

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTACTO PIEL CON PIEL

GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE

AUTORES:

- Susana Sáez Armero.*
- M^a Isabel Conde Silvestre.*
- M^a Isabel García Donate.*
- Luis Vaquero Comino.*
- Beatriz Mateos Simón. **
- M^a Carmen Gordo Bleda. ***

* Matronas

**Residente 2º año de enfermera especialista en obstetricia y ginecología

***Enfermera

Protocolo realizado: junio 2017

Próxima revisión: junio 2020

SIGLAS.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
POBLACIÓN DIANA.....	5
OBJETIVOS.....	6
PERSONAL.....	6
MATERIAL.....	6
PROCEDIMIENTO.....	6
PROBLEMAS POTENCIALES	9
PUNTOS A REFORZAR.....	10
INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	10
SISTEMA DE REGISTRO.....	10
NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.....	12
ALGORITMO.....	14
ANEXOS.....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	15
AGRADECIMIENTOS.....	16

1. SIGLAS

- CHUA= Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- CPP= Contacto piel con piel
- RN= Recién nacido
- LM= Lactancia materna
- EAL= Episodio aparentemente letal
- SMS= Síndrome de muerte súbita

- RPBF= Riesgo de pérdida de bienestar fetal
- NE= Nivel de evidencia
- GR= Grado de recomendación

2. INTRODUCCIÓN

El contacto estrecho entre la madre y su bebé recién nacido es la norma biológica en la especie humana. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación madre-lactante ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante (1). Sin embargo el manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé, por lo que hasta hace muy poco la práctica habitual en muchos hospitales era que el RN tras el nacimiento se lo separaba de su madre con el fin de proporcionarle unos cuidados y una observación más minuciosa en una sala de nidos. Hoy en día un cambio de actitud de la sociedad entre la que nos incluimos los profesionales, con una tendencia más humanista en la atención al parto y al RN unido a la fuerza de la evidencia, han obrado para que se produzcan cambios, de manera que actualmente, el RN tras el parto no se le separa de su madre, siempre que su estado y el de la madre lo permitan, favoreciendo así que se puedan establecer las relaciones necesarias para el buen desarrollo biológico y psicológico de ambos.

Se define como *contacto precoz* el contacto madre hijo después del nacimiento. Se define como *contacto piel con piel* (CPP) al contacto directo de la piel del niño con la piel de su madre. Dependiendo del momento en que se produzca se habla de CPP *inmediato* cuando es inmediato al nacimiento y de CPP *precoz*, cuando tiene lugar durante la primera media hora (2).

FISIOLOGIA DEL CONTACTO PRECOZ

Durante las dos primeras horas después del nacimiento el RN está en alerta tranquila, es el llamado *periodo sensitivo*, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el parto. Los seres vivos recién nacidos dependen de su madre para sobrevivir y nacen con algunas habilidades que les permite reconocer a su madre. El cachorro humano es el ser más indefenso de la naturaleza, pero durante los nueve meses de embarazo ha oído la voz de su madre y ha estado en contacto con el olor materno. Los niveles elevados de noradrenalina en el encéfalo neonatal durante el parto facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente posnatal (2).

Si se le deja en decúbito prono en CPP entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (succión del puño, lengüetada...), se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y comienza a succionarla.

El CPP, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna. Esta hormona, además de producir contracciones uterinas, produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al RN; también reduce la ansiedad materna y aumenta la tranquilidad y la receptividad social, así como es posible que durante las primeras horas del nacimiento estimule las conductas de crianza (3). También el CPP y la succión del pecho materno son estímulos vagales para que el RN se recupere antes del estrés del parto (1).

BENEFICIOS DEL CPP

BENEFICIOS PARA EL RN

- Parece mejorar la estabilidad cardio-respiratoria, viéndose mejorada la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno en RN prematuros tardíos (3).
- Mayor nivel de glucosa en sangre a los 75 - 90 minutos después del nacimiento en RN a término (3).
- Mejora la termorregulación, con una menor tendencia a la hipotermia. (1,3-6) **NE: RS 1 – (4)**
- Acortamiento de la duración del llanto (4) (6) **NE: RS 1 – (4)**

BENEFICIOS MATERNOS

- Mejora la fisiología del postparto, minimizando los riesgos de hemorragia postparto y atonía uterina (7).
- Menos dolor por hiperemia mamaria al tercer día del nacimiento en las madres que practicaron CPP (3,8). **NE: Calidad moderada (8)**
- Mayor grado de satisfacción materna (4,8). **NE: RS 1 – (4) Calidad moderada (8)**
- Puntuación más alta en los niveles de sentimientos maternos (4) **NE: RS 1 – (4)**

BENEFICIOS COMUNES

- La tasa de lactancia materna exclusiva al alta fue significativamente más alta entre las madres que realizaron CPP (8) **NE: Calidad baja (8)**
- Índice de LM del 1º al 4º mes postparto. (3-5,8). **NE: 1 + (4) Calidad baja (8)**
- Mayor duración de la LM. (3-5,8). **NE: 1 - (4) Calidad alta (8)**
- La primera toma se realiza de forma correcta (5,8). **NE: Calidad moderada (8)**
- Mejora el vínculo materno-filial y las conductas de apego materno durante alimentación entre el 1º y 2º día postparto (1,3-6). **NE: 1 + (4)**
- El CPP produce una mejora significativa en las medidas de LM con la puntuación BAT (Índice del Estado de la Lactancia) en 3 estudios con 223 participantes cuando se compara con neonatos sostenidos por sus madres envueltos en mantas (3).

POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

No se observan efectos adversos significativos del CPP, siendo éste una intervención segura para los RN sanos (3,4,8)

Durante estos últimos años se han publicado artículos y estudios, que llaman la atención sobre la incidencia de Episodio Aparentemente Letal (EAL) y Síndrome de Muerte Súbita (SMS) en la fase neonatal precoz durante la práctica del CPP. **NE: Calidad muy baja (8)**. Estos artículos destacan la necesidad de garantizar la vigilancia, haciendo énfasis especialmente sobre la influencia de los siguientes factores de riesgo en la presentación de SMS/EAL neonatal: madre primípara, CPP, madre sola en sala de partos, predominio en la incidencia del turno de noche (posiblemente en relación con el nivel de vigilancia) y fatiga materna (8,9).

RECOMENDACIONES

Fomentar el CPP es una actividad contemplada en las recomendaciones de:

- El Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), entre las recomendaciones de Mínimos para la Asistencia al Recién Nacido Sano.
- El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP).
- La Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP).
- La Guía de Cuidados en el Parto Normal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como práctica de categoría A, que son las prácticas claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía.
- Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010).
- Iniciativa Parto Normal de la FAME.
- Recomendaciones Asistencia al Parto Normal de la SEGO.
- Guía de práctica clínica sobre lactancia materna del Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad.

La no separación madre-hijo/a es un derecho recogido en:

- La Declaración conjunta OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989).
- La Declaración de Innocenti (1990).
- La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).
- La Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la madre y del recién nacido (2001).

3. POBLACIÓN DIANA

Todos los partos atendidos en el servicio de Paritorio del CHUA , salvo aquellos en los que no sea posible por causas clínicas contempladas en los criterios de exclusión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En principio todas las madres, padres y RN deberán tener la oportunidad de realizar CPP inmediato salvo en las situaciones que a continuación se detallan que serán motivo de exclusión total o parcial del protocolo (según el caso).

- **EXCLUSIÓN PARCIAL** (En estos casos se procederá a la valoración y/o reanimación del RN y la decisión final será consensuada con el pediatra.)
 1. RPBF
 2. Distrés respiratorio.
 3. Depresión neonatal.
 4. Líquido amniótico meconial.
 5. Prematuridad (<37 semanas).
 6. Peso < 2200 g.
 7. Anomalías congénitas.
 8. Partos instrumentales.
 9. Infección materna activa: tuberculosis o VIH (en casos no activos consultar)

10. Cesáreas y/o estado materno que no permite realizar CPP: shock, hipotensión, anestesia general, cansancio excesivo etc (en estos casos se ofrecerá al padre)

- **EXCLUSIÓN TOTAL**

1. No deseo materno/paterno

4. OBJETIVOS

- Concienciar a todo el personal del Servicio de Partos de los beneficios del CPP.
- Unificar la práctica clínica y evitar la variabilidad de la atención en el postparto inmediato madre-padre-hijo en el Servicio de Partos del CHUA.
- Adecuar la calidad de la práctica clínica a la evidencia científica más actual y rigurosa.

5. PERSONAL

Son responsables de la aplicación de este procedimiento todos los profesionales del Servicio de Partos del CHUA que tienen contacto directo en algún momento con las mujeres y sus RN: matronas, ginecólogos, anestesiistas, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

6. MATERIAL

A preparar en sala de dilatación al ingreso de la gestante (por la matrona):

- **Pulseras de identificación y pinza de cordón** con código coincidente en ambas. Las pulseras se rellenarán con los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos de la madre.
 - N° de habitación y cama.
 - Fecha de nacimiento y sexo del RN (si se conoce con antelación).
- **Hoja de identificación azul** (impresa por la fábrica nacional de moneda y timbre) y tampón de tinta. Se rellenará igualmente al ingreso con los datos de la gestante estampando la huella de su índice de la mano derecha y firmando esta donde corresponde.

A preparar en sala de partos (por la auxiliar de enfermería):

- Paños verdes calientes
- Manta o toalla caliente
- Gorro
- Pañal
- Tijeras estériles
- Báscula
- Pomada oftálmica antibiótica

7. PROCEDIMIENTO

7.1. PROCEDIMIENTO PARA EL CPP EN PARTOS VAGINALES

7.1.1 PRIMERA FASE DEL PARTO

1. **Revisar la historia clínica de la gestante** para determinar si cumple, a priori, los criterios para realizar el CPP.
2. **Informar a la gestante y su pareja de los beneficios que tiene el CPP** para la madre y para su hijo, incluso en caso de no desear LM, y obtener información sobre su deseo de llevarlo a cabo (2).
3. **Evaluar de forma continua durante** todo el proceso de parto y expulsivo los criterios que puedan descartar el CPP (ver criterios de exclusión).

7.1.2 SEGUNDA Y TERCERA FASE DEL PARTO Y POSPARTO INMEDIATO

Es importante reseñar que debe **mantenerse estable la temperatura del paritorio (22° C)** y **preservar la intimidad**, para lo cual, **las puertas del paritorio han de estar siempre cerradas**, evitar en lo posible el tránsito de personas y reducir al mínimo el personal necesario (5).

1. Retirar el camisón de la gestante antes del nacimiento, dejando libre el abdomen y el pecho (2,4,5,7,8). **GR Fuerte (8)**
2. Nada más nacer colocar al RN con aspecto vigoroso y **piel con piel sobre el abdomen materno, en decúbito prono** (2,4,5,7,8) **GR Fuerte (8)**
3. **Observarlo y secarlo muy bien** con un paño caliente, evitando secar las manos (2,4,5,8,10). **GR Fuerte (8)**
4. Si se observan **signos de distrés respiratorio, depresión neonatal, o cualquier otra complicación que precise reanimación, Interrumpir el CPP y llevar a la cuna térmica** para la realización de la misma (5,10).
5. **Pinzar y cortar el cordón umbilical** en condiciones de asepsia (2,5).
6. Cambiar el paño inicial por uno **seco y caliente, poner gorro, pañal, y cubrir, finalmente con una manta o toalla caliente** (2,4,5,7,8,10). **GR Fuerte (8)**
7. Realizar el test de Apgar al 1' y a los 5' (2,5,10).
 - I. Si **Apgar < 7, interrumpir el CPP** y avisar al pediatra, consensuando con él, una vez estabilizado el RN, la posibilidad de reanudar el CPP.
 - II. Si **Apgar > 7 mantener al RN sobre el abdomen materno** (2,5).
8. Realizar los siguientes **procedimientos al RN sobre el abdomen materno** (2,5,8): **GR Fuerte (8)**
 - I. **Administración de profilaxis oftálmica** (tetraciclina al 1% o eritromicina al 0'5%) en ambos ojos (4,5). (Se puede demorar hasta 120 min) (2,4,5,10).
 - II. **Identificación del RN** (5).
 - a. Colocación pinza de cordón identificativa.
 - b. Colocación de pulseras identificativas, al RN en miembro inferior y a la madre en miembro superior.
 - c. Impresión de huellas dactilares en hoja identificativa según instrucciones en la misma.

9. **Prolongar el CPP sin intervenir**, durante el alumbramiento, sutura (si procede) (1,2,4,5,7,8)
10. **Ofrecer y aconsejar a la madre la posibilidad de continuar con el CPP** en el posparto explicándole a ella y a su acompañante claramente los beneficios e indicando la **necesidad de observación por su parte de la actividad y el color**, y de prevenir la obstrucción de la nariz del RN, y de avisar al personal sanitario en caso de apreciación de signos de alarma (2,7-9). **GR Fuerte (8)**
11. La mujer **estará acompañada en todo momento por el acompañante informado**, de no ser posible se suspenderá el CPP (5,8,9). **GR Fuerte (8)**
12. Pasar a la madre a su cama **con el RN sobre el abdomen para no romper el CPP** (1,2,4,5).
13. Se colocará a la madre en **decúbito supino con el RN sobre su abdomen en decúbito prono** (2,5,8), elevando el respaldo de la cama entre 15 y 65° (8,9).
14. Prolongar el CPP al **menos durante 50'**, siendo deseable que el tiempo se prolongue **hasta los 120 minutos** (1,4,5,7,8) **GR Fuerte (8)**
 - I. **Dejarle tranquilo para que se coja espontáneamente al pecho** facilitando así que sea el propio RN el que busque el pecho de su madre y se agarre a él (1,2,8)
 - II. Si tras 50 min el RN no se ha agarrado eficazmente al pecho, **instaremos a la madre para que sea ella la que se lo ofrezca, manteniendo el CPP en decúbito prono**. (1,2,8). Para ello puede ser útil, elevar el cabecero de la cama y ofrecer almohadas o cojines que ayuden a mejorar la postura y la comodidad de la madre
 - III. Si a pesar de todo el RN sigue sin agarrarse al pezón de forma efectiva, **seremos los profesionales los que ayudaremos a la madre y RN** con el fin de conseguir el objetivo, instruyendo a la madre en cómo ofrecer el pecho, colocación del RN (manteniendo el decúbito prono) y técnica correcta de agarre. (8)
 - IV. Si finalmente y tras aplicar todas estas medidas, el RN no consigue el agarre eficaz al pecho, **se probará con otras posturas**, como por ejemplo: madre en decúbito lateral y RN sobre el colchón de la cama.

Nota Este último punto será el que se aplique **si la madre o el RN no cumplen los criterios de inclusión y aplicación del protocolo de CPP**
 - V. Es **importante mantener el contacto directo piel con piel en cualquier postura**, para mantener la T^a corporal del RN, en caso de no ser así se tomaran medidas para evitar esto (vestirlo, mantas etc)
15. Los profesionales **valorarán de forma intermitente al RN**, comprobando que el **acompañante y la madre lo vigilan correctamente**. En caso de no producirse esta vigilancia se suspenderá el CPP (2-5,7-9) **GR Fuerte (8)**
16. Tras el postparto inmediato se procederá a pesar al RN con el gorro y el pañal descontando 35 g, vistiéndolo posteriormente antes del traslado de la puerpera a planta.

Nota: solamente se interrumpirá el CPP para pesar al RN si se sospecha peso >4000 gr o <2500 gr y, si este se confirma, se realizaran al RN las tomas de glucemia capilar (según protocolo) sobre el abdomen materno (5,8)

7.2. PROCEDIMIENTO PARA EL CPP CON LA MADRE EN LAS CESAREAS

1. Una vez estabilizado el RN **consensuar con el pediatra y el anestesista** la posibilidad de realizar CPP dentro del quirófano
2. Cambiar el paño inicial por uno seco y caliente y poner un gorro (2,4,5,8,10).

8. Pinzar y cortar el cordón, usando para ello pinza identificativa con código de barras (2,5).
3. Colocar pulsera de identificación en el tobillo (5).
4. Si las circunstancias y la temperatura del quirófano lo permiten, **colocar al RN sobre el tórax materno**, sin tocar el campo y en una posición que no interfiera en el trabajo del personal. Una de las posiciones podría ser perpendicular al tórax lo más cerca posible al mentón
5. **Mantener al RN en esta posición sujetándolo** y vigilando su evolución

7.3. PROCEDIMIENTO PARA EL CPP CON EL PADRE

Es importante reseñar que debe mantenerse estable la temperatura de la dilatación donde se vaya a realizar el contacto (22° C) y preservar la intimidad evitando en lo posible el tránsito de personas

Una vez realizados en quirófano los procedimientos citados en el punto anterior, procederemos a realizar CPP con el padre si así lo desea. Para ello seguiremos los siguientes pasos

1. Pesar al RN
2. Identificar al RN, impresionando las huellas dactilares en la hoja identificativa según instrucciones en la misma (5).
3. **Administración de profilaxis oftálmica** (tetraciclina al 1% o eritromicina al 0'5%) en ambos ojos (4,5). (Se puede demorar hasta 120 min) (2,4,5,10).
4. Poner pañal
5. Pedir al padre que se siente y que se retire la ropa, dejando libre el abdomen y el pecho .
6. Colocar al RN, piel con piel sobre el abdomen paterno, en decúbito prono (2,4,5,7,8)
7. Cubrir, finalmente con una manta o toalla caliente (2,4,5,7,8,10).
8. Si se observan **signos de distrés respiratorio, depresión neonatal, o cualquier otra complicación que precise reanimación, Interrumpir el CPP avisar al pediatra y llevar a la cuna térmica** (5,10).
9. Se pueden realizar los siguientes **procedimientos al RN sobre el abdomen paterno** (2,5,8):
 - a. Administración de profilaxis oftálmica
 - b. Identificación
10. Explicar al padre claramente los beneficios e indicar la necesidad de observación por su parte de la actividad y el color, y de prevenir la obstrucción de la nariz del RN, y de avisar al personal sanitario en caso de apreciación de signos de alarma (2,7-9).
11. Prolongar el CPP al **menos durante 50'**, siendo deseable que el tiempo se prolongue **hasta los 120 minutos** (1,4,5,7,8) . **GR Fuerte (8)**
17. Los profesionales valorarán de forma intermitente al RN, comprobando que el padre lo vigila correctamente. En caso de no producirse esta vigilancia se suspenderá el CPP (2,3-5,7-9)
12. Al finalizar el contacto, trasladar al RN al nido en incubadora de transporte

8. PROBLEMAS POTENCIALES

- **Carga asistencial elevada** que podría impedir la correcta vigilancia del RN por parte del personal.
- **Falta de espacio físico** que asegure la intimidad de la madre/padre y su hijo RN para la realización del CPP

*Nota: En estos casos se aplicará o no el protocolo a criterio de la matrona responsable.

- **Aparición durante el CPP de complicaciones fetales y/o maternas**
 - **Fetales: Distres respiratorio, depresión neonatal o hipoglucemia**, en estos casos se interrumpirá inmediatamente el CPP y se avisará al pediatra
 - **Maternas: Adormecimiento, hipotensión, cansancio, metrorragia, shock...** en estos casos se interrumpirá el CPP, se vestirá al RN y se valorará la posibilidad de que permanezca con el acompañante o se procederá a su traslado a nidos
- **Cambio de opinión de la madre/padre** respecto al deseo de realizar CPP
- Observación del personal de **falta de vigilancia del RN por parte de la madre/padre y/o acompañante**

9. PUNTOS A REFORZAR

- **Mantener estable la temperatura del paritorio/quirófano y la dilatación (22° C) y preservar la intimidad**
- **Prolongar el CPP sin intervenir**, durante el alumbramiento, sutura (si procede).
- Pasar a la madre a su cama **con el RN sobre el abdomen para no romper el CPP**
- Prolongar el CPP al **menos durante 50 minutos**, siendo deseable que el tiempo se prolongue **hasta los 120 minutos**
- La mujer **estará acompañada en todo momento por el acompañante informado**, de no ser posible se suspenderá el CPP
- Los profesionales **valorarán de forma intermitente al RN**, comprobando que **el acompañante y la madre lo vigilan correctamente**. En caso de no producirse esta vigilancia se suspenderá el CPP.
- En el caso de no ser posible con la madre (cesárea, estado materno grave etc) **realizar el CPP con el padre si lo desea**.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Definición: porcentaje de puérperas a las que se les ha realizado contacto piel con piel según el protocolo establecido.

Número de puérperas a las que se les ha realizado CPP según el protocolo establecido / Número total de puérperas sin criterios de exclusión. X 100

Estándar: 50% en el primer año

El cumplimiento de este protocolo se evaluará pasado un año de su implantación y puesta en conocimiento del personal del servicio.

11. SISTEMA DE REGISTRO

- Registro en Historia Clínica Informatizada (**MAMBRINO XXI**), en el “Formulario del RN” Rellenar todos los campos relacionados con el procedimiento CPP y la primera toma de LM



Nueva Toma - Recien nacido - MÁRMOLERO CRTES, EMILY - Proceso de Recién Nacido - 25/01/2018 - Windows Internet Explorer

Nueva Toma - Recien nacido -

Fecha Toma: 25/01/2018 Hora Toma: 12:10:59 h:mm:ss Recálculo Automático

2739877 - YENNY PAOLA MÁRMOLERO CRTES

Rh: Positivo 25/01/2018 10:31

Botones de Acción:  

Recien nacido: **Inmediato** | 24 horas | 48 horas | 72 horas | Alimentación

Peso Nacimiento (gr):

Test Apgar 1 minuto

FCF:

Movimientos respiratorios:

Tono muscular:

Reflejos:

Color:

Indice:

Test Apgar 5 minutos

FCF:

Movimientos respiratorios:

Tono muscular:

Reflejos:

Color:

Indice:

Test Apgar 10 minutos

FCF:

Movimientos respiratorios:

Tono muscular:

Reflejos:

Color:

Indice:

Recibió Lactancia Materna en la 1ª toma Si No
 Contacto precoz piel con piel Si No
 CPP con la madre Si No
 CPP con el padre Si No
 Rechazo materno piel con piel Si No

1ª deposición
 Identificación filial: pulsera y huella
 Código pulsera:

Presentación:
 Exitus:
 Tipo:
 Vivo + 24 horas:
 Ingreso:

Tipo Monitorización:

Reanimación:
 Malformado:
 Antecedentes madre:
 Estreptococo madre:
 Serología madre:
 Incidencias del parto:

Inicio | Área Funcional de Gestió... | Nueva Toma - Recien ... 12:17

12. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

En la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” (4)

Niveles de evidencia y grados de recomendación SIGN

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (1;2)

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación casual.
2+	Estudios cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación casual.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea casual.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo

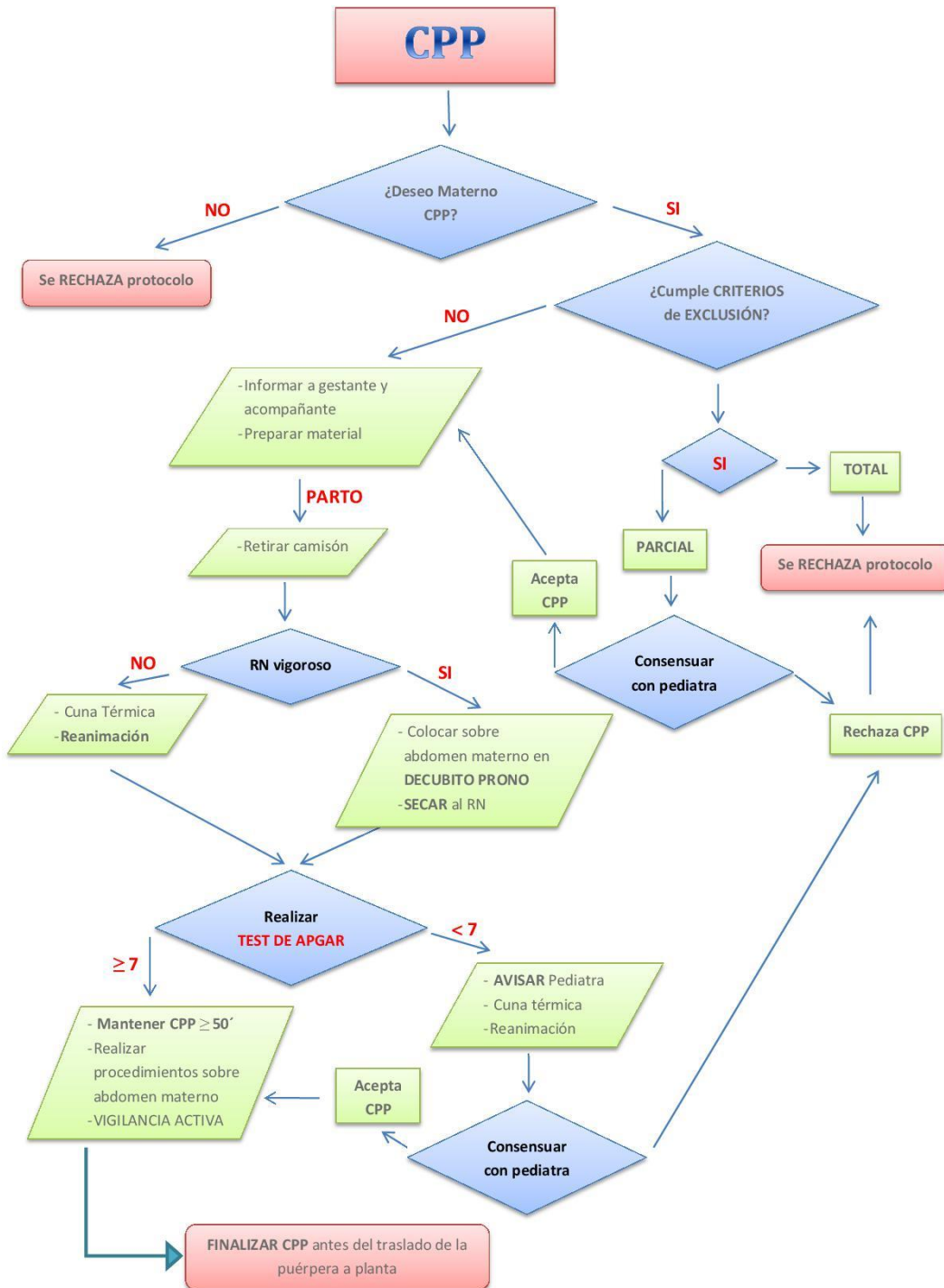
En la “Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna” (8)

Sistema GRADE

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	Limitación en el diseño Importante (-1) Muy importante (-2) Inconsistencia (-1) Evidencia directa Alguna incertidumbre (-1) Gran incertidumbre (-2) Datos imprecisos (-1) Sesgo de publicación Alta probabilidad (-1)	Asociación • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1) • Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de diseño		

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

13. ALGORITMO



14. ANEXOS

TEST DE APGAR

	0	1	2
Actividad cardíaca	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
Respiración	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
Tono muscular	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
Color de la piel	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

15. BIBLIOGRAFÍA

- Gómez A, Aguayo J, Sánchez M. Mesa redonda: Tecnología avanzada al cuidado del recién nacido: «Método madre canguro» y maduración humana preventiva a través del tacto. Tarragona: Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, 1997.
- Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.
- 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 2012; (5). [DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3].
- 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 N° 2009/01.
- Sanchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E y 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 (Barc). 2009; 71(4): 349-361.
- 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 [actualizado 9 Nov 2007]. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/print.html>.
- Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the

- incidence of PPH: a physiologically based theory. *Women and Birth*. 2014; 27(4): 250-253.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
 9. Pallás Alonso CR, Rodríguez López J y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. *An Pediatr*. 2014; 80(4): 203-205.
 10. Mckee-Garrett TM. Overview of the routine management of the healthy newborn infant. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborn-infant?source=search_result&search=vkdb&selectedTitle=2~8. [2013; acceso julio 2015].
 11. OMS-UNICEF: Declaración de Innocenti. WHO. Florencia; 1990, que fue adoptada por la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.34).

16. AGRADECIMIENTOS

Los autores de este protocolo mostramos nuestro agradecimiento a las siguientes personas por su colaboración para la realización de este documento:

- Eva María Argandoña Palacios. Matrona del CHUA
- M. Llanos García Núñez. Matrona del CHUA, Supervisora de la Unidad de Obstetricia del CHUA
- Pilar Córcoles Jiménez. Supervisora de investigación y formación continuada del Área de Atención Integrada de Albacete.