



EDITORIAL

Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto



Factors associated with the safety of early skin-to-skin contact after delivery

C.R. Pallás Alonso*, J. Rodríguez López y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología[◇]

Servicio de Neonatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Disponible en Internet el 7 de marzo de 2014

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

Son numerosas las razones que sustentan esta recomendación. El vínculo afectivo entre padres e hijo es crucial para la supervivencia y el desarrollo del recién nacido, y para que aparezca es preciso el contacto físico y la interacción entre los padres y el recién nacido. El establecimiento del vínculo y el apego van a condicionar las respuestas emocionales de los niños durante sus primeros años. El contacto piel con piel precoz entre la madre y el niño mejora las percepciones de

su hijo, las habilidades maternas, su comportamiento, los resultados en cuanto a lactancia materna y reduce el tiempo de llanto del recién nacido^{8–10}.

Tras la publicación de los trabajos que mostraban los beneficios del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto, esta práctica se fue extendiendo. Desafortunadamente, y coincidiendo con la aplicación cada vez más generalizada del contacto piel con piel entre la madre y su hijo en la sala de partos y en las maternidades, han comenzado a describirse casos en la literatura médica de recién nacidos que han presentado episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante este procedimiento. Acontecen sobre todo en las 24 h posteriores al parto, en especial en las 2 primeras horas y con frecuencia alrededor de la primera toma al pecho. Se trata de niños aparentemente sanos, nacidos por vía vaginal y cuya historia prenatal no hacía sospechar afección alguna.

Estos eventos se han descrito en diferentes países^{11–25}. La incidencia global parece estar entre 2,5-3,2/100.000 nacimientos y la mortalidad entre 0,8-1,8/100.000 nacimientos^{14,17}, aunque todavía no se dispone de registros adecuados que puedan informar sobre la frecuencia real de este problema y probablemente está subestimado.

La causa de estos episodios es desconocida. Algunos investigadores emiten diferentes hipótesis, ninguna de ellas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kpallas.hdoc@gmail.com

(C.R. Pallás Alonso).

[◇] Los miembros del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología se presentan en el [anexo 1](#).

confirmada. Las 2 primeras horas tras el parto es un período crítico para los recién nacidos; en este tiempo, serían más vulnerables a un factor estresante de tipo hipóxico que podría precipitarse, por ejemplo, por una obstrucción de la vía aérea cuando el niño está en prono sobre el cuerpo materno o cuando está mamando^{11,12,14,18,22-24}. Para otros, estos niños tendrían un compromiso prenatal, aunque no lo manifesten inicialmente¹⁷. Algún investigador lo relaciona con un aumento del tono vagal durante el amamantamiento^{11,23} o con menor experiencia en madres primíparas¹¹. Dada la similitud con el síndrome de muerte súbita del lactante, otros autores^{14,15} sostienen que estos eventos pueden estar en relación con la posición prona del recién nacido, con la cara hacia abajo sobre el cuerpo materno y con sobrecalentamiento.

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

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

- Los profesionales sanitarios que trabajan en las salas de parto y en las maternidades de los hospitales deben conocer la existencia de estos episodios y los factores de riesgo implicados. Los profesionales sanitarios informarán y enseñarán a la madre y al acompañante cómo evitar que la boca y la nariz del recién nacido se obstruyan durante el contacto piel con piel, mientras está acostado en la cama junto a su madre y cuando esté tomando del pecho. Es fundamental que los profesionales se aseguren de que dicha información ha sido entendida.
- Tradicionalmente, las mujeres tras el parto no solían quedarse solas, sino que estaban acompañadas de otras mujeres que las ayudaban a vigilar y cuidar el recién nacido. Por tanto, parece natural que las mujeres recién paridas, en especial cuando tienen a su hijo en posición piel con piel, deban estar acompañadas por quien ellas deseen para, entre otras cosas, garantizar la seguridad del recién nacido. El acompañante puede ayudarla o incluso suplirla, si está muy cansada, en la función de vigilancia del recién nacido.
- Cuando la madre esté despierta, ha de comprender la necesidad de observar la actividad y el color, y de prevenir la obstrucción de la nariz del recién nacido. Si la madre está muy cansada o adormilada, se aconsejará que el padre mantenga el contacto piel con piel o que

otro adulto vigile al recién nacido. En esta circunstancia de somnolencia o cansancio materno, si no hay ningún acompañante cercano para poder vigilar al neonato, no se dejará al recién nacido en decúbito prono sobre el abdomen o el pecho de la madre, sino en una cuna y en decúbito supino.

- Es deseable que la madre no se distraiga (llamadas por teléfono, envío de mensajes, etc.) mientras esté en contacto piel con piel con su hijo o el niño esté acostado en la cama junto a ella o mamando, sobre todo si no dispone de un acompañante que vigile al niño mientras ella realiza actividades que puedan reducir la atención hacia su hijo.
- Aunque solo se refiere en uno de los trabajos consultados²⁴, probablemente la posición ideal de la madre será semiincorporada entre 30 y 45°, con una almohada bajo la cabeza. Aparentemente, en esta posición de la madre, es más difícil que se den situaciones de obstrucción de la vía aérea.
- La secuencia descrita en estos episodios es apnea, seguido de hipotonía y cambio de color. Se advertirá a los padres que si notan cambios de coloración o respiración irregular o ausente avisen rápidamente.
- Los profesionales también valorarán de forma intermitente al niño y a la madre. Comprobarán que el acompañante está ayudando a la madre a vigilar al niño. Si la madre no dispone de acompañante, serán los profesionales los que deban asumir esta función siempre que sea posible. Si en algún momento no es posible esta vigilancia debería valorarse suspender el piel con piel de forma transitoria, considerando además otros factores de riesgo adicionales (madre primípara, muy cansada, con sedación, eventos perinatales, etc.).

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

En ninguno de los trabajos revisados se cuestiona la práctica del contacto piel con piel precoz. Sin embargo, al menos hasta que se identifiquen con claridad las causas de estos episodios de muerte de súbita neonatal, los equipos de neonatología y obstetricia deberían minimizar las situaciones que aparentemente incrementan el riesgo. Que la mujer esté acompañada y que tanto ella como su acompañante estén adecuadamente informados de lo que tienen que vigilar durante las primeras horas tras el parto son medidas fáciles de aplicar que no incrementan el gasto sanitario y que probablemente aumenten la seguridad del recién nacido.

Anexo 1. Miembros del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología

- Julio Moreno Hernando. Servicio de Neonatología, Hospital San Joan de Déu, Barcelona, España: Julio Moreno Hernando: Jmoreno@hsjdbcn.org
- Francesc Botet Mussons. Servicio de Neonatología, Hospital Clínic, Barcelona, España: fbotet@clinic.ub.es
- José Ramón Fernández Lorenzo. Servicio de Pediatría, Hospital Xeral, Vigo, España: jrf1213@mundo-r.com

- Gloria Herranz Carrillo. Servicio de Neonatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España: gloria.herranz@salud.madrid.org
- Segundo Rite Gracia. Unidad de Neonatología, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España: sriteg@salud.aragon.es
- Enrique Salguero García. Unidad de Gestión Clínica de Neonatología, Hospital Carlos Haya, Málaga, España: enrique.salguero.sspa@juntadeandalucia.es
- Iñigo Echaniz Urcelay. Servicio de Pediatría, Hospital Quirón, Bilbao, España: inigo.echaniz@quiron.es
- Manuel Sánchez Luna. Servicio de Neonatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España: mssluna@salud.madrid.org

Bibliografía

1. Sánchez Luna M, Pallás CR, Botet F, Echaniz I, Castro JR, Narbona E, Comisión de Estándares de la Sociedad Española de neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr*. 2009;71:349-61.
2. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
3. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Sanidad 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
4. American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129:600-3.
5. Clinical guidelines. Women and newborn health service. King Edward Memorial Hospital. Department of Health. Government of Western Australia. 2012 [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/10/b10.1.1.pdf
6. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Public Health Agency of Canada [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: [www.publichealth.gc.ca](http://www.pha-aspc.gc.ca/hpps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-05-eng.php) y <http://www.pha-aspc.gc.ca/hpps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-05-eng.php>
7. NICE clinical guideline 37. Routine postnatal care of women and their babies. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence. July 2006 [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: www.nice.org.uk/CG037
8. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;CD003519.
9. McClellan MS, Cabianca WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstet Gynecol*. 1980;56:52-5.
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007, art. N°: CD003519.
11. Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97:F395-7.
12. Leow JY, Ward Platt MP. Sudden, unexpected and unexplained early neonatal deaths in the North of England. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2011;96:F440-2.
13. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns- a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97: F30-4.
14. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicase C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*. 2011;127:e1073-6.
15. Dageville C, Pignol J, De Semet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: Incidence and risk factors. *Acta Paediatr*. 2008;97: 866-9.
16. Foran A, Cinnate C, Groves A, Azzopardi DV, Rutherford MA, Cowan FM. Patterns of brain injury and outcome in term neonates presenting with postnatal collapse. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2009;94:F168-77.
17. Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: The benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97:F2-3.
18. Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaud JL, et al. Cardiorespiratory arrest in full-term newborn infants: Six case reports. *Arch Pediatr*. 2004;11:432-5.
19. Espagne S, Hamon I, Thiébauges O, Hascoet JM. Sudden death of neonates in the delivery room. *Arch Pediatr*. 2004;11:436-9.
20. Hays S. Respiratory arrest in delivery room during skin to skin care in 11 full term healthy neonates. *Arch Pediatr*. 2006;13:1067-70.
21. Schrewe B, Janvier A, Barrington K. Life-threatening event during skin-to-skin contact in the delivery room. *BMJ Case Rep*. 2010. pii: bcr1120103475. doi: 10.1136/bcr.11.2010.3475.
22. Nakamura T, Sano Y. Two cases of infants who needed cardiopulmonary resuscitation during early skin-to-skin contact with mother. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008;34:603-4.
23. Toker-Maimon O, Joseph LJ, Bromiker R, Schimmel MS. Neonatal cardiopulmonary arrest in the delivery room. *Pediatrics*. 2006;118:847-8.
24. Rodríguez-Alarcón J, Asla I, Fernández-Llebrez L, Pérez A, Uría C, Osuna C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54: 55-9.
25. Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: A review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res*. 2013;4: 236-47.
26. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr*. 2013;102:680-8.
27. WellChild. Guidelines for the Investigation of Newborn Infants Who Suffer a Sudden and Unexpected Postnatal Collapse in the First Week of Life: Recommendations from Professional Group Unexpected Postnatal Collapse. London, 2011 [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/SUPC_Booklet.pdf.