

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Se realiza primer protocolo Unificado entre Paritorio y Unidad de Reanimación

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETO
3. ALCANCE
4. DEFINICIONES/CONCEPTOS
5. DESARROLLO Y GUÍA DE ACTUACIÓN
6. RESPONSABILIDADES
7. INDICADORES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
8. BIBLIOGRAFÍA
9. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

Se denomina contacto precoz piel con piel (CPP) al periodo de tiempo inmediatamente posterior al parto en que la madre y el recién nacido permanecen desnudos, en íntimo contacto entre sus cuerpos, preferiblemente en un entorno de media luz y tranquilidad.

Durante las dos primeras horas de vida, el bebé experimenta un estado que se denomina periodo sensitivo, provocado por una descarga hormonal que tiene lugar durante el trabajo de parto en el que el niño está plenamente receptivo al medio externo. La colocación del niño sobre el pecho materno permite el reconocimiento olfatorio y el primer contacto visual entre ambos. Siguiendo sus reflejos innatos, la mayoría de los niños son capaces de llegar al pecho y realizar la primera toma en los primeros 60 minutos de vida. Una vez transcurridas las 2-3 primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia y es menos probable que demande el pecho.

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

- 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.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

Dados los demostrados beneficios del CPP, organizaciones de salud nacionales e internacionales (OMS, UNICEF, GUÍA NICE, AAP...) recomiendan el CPP precoz tras los partos vaginales y cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan.

Por todo esto, la OMS recomienda el contacto piel con piel en todos los partos, incluido los partos por cesárea.

La cesárea en sí misma, como técnica, no impide el inicio precoz de la lactancia, pero sí lo hacen todas aquellas prácticas habituales que conllevan la separación de la madre y su bebé durante horas. El contacto precoz en el quirófano ayuda al bienestar de la madre, haciendo más positiva la percepción del parto por cesárea, mejorando su autoestima y confianza. Igualmente, disminuye el riesgo de depresión posparto y se minimizan los problemas durante la lactancia, más frecuentes en los partos por cesáreas.

A la vista de la evidencia parece fundamental poner en marcha estrategias que permitan instaurar CPP tras las cesáreas. Por otro lado, hay que considerar que el nacimiento es un momento único 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.

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en el 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.

2. OBJETO

- Garantizar el contacto piel con piel entre madre y recién nacido en todos los partos, incluidas las cesáreas, en los que no existan contraindicaciones maternas-fetales.
- Establecer un procedimiento de coordinación de los distintos servicios y profesionales implicados: UGC Obstetricia y Ginecología, Bloque quirúrgico, UGC Pediatría.

MEJORAR LA 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 morbimortalidad materna y fetal. Así, las cesáreas tienen una serie de efectos negativos que es importante conocer.

- 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 posparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales.

PROCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

• 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.

3. ALCANCE

Este procedimiento afecta a todos los profesionales de Enfermería y Facultativos de las Unidades de Paritorio y Neonatología. Así mismo, implica a los profesionales de las áreas de quirófano, reanimación y puerperio.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Contacto piel con piel precoz.

Se denomina “contacto piel con piel precoz” al que se realiza colocando al recién nacido (RN) en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de su madre (piel con piel), inmediatamente tras el parto.

En condiciones normales, según la evidencia científica, el RN de bajo riesgo no precisa cuidados especiales ni actuaciones que impliquen la separación de su madre durante 1-2 horas después del parto, o hasta que se complete la primera toma y finalice el periodo de alerta tranquila.

Contacto piel con piel precoz: inmediato.

El contacto piel con piel (CPP) debe hacerse inmediatamente al nacimiento del RN, salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan.

Contacto piel con piel precoz: sin interrupciones.

El CPP debe hacerse sin interrupciones tras el nacimiento del RN durante las dos primeras horas (mínimo una hora), salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan.

CPP seguro:

- Valoración positiva madre-hijo por anestesista y neonatólogo en el quirófano.
- Madre y bebé supervisados siempre por acompañante y/o personal sanitario.
- Evaluar al RN cada 10' la primera hora y la primera toma al pecho.
- Elevación de la cama 45° para facilitar la respiración del RN.
- Cara del RN visible, nariz y boca descubierta, cuello recto no doblado ni hiperextendido, hombros rectos contra la madre, piel del RN sonrosada y caliente.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

- No uso de teléfono ni redes sociales.
- Madre y acompañante informados de las precauciones y signos de alarma que deben vigilar y comunicar. El RN debe respirar de forma regular y tener los labios sonrosados. Les debe alertar un cambio de coloración de piel o de los labios. El RN debe tener un tono muscular adecuado y no encontrarse flácido ni inmóvil.

Tipos de cesáreas:

- Cesárea electiva: Intervención programada realizada antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.
- Cesárea urgente: Aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal). Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida
- Cesárea emergente: Indicada en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico.

MARCO DE REFERENCIA

- Cuidados en el parto normal: una guía práctica. OMS, 1996.
- Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. 2005.
- Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, 2007.
- Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso de la FAME, 2007.
- Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto Normal. SEGO, 2007.
- Buenas Prácticas en Atención Perinatal. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2008.
- Respeto a las preferencias de la mujer enmarcadas en el Plan de parto y Nacimiento que ella decida. "Plan de Parto y Nacimiento"; Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2009.
- Recomendaciones para el cuidado y atención del Recién Nacido de bajo riesgo en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Comisión de estándares de la Sociedad Española de Neonatología. An Esp Pediatr, 2009.
- Implementación del cuarto paso de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, (IHAN).
- Cuidados desde el Nacimiento. Guía del Ministerio de Sanidad, 2010.
- Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, 2010.
- Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

- Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha, 2017.
- Plan de Humanización SSPA_v12042021 disponible en https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf

5. DESARROLLO Y GUÍA DE ACTUACIÓN

En nuestro entorno, la práctica del CPP en cesáreas tendrá una valoración previa por parte del equipo de profesionales implicados y se tendrán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN CPP EN CESÁREAS:

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN CPP en CESÁREAS

Maternos

- Deseo expreso de la madre.
- Cuando existe compromiso del estado materno:
 - Hipotensión/estado de shock (drogas vasoactivas). Inestabilidad hemodinámica
 - Complicaciones durante la intervención que requieran vigilancia estrecha de la madre (agitación, confusión...)
- Efectos farmacológicos residuales de anestesia general.
- Fiebre intraparto (afectación materna por sospecha de sepsis o corioamnionitis).
- TBC pulmonar activa.
- Ausencia de acompañante durante su estancia en URMI

Neonatales

- Compromiso del recién nacido: valoración inicial, estabilización e ingreso por parte de neonatología
- Signos de Enf. Hipoxico- isquémica, con Apgar menor o igual a 7 a los 5 min de vida.
- Distrés respiratorio inmediato.
- Depresión neonatal inesperada.
- Prematuridad (<34 semanas o <2 Kg)
- Anomalías congénitas a criterio del pediatra.
- Situación de riesgo social (consumo de sustancias tóxicas).

*La carga asistencial de paritorio será valorada por la matrona y la carga asistencial de la URMI será valorada por el personal de la URMI y se llegará a consenso garantizando tanto las condiciones de seguridad del binomio madre-RN como la correcta atención de las gestantes del área de Dilatación y pacientes de reanimación.

MODELO DE PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN:

Antes de entrar al quirófano se explicará a la madre y al padre en qué consiste el CPP, sus beneficios y cómo realizaremos el procedimiento, se solicitará su consentimiento y dicha información quedará registrada en la historia clínica. 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 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 anestesista 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 anestesista 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. En caso de que se produzca una mala transición entre la vida uterina-extrauterina el recién nacido se llevará a la cuna térmica, previamente preparada y caliente, para ser valorado por el servicio de neonatología. Cuando se considere que el estado del recién nacido y la madre es adecuado se podrá iniciar o reanudar 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 (la matrona) que será el responsable de observar al bebé y atender las necesidades de la madre.

Durante el tiempo que el recién nacido se encuentre haciendo contacto piel con piel con la madre en quirófano y parte del tiempo que se encuentren en reanimación; la matrona colocará una pulsera identificativa al mismo con los datos de la madre y un código único del parto, que encuentra en el soporte identificativo del neonato con las muestras sanguíneas de la madre y de este recién nacido. En cuanto le sea posible a la matrona se ocupará de realizar el registro oportuno del neonato para que así se le asigne un NHUSA propio y entonces se cambiará la pulsera anterior por la definitiva de identificación del recién nacido que incluya los datos identificativos propios del mismo.

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. La matrona responsable permanecerá junto a la madre y su RN mientras dure la intervención.

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, anestesista, 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 profesionales presentes.

Una vez acabada la intervención, se debe favorecer la continuidad del contacto en la unidad de

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

reanimación postanestésica si las condiciones del servicio, la situación clínica de la madre y del recién nacido lo permiten. La persona acompañante debería poder permanecer junto a ellos. Puede resultar cómodo habilitar un espacio con biombo 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 el quirófano. En esta sala, la mujer debe recuperarse de los efectos de la anestesia y se observa la evolución de la madre en el postoperatorio inmediato. El personal encargado de los cuidados de la madre será el personal de la Unidad de Reanimación, que deberá asumir la responsabilidad del cuidado de la diada madre-hijo, la matrona facilitará estos cuidados iniciando la instauración del CPP en la Unidad de Reanimación. Esto es posible gracias a la formación y la motivación de los profesionales que trabajan en esta área.

Durante la aplicación de este procedimiento hay que garantizar que la madre siempre esté acompañada por su pareja u otra persona elegida por la paciente y que pasará a la unidad una vez realizado el ingreso y la valoración inicial, con el fin de humanizar el proceso y favorecer la participación y vigilancia del RN. Ambos deben estar informados sobre seguridad durante el CPP, haciendo un recordatorio de cómo mantener liberada la vía aérea del RN, para evitar la obstrucción de la boca y nariz durante el CPP y cuando esté tomando el pecho. Las dos primeras horas de vida y la primera toma son los momentos de mayor riesgo de colapso súbito y, por tanto, se deberá vigilar de forma especial. Así mismo se les darán a conocer los signos de alarma en el RN ante los cuales han de solicitar ayuda y deben ser conscientes de la importancia de dedicarse en exclusiva y sin entretenimiento al CPP.

Los puntos más relevantes para realizar un CPP seguro son:

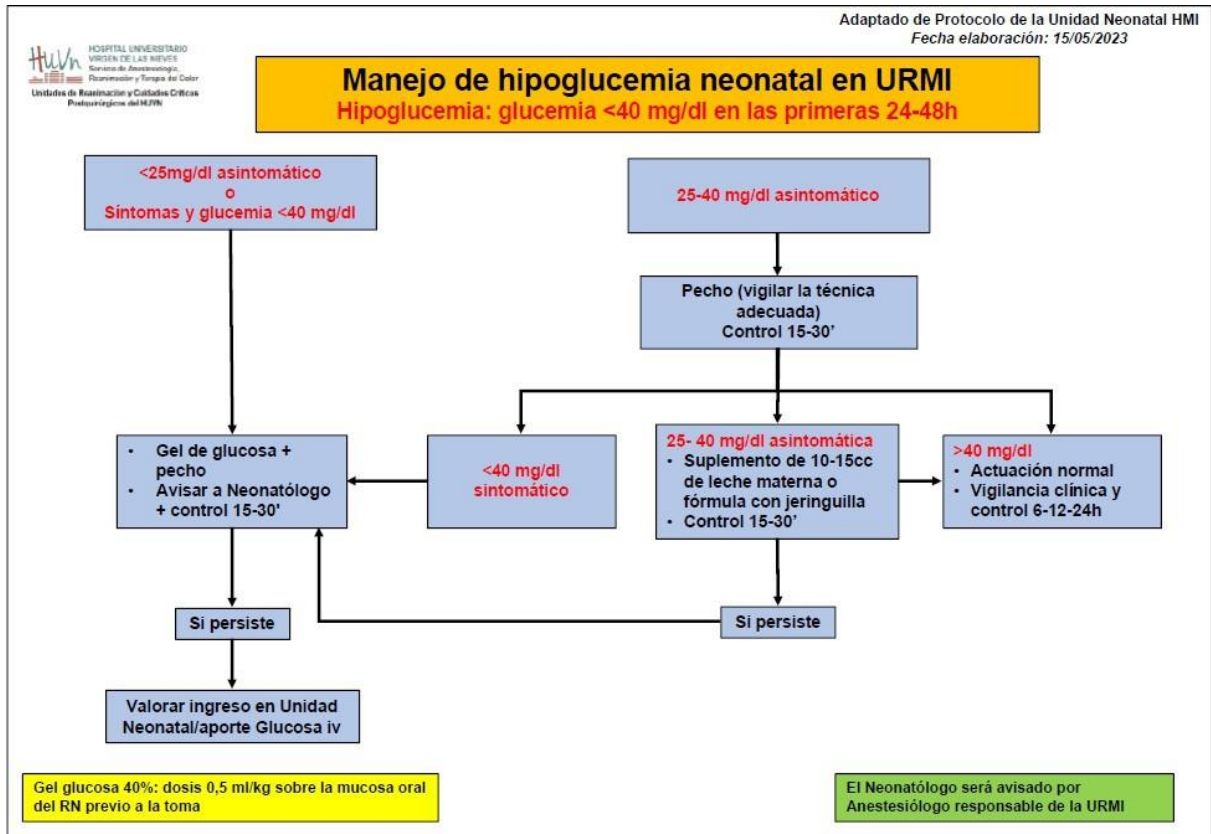
- Correcta posición de la madre: semi-incorporada aproximadamente 30- 45º con el RN desnudo y seco, en posición prona sobre el abdomen/tórax descubiertos de la madre.
- Correcta posición del RN: la cabeza debe estar ligeramente extendida y orientada hacia un lado, para que la boca y nariz no se obstruyan.
- El RN debe respirar de forma regular y sus labios estar sonrosados. Debe alertar un cambio en la coloración de la piel o de los labios, o ruidos extraños o quejidos al respirar. No tiene importancia que las manos o los pies estén azulados en el RN.
- El RN debe tener un tono muscular adecuado (actitud en flexión) y no encontrarse flácido, inmóvil ni excesivamente rígido.

La vigilancia por parte de la madre y su acompañante no exime de la necesidad de un control estrecho por parte los profesionales que intervienen en el proceso.

La matrona, a su llegada a la unidad de reanimación, enseñará y supervisará la colocación y el estado del RN durante el CPP, así como, cuando la madre decide lactancia materna, el enganche adecuado de la primera toma al pecho. Avisará al neonatólogo si detecta algún cambio en el RN que requiera nueva valoración.

Una vez la matrona vuelva al paritorio el personal encargado de los cuidados postoperatorios de la madre asume la responsabilidad del cuidado de la diada madre-hijo, según las indicaciones del Neonatólogo.

La enfermera responsable debe evaluar a intervalos regulares (cada 10 minutos durante la primera hora y primera toma) color, movimientos respiratorios y tono del RN, comunicando al anestesista responsable de la unidad cualquier cambio significativo (cianosis, dificultad respiratoria, hipoglucemias <40mg/dl sintomáticas o hipoglucemias <25mg/dl asintomática).



Recién nacidos prematuros tardíos (34-36+6 semanas)

No existen demasiados datos en la literatura científica sobre los RN prematuros tardíos, el metaanálisis de la Cochrane sobre CPP tiene como población mayoritaria a RN a término. No obstante, los datos aportados por Bergman, sobre esta práctica en una población de prematuros tardíos sanos, concluye que hay una mejor estabilidad térmica y respiratoria en aquellos recién nacidos que hicieron CPP.

Cuando la madre no está disponible

Si la madre, por diversas circunstancias, no puede realizar el CPP con su hijo/a, se ha demostrado también que es beneficioso hacer CPP inmediatamente tras el parto con el padre o persona que la madre decida. Los estudios muestran que los niños que no pudieron estar en CPP con sus madres y lo hicieron con otra persona, lloraron menos, se mantuvieron más calmados y adquirieron un comportamiento más organizado de forma más precoz.

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.

Se suspenderá el CPP a petición de la paciente o cuando la situación materna o neonatal deje de ser la idónea, así como cuando las circunstancias de la unidad no permitan garantizarlo de manera segura. En el caso de suspender el CPP por razones maternas o de la unidad, el celador trasladará al neonato en una cuna en decúbito supino, junto con el acompañante y por el TCAE que realizará la transferencia a la enfermera de obstetricia. La suspensión por razones neonatales precisa de valoración previa por parte del neonatólogo y este indicará si procede o no traslado a la unidad neonatal.

Tras la recuperación en la sala de reanimación postanestésica, madre e hijo, acompañados por el/la acompañante, pasarán a habitación de maternidad donde se les acomodará para continuar los cuidados. Si la mujer lo desea, durante el traslado a la planta de Obstetricia se continuará el CPP.

6. RESPONSABILIDADES

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES:

La aplicación de este protocolo forma parte de las competencias y responsabilidades de los profesionales de distintas categorías implicados en la asistencia a las madres y sus criaturas:

- Enfermeras.
- Matronas.
- Técnicos de Enfermería.
- Pediatras.
- Ginecólogos y Obstetras.
- Anestelistas.

Especialistas Internos Residentes (EIR) de las distintas especialidades médicas y de enfermería implicados en la asistencia al binomio madre/RN.

Es básica la implicación y participación en el proceso de CPP, del padre o acompañante elegido por esta que además de tener una participación activa en el proceso ayudará en su supervisión.

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Criterio	Satisfacción de las pacientes con la aplicación del procedimiento CPP
Indicador	Nº de madres satisfechas o muy satisfechas con el CPP $\times 100/n^\circ$ de púerperas que han cumplimentado la encuesta de satisfacción
Tipo de indicador	Resultados

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

Dimensión	Satisfacción
Estándar	>75% Con resultados de Satisfecha o Muy satisfecha
Fuente de obtención de datos	Registro y análisis de las encuestas de satisfacción específicas
Periodicidad de la medida	Semestral
Aclaración de términos	No procede
Excepciones	No procede
Responsable	Supervisora Paritorio y Reanimación

Criterio	Evaluar nº de RN que hacen CPP en cesáreas
Indicador	Nº de RN a los que se les aplica el procedimiento x100/nº total de RNs con indicación de CPP y aceptación maternal del mismo
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión	Calidad científico-técnica
Estándar	>75%
Fuente de obtención de datos	Formulario complementario y registro propio de la Unidad de Reanimación
Periodicidad de la medida	Semestral
Aclaración de términos	Estos indicadores se evaluarán con los datos a obtener de la Hoja Obstétrica de la Historia Clínica de la madre (Datos Obstétricos y Datos neonatológicos), en Estación Clínica. Además, se contrastará con registro propio de la Unidad de Reanimación
Excepciones	Se excluirán del cálculo de este indicador los RN de madres que rechacen esta práctica
Responsable	Supervisora Reanimación

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

Criterio	Evaluar motivos por los que NO se hacen CPP en cesáreas
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> Nº de RN a los que NO se les aplica el procedimiento x100/nº total de RNs con indicación de CPP y aceptación maternal del mismo. Nº de RN a los que NO se les aplica el CPP con motivo de exclusión definido x100/nº total de RNs que se han excluido de la realización del CPP
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión	Calidad científico-técnica
Estándar	>75%
Fuente de obtención de datos	Formulario complementario y registro propio de la Unidad de Reanimación
Periodicidad de la medida	Semestral
Aclaración de términos	Estos indicadores se evaluarán con los datos a obtener de la Hoja Obstétrica de la Historia Clínica de la madre (Datos Obstétricos y Datos neonatológicos), en Estación Clínica. Además, se contrastará con registro propio de la Unidad de Reanimación
Excepciones	Se excluirán del cálculo de este indicador los RN de madres que rechacen esta práctica
Responsable	Supervisora Reanimación

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bergman. (2000). Kangaroo Mother Care: Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Documental, Nils Bergman. South Africa. Recuperado a partir de www.kangaroomothercare.com
- Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. AORN J. 2017;105:579-592.
- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström AM. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth. 2009;36:97-109.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

- Centro de Medicina Maternofetal y Neonatal de Barcelona (BCNatal) (Hospital Clínic - Hospital de Sant Joan de Déu)(2020): Protocolo: Cesárea.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>; 2017
- Consejería de Salud y Familias. Identificación inequívoca de pacientes. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2020. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/recomendacion-12-identificacion-inequivoca-de-pacientes.pdf>
- Costa Romero, M., Laguna Mallada, P., & Díaz Gómez, Nuria Marta. (2019): Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006. Epub 07 de septiembre de 2020. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020&lng=es&tlng=es
- García García, J.M. & Leante Castellanos, J.L. (Coord.)(2022): Protocolo regional de contacto precoz “piel con piel”, Servicio Murciano de Salud, Consejería de Salud de la Región de Murcia. <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/9184/contacto%20piel%20con%20piel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goldstein Ferber S, 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;113:858-865.
- 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.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf; 2010.
- IHAN. UNICEF/OMS. Hospitales IHAN España. Guía detallada para la aplicación Paso a Paso Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/>; 2010 http://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2.Guia_detallada_hospital.pdf.
- Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr*. 2004, 93:1640-1645.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline. Recommendation for Guidance Executive Review of Clinical Guideline (CG37).- Postnatal care up to 8 weeks after birth. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence>; July 2006.

PROCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

- Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38:430-442.
- Pallás Alonso, C., Hernández, J.M. & García Rodríguez, M.J. (2015): Implantación de un protocolo para el contacto piel con piel seguro, Memoria Experiencia Candidata Convocatoria 2015 Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud, Hospital 12 de Octubre de Madrid. https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/
- Perinatal Services BC. Health Promotion Guideline. Breastfeeding Healthy Term Infants. L 2013.Feb. <http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf>; May 2012 (v3 March 2015).

PROTOCOLOS ASISTENCIALES**CONTACTO P**

[Estrategia_Part0_y_Salud_Reproductiva/BBPP_PARTO_Madrid_3.pdf](https://portal.medicina-fetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html) <https://portal.medicina-fetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>

- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2017): Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf

Autores	Grupo de trabajo multidisciplinar del Proceso Contacto Piel con Piel en Cesáreas		
Fecha elaboración	Fecha: 21/09/2024	Vigencia	21/09/2027

9. ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA MUJERES CON CESÁREA QUE HAN REALIZADO CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP)

Como Hospital implicado en las estrategias de mejora de la atención al parto y apoyo de la lactancia, le agradeceríamos que nos ayudara a mejorar respondiendo las siguientes preguntas:

¿ESTÁ SATISFECHA CON...?	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
Su grado de participación en la toma de decisiones con respecto al CPP					
Su grado de confort durante la estancia en URMI (ej. ambiente íntimo, compañía de la persona elegida, almohadas, alivio del dolor, etc.)					
La capacidad para afrontar sus emociones durante su experiencia con el CPP (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
la ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la estancia en URMI					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del personal que le atendió durante su estancia en el quirófano					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del personal que le atendió durante su estancia en URMI					
La información y explicaciones que le proporcionó los profesionales de quirófano					
La información y explicaciones que le proporcionó los profesionales de URMI					
El interés y el trato personal que le prestó el personal de quirófano					
El interés y el trato personal que le prestó el personal de URMI					
De forma global, la atención que usted recibió durante su experiencia de una cesárea que ha tenido CPP					
De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?					

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CONTACTO P

Dicha encuesta de satisfacción será difundida en la cuarta planta de Obstetricia durante los días de ingreso.



SCAN ME