



***EL CONTACTO PIEL CON PIEL:
BENEFICIOS Y LIMITACIONES***

***CONTACT SKIN TO SKIN:
BENEFITS AND LIMITATIONS***

Curso de Adaptación al Grado de Enfermería

***Departamento de Enfermería
Universidad de Cantabria***

Autora: Sonia Mateo Sota

Directora: María Paz Zulueta

Junio 2014

INDICE

1. Resumen.....	Pág. 3
2. Introducción	Pág. 4
2.1. Estado actual del tema	Pág. 4
2.2. Justificación	Pág. 6
2.3. Objetivos.....	Pág. 6
2.4. Metodología	Pág. 7
2.5. Breve descripción de los capítulos	Pág. 9
3. Capítulo 1	
3.1 Describir el proceso piel con piel del recién nacido tras el nacimiento.....	Pág. 10
3.2 Explicar los cambios fisiológicos que se producen tras realizar contacto piel con piel.	Pág. 11
3.3 Exponer los beneficios del contacto piel con piel.	Pág. 12
4. Capítulo 2	
4.1 Exponer la preparación previa del contacto piel con piel.	Pág. 14
4.2 Explicar los requisitos para realizar el contacto piel con piel.....	Pág. 15
4.3 Especificar las características del contacto piel con piel según el tipo de nacimiento	Pág. 17
5. Capítulo 3	
5.1 Identificar las limitaciones del contacto piel con piel en las cesáreas.....	Pág. 19
5.2 Exponer un plan de cuidados para el contacto piel con piel padre-recién nacido.	Pág. 21
6. Conclusiones.....	Pág. 22
7. Referencias bibliográficas	Pág. 23
8. Anexos	Pág. 27

1. RESUMEN

El contacto precoz piel con piel tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido como para los padres, contribuyendo al establecimiento del vínculo y la adaptación postnatal.

El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido boca abajo, desnudo, en contacto piel con piel sobre el abdomen o pecho de la madre durante los 120 minutos tras el nacimiento, taparle con una manta precalentada y cubrirle con un gorro seco.

Es necesario la supervisión del recién nacido durante el tiempo que se realiza el contacto piel con piel, bien por un profesional sanitario, por la madre o por un acompañante convenientemente informado y conocer los aspectos a vigilar en el recién nacido (tono, coloración de la piel y respiración).

En algunos hospitales existe una demora en iniciar el contacto en determinadas circunstancias según la forma de nacimiento, y con ello, una privación en los beneficios que conlleva realizar el contacto piel con piel inmediato.

Es importante el papel del Personal Sanitario, ya que de su actuación depende el inicio de esta intervención lo más precoz posible y la posibilidad de realizarla en las mejores condiciones para obtener los beneficios que aporta este contacto íntimo.

Palabras clave: Recién nacido, piel y contacto.

ABSTRACT

Early skin to skin contact after birth is a beneficial practice for both the newly born to parents, contributing to the establishment of the link and the postnatal adaptation.

Skin to skin contact is to place to the newborn face down, naked, skin contact with skin on the abdomen or breast of the mother during the 120 minutes after birth, cover him with a pre-warmed blanket and cover it with a dry cap.

Necessary monitoring of the newborn during the time that is skin to skin contact, either by a health professional, by the mother or a passenger informed and know the aspects to be monitored in the newborn (tone, staining of the skin and breath).

In some hospitals, there is a delay in initiating the contact under certain circumstances according to birth, and therefore a deprivation of benefits that entails making contact immediate skin.

The role of health personnel, is important since its the start of this intervention depends on as early as possible and the possibility of performing it in the best conditions to obtain the benefits that brings this intimate contact.

Keywords: Touch, skin, infant.

2. INTRODUCCIÓN

El contacto precoz piel con piel tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido como para los padres, y ayuda al establecimiento del vínculo y la adaptación postnatal ^(1,2).

El contacto estrecho entre la madre y su recién nacido es un rasgo de la especie humana. Es necesario poder mantener el medio materno para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, las cuales nos conducen a la supervivencia ^(1,2).

El contacto piel con piel, es la base fundamental para la madre y el recién nacido, y es necesario crear un clima favorecedor ^(3, 4,5).

El contacto piel con piel, es una técnica mediante la cual, ponemos el recién nacido en contacto con el pecho y abdomen de la madre, justo inmediatamente después del parto, antes incluso de cortar el cordón umbilical ⁽⁶⁾. Es especialmente importante las 2 primeras horas de vida, donde el recién nacido ha de recuperarse del estrés del parto y adaptarse a la vida extrauterina.

Es fundamental la supervisión informada y continuada durante esas horas, que puede ser realizada por la persona acompañante de la madre convenientemente informada y supervisada por profesionales sanitarios ^(1, 2,5).

2.1 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Desde hace siglos y debido a las costumbres de las diferentes culturas, el contacto piel con piel es una manifestación de cariño y reconocimiento entre la madre y el recién nacido y una manera de proteger al recién nacido ⁽⁷⁾. Esta práctica se ha llevado a cabo antes de institucionalizar el parto. En aquellos lugares donde las madres comenzaron a ser hospitalizadas para tener a los recién nacidos, comenzó a perderse la oportunidad de mantener el contacto piel con piel en el momento del nacimiento ⁽⁷⁾.

Con el paso de los años, la tendencia vuelve a ser hacia el desarrollo de prácticas para tener un parto más natural, sin instrumentalización, conociendo los posibles riesgos y complicaciones que en un parto se pueda desarrollar, tanto para la madre como para el recién nacido ⁽⁸⁾.

De esta manera volvemos a hablar sobre el contacto piel con piel de la madre con su hijo, el cual se desarrolla durante las primeras horas de postparto y nos proporciona unos beneficios, tanto para la madre como para el niño, desde el punto de vista físico y psicológico para ambos ^(9,10,11,12).

El método madre canguro, es una alternativa en recién nacidos de bajo peso, y podemos encontrar diversos estudios que demuestran que disminuye la morbilidad y mortalidad en lactantes de bajo peso al nacer ^(13, 14,15).

Los episodios de colapso postnatal inesperado, en los cuales, el recién nacido se encuentra en posición prono sobre el vientre de la madre, que incluyen la muerte súbita del lactante o los episodios aparentemente letales, son muy infrecuentes y están relacionados con la adaptación extrauterina. En ningún estudio ni de ensayo ni revisión, se han encontrado efectos indeseables del contacto piel con piel ^(9,14).

El fomento del contacto piel con piel y el derecho a la no separación de la madre-hijo está contemplado en las siguientes recomendaciones:

FOMENTO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL	
1. El Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), entre las Recomendaciones de Mínimos para la Asistencia al Recién Nacido Sano ⁽¹⁶⁾ .	<i>“Con objeto de promover el vínculo a través del contacto y el mutuo reconocimiento, durante el periodo de alumbramiento de la placenta si el RN está vigoroso y aparentemente sano, se entregará a la madre envuelto en un paño seco, facilitando el contacto con la piel materna y el amamantamiento inmediato”</i>
2. El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) ⁽⁴⁾ .	<i>“El contacto piel con piel ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre.”</i>
3. La Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP) ⁽⁴⁾ .	<i>“Inmediatamente después del nacimiento, los niños sanos deben ser puestos en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerse allí hasta que se realice la primera toma”</i>
4. La Guía de Cuidados en el Parto Normal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁵⁾ .	<i>“Inmediatamente después de su nacimiento, el niño ha de ser secado con ropas o toallas calientes, a la vez que se coloca sobre el abdomen materno o en sus brazos.”</i>

DERECHO A NO SEPARACIÓN MADRE HIJO

1. La Declaración conjunta OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia materna (1989).
2. La Declaración de Innocenti (1990).
3. La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (1995) "Diez Pasos hacia una feliz Lactancia Natural" (Paso nº 4) (ANEXO 1.)
4. La Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la madre y del recién nacido (2001).

2.2 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo, es una monografía sobre el contacto piel con piel al nacimiento, en el que relata los múltiples beneficios que tiene, no sólo para el recién nacido sino también para la madre y el padre.

Revisando diferentes protocolos de contacto piel con piel en distintas comunidades autónomas, se detectan diferentes intervenciones cuando el nacimiento se produce tras cesárea.

Los niños que nacen tras cesárea, en algunos hospitales, se produce una demora en el contacto piel con piel, y se analizará por qué se producen estas diferencias y cómo se pueden minimizar o resolver.

El motivo de la elección de éste trabajo, es debido a que actualmente trabajo en una planta de maternidad, donde se hace presente este proceso en planta. Me gustaría que todas las familias que decidan realizar este contacto, tengan la oportunidad de realizarlo en las mejores condiciones posibles, informando, facilitando y apoyando en todo momento, para la obtención de los múltiples beneficios que aporta esta intervención tanto al recién nacido como a la madre que lo realiza o acompañante, si la madre no puede realizarlo.

2.3 OBJETIVOS:

Los **objetivos** marcados para este trabajo son:

1. Describir el proceso del contacto piel con piel, el comportamiento del recién nacido y los beneficios.
2. Exponer los requisitos para realizar el contacto piel con piel.
3. Identificar las limitaciones para realizar el contacto piel con piel en las cesáreas.
4. Exponer un plan de cuidados para el contacto piel con piel padre-recién nacido.

2.4 METODOLOGÍA:

Las palabras clave utilizadas para realizar la búsqueda bibliográfica han sido:

DeSH: Recién nacido, piel y contacto.

MeSH: Touch, skin, infant.

La búsqueda bibliográfica ha sido establecida con operadores booleanos, como el **AND, OR y OF**, limitándola al idioma “Spanish, English or Portuguese” y “link to full text”, así como artículos de los **últimos cinco años**, a pesar de lo cual se han seleccionado alguno fuera de años previos por ser artículos de especial interés en el tema que desarrollo.

Además, se realiza una revisión de diferentes protocolos de contacto piel con piel en determinadas Comunidades Autónomas de España que ha sido seleccionadas como son: Cantabria, Madrid y Andalucía.

Las bases de datos empleadas han sido:

1. **PUBMED-MEDLINE:**

Para completar la búsqueda se ha buscado también a través de skin-to skin En esta base de datos se encontraron 23 artículos de los cuales se seleccionaron 5.

2. **CUIDEN:**

En ella se encontraron 82 artículos, y se seleccionaron 4 artículos.

3. **DIALNET:**

En esta base de datos se encontraron 9 artículos, de los cuales 2 se seleccionaron.

4. **IBECS:**

Se encontraron 16 artículos y 1 fue seleccionado.

5. **COCHRANE LIBRARY PLUS EN ESPAÑOL:**

En esta base de datos se encontraron 14 artículos y 1 fue seleccionado.

6. **GOOGLE ACADÉMICO:**

Fueron seleccionados 6 artículos de interés.

Para completar la búsqueda bibliográfica:

- Se ha recurrido al fondo bibliográfico de la Universidad de Cantabria, realizando una búsqueda en el catálogo de libros del cual he seleccionado tres para realizar el desarrollo las intervenciones de enfermería, los cuales han sido:

1- NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014.

2- Clasificación de resultados de enfermería (NOC).

3- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

- Se han revisado protocolos de otras Comunidades Autónomas sobre el contacto piel con piel al nacimiento, junto con artículos de interés en el tema.

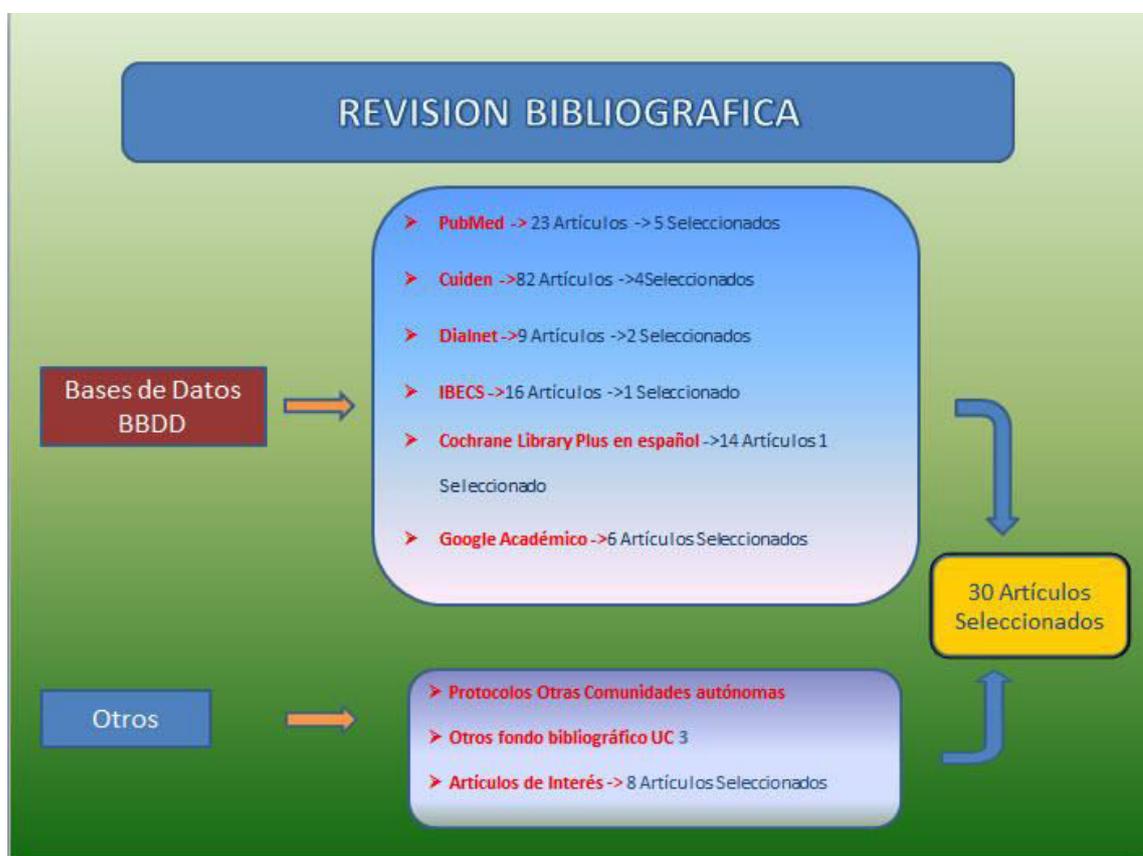


Fig.1 Resumen de revisión bibliográfica

2.5 BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El trabajo ha sido clasificado en 3 capítulos:

Capítulo 1

1. Describir el proceso piel con piel del recién nacido tras el nacimiento.
2. Explicar los cambios fisiológicos que se producen tras realizar contacto piel con piel.
3. Exponer los beneficios del contacto piel con piel.

Capítulo 2

1. Exponer la preparación previa del contacto piel con piel.
2. Explicar los requisitos para realizar el contacto piel con piel.
3. Especificar las características del contacto piel con piel según el tipo de nacimiento

Capítulo 3

1. Identificar las limitaciones del contacto piel con piel en las cesáreas.
2. Exponer un plan de cuidados para el contacto piel con piel padre-recién nacido.

CAPÍTULO 1:

3.1 ¿QUÉ ES EL CONTACTO PIEL CON PIEL?

La primera hora después del nacimiento de un recién nacido, es muy importante para la madre y para el hijo, para el bienestar de ambos, y para que pueda tener la oportunidad de establecer el vínculo madre-hijo e iniciar la lactancia materna si se desea ^(1,2).

El contacto piel con piel precoz tiene un papel favorecedor en el establecimiento del vínculo afectivo y una mejor adaptación postnatal al recién nacido que se describirá a lo largo de la monografía ^(2, 5,13).

En esta nueva situación, el recién nacido se encuentra en un periodo de alerta, también llamado *periodo sensitivo*, donde el recién nacido es puesto en contacto con estímulos externos, luz, ruido, olor..., y tiene que adaptarse a esta nueva situación ⁽⁴⁾.

La adaptación a este medio externo, es menos traumática con el contacto piel con piel, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal ^(3,5). Y junto con el sonido del latido materno, bamboleo de movimientos respiratorios, caricias y calor materno, ayudan a lograr una alerta tranquila ^(1, 2,4).

Si la situación clínica de la madre y del niño lo permite, se debe de facilitar el contacto piel con piel precoz o lo antes posible, y realizarlo en un ambiente relajado y tranquilo ^(1, 2, 4).

3.1.1 Definición:

El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido boca abajo y en contacto piel con piel sobre el abdomen o pecho de la madre inmediatamente tras el nacimiento, taparle con una manta precalentada y cubrirle con un gorro seco ^(1, 2,4).

3.1.2 Postura adecuada:

Al realizar el contacto piel con piel, la piel del niño ha de tocar directamente la piel de la madre, no debe haber nada entre ellos (ni camisón, ni sábana o toalla). Se puede colocar al recién nacido un pañal y un gorro para evitar la pérdida de calor. La cabeza del recién nacido representa una importante superficie corporal, por lo tanto, si no se cubre (estando habitualmente húmeda por líquido amniótico) el riesgo de la pérdida de calor es grande, aumentando el riesgo de hipoglucemia y aumentando el gasto para termorregulación y la posible aparición de distress respiratorio ^(2, 4,5).

Una vez colocado el recién nacido sobre abdomen o pecho de la madre, boca abajo y con la cabeza ligeramente ladeada, se pueden cubrir ambos con una manta o toalla precalentada encima, de esta manera, evitamos que se pierda calor y conservamos la privacidad materna ^(1,2).

Es importante asegurar que el niño no puede caerse al suelo o quedar atrapado entre las sábanas de la cama o por el cuerpo de la madre ⁽²⁾.

3.1.3 Duración:

Los profesionales sanitarios debemos facilitar a las madres y sus recién nacidos sanos la realización del contacto piel con inmediato tras el parto, antes incluso de cortar el cordón umbilical ⁽⁶⁾. Sin interrupciones, durante 1-2 horas o hasta que finalice el periodo de alerta tranquila que se encuentra el recién nacido en ese momento tras el nacimiento ⁽¹⁰⁾. Si la madre desea dar lactancia materna, se facilitará que esté todo el tiempo necesario hasta completar la toma ^(1, 2,5).

3.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE SE PRODUCEN EN EL RECIÉN NACIDO Y SU MADRE

3.2.1 Cambios en la madre.

El contacto piel con piel favorece la liberación de una hormona llamada oxitocina. Esta hormona se libera por los estímulos sensitivos como son el tacto, el olor o el calor, y en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del recién nacido ^(7, 9, 17,18).

3.2.2 Cambios en el recién nacido.

El parto para el recién nacido supone un estrés y conlleva una serie de reacciones metabólicas reflejado en altos niveles de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Estos niveles hacen que el recién nacido esté despierto y en alerta durante las 2 primeras horas de vida ⁽¹⁸⁾.

El contacto piel con piel disminuyen los niveles de catecolaminas después del parto. Esta disminución de catecolaminas es importante, porque si se mantienen elevadas, pueden aumentar el consumo de glucosa en el recién nacido en un momento en que sus reservas son muy limitadas ⁽⁷⁾.

Por otro lado, debido al confort del recién nacido y a los estímulos táctiles y olfatorios, se ha evidenciado una disminución del dolor cuando se realiza alguna técnica invasiva (punción).

Por último, el contacto piel con piel ayuda al recién nacido a regular la temperatura de forma más estable y precoz ^(7,18).

3.3 BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO:

Una vez desarrollado el proceso y los cambios fisiológicos del recién nacido y la madre, se expone a continuación los beneficios documentados obtenidos ^(3, 4,7).

3.3.1 Beneficios para la madre:

1- Beneficios en el postparto inmediato:

Debido al papel facilitador del contacto piel con piel en la liberación de oxitocina endógena ^(11, 17,18):

- a. Favorece la contracción e involución uterina ^(11, 17,18).
- b. Prevención de la hemorragia postparto y disminución del sangrado, evidenciados mediante extracción analítica de hemograma post parto en mujeres que realizaron el contacto piel con piel y las que no ⁽¹⁷⁾.
- c. Estímulo para la eyección de calostro y aumento de la temperatura de las mamas ^(11, 17,18).
- d. Disminuye el dolor de la ingurgitación mamaria, que es la distensión de la glándula mamaria con retención láctea y congestión mamaria, que se produce a las 24-48h tras el parto ^(11, 17,18).

2- Beneficios en los primeros minutos de vida:

Debido a la liberación de la hormona de oxitocina y al contacto piel con piel, se produce una disminución de la ansiedad materna; porque el hecho de tener el recién nacido con ella, le permite estar más tranquila mientras le ve y le reconoce ^(9,19).

3- Beneficios a largo plazo:

- a. Se va a producir disminución de la depresión postparto, y un aumento de la autoconfianza ^(9, 18,19).
- b. Otros estudios demuestran que en las mujeres que realizaron contacto piel con piel, hay un aumento del grado de satisfacción sobre la percepción del parto ⁽¹⁷⁾.

3.3.2 Beneficios para el recién nacido:

1- Beneficios inmediatos:

En el momento del nacimiento, el contacto piel con piel favorece la adaptación a la vida extrauterina:

- a. Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del recién nacido ^(9,11).
- b. Facilita la termorregulación, lo que disminuye el consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la adaptación metabólica ⁽⁹⁾.

- c. Disminuye los niveles de estrés en el recién nacido, por la disminución de cortisol en sangre, que es una hormona secretada en la corteza suprarrenal del cerebro y afecta a los diferentes sistemas corporales (óseo, circulatorio, inmunológico, nervioso y metabolismo de grasas, hidratos de carbono y proteínas) ^(7, 11, 18).

2- Beneficios en los primeros minuto de vida:

Las evidencias científicas demuestran:

- a. Disminución en el tiempo del llanto los recién nacidos que habían estado realizando contacto piel con piel ^(9, 11, 18).
- b. Favorece el agarre correcto del pecho y el inicio precoz de lactancia materna. Una vez colocado el recién nacido en esta postura, los reflejos innatos de búsqueda del recién nacido favorecen el inicio precoz de la lactancia materna, siempre que la madre lo desee. El recién nacido con los ojos abiertos, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores, pataleo, cabeceo, y poniendo en marcha los reflejos de búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico, lo que le permite acercarse y realizar un agarre espontáneo ⁽¹⁸⁾.
- c. Cuando se administra dextrosa oral 2 min. junto con en contacto piel con piel antes de cualquier técnica dolorosa (como las punciones) manifiestan menos dolor y ansiedad ^(7, 10, 12, 18).

3- Beneficios a largo plazo:

- a. Favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos, lo cual tiene un efecto protector frente a infecciones porque son las primeras bacterias que le llegan al recién nacido y le protegen de otras potencialmente peligrosas y tiene menos riesgo de infección ⁽¹⁸⁾.
- b. Mejora la reserva energética, como consecuencia de óptima regulación térmica, el gasto de glucemia para control de la termorregulación es menor, por lo tanto aumenta los valores de glucemia en el recién nacido y el almacenamiento en forma de glucógeno, (principalmente en músculo e hígado), que junto con los depósitos de grasa del tejido adiposo, son las principales fuentes con las que el recién nacido realiza la compensación de niveles de glucosa durante los primeros días y primeras semanas ⁽⁹⁾.
- c. Aumenta la frecuencia y la duración de la lactancia materna. Ello conlleva a un efecto positivo sobre la pérdida de peso del recién nacido y beneficio en su sistema inmunológico ^(7, 11, 20).
- d. Mejora al desarrollo infantil ⁽¹⁸⁾.

3.3.3 Beneficios para ambos:

1- Beneficios inmediatos:

- a. Existe una contribución a una mejor y más pronta recuperación del estrés postparto ^(4, 9,18).
- b. La estimulación por parte de la madre favorece el reconocimiento mutuo, y el contacto piel con piel favorece el proceso de vinculación madre recién nacido ^(4, 7, 9, 17,18).

2- Beneficios en los primeros días:

En los primeros días, hay evidencias que demuestran que los que realizaron contacto piel con piel, hay una disminución en los días de hospitalización ^(7,18).

3-Beneficios a largo plazo:

Existe un aumento en la duración y tiempo de lactancia materna, y existen unos beneficios emocionales para ambos ^(7, 11, 18,20).

CAPITULO 2

4.1 PREPARACION PREVIA PARA REALIZAR CONTACTO PIEL CON PIEL

Todas las madres deben de poder tener la oportunidad de realizar el contacto piel con piel con su hijo en un entorno tranquilo lo antes posible después del nacimiento. Si el contacto piel con piel ha de ser interrumpido, por la situación clínica de la madre o del recién nacido, se reiniciará en cuanto sea posible ^(1,5).

Si el niño ha de ser ingresado, se fomentará el contacto piel con piel en cuanto la madre y el recién nacido estén bien para poder realizarlo ^(1,2).

Si no puede hacer el contacto piel con piel porque la situación clínica de la madre no se lo permite, puede iniciar el contacto piel con piel con otro familiar, generalmente el padre ^(1,2).

En las mujeres que deseen alimentar a su recién nacido con lactancia materna, la primera opción para realizar el contacto piel con piel siempre es la madre, porque sólo de ella es de donde se obtiene el calostro, y porque el contacto piel con piel estimula la producción de leche ⁽²⁾.

La madre y el acompañante deben de estar convenientemente informados sobre los beneficios de realizar el contacto piel con piel y aspectos a vigilar del recién nacido durante el contacto piel con piel como la respiración, el tono muscular y la coloración ^(7,18).

4.2 REQUISITOS PARA REALIZAR CONTACTO PIEL CON PIEL

4.2.1 REQUISITOS DEL RECIÉN NACIDO (8,9).

En el momento del nacimiento, se realizará en la sala de partos una valoración inicial donde se dará repuesta a las siguientes 3 preguntas ^(16,21):

1. ¿Es una gestación a término?
2. ¿El recién nacido respira o llora?
3. ¿Tiene buen tono muscular?

Recientemente se han incluido unas modificaciones adaptadas al algoritmo del protocolo de reanimación neonatal del 2008. El principal cambio es que no se valora la presencia de meconio en el líquido amniótico en la valoración inicial. Si las 3 respuestas son afirmativas, aunque el líquido amniótico sea meconial, no precisa reanimación, y se debe favorecer el contacto piel con piel con la madre, con la finalidad de mantener la temperatura corporal, favorecer la vinculación afectiva y evitar maniobras innecesarias ⁽²¹⁾.

Actuaciones:

- Asegurar apertura de vía aérea, limpiar con gasa la boca del recién nacido.
- Secar al recién nacido con una toalla precalentada, luego retirarla y cubrirle con una toalla seca y colocar en la cabeza un gorrito.
- Limpieza de vía aérea sólo si es necesario.

Los únicos procedimientos necesarios y que se pueden realizar durante el contacto piel con piel son ^(3, 9,10):

A. Test de Apgar, es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento ^(4, 21,22):

- Consiste en la valoración de la respiración, frecuencia cardíaca, tono muscular, coloración y reflejos del recién nacido.
- La puntuación en el primer minuto evalúa la tolerancia al nacimiento y posible sufrimiento.
- La puntuación en el quinto minuto, evalúa la adaptación al medio y su capacidad de recuperación.

La puntuación es de 1 a 10. Una puntuación igual o superior a 7 indica una buena adaptación del recién nacido al nacimiento. Una puntuación inferior a 7 nos indica que necesita atención médica.

B. Identificación del recién nacido, nada más nacer. Se colocan las pulseras identificativas al recién nacido en el tobillo generalmente y a la madre en la mano. La identificación se hace recogiendo la huella dactilar de ambos en el mismo paritorio en presencia de la madre y/o padre o acompañante. En el caso de cesárea, se identificará al padre y/o acompañante y al recién nacido ^(4, 21,22):

Los cuidados rutinarios del recién nacido como el peso, vacunas..., pueden esperar para así no interrumpir este primer contacto piel con piel con su madre ^(4,22).

Si alguna respuesta no es afirmativa, se llevará a la cuna térmica de reanimación y se realizará ^(4,21):

1ª ESTABILIZACIÓN INICIAL en los primeros 30 segundos de vida del recién nacido.

- Colocar al recién nacido bajo una fuente de calor.
- Colocarlo en decúbito supino con posición neutra de la cabeza, y permeabilizar vía aérea, aspirar secreciones sólo ante sospecha de obstrucción de vía aérea por secreciones.
- Secar la piel con toallas precalentadas.
- Estimulación táctil si aún no ha reiniciado la respiración.
- Reposicionar.

2ª EVALUACIÓN del recién nacido:

- Evaluar frecuencia cardíaca y respiración
- Si frecuencia cardíaca es mayor de 100 latidos/min y la respiración normal, poner en contacto piel con piel con su madre.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos/min y la respiración es irregular, se realizará nueva valoración y se considerará proporcionar ventilación/ oxigenación.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA REALIZAR EL CONTACTO PIEL CON PIEL

Existen determinadas situaciones en las que el contacto piel con piel no puede hacerse de forma inmediata al nacer, o se ha de interrumpir hasta que la situación clínica de la madre o niño lo permitan ^(2,23). En el caso de que el motivo sea la situación clínica de la madre, se realizará con el padre y/o acompañante que lo desee ^(1, 2, 5,22).

Los criterios de exclusión para realizar el contacto piel con piel son ^(2,23):

1. **Deseo expreso materno de no** realizar el contacto piel con piel.
2. Cuando existe un **compromiso para el recién nacido**: se realizará una valoración inicial estabilización si precisara, y la decisión la tomará el pediatra.
3. Cuando existe **compromiso del estado materno**: hipotensión, shock.
4. **Causas clínicas** contempladas:
 - 4.1 Sufrimiento fetal agudo, Con APGAR mayor o igual 7
 - 4.2 Distress respiratorio inmediato
 - 4.3 Depresión neonatal inesperada
 - 4.4 Líquido amniótico meconial teñido (++/+++)
 - 4.5 Prematuridad (<34semanas o <2Kr.), a considerar
 - 4.6 Anomalías congénitas o según criterio del pediatra
 - 4.7 Partos instrumentales, a considerar.
 - 4.8 Situación de riesgo social, consumo de sustancias tóxicas...
 - 4.9 Fiebre intraparto, a considerar
 - 4.10 TBC pulmonar materna activa.

4.3 ESPECIFICACIONES SEGÚN EL TIPO DE NACIMIENTO (PARTO-CESÁREA)

El contacto piel con piel se puede realizar siempre que las condiciones del recién nacido y de la madre lo permitan en un parto que se desarrolla de forma normal ^(1, 2,10). Puede existir una variabilidad según el tipo de parto o si es cesárea, en cuanto en la demora de realizar el contacto piel con piel y en la persona que lo practica ^(1, 2, 7, 18,24). En la cesárea, donde el nacimiento se produce en un quirófano, diferenciamos dos periodos tras realizar la cesárea ⁽²⁾:

- Periodo inicial: es el tiempo que dura la cirugía. La postura materna, así como la situación en la que se encuentra durante la cirugía, puede dificultar el contacto piel con piel y el enganche al pecho.
- Periodo de recuperación: es el momento en el que la madre pasa a la sala de reanimación. Este es el momento más adecuado para realizar el contacto piel con piel, en un ambiente más tranquilo e íntimo y realizar la primera toma si se desea.

Mientras la madre se encuentra en el periodo inicial, el recién nacido puede realizar el contacto piel con piel con su padre o persona que hayan decidido, hasta que la madre

pase a la sala de reanimación. Una vez allí puede realizar el contacto piel con piel con su madre lo más precoz posible ^(2, 10,18).

Cabe destacar el rol que asume el padre ante esta situación diferente a lo habitual, haciéndole participe de este proceso ^(12,24) con implicación emocional ante la ausencia materna y así, ofrecer un ambiente favorecedor para el desarrollo del recién nacido. Más tarde, el recién nacido podrá iniciar la lactancia materna en un ambiente más relajado y menos traumático ⁽²⁵⁾.

Debido a la infraestructura de algunos hospitales, que no disponen de un espacio físico íntimo adecuado en la sala de reanimación para realizar este contacto precoz con la madre, la rutina hospitalaria consiste en acompañar al recién nacido y al padre o acompañante, a la planta de maternidad o sala postparto, y una vez allí, se iniciará el contacto piel con piel con el padre en la habitación, mientras acaba la cirugía materna ^(2,18). Esto da lugar a una demora en el inicio del contacto precoz, privando así de beneficios inmediatos, por lo que sería conveniente modificar guías y protocolos hospitalarios para favorecer este contacto precoz ⁽²⁾.

Existen estudios donde señalan la importancia de romper estas rutinas innecesarias a la hora de realizar este contacto precoz con padres, en este momento inmediato del nacimiento y poder realizar lo más precoz posible este primer contacto ^(23,24).

Determinados estudios nos muestran el papel del padre en algunos hospitales, como en un segundo plano, sobre sentimientos como miedo, sensibilidad y ansiedad que son percibidos por la sociedad como atributos femeninos ^(23,24).

En ocasiones, el miedo al cambio de los profesionales sanitarios, la falta de formación y la actitud, supone un obstáculo para la realización de este contacto lo más precoz posible ^(2,24).

CAPÍTULO 3:

5.1 LIMITACIONES DEL CONTACTO PIEL CON PIEL EN LAS CESÁREAS:

La OMS/ UNICEF recomiendan, una tasa general de cesáreas del 15%, en los casos en los que se prevén complicaciones potencialmente mortales durante el trabajo del parto, e incluye esta tasa como un indicador de calidad ⁽¹⁰⁾.

En España, la evolución de la tasa de cesáreas desde el año 2001 hasta el 2011, es claramente ascendente hasta llegar a un 28,77% en Extremadura en el año 2007 ⁽²⁶⁾.

La única comunidad que cumple el requisito de la OMS es el País Vasco. Cantabria es una de las comunidades que ha logrado mejorar sus registros desde 2001 con una tasa de 20,79%, hasta el año 2011 que ha descendido su tasa hasta un 18,98%.

Un artículo original, nos muestra la experiencia de la cesárea vivida por la madre, la cual está muy influenciada por el apoyo y soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato ⁽²⁷⁾. De ahí, la incorporación del padre o acompañante, como soporte continuo, apoyo emocional y físico de la madre ^(22,27).

En algunas comunidades autónomas de nuestro país, una de ellas Madrid, ya han puesto en marcha un nuevo protocolo de acompañamiento. En las cesáreas programadas sin contraindicación médica para hacerlo (fracaso de inducción, desproporción o patologías de la madre y/o el niño) la madre puede estar acompañada durante la cesárea, y si el estado de ésta la impide hacer el contacto piel con piel, se ofrecerá al acompañante, previamente informados ⁽¹⁷⁾.

En cambio, en otras maternidades españolas, después del nacimiento por una cesárea, separar a la madre de su recién nacido es algo habitual, aunque la madre esté despierta por el uso de la anestesia regional y el recién nacido sea un niño sano y a término y cumpla los criterios para realizar el contacto piel con piel. El primer contacto piel con piel de la madre con el recién nacido no se produce hasta aproximadamente 2 horas después del nacimiento. Esto se debe en muchas maternidades a la infraestructura hospitalaria y a los protocolos de las unidades de quirófano y reanimación ^(2,10). En estos casos, el contacto piel con piel puede ser realizado por el padre o persona acompañante hasta que llegue la madre. Generalmente se realiza en la planta donde va a ser posteriormente ingresada la madre ^(1, 2,5).

Se han detectado a través de la literatura unos obstáculos que dificultan la realización del contacto piel con piel de forma adecuada y precoz en los recién nacidos por cesárea, y con ello una privación de los numerosos beneficios que aporta realizar el contacto piel con piel ^(1, 2, 18, 23,24).

Obstáculos relacionados con la madre (siempre que su situación clínica lo permita):

- No poder realizar contacto piel con piel precoz en aquellos hospitales donde no existe un lugar adecuado, íntimo y tranquilo, para después de la intervención quirúrgica iniciar ese contacto, con acompañamiento del padre o acompañante que lo desee y bajo supervisión de los profesionales sanitarios. Este obstáculo depende de la infraestructura hospitalaria ^(2, 18,23).

Obstáculos relacionados con el padre/acompañante:

- Inicio tardío del contacto piel con piel ^(2,18):
 - Debido a que tenemos que trasladar al padre y al recién nacido a un lugar adecuado para hacer este primer contacto piel con piel, generalmente la planta donde va a ser ingresada la madre ^(2,18). Depende de la infraestructura hospitalaria.
 - En ocasiones, los padres no saben lo que es el contacto piel con piel, la importancia y beneficios que tiene. Debemos informarles y ofrecer el máximo confort en esta situación, acompañándoles a la habitación donde van a realizar este contacto íntimo. Este obstáculo puede abordarse desde enfermería ^(2, 12, 18,23).
- Ruptura precoz del contacto piel con piel:
 - Debido a la falta de información adecuada de la importancia de mantener el contacto piel con piel ^(2, 12,18). Este obstáculo puede abordarse desde enfermería.
 - Debido a la falta de intimidad, muchas veces las habitaciones son compartidas ^(2, 12,18). Depende de la infraestructura y las rutinas hospitalarias.
 - En ocasiones los padres refieren miedo, ansiedad ante la nueva situación ^(12, 18, 23,24). Este obstáculo puede abordarse desde enfermería.

Otro obstáculo relacionado con limitaciones en el contacto precoz piel con piel padre/acompañante y recién nacido, es referente al Personal Sanitario (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería) el miedo al cambio de los profesionales sanitarios, la falta de formación y la actitud, supone un inconveniente para la realización de este contacto lo más precoz posible en las mejores condiciones ^(2,24).

Existen diversos estudios donde ponen de manifiesto que algunos de los obstáculos señalados anteriormente, como la falta de conocimientos o el temor ante la nueva situación, pueden ser abordados mediante Planes de Cuidados de Enfermería ^(2, 12,18).

Abordando estos obstáculos, mejoraremos en un inicio lo más precoz posible y un mantenimiento de este contacto precoz sin interrupciones, y podremos obtener más beneficios de realizar este contacto precoz para las familias que lo deseen ^(1, 2,5).

5.2 PLAN DE CUIDADOS PARA EL CONTACTO PIEL CON PIEL PADRE-RECIÉN NACIDO

DIAGNÓSTICO REAL (28)	00126-CONOCIMIENTOS DEFICIENTES <i>“Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico”.</i>	
Características Definitorias	Falta de exposición	
Factores Relacionados	Verbalización del problema	
NOC (29)	1819-CONOCIMIENTO: CUIDADOS DEL LACTANTE <i>“Grado de conocimiento transmitido sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad”.</i>	Resultado NOC esperado Escala Likert (Anexo 2)
Indicadores	181901-Características del lactante normal 181904-Posición adecuada del lactante 181905-Prácticas para la seguridad del lactante 181919-Comunicación del recién nacido 181921-Técnicas de relajación del lactante	Escala u: 1.Ningún Conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso Nivel esperado :4-5
NIC (30)	5568-EDUCACIÓN PARENTAL: LACTANTE <i>“Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.”</i>	
Actividades	Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los progenitores para aprender los cuidados del lactante. Alentar a los progenitores a coger, abrazar, dar masajes y tocar al bebé. Proporcionar orientación anticipatoria acerca de las características conductuales del recién nacido. Demostrar técnicas para tranquilizar. Enseñar a los progenitores a ponerse en contacto con profesionales sanitarios.	
NIC (30)	6710-FOMENTAR EL APEGO <i>“Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.”</i>	
Actividades	Animar a los padres a que cojan al recién nacido apoyándolo en su cuerpo.	
NIC (30)	6820-CUIDADOS DEL LACTANTE <i>“Provisión de cuidados a lactantes menores de 1 año de edad, adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia.”</i>	
Actividades	Reforzar la habilidad de los padres al realizar los cuidados especiales del lactante.	
NIC (30)	8300-FOMENTAR EL ROL PARENTAL <i>“Proporcionar información sobre el rol parental, apoyo y coordinación de servicios globales a familias de alto riesgo.”</i>	
Actividades	Escuchar problemas y las preocupaciones de los padres sin juzgarlos	

6. CONCLUSIONES:

El recién nacido y su madre deben permanecer juntos tras el nacimiento y poder realizar el contacto piel con piel si el estado de salud de ambos lo permite.

La evidencia científica ha demostrado los numerosos beneficios del contacto piel con piel, tanto para el recién nacido, como para la madre, ayudando a realizar mejor esa adaptación extrauterina y favoreciendo el vínculo afectivo entre ambos.

El personal sanitario debe de informar a las familias sobre los beneficios y procedimiento para realizar el contacto precoz al nacer, así como vigilar al recién nacido y reconocer signos de alerta (cambios en tono, coloración y respiración), para que las familias puedan decidir adecuadamente lo que quieren para sus hijos y para ellos, y siempre realizarlo bajo la supervisión de los profesionales sanitarios durante todo el proceso.

En el caso de los nacimientos tras cesáreas y debido a las infraestructuras hospitalarias y protocolos rutinarios, existen unas limitaciones que hace que no se pueda realizar este contacto precoz en las condiciones más óptimas, y con ello, una privación de los beneficios para ambos.

En conclusión, el Personal de Enfermería debe de estar formado y capacitado para poder llevar a cabo este contacto precoz en las mejores condiciones a todas las familias que lo deseen.

Asimismo, se deben de revisar guías y protocolos hospitalarios para favorecer el contacto precoz a todas las familias que lo deseen, independientemente de la forma de nacimiento, para que todos los recién nacidos puedan beneficiarse de este contacto precoz.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Ministerio de Sanidad y Política Social. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.[acceso 21 enero de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
- (2) Flores B, Hernández M, Gómez A, Lalaguna P, Canduela V, Álvarez J, et al. Guía detallada para la aplicación paso por paso. OMS UNICEF Hospitales IHAN España 2010.[acceso 21 enero 2014]. Disponible en https://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2.Guia_detallada_hospital.pdf
- (3) Martín A, Viudes M. Importancia del contacto precoz piel con piel en el recién nacido sano durante el trabajo de parto. Metas Enfermería. 2010; 13:20-3.
- (4) Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y las primeras horas después del nacimiento. Madrid; 2009. [acceso 15 enero 2014]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf
- (5) Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2007 Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [acceso 14 de enero de 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es>.
- (6) Mercer JS, Erickson-Owens DA. Rethinking placental transfusion and cord clamping issues. J Perinat Neonatal Nurs. 2012; Jul-Sep 26(3): 202-17; quiz 218-9.
- (7) Lucchini C, Marquez F, Uribe C. Skin to skin contact effects in newborns and their mothers. Index de Enferm. 2012; 21(4): 209-213.
- (8) Rodríguez-Alarcón J, Elorriaga A, Fernández-Llebrez L, Fernández A, Avellanal C, Sierra C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2011; 54(2): 55-59.
- (9) Castillo M, Benedí A, Picazo B, Arbués E. Cuidados del Recién Nacido en la Sala de Partos. Rev ENE Enferm. 2012; 5(3).
- (10) Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud Madrid. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid 2008. [acceso 14 enero 2014]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/.../estrategiaPartoEnero2008.pdf>

- (11) 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 Mayo 2012 Cochrane; 5(DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3).[acceso 10 enero 2014]. Disponible en [http://www.externt.lul.se/LUL/Quality.nsf/0/00DFBC374C68A375C1257A640031F1F3/\\$File/Early%20skin-to-skin%20contact%20for%20mothers%20and%20their%20healthy,%20Moore%20ER%20et%20al.pdf](http://www.externt.lul.se/LUL/Quality.nsf/0/00DFBC374C68A375C1257A640031F1F3/$File/Early%20skin-to-skin%20contact%20for%20mothers%20and%20their%20healthy,%20Moore%20ER%20et%20al.pdf)
- (12) Chermont A, Falcão L, de Souza E, de Cássia X, Balda R, Guinsburg R. Early skin-to-skin contact between mother and child: meanings for mothers and contributions to nursing. Rev Bras Enferm. 2010; 63(6):998-1004.
- (13) Conde A, Belizán J, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in infants of low birth weight. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3(DOI: 10.1002/14651858.CD002771).[acceso 26 enero 2014]. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub2/pdf/standard>
- (14) Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta B, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. Int J Epidemiol 2010 Apr; 39Suppl 1:i144-54.
- (15) Cyril E, Stephen W, Gary D, Bina V, Claeson M. Consensus on kangaroo mother care acceleration. Lancet 2013; D-13-08330; 382(997): 26-27.
- (16) Sánchez M, Pallás CR, Botet F, Echaniz I, Castro J, Narboa E. Recomendaciones para el cuidado y la atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología 2009; 71(4): 349-361. [acceso 9 enero 2014].Disponible en https://www.ihan.es/cd/documentos/Recomendaciones_RN_parto_SEN.pdf
- (17) Dordević G, Jovanović B, Dordević M. An early contact with the baby-benefit for the mother. Med Pregl. 2008; 61(11-12): 576-9.
- (18) Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index de Enferm. 2013; 12(1-2): 79-82.
- (19) Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Rev Chil Pediatr.2013; 84(3): 285-292.
- (20) Bramson I, Lee J, Moore et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. Journal of Human Lactation 2012; 26(130): 137.
- (21) Iriundo M, Szyld M, et al. Adaptación de las recomendaciones internacionales sobre reanimación neonatal 2010: Comentarios. An Pediatr. 2011; 75(3): 203.e.1-203.e14.

- (22) Comité de LM 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Servicio Madrileño de Salud 2011.[acceso 9 enero 2014].Disponible en http://www.ihan.es/cd/documentos/Guia_LM_h12o_2011.pdf
- (23) Rengel C, Labajos M. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. Artículo original Enferm Docente -Esp-. 2011; (94): 8-15.
- (24) Sánchez M, Pallás CR, Botet F, Echaniz I, Castro J, Narboa E. Recomendaciones para el cuidado y la atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología 2009; 71(4): 349-361. [acceso 9 enero 2014].Disponible en https://www.ihan.es/cd/documentos/Recomendaciones_RN_parto_SEN.pdf
- (25) Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di G. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. Nursing Reseach. 2010; 59(2): 78-84.
- (26) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud 2013. [acceso 14 de enero de 2014]. Disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf
- (27) Erlandsson K, MnursSci M, Dsilna A, Ingeregerd G, Agerberg R, Kyllike C. Paternal skin-to-skin contact offers caesarean-born baby same calming & development benefits as mon. Science Daily; 2009.[acceso 8 febrero 2014]. Disponible en <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/743/760>
- (28) Heather T. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014 NANDA International. 1ªed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012. [acceso 14 febrero 2014].
- (29) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swason E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009. [acceso 14 febrero 2014].
- (30) Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009. [acceso 14 febrero 2014].

8. ANEXOS:

ANEXO 1. DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL ⁽²⁾.

“DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL”

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

- 1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.**
- 2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.**
- 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.**
- 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.**
- 5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.**
- 6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.**
- 7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.**
- 8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.**
- 9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.**
- 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica**

ANEXO 2. ESCALA DE LIKERT ⁽²⁹⁾.

ESCALA a: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido.
Gravemente comprometido - Sustancialmente comprometido - Moderadamente comprometido - Levemente comprometido - No comprometido

ESCALA b: Desviación grave del rango normal hasta SIN desviación del rango normal.
Desviación grave del rango normal - Desviación sustancial del rango normal - Desviación moderada del rango normal - Desviación leve del rango normal - Sin desviación del rango normal

ESCALA f: Desde Inadecuado hasta Completamente Adecuado.
Inadecuado - Ligeramente adecuado - Moderadamente adecuado - Sustancialmente adecuado - Completamente adecuado

ESCALA g: Mayor de 10 hasta Ninguno.
Mayor de 10 - 7-9 - 4-6 - 1-3 - Ninguno

ESCALA h: Desde Extenso hasta Ninguno
Extenso - Sustancial - Moderado - Escaso - Ninguno

ESCALA i: Desde Ninguno hasta Extenso.
Ninguno - Escaso - Moderado - Sustancial - Extenso

ESCALA k: Desde NUNCA positivo hasta SIEMPRE positivo.
Nunca positivo - Raramente positivo - A veces positivo - Frecuentemente positivo - Siempre positivo

ESCALA l: Desde muy Débil hasta muy Intenso. Muy débil - Débil - Moderado - Intenso - Muy intenso

ESCALA m: Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.

Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado

ESCALA n: Desde Grave hasta Ninguno.
Grave - Sustancial - Moderado - Leve - Ninguno

ESCALA n*: Desde Intenso hasta Ninguno
Intenso - Sustancial - Moderado - Ligero - Ninguno

ESCALA r: Desde Escasa hasta Excelente.
Escasa - Justa - Buena - Muy buena - Excelente

ESCALA s: Desde No del todo satisfecho hasta Completamente Satisfecho.

No del todo satisfecho - Algo satisfecho - Moderadamente satisfecho - Muy satisfecho - Completamente satisfecho

ESCALA t: Desde SIEMPRE demostrado hasta NUNCA demostrado.

Siempre demostrado - Frecuentemente demostrado - A veces demostrado - Raramente demostrado - Nunca demostrado

ESCALA u: Desde Ningún conocimiento hasta Conocimiento extenso

Ningún Conocimiento - Conocimiento escaso - Conocimiento moderado - Conocimiento sustancial - Conocimiento extenso