediátricas, enfermeras de reanimación) para unificar criterios y consensuar un protocolo de actuación. Es imprescindible animar a los profesionales a comprender la importancia de este momento único entendiendo la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el periodo de alerta sensitiva del recién nacido.

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en quirófano y también en la sala de reanimación postanestésica siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan y siempre que exista colaboración y formación del personal que lo realiza.

Un modelo de procedimiento de actuación sería el siguiente:

Antes de entrar al quirófano se explicará a la madre y al padre en qué consiste y se solicitará su consentimiento. La posibilidad de la presencia de un acompañante mejora la vivencia del parto, el inicio de la lactancia y la realización de CPP.

Dada la repercusión del CPP sobre el establecimiento del vínculo se ofertará a todas las madres, independientemente del tipo de alimentación que hayan decidido dar a su hijo.

Preparación para la Intervención:

- Se colocará el arco de separación de forma que quede espacio suficiente para que la madre pueda acoger al niño durante la intervención.
- Se monitoriza a la madre de forma que los electrodos dejen libre el tórax (en los hombros o en la espalda) para que no molesten al bebé cuando se coloque piel con piel y tampoco haya interferencias y el anesestesiólogo pueda controlar la evolución durante la intervención. Se colocará el manguito de tensión y el pulsioxímetro.

Durante la intervención es probable que la madre pueda sufrir mareos, hipotensión, náuseas y vómitos debidos a los efectos secundarios de la anestesia y también a la propia cirugía. Por ello, el anesestesiólogo ha de estar vigilante y tratar lo más rápido posible estos síntomas para que la madre esté tranquila y con buen estado general para recibir a su bebé.

Tras el nacimiento, lo ideal es que el bebé se coloque directamente sobre el pecho de la madre, pero es posible que se produzca una mala transición entre la vida uterina-extrauterina más lenta. Por este motivo, será importante que la cuna térmica esté dentro del propio quirófano (para mantener el contacto visual entre madre e hijo) mientras se vigila el desarrollo de la transición inicial. Una vez que se comprueba el estado del recién nacido es adecuado, se puede iniciar el CPP.

Se coloca al recién nacido desnudo, salvo el pañal (opcional) y el gorro, encima del pecho de la madre y se cubre con paños calientes. La mejor forma es cruzarlo ligeramente entre los pechos para que así no se resbale hacia el cuello de la madre. Se soltarán los brazos de la madre facilitando que pueda abrazar a su hijo. Hay que proporcionarles intimidad pero siempre habrá un profesional (consensuado en cada centro) que será el responsable de observar al bebé y atender las necesidades de la madre.



El contacto se puede mantener todo el tiempo de la intervención si esto es posible o interrumpirlo si hay algún problema o si la madre lo desea. De forma ideal es conveniente asegurar un contacto mínimo de 15 minutos. Muchos recién nacidos durante el CPP iniciarán sus conductas de búsqueda y si se les permite serán capaces de realizar la primera toma de lactancia materna en el mismo quirófano.

En cualquier caso, si la situación materna o neonatal deja de ser la idónea, se volverá al manejo habitual, con separación entre madre e hijo para una adecuada valoración y tratamiento por el equipo médico (pediatra, anestesiólogo, obstetra) hasta que ambos recuperen las condiciones clínicas adecuadas. De esta forma, la decisión última de la realización de CPP en la cesárea dependerá de la valoración conjunta de madre e hijo por los médicos presentes.

Una vez acabada la intervención, se debe favorecer la continuidad del contacto en la unidad de reanimación postanestésica si las condiciones del servicio, la situación clínica de la madre y del recién nacido lo permiten. El padre debería poder permanecer junto a ellos. Puede resultar cómodo habilitar un espacio con biombos para darles intimidad. Será especialmente importante favorecer el inicio de la lactancia materna en los casos en los que la primera toma no se haya realizado en quirófano. En esta sala, la mujer debe recuperarse de los efectos de la anestesia y se iniciará la analgesia que evitará el dolor los días siguientes. El personal encargado de los cuidados de la madre debe asumir la responsabilidad del cuidado de la díada madre-hijo o facilitar que otra persona se responsabilice. Para que esto sea posible, es fundamental mejorar la formación y la motivación de los profesionales que trabajan en esta área.



Si por cualquier motivo no puede realizarse el CPP del recién nacido con su madre, éste puede realizarse con el padre como alternativa, evitando dejar al niño sólo en una cuna hasta que su madre esté disponible. El objetivo es no separar a la madre y el recién nacido a lo largo de todo el proceso y favorecer la participación del padre.

Tras la recuperación en la sala de reanimación postanestésica, madre e hijo, acompañados por el padre pasarán a habitación de maternidad donde se les acomodará para continuar los cuidados.

CONCLUSIONES

El CPP en las cesáreas es una práctica recomendada, beneficiosa y segura. Disponer de un protocolo consensuado entre los servicios implicados permite aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor.

- Es fundamental entender la importancia de que el primer contacto de madre e hijo y la primera puesta al pecho tenga lugar dentro de las primeras dos horas de vida, para aprovechar el periodo sensitivo del recién nacido, puesto que después el niño entra en una fase de sueño fisiológico de recuperación del parto en la que es difícil que interactúe.
- La implicación del personal es imprescindible. La labor del anestesiólogo es mantener estable a la madre y que pueda recibir a su bebé, la del pediatra y las enfermeras es valorar el bienestar del recién nacido y controlar su seguridad mientras dura el procedimiento y la del obstetra continuar la cirugía con el niño sobre el pecho de la madre.
- No son necesarios medios técnicos especiales, sólo disposición, formación y adecuada vigilancia.
- La probabilidad de éxito de la lactancia materna es mayor si se establece el CPP.
- Reducir el tiempo de separación madre-hijo y favorecer la participación del padre conlleva humanizar el nacimiento favoreciendo una experiencia muy satisfactoria para la familia, que además reporta beneficios fisiológicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 25;11:CD003519. Review.
2. IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2.Guia_detallada_hospital.pdf.
3. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. Matern Child Nutr. 2014 Oct;10(4):456-73
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/guiaPartoNormalIntro.htm>

5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. http://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

6. Hobbs AJ1, Mannion CA2, McDonald SW3, Brockway M2, Tough SC4,3. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 26;16:90