



Descripción del contacto piel con piel durante las cesáreas realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante los años 2015 y 2016

Alumno: Pedro Pérez Martín

Tutora: María del Cristo Robayna Delgado

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud.
Sección Medicina, **Enfermería** y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Tenerife
Junio 2017

AGRADECIMIENTOS

A María José Martín Casañas, *mamá*. Por ser el cemento que ha dado forma a mis sueños. Sin tu apoyo nada de esto habría sido posible. Espero que estés orgullosa de mí como persona, hijo y, en este caso, como futuro profesional de la enfermería. Yo, como ya sabes, *siempre estaré buscando la medida* para explicarte mi amor incondicional y admiración. Eres mi vida.

A María del Cristo Robayna Delgado, mi tutora del Trabajo de Fin de Grado. Por darme libertad, pero, al mismo tiempo, guiarme, asesorarme y *cuidarme* en la creación de este trabajo, que me ha hecho tanta ilusión.

A Edgar Hernández Molina, el analista de datos. Por orientarme en el apasionante mundo de los números y permitirme obtener los resultados.

A Santiago Fernández, la persona que me inspiró para llevar a cabo este trabajo de investigación mediante su brillante y cálido ejercicio profesional en el paritorio. Y a todos los profesionales de la unidad, que me brindaron una sonrisa y su conocimiento siempre que lo necesité.

A mis hermanas, Eduardo, Nauzet, Paola, María, Lucía, Carlota y Raquel, que con paciencia me han apoyado durante este proceso y han creído en mí en todo momento.

Y, por último, a la Enfermería, que me ha cuidado desde el primer curso, me ha hecho vivir experiencias únicas e inigualables y me ha hecho madurar continuamente. Soy afortunado de haber escogido ***la profesión más bonita del mundo***.

RESUMEN

La cesárea es la intervención quirúrgica de cirugía mayor llevada a cabo más frecuentemente en las mujeres de todo el mundo. Sin embargo, el modelo asistencial biomédico y la tecnificación de la atención al nacimiento han supuesto la deshumanización de éste por parte de los profesionales sanitarios. Actualmente, se están llevando a cabo técnicas para cambiar esta situación mecanicista y no humanizada. Una de ellas es el contacto piel con piel, que consiste en colocar al recién nacido sobre la persona de tal manera que la cara ventral del recién nacido esté en contacto con la cara ventral de la otra persona.

Las profesionales de enfermería son fundamentales en la atención al nacimiento por cesárea, ya que son las únicas que participan activamente en la atención a la mujer, al recién nacido y a ambos al mismo tiempo. La enfermera es la encargada de llevar a cabo la técnica del contacto piel con piel.

El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia del contacto piel con piel con la madre y el padre en los años 2015 y 2016 en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) con el fin de hacer conocer la realidad asistencial. Para ello, se lleva a cabo un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo de las mujeres que han sido intervenidas de una cesárea en estos años en este complejo hospitalario.

Se obtuvo como resultado que la tasa de cesárea del CHUC está por encima del 15% y predominan las cesáreas no programadas frente a las programadas. Por otra parte, el contacto piel con piel aumentó de 2015 a 2016, siendo este incremento con la madre, el padre y ambos progenitores.

Palabras clave: cesárea, contacto piel con piel, humanización, enfermería

ABSTRACT

The cesarean section is the most commonly performed major surgery among women worldwide. However, the biomedical model and the technicality of birth assistance have promoted a non-humanized attention given by health care professionals. Nowadays, there are some techniques that are being carried out to change this mechanistic and dehumanized situation. For instance, skin to skin contact. It consists on placing the newborn over another person, making both ventral faces stay in contact.

Nursing professionals are essential at the attention given at cesarean section birth. It is because they are the only professionals who participate actively at the whole assistance: women, newborn and women–newborn attention. Nurses are in charge of carrying out skin to skin contact technique.

The main objective of this investigation work is to describe the frequency of skin-to-skin technique with mothers and fathers in 2015 and 2016 at “Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)”. The objective is to get to know healthcare reality. For that, a descriptive, transverse, retrospective study is done with women that have gone through a cesarean section in these years at that hospital.

According to results, cesarean section rates in CHUC were higher than 15% and unscheduled cesarean section prevailed the scheduled. On the other hand, skin-to-skin happening with mother, father and both parents increased from 2015 to 2016.

Key words: cesarean section, skin to skin contact, humanization, nursing

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Conceptualización de la cesárea	3
2.1.1. Definición de cesárea	3
2.1.2. Indicación de la cesárea	3
2.1.3. Tipos de incisión quirúrgica	5
2.1.4. Tipos de anestesia.....	6
2.1.5. Complicaciones maternas perioperatorias	7
2.1.6. Complicaciones fetales perioperatorias	8
2.1.7. Actividades de enfermería en la atención a la cesárea.....	8
2.2. La cesárea en la Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud (SNS)	9
2.3. Contacto precoz “piel con piel”	11
2.3.1. Definición de contacto piel con piel	11
2.3.2. Antecedentes del contacto piel con piel	11
2.3.2. Indicación del contacto piel con piel.....	16
2.3.3. Beneficios del contacto piel con piel.....	16
2.3.4. Contraindicaciones del contacto piel con piel	17
2.3.5. El contacto piel con piel en la cesárea	18
2.3.5.1. Instrucción técnica “contacto piel con piel tras cesárea” del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.....	19
2.3.5.2. Cesárea en el CHUC.....	21
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVO.....	22
4.1. Objetivo general	22
4.2. Objetivos específicos	23
5. METODOLOGÍA.....	23
5.1. Diseño	23
5.2. Población/muestra	23
5.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	23
5.4. Variables	23
5.5. Método de recogida de datos	25
5.6. Aspectos éticos	26
5.7. Análisis estadísticos.....	26
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	33
7.1. Discusión.....	33
7.2. Conclusiones.....	34
8. SUGERENCIAS DE MEJORA	35
8.1. Limitaciones del estudio.....	35
9. BIBLIOGRAFÍA	35
10. ANEXOS.....	40

1. INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico. Aun así, ha precisado siempre de atención y cuidados. Estos han sido llevados a cabo desde la antigüedad por las matronas, que en la mayor parte de los casos han tenido una actitud más expectante que intervencionista.

Sin embargo, el parto no siempre tiene lugar de manera espontánea. Además del parto espontáneo, existe lo que se denomina médicamente como “parto instrumentado” o distócico y la cesárea. Comúnmente, en los medios de comunicación, y de manera popular, se habla de que un nacimiento tuvo lugar mediante “parto por cesárea”. Esto es una expresión errónea. Incluso, son conceptos que algunos profesionales sanitarios confunden.

Por lo tanto, es importante hacer referencia a la distinción de significado entre ambas. Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE)⁽¹⁾, parir, del latín *parere*, en relación a cualquier hembra de especie vivípara, significa “expeler en tiempo oportuno el feto que tenía concebido”. Esta definición hace mención a dos términos importantes para entender el concepto de “parto” expeler, que supone llevar a cabo el nacimiento por vía vaginal, y, en tiempo oportuno, que hace referencia al concepto sanitario “a término”. Esta parte del concepto está sujeta a modificaciones, puesto que, actualmente, debido a que la obstetricia y la neonatología valoran la viabilidad del feto en un periodo más amplio de tiempo, se habla del parto “pretérmino”, “a término” y “postérmino”.

Además, cabe diferenciar el parto del alumbramiento. Este último hace referencia a la expulsión por vía vaginal de la placenta y las membranas amnióticas.

La cesárea, por otro lado, viene del término latino *cesaere*, que significa cortar. El motivo es que la cesárea consiste en hacer una incisión en el abdomen y el útero para extraer el feto. Se utiliza cuando es imposible o desaconsejable la vía vaginal. Por lo tanto, el nacimiento por cesárea no puede considerarse una modalidad de parto. Una mujer se considera médicamente nulípara, si ninguno de los nacimientos de los hijos se ha efectuado por vía vaginal⁽²⁾.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de la historia. Data de 800 años a.C. El primer antecedente histórico preciso lo tenemos en la “*Lex Regia*”, promulgada por Numa Pompilio, rey de Roma, en el año 715 a.C. Posteriormente, los romanos dictaron un decreto “*Lex Cesare*” (Ley del César) por la que los fetos deberían ser sacados de los cuerpos de sus madres para ser enterrados por separado, que, posteriormente, fue denominada “*Lex Caesarea*”. La primera cesárea fue practicada en el año 1610 por Jeremias Trautmann.

Más tarde, a lo largo del siglo XIX, se llevó a cabo un desarrollo crucial de la intervención. En 1870, Eduardo Porro, marcó un hito histórico, propugnó la histerectomía

subtotal postcesárea y la sutura del muñón a la herida laparotómica. Esto supuso una disminución de la mortalidad materna por hemorragia e infección. Con esta misma finalidad, Max Sanger perfeccionó la técnica de sutura del miometrio.

Ya en 1907, Frank ideó la cesárea extraperitoneal para intentar reducir la mortalidad materna por sepsis. En 1912, Kroning, propuso realizar la incisión uterina en sentido longitudinal, ya que observó que la pérdida hemática era menor, el peligro de peritonitis se disminuía y la cicatrización era mejor. Además, se aminoraba el riesgo de rotura uterina. Por último, Kerr en 1933, ideó la histerotomía segmentaria transversa baja, que es universalmente aceptada actualmente⁽³⁾.

La cesárea, al ser una intervención quirúrgica, requiere de mayor asistencia que el parto y es una manera tecnificada de llevar a cabo el nacimiento. Esto ha supuesto una deshumanización de la atención al nacimiento. Según la RAE⁽⁴⁾, humanizar consiste en “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”. En este caso, cuando se habla de “cesárea humanizada”, se hace referencia a aquella en la que el personal sanitario que la asiste no tiene en cuenta solo las variables fisiológicas, sino que lleva a cabo una atención holística de la gestante: desde un aspecto biológico, social, cultural, espiritual y psicológico.

En el caso de las cesáreas, la atención holística tiene una barrera mayor que en el caso del parto normal, puesto que el nacimiento del recién nacido no se produce de manera espontánea, inducida o instrumentada por vía vaginal, sino a través de una extracción directa del útero como muestra la definición previa. El recién nacido, en esta situación, debe ser valorado por el pediatra y la madre está bajo la supervisión del anestesista y la actividad quirúrgica de los ginecólogos – obstetras. Por lo tanto, la separación de la madre y el niño se suele ver como normal o coherente con la situación de salud. Además, tras la intervención, ambos son separados debido a la necesidad médica de tener controlado el estado de salud de la mujer.

En la actualidad, en las unidades maternas de los hospitales españoles, el acto de separar a la madre de su recién nacido es frecuente después de la cesárea, aunque la madre esté despierta, consciente y orientada, debido al uso de anestesia locorregional, y que el recién nacido sea un niño sano y a término. Esto ha demostrado ser una situación violenta para la salud emocional de la madre, que es desprendida de su recién nacido y una pérdida de beneficios fisiológicos para ambos.

Una de las actividades que ha empezado a tomar relevancia en la atención al parto normal, y que se ha ido introduciendo poco a poco en las cesáreas, es el contacto piel con piel. Esta actividad no es una técnica específica que tengan que enseñar los

profesionales sanitarios, es una tarea que se ha desarrollado espontáneamente por las madres a lo largo de la historia humana, pero que se ha perdido con la tecnificación.

No obstante, no se debe confundir el cuidado no humanizado con la no tecnificación. Cualquier técnica a favor del cuidado humanizado que se lleve a cabo en la atención al nacimiento debe estar basada en la evidencia y el conocimiento científico, es decir, debe haberse demostrado empíricamente que son actividades que producen beneficios en la situación de salud de la madre y el recién nacido si se llevan a cabo durante el nacimiento.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Conceptualización de la cesárea

Todas las definiciones de “parto espontáneo” tienen en común que es un proceso fisiológico, que evoluciona de manera espontánea y en el que tanto la madre como el recién nacido deben acabar en condiciones de salud adecuadas.

Sin embargo, el parto no cursa siempre de manera normal, ya que puede haber complicaciones maternas o fetales. Se producen, en esas circunstancias, los denominados partos distócicos. Se define parto distócico como todo aquel parto que se desvía de la normalidad fisiológica. Existen distocias del objeto de parto (cuando existen alteraciones en las dimensiones, en la estática o en el bienestar fetal), distocias del canal del parto (cuando existen alteraciones del canal óseo o del canal blando) y distocias del motor del parto o distocias dinámicas (cuando existen alteraciones en la dinámica uterina). En los partos distócicos se utiliza la “instrumentación obstétrica”, que consiste en efectuar la salida del feto con ayuda de diferentes dispositivos como el fórceps, las espátulas y la ventosa. Existe una alternativa quirúrgica para llevar a cabo el nacimiento, conocida como cesárea⁽⁵⁾.

2.1.1. Definición de cesárea

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero para ejecutar la extracción del feto. Para llegar al útero se ha de realizar una incisión que atraviesa diversas estructuras (piel, tejido subcutáneo, fascia, músculo y útero).

2.1.2. Indicación de la cesárea

Todas las cesáreas no tienen el mismo grado de urgencia. La clasificación, más actual, divide en cuatro categorías el grado de urgencia a la hora de realizar una cesárea:

Categoría 1. Cesárea urgente de realización inmediata. Aquellas situaciones (Tabla 1) en las que existe una grave amenaza para la salud de la madre o del feto y requieren una intervención quirúrgica inmediata.

Indicaciones de la cesárea de urgencia (Categoría 1)
Grave estado general materno de cualquier índole
Sospecha de rotura uterina
Hemorragia intensa
Desprendimiento precoz de placenta
Prolapso de cordón
Pérdida grave del bienestar fetal anteparto e intraparto

Tabla 1. Indicaciones de la cesárea de urgencia (Categoría 1)⁽³⁾

Categoría 2. Cesárea urgente de realización no inmediata. En aquellos casos (Tabla 2) en los que existe un riesgo materno o fetal, que se va a ir potenciando a medida que el tiempo pasa.

Indicaciones de cesárea de urgencia de realización no inmediata (Categoría 2)
Distocia (parto estacionado, anomalías de la posición y actitud fetales, desproporción pélvico – cefálica y trastornos del descenso fetal)
Fracaso de inducción
Situación transversa
Presentación podálica
Prematuridad extrema
Tumor previo
Presentación en deflexión (frente y cara)
Pérdida del bienestar fetal menos grave (CIR, acidosis leve, etc.)

Tabla 2. Indicaciones de la cesárea de urgencia de realización no inmediata (Categoría 2)⁽³⁾

Categoría 3. Cesárea no urgente (previamente programada), que debe realizarse antes porque la paciente se pone de parto antes de la fecha prevista para su realización. No hay motivo de urgencia, pero el adelantamiento imprevisto obliga a realizarla en cuestión de horas. Por ejemplo, una cesárea programada por macrosomía fetal, que está programada en una fecha, pero la mujer se pone de parto previamente³.

Categoría 4. Cesárea programada. No hay urgencia. Esta categoría la componen todas aquellas pacientes a quienes se les ha programado una cesárea (Tabla 3) y el parto no se desencadena hasta ese momento.

Indicaciones de la cesárea programada (Categoría 4)
Placenta previa oclusiva o tumor previo
Presentación anómala (nalgas)
Situación transversa persistente
Cesárea anterior con cicatriz no segmentaria
Cesárea iterativa
Embarazo múltiple (situaciones y presentaciones anómalas en el primer gemelo, segundo gemelo en presentación no cefálica y gestación < 32 semanas, gemelos monoamnióticos y gemelos unidos)
Restricción del crecimiento intrauterino
Sospecha de desproporción pélvico – cefálica
Algunas malformaciones fetales
Macrosomía
Infecciones maternas
Cesáreas “acordadas” o “consensuadas”

Tabla 3. Indicaciones de la cesárea programada (Categoría 4)⁽³⁾

Una variante, aún minoritaria, de la cesárea programada es la denominada cesárea a demanda (Tabla 4)

Indicaciones de la cesárea a demanda (electiva)
Por miedo al dolor o miedo a parir
Por temor a complicaciones maternas durante el parto
Por temor a complicaciones después del parto
Por temor a complicaciones fetales
Por miedo al fórceps u otros instrumentos obstétricos
Por el antecedente de una experiencia obstétrica negativa
Porque dicen estar en su derecho de elegir el tipo de parto
Por comodidad y conveniencia socio – familiar o personal

Tabla 4. Indicaciones de la cesárea a demanda (electiva)⁽³⁾

2.1.3. Tipos de incisión quirúrgica

La cesárea es la cirugía mayor más común que se lleva a cabo en las mujeres de todo el mundo. Se han utilizado varios tipos de incisión abdominal para llevar a cabo el nacimiento. El tipo de incisión utilizada depende de muchos factores, entre los que se incluyen la situación clínica de la paciente y las preferencias del cirujano.

Existen técnicas extraperitoneales e intraperitoneales. Las técnicas extraperitoneales se abandonaron a partir de la llegada de la profilaxis antibiótica, ya que el riesgo principal de la cesárea era la infección del peritoneo. Dentro de las técnicas intraperitoneales, existen las incisiones verticales y transversas (tipo Pfannenstiel, Maylard, Cherney, Joel-Cohen) ⁽⁶⁾.

Tradicionalmente, la incisión vertical se utilizaba para el nacimiento por cesárea. En esta técnica, se llevaba a cabo el corte en la línea media entre el ombligo y la sínfisis del pubis. Se llevaba a cabo la incisión en la línea media del músculo recto del abdomen y el peritoneo, ya que esta zona es la menos vascularizada. Además, la incisión vertical se caracteriza por ser la que menos sangrado produce y es la técnica más rápida para ejecutar la extracción fetal. Sin embargo, la incisión vertical incluye un mayor riesgo de dehiscencia de la herida quirúrgica durante el postoperatorio y el desarrollo de hernias. Además, la cicatriz es menos estética que en la incisión transversa.

La cesárea intraperitoneal segmentaria transversa tipo Pfannenstiel, actualmente, es la que se realiza en el 98-99% de los casos. Su ventaja principal es el riesgo mínimo de dehiscencia y herniación de la herida quirúrgica, aparte de que ésta sea más estética. Aún así, esta técnica implica mayor disección de tejidos y requiere de mayor destreza en habilidades quirúrgicas. Además, la pérdida hemática es mayor que en las incisiones verticales. Esto supone mayor riesgo de inestabilidad hemodinámica materna a corto plazo, lo que dificultaría el primer contacto en quirófano entre la madre y el recién nacido. Aún así, la hemorragia es una complicación poco frecuente.

2.1.4. Tipos de anestesia

La cesárea, al ser una intervención quirúrgica, requiere de administración de anestesia, que puede ser de dos tipos: locorregional y general.

La anestesia general consiste en la administración de medicación para la relajación muscular y sedo-analgésia. En este caso, debe llevarse a cabo la intubación orotraqueal de la paciente y dejar su función respiratoria a cargo de la ventilación mecánica invasiva. La anestesia general no es el tipo de anestesia más indicado en el caso de la cesárea, puesto que tiene mayor grado de repercusión fetal que la anestesia locorregional. Además, el estado comatoso de la madre, impide llevar a cabo el contacto piel con piel precoz.

Dentro de la anestesia locorregional encontramos las siguientes variantes:

- Anestesia epidural: esta técnica consiste en hacer una punción a nivel de las vértebras lumbares L3 – L4 y dejar un catéter en el espacio epidural mediante el que se administra medicación anestésica en bolo y se mantiene en perfusión continua, de manera que se establece pérdida de sensibilidad desde la zona umbilical hacia las extremidades inferiores (EEII). Puede producir hipotensión arterial. Es una técnica “a ciegas”, puesto que es imposible predecir la colocación del catéter. Esto puede ocasionar fallos en su funcionamiento y prolongar la intervención quirúrgica.

- Anestesia espinal: esta técnica consiste en realizar una punción con una aguja de poco calibre en la duramadre también a nivel de L3 y L4, donde se encuentra el líquido cefalorraquídeo, que produce anestesia total desde la zona umbilical hasta las EEII. Permite comenzar antes la intervención quirúrgica aunque tiene mayor riesgo de producir hipotensión arterial.

Como se muestra en Tabla 5, dependiendo del tipo de anestesia habrá más o menos repercusión materno–fetal.

Análisis comparativo de las técnicas anestésicas en la cesárea			
	GENERAL	EPIDURAL	INTRADURAL
Rapidez inducción	+++	+	++
Estabilidad hemodinámica	+++	++	+
Relajación muscular	+++	+	++
Repercusión fetal	+++	+	++

Tabla 5. Análisis comparativo de las técnicas anestésicas en la cesárea⁽⁷⁾

2.1.5. Complicaciones maternas perioperatorias

Las complicaciones maternas en el preoperatorio son muy variadas y suelen ser el motivo por el que se indica una cesárea de urgencias. Por ejemplo, la hipertensión en el embarazo, que puede dar lugar a la preeclampsia y eclampsia. También son complicaciones preoperatorias el Síndrome de HELLP, la rotura uterina, la fiebre, etc.

En una cesárea urgente, puede haber una hemorragia masiva. Sin embargo, en una cesárea urgente de realización no inmediata, no hay clínica porque lo que desemboca la necesidad de intervención es la incapacidad del cuello uterino de dilatarse.

Durante la cirugía, se puede producir las siguientes complicaciones: cistotomía, lesión ureteral, lesiones intestinales, lesión de los vasos uterinos y anomalías de la placentación.

La complicación más urgente del intraoperatorio y del postoperatorio inmediato es la hemorragia post–cesárea por atonía uterina. Esto puede suponer que no se pueda establecer un contacto piel con piel precoz.

Las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio tardío son: endometritis, fiebre postparto-cesárea, infecciones urinarias, infecciones de la pared abdominal, tromboflebitis, embolismo, dehiscencia de la cicatriz abdominal, íleo postcesárea y placentación anormal en futuros embarazos. Éstas no influyen en el contacto piel con piel⁽³⁾.

2.1.6. Complicaciones fetales perioperatorias

En el momento preoperatorio no existe ningún método diagnóstico de patología fetal. El estado de salud se valora mediante el registro cardiotocográfico, por lo que la única complicación se denomina sospecha de pérdida del bienestar fetal (SPBF).

La única complicación intraoperatoria que puede darse es el traumatismo obstétrico.

En el postoperatorio, puede tener lugar el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido y la depresión neurológica del recién nacido⁽³⁾. El distrés respiratorio es la complicación neonatal más frecuente en las cesáreas. Esto se debe a que en la cesárea, el cambio de temperatura es más brusco que en el parto normal, puesto que es una extracción directa del abdomen y el quirófano tiene unas condiciones de temperatura inferiores a las condiciones normales. La pérdida inmediata de calor en el recién nacido puede desembocar en problemas de tipo respiratorio.

2.1.7. Actividades de enfermería en la atención a la cesárea

Las profesionales de enfermería participan en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la cesárea.

En el preoperatorio, son las encargadas de administrar la profilaxis antibiótica endovenosa para evitar la infección relacionada con la intervención quirúrgica. Además, es la encargada de administrar la profilaxis antiemética y de regurgitación y aspiración ácida. También, da apoyo emocional a la paciente y educación sanitaria en caso de no entender la información relacionada con la intervención quirúrgica o con la anestesia. También la enfermera se encarga del traslado de la paciente al bloque quirúrgico.

En el intraoperatorio, aparecen los dos papeles fundamentales que actúan en toda intervención quirúrgica⁽⁸⁾:

- Instrumentación: la enfermera instrumentista es la encargada de mantener los instrumentos quirúrgicos en el campo estéril, preservar su esterilidad y de prever las necesidades del cirujano para establecer una actuación precoz.



Imagen 1. Instrumentos quirúrgicos para una cesárea

- Coordinación: la enfermera circulante lleva cabo el sondaje vesical de la paciente, se encarga de situarla en la posición quirúrgica adecuada, completar el “check list” quirúrgico, el parte quirúrgico, proporciona material estéril en caso de ser necesario, lleva a cabo el recuento de gasas y compresas estériles, anota la fecha de nacimiento, la hora de nacimiento y cuida y valora el estado de salud de la mujer.

En el postoperatorio inmediato la paciente también es tratada por las profesionales de enfermería. La enfermera circulante se encarga de su traslado a la Unidad de Recuperación Post-Anestésica.

En esta unidad, está durante dos horas, si no hay complicaciones, bajo los cuidados de las enfermeras de la unidad.

La enfermera especialista en ginecología y obstetricia (matrona) es la encargada de recibir al recién nacido de las manos del ginecólogo y trasladarlo a la cuna donde será valorado por el pediatra. En caso de que sea posible, facilitará a la madre y al recién nacido del contacto piel con piel.

2.2. La cesárea en la Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

En la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, elaborada en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁽⁹⁾, incluye también la atención en las cesáreas. Indica que, de acuerdo a la declaración de expertos en salud reproductiva organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil), la tasa de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%.

Los datos mediante los que se llevó a cabo la estadística se obtuvieron principalmente de países europeos donde los resultados maternos y fetales eran adecuados. No obstante, la realidad actual es que esta cirugía es cada vez más frecuente y, a pesar de que está justificada en los casos en los que se puede reducir la morbimortalidad materna y fetal, no existen estudios que demuestren que sea una técnica beneficiosa cuando no es necesario hacerla. Por lo tanto, obtener resultados totalmente fiables sobre la tasa de cesáreas ideal para la realidad es difícil. La OMS, en Ginebra en 2014, convocó un panel de expertos en el que se concluyó que las poblaciones se definen por límites geopolíticos y que, por ello, es necesario diferenciar estudios de poblaciones geográficas con aquellos que tienen lugar en servicios sanitarios concretos en pacientes para conocer esta realidad asistencial.

Se evidenció que la “Clasificación de Robson” (**Anexo 1**) es el sistema de clasificación de cesáreas utilizado más comúnmente y tiene en cuenta los siguientes factores:

- Paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa)
- Comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto)
- Edad gestacional (parto prematuro o a término)
- Presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa
- Cantidad de fetos (único o múltiple)

La OMS prevé que esta clasificación ayude a optimizar el uso de las cesáreas, evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas, evaluar la calidad de la atención, de las prácticas clínicas, de los resultados y de los datos reunidos, así como concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso. En resumen, la OMS afirma que *“debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada y categorizar las mismas con un método apropiado”*⁽¹⁰⁾

Actualmente, la tasa de cesáreas en España se encuentra por encima de estos valores. En 2014, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se llevaron a cabo 116.586 cesáreas, de 427.595 nacimientos, un 27,26% del total⁽¹¹⁾.

La previsión es que siga aumentando de manera progresiva. Esto se puede deber a numerosos factores: complicaciones maternas, complicaciones neonatales, aumento de la edad de las madres, de los partos múltiples, de las solicitudes por parte de las mujeres. Todo esto conlleva mayores costos y sobremedicación de la atención al nacimiento. Un proceso que, generalmente, debe ser fisiológico y normal.

En 2014, en Canarias se llevaron a cabo 3.955 cesáreas de un total de 16.398 nacimientos. Esto supone un 24,11% del total, que supera el 15%, estimado por la OMS como tasa máxima para este indicador. En el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, en 2015, se practicaron 539 cesáreas de 2.554 nacimientos (21,10%) y en 2016, 575 cesáreas de 2.622 nacimientos (21,92%)

La “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” propone las siguientes recomendaciones ante las cesáreas:

- 1º. Investigar las causas del incremento de la tasa de cesárea y de su variabilidad
- 2º. Facilitar en la medida de lo posible el acceso de la persona acompañante
- 3º. Cuidar las condiciones ambientales de silencio e intimidad para que el primer contacto visual, táctil, olfativo y microbiológico de la criatura sea con su madre
- 4º. Implementar programas para la racionalización de la tasa de cesáreas
- 5º. Facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal después de cesárea

De estas recomendaciones, la más relevante para este trabajo de investigación es la tercera. Centrada en mantener las condiciones quirúrgicas adecuadas para que se produzca el primer contacto físico, piel con piel, efectivo.

2.3. Contacto precoz “piel con piel”

Al igual que el concepto de parto ha ido evolucionando, la asistencia médica y enfermera en sus diferentes tipos también lo ha hecho.

En las décadas anteriores, la sanidad se vio sumergida en un modelo biomédico y mecanicista, en el que se separaba a la madre y al recién nacido durante las primeras horas de vida.

Sin embargo, actualmente, el empoderamiento de la mujer en el rol de paciente y la asistencia humanizada al nacimiento han desencadenado que se retomen técnicas de cuidados. Una de las actuaciones de las enfermeras y de las matronas es que en el momento del nacimiento, se establezca un contacto directo entre la superficie de la piel del recién nacido y la de la madre, independientemente de la modalidad de parto y la cesárea.

2.3.1. Definición de contacto piel con piel

Se define el contacto piel con piel (CPP) como la colocación del recién nacido en contacto directo con la madre, el padre o con otro cuidador. El procedimiento consiste en colocar al recién nacido sobre la persona de tal manera que la cara ventral del recién nacido esté en contacto con la cara ventral de la otra persona. El recién nacido se sitúa comúnmente desnudo sobre la madre/padre o tan solo con un pañal con el fin de maximizar el contacto físico entre la piel del recién nacido y la de la otra persona. Se recomienda, en este momento, cubrir a ambos o al menos al recién nacido con un gorro, toallas y mantas precalentadas. La duración mínima recomendada está entre los 50–110 primeros minutos de vida, de acuerdo al documento “Cuidados desde el nacimiento”⁽¹²⁾.

2.3.2. Antecedentes del contacto piel con piel

El contacto piel con piel es una técnica que ha sido descrita por diferentes entidades internacionales desde finales del S. XX hasta la actualidad.

Por ejemplo en 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un documento llamado “Evidence for the ten steps to successful breastfeeding”⁽¹³⁾, con el fin de evaluar si los “Diez pasos para una lactancia feliz” estaban teniendo buenos resultados. A pesar de que este documento está enfocado a la lactancia materna, se hace mención al contacto piel con piel.

La OMS afirma en este documento que la tendencia sanitaria ha sido separar a las madres de los niños en el momento del nacimiento, durante horas o incluso días. Esta

práctica ha desfavorecido el desarrollo de la lactancia materna en los neonatos. Se propone que hay que tratar de conseguir que los recién nacidos se beneficien del contacto piel con piel, puesto que llevarlo a cabo es una oportunidad para que suceda la primera succión o amamantamiento. Para ello, hace mención de una revisión bibliográfica de estudios, que ya en 1987 afirmaban la estrecha relación que existe entre el contacto piel con piel y la lactancia materna. Esto se debe a que permanecer sobre el pecho materno inmediatamente después del nacimiento ayuda a los recién nacidos a establecer el reflejo de búsqueda y succión.

En este documento, respecto al contacto piel con piel y la cesárea, se concluye que después de una cesárea con anestesia locorregional se puede llevar a cabo contacto piel con piel inmediatamente para comenzar la cadena para el amamantamiento precoz y que, sin embargo, en la cesárea con anestesia general hay que esperar unas horas para establecer el contacto entre la madre y el recién nacido.

La OMS, junto a UNICEF, llevó a cabo una estrategia denominada “Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)”. La BFHI se encarga de promover una atención de calidad en la asistencia al nacimiento y favorecer la lactancia materna. Tras 20 años de evidencia científica, ha demostrado ser una entidad relevante en el cuidado de la mujer y el recién nacido. En todos los países en los que se ha llevado a cabo estrategia se ha mejorado la calidad asistencial y la satisfacción de las usuarias y de los profesionales. La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), es la sección española de este proyecto internacional. En 2011, llevó a cabo una revisión sobre los “Diez pasos para la lactancia materna”, para reafirmar y desmentir lo que la OMS determinó 13 años antes. El cuarto paso reza: “ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este paso implica colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario”⁽¹⁴⁾. El contacto piel con piel es una técnica importante a desarrollar porque la evidencia científica muestra a lo largo de la historia, que juega un papel importante en la lactancia materna.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) es otra de las instituciones que ha hecho referencia al contacto piel con piel en distintas ocasiones. En los anales de pediatría, por ejemplo, dentro de las recomendaciones para el cuidado y la atención al nacimiento. Esta entidad sanitaria afirma que la atención hospitalaria del nacimiento no debe privar a las madres y a los recién nacidos del contacto piel con piel y los profesionales sanitarios solo deben intervenir para corregir las desviaciones de las condiciones normales de salud. Apuesta también por favorecer un clima de confianza,

seguridad e intimidad. La AEP refuerza en este documento que se debe fomentar que los recién nacidos tengan contacto piel con piel, ya que favorecerá la lactancia materna y el proceso de vinculación afectiva. Además, la AEP, aparte de recomendar que inmediatamente después del parto el recién nacido se coloque en contacto piel con piel sobre el pecho y el abdomen materno, expresa también las consideraciones necesarias para que esta técnica se ofrezca de manera segura. Afirma que “los profesionales sanitarios deben informar y enseñar 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”. Además, recomienda que la madre siempre esté acompañada mientras tiene lugar el contacto piel con piel, puesto que es una ayuda esencial a la hora de identificar signos que demuestren el peligro potencial de la vida del neonato⁽¹⁵⁾.

Estas recomendaciones surgieron a raíz de que la literatura científica comenzó a describir episodios de muerte súbita de recién nacidos que ocurrieron mientras se estaba haciendo contacto piel con piel. Jesús Rodríguez López, un neonatólogo del Hospital 12 de octubre, en Madrid, cita en un estudio “La incidencia no puede calcularse con exactitud, [...], pero puede estimarse una incidencia de 3 casos/100.000 nacimientos, [...], habiéndose descrito hasta un 50% de fallecimientos y otro 50% de secuelas neurológicas entre los supervivientes, [...], la causa de estos episodios es, de momento, desconocida, [...] entre ellas la posible obstrucción de la vía respiratoria del recién nacido con el cuerpo de su madre mientras está colocado boca abajo en contacto piel con piel”⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, a pesar de estos reportes de episodios fatídicos, el contacto piel con piel es una técnica recomendada internacionalmente. El hospital australiano “King Edward Memorial”, por ejemplo, hace mención en sus guías clínicas de la importancia de establecer el contacto piel con piel precoz. Expresa que si en el nacimiento, el bebé se encuentra estable debe colocarse sobre el pecho de la madre y, en caso de producirse algún evento adverso, se postergará, con el fin de prevenir tener que llevar a cabo técnicas de reanimación neonatales⁽¹⁷⁾.

En España, el contacto piel con piel es un tema recogido en diversos documentos con relevancia clínica. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pone a disposición de todos los usuarios documentos que describen, detallan y hacen recomendaciones relacionadas con esta técnica. Entre ellos podemos encontrar la “Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”, las “Guías de

Práctica Clínica (GPC)", la "Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)" y el documento de "Cuidados desde el nacimiento".

La Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud describe el contacto piel con piel como indicador de calidad de cuidados en cualquier modalidad de parto. Afirma que "en las dos primeras horas después del nacimiento, la criatura recién nacida (RN) está en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, [...], que facilita el reconocimiento temprano del olor materno (M), muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal". Se explica el procedimiento del contacto piel con piel y se especifica que "la separación M-RN altera este proceso y disminuye la frecuencia del amamantamiento con éxito". Remarca los beneficios del contacto piel con piel para ambas partes del binomio y establece diez recomendaciones relacionadas con la unión del binomio, las técnicas y procedimientos, la educación maternal, etc. Las dos recomendaciones más significativas para este trabajo de investigación son: "también es recomendable el contacto piel con piel en caso de cesáreas. Siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz M-RN" y "si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura". Es importante tener en consideración estas recomendaciones, ya que aunque el contacto piel con piel más deseable es el que se establece entre la madre y el recién nacido, estas ofrecen alternativas, como la de llevar a cabo este cuidado con el padre del recién nacido⁽⁹⁾.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la atención al Parto Normal⁽¹⁸⁾, publicada en 2010, en España, expresa que en muchas culturas los bebés se colocan directamente sobre el pecho desnudo de la madre seguido al nacimiento y que ha sido un comportamiento necesario para la supervivencia del recién nacido. Sin embargo, la mayoría de los niños que nacen en hospitales en la actualidad, son separados de la madre o vestidos previamente a la unión. Concluye con que el CPP temprano presenta beneficios a corto y largo plazo. A corto plazo, incrementa y mantiene la temperatura del neonato, fomenta el descanso y disminuye el llanto. A largo plazo, si se establece el CPP y el amamantamiento en la primera hora, aumenta el tiempo de lactancia y el afecto materno. También, esta GPC proporciona tres recomendaciones importantes a seguir, ya que son cuidados que rodean el mantenimiento del contacto piel con piel:

- Se recomienda que las mujeres mantengan el CPP con el recién nacido justamente tras el nacimiento
- Se recomienda que los profesionales cubran y sequen con una manta o toalla precalentada al recién nacido para mantenerlo en una temperatura adecuada mientras se lleva a cabo el contacto piel con piel

- Se recomienda, también, intentar que no se produzca separación de la madre y el bebé en la primera hora de vida y hasta que se lleve a cabo el primer amamantamiento. Durante este tiempo es recomendable que la enfermera especialista en ginecología y obstetricia (matrona) esté vigilando y observando periódicamente al recién nacido y a la madre, procurando interferir lo menos posible en la relación entre ellos. La matrona debe alertar al especialista en caso de suceder algún cambio cardiorrespiratorio en el recién nacido.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva tiene como objetivo evidenciar la metodología de atención al nacimiento y alentar a los profesionales a seguirla.

El apartado del contacto piel con piel habla de fomentar que el recién nacido sano se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre. Se recomienda que haya un protocolo escrito y consensuado sobre la atención a la mujer y al recién nacido en el posparto, colocar al niño en la postura descrita favoreciendo, siempre, el mantenimiento del calor, mantener el contacto piel con al menos 50 minutos sin ninguna interrupción si la madre está de acuerdo y preferiblemente permitiendo que se prolongue hasta 120 minutos o al menos hasta que se haya realizado la primera toma al pecho y que en caso de no ser posible, se debe ofrecer la posibilidad al padre. Todo el procedimiento supervisado por un profesional sanitario⁽¹⁹⁾.

“Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”⁽¹²⁾ defiende la siguiente frase: “Con más de 50 minutos de contacto la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos”. Además, defiende que se ha mostrado una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna, efecto beneficioso en el proceso de vinculación, en la disminución del tiempo de llanto del niño, en los niveles de glucosa y en la estabilidad cardiorrespiratoria. También se ha mostrado menos dolor por ingurgitación mamaria en las madres que practicaron piel con piel y un menor grado de ansiedad.

Existen además estudios sobre los beneficios del contacto piel con piel, como la revisión bibliográfica llevada a cabo en Santiago, Chile, que concluyó con que “el contacto piel con piel o método canguro resultó ser un método beneficioso tanto para el niño de término como de pretérmino, en relación a la termorregulación, duración de la lactancia materna, desarrollo neurológico, interacción madre-hijo, desarrollo infantil y en la disminución de los días de hospitalización. Además, los profesionales de la salud refieren considerarlo como un método seguro y factible de implementar, como alternativa al método tradicional”⁽²⁰⁾

Respecto al contacto piel con piel en la cesárea, encontramos diferentes estudios. Por ejemplo, estudios en los que se mide la satisfacción materna tras el contacto piel con piel en la cesárea, la importancia del contacto piel con piel en la lactancia materna en la cesárea, el grado de humanización que se puede ofrecer en una cesárea, etc.

Por ejemplo, el estudio “Cesárea humanizada”, llevado a cabo en el Hospital 12 de Octubre, que concluye que “tanto el contacto piel con piel como la entrada del acompañante durante una cesárea son actuaciones sin efectos negativos sobre la madre o su recién nacido”⁽²¹⁾.

2.3.2. Indicación del contacto piel con piel

El CPP se recomienda a todas las madres y recién nacidos, en todos los tipos de parto, en la cesárea y en cualquiera de los métodos de lactancia elegidos inmediatamente después del nacimiento (tan pronto como la madre esté estable, consciente y sea capaz de responder a las necesidades del recién nacido y éste esté en condiciones fisiológicamente adecuadas).

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS y la Iniciativa para la Humanización Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), reforzadas por American Academy of Pediatrics (AAP), incluyen las siguientes especificaciones para el periodo inmediatamente después del nacimiento:

- Procedimientos rutinarios como evaluaciones y Test de Apgar serán llevados a cabo mientras el contacto piel con piel se desarrolla
- Procedimientos que pueden ser dolorosos o requieren la separación del binomio deberían ser retrasados por lo menos hasta después de la primera hora
- Si hay lactancia materna, estos procedimientos pueden llevarse a cabo después de que la primera toma sea completada

La AAP incluso afirma que la administración de Vitamina K y profilaxis antibiótica oftálmica puede ser retrasada al menos una hora y hasta cuatro después del parto. La IHAN alienta a las mujeres a llevar un CPP continuado durante la estancia hospitalaria⁽²²⁾.

2.3.3. Beneficios del contacto piel con piel

El CPP ha sido un tema extensamente investigado como un método para mejorar la estabilidad fisiológica del recién nacido y como un potencial beneficio para las madres.

Garantizar el contacto piel con piel precoz en madre/hijo sin interrupciones y al menos durante las primeras dos horas de vida o tras la primera toma de pecho produce⁽²³⁾:

- Estabilidad fisiológica y emocional de los lactantes y sus madres (menos llanto en el niño, mejor recuperación del estrés del parto).
- Estabilidad cardiorrespiratoria y disminución de los episodios de apnea.
- Control de la temperatura corporal.
- Mejora los niveles de glucosa del bebé.
- El efecto analgésico para la madre y el niño. El aumento de la secreción de oxitocina con el efecto positivo sobre la madre (disminuye el sangrado, mejor involución uterina, facilita la eyección de calostro).
- Ayuda a las madres a desarrollar y fortalecer su confianza y las conductas de apego materno y establecimiento del vínculo afectivo.
- Favorece el inicio y duración de la lactancia materna.

En cuanto a la relación del binomio madre–recién nacido y la lactancia materna, se puede decir que el CPP supone una oportunidad para el comienzo precoz del primer amamantamiento, que ayuda a mejorar la preparación para desempeñar la lactancia materna y mayor éxito para esta técnica. Para las madres que planean dar lactancia materna, el CPP inmediatamente después del parto y de manera continuada en el periodo del postparto también supone un fomento de la capacidad materna para reconocer cuando el bebé está preparado para lactar y darle ayuda si lo necesita.

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud como disminuir el riesgo de infecciones, obesidad, cáncer y muerte súbita, por lo que el CPP supone un indicador de calidad en el cuidado del recién nacido, ya que facilita el desarrollo de la lactancia materna, un factor de protección neonatal.

2.3.4. Contraindicaciones del contacto piel con piel

A menos que haya una razón médica para la separación, el CPP se ofrecerá a todos los recién nacidos. De acuerdo al “Protocolo de contacto piel con piel” del Hospital de Laredo, considerado como Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud en la convocatoria de 2015, los motivos de separación pueden ser los siguientes⁽²⁴⁾:

Causas maternas:

- Placenta previa
- Preeclampsia mal controlada
- Anestesia general

Causas fetales:

- Malformaciones
- Neonato que necesite maniobras de reanimación
- Pretérminos

- CIR con peso estimado
- Gestaciones múltiples

2.3.5. El contacto piel con piel en la cesárea

El contacto piel con piel se ve profundamente afectado por el aumento de la tasa de cesáreas, puesto que existe mayor probabilidad de que haya una separación temprana del binomio madre-hijo. Además, aunque el contacto piel con piel se intenta llevar a cabo en todas las categorías de cesáreas, en aquellas que suponen más riesgo materno y/o fetal, su realización se ve dificultada.

En el caso de las mujeres a las que se les practica esta intervención, se les ofrece el CPP en cuanto están suficientemente alerta, ya que tienen mayor facilidad para el inicio de la lactancia materna en el futuro, menor intervalo de tiempo para la primera toma, se reduce el uso de lactancia artificial y aumenta la satisfacción materna.

El estudio “An interprofesional quality improvement project to implement maternal/infant skin to skin contacto during cesarean delivery”⁽²⁵⁾ se realizó en los Estados Unidos en 2014. Esta investigación se centró en el cuarto paso de “Ten steps to successful breastfeeding”, relacionado con el contacto piel con piel y su favorecimiento en las cesáreas. El estudio consistió en tratar de implementar el contacto piel con piel progresivamente en la atención al nacimiento, dando relevancia, también, al estudio de este fenómeno dentro de los quirófanos: en la cesárea. En este estudio llevado a cabo en Bridgeport, Connecticut, los resultados fueron favorables tanto para el contacto piel con piel, como para la relación que hay entre esta técnica con la lactancia materna. El contacto piel con piel aumentó de menos de un 50% de los casos en diciembre de 2012 a más de un 70% en abril de 2013. En cuanto a la lactancia materna, se observó un aumento del 30% al 63% en estas mismas fechas. Los porcentajes de lactancia materna para las mujeres sometidas a una cesárea se aumentaron del 8% en diciembre de 2012 al 19% en abril de 2013. En este estudio no se contabilizó el tiempo de contacto piel con piel.

En el hospital de Barbastro (Huesca), se llevó a cabo un estudio de investigación observacional y retrospectivo con una muestra de 241 mujeres. Se utilizaron las siguientes variables: contacto precoz, tipo de cesárea, problemas en lactancias anteriores, número de hijos, información previa de lactancia, lactancia materna anterior, nacionalidad, edad materna y edad gestacional. La variable “resultado” fue la instauración de la lactancia materna. Como conclusiones de este estudio, se obtuvo que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. Confirma que “la posibilidad de que tras establecer este contacto precoz se dé lactancia materna es de 2,336 veces mayor que si no se hace”⁽²⁶⁾.

En el Servicio Cántabro de Salud, también se llevan a cabo estudios con relación al contacto piel con piel. En este caso, en un estudio llevado a cabo en 2011, se tuvo como objetivo identificar los conocimientos y la satisfacción del padre sobre el contacto piel con piel que se lleva a cabo en la unidad de paritorio. Se llevó a cabo un cuestionario telefónico a los padres de recién nacidos por cesárea entre enero y diciembre de 2011. La muestra, de 107 padres, tuvo los siguientes resultados: el 71% de los padres tenía conocimientos previos del contacto piel con piel, adquiridos de la educación sanitaria. El tiempo de contacto piel con piel fue superior a los 30 minutos en el 63,3% de los casos y un 71% de los casos observó un intento de inicio de lactancia mediante reflejos de búsqueda. Los padres evaluaron esta experiencia como “buena” o “muy buena”⁽²⁷⁾.

En “Huntington Hospital”, en Long Island, Nueva York, se llevó a cabo un estudio de diseño descriptivo y cualitativo, cuyo objetivo principal fue describir las percepciones de las madres que dieron a luz mediante una cesárea sobre el contacto piel con piel con sus recién nacidos inmediatamente después del nacimiento y en la unidad de paritorio. Esto surgió a partir de que los cuidados de enfermería detectaron una dicotomía en la experiencia entre las mujeres sometidas a cesárea en comparación a aquellas que lo habían hecho por vía vaginal. Las mujeres elegidas para participar en este estudio enfermero tenían 18 años o más y habían sido sometidas a una cesárea electiva o iterativa. El estudio tuvo como resultados que el contacto piel con piel inmediato en la cesárea reducía la ansiedad de la madre relacionada con la seguridad del recién nacido, mejoraba la confianza en las enfermeras y mejoró la experiencia de nacimiento mediante esta intervención quirúrgica. Como conclusiones de este trabajo de investigación, este estudio rezó “la información resultante de este estudio debe ser utilizada para empoderar a las profesionales de enfermería que trabajan en unidades maternas con el fin de evaluar las prácticas actuales, promover el cambio y mejorar el mayor número de experiencias de mujeres posible mediante el uso de la técnica del contacto piel con piel y otras prácticas basadas en la evidencia”⁽²⁸⁾.

Por otro lado, como ya se ha mencionado previamente, el CPP en las cesáreas se lleva a cabo de diferente manera en cada hospital. Sin embargo, como es un indicador de calidad de los cuidados que proporcionan los profesionales de enfermería, existen instrucciones técnicas y protocolos que facilitan la realización de este procedimiento.

2.3.5.1. Instrucción técnica “contacto piel con piel tras cesárea” del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), lugar donde se realiza este trabajo de investigación, desarrolló una instrucción técnica (**Anexo 2**) para

unificar la forma de llevar a cabo del contacto piel con piel en las cesáreas, reflejándose de la siguiente manera:

- **Objeto**

El objeto de la presente instrucción es definir la forma de actuar para establecer el contacto piel con piel entre el recién nacido (RN) y la madre tras cesárea.

- **Alcance**

Esta Instrucción es de aplicación a todos los partos por cesárea en los que no se den patología materna o neonatal que contraindique esta técnica

- **Desarrollo**

1. Valoración inicial del recién nacido
2. Niño seco, con gorro y paño caliente
3. Ubicamos los electrodos en los hombros y en los costados de la madre, dejando libre la zona donde colocaremos al recién nacido
4. Se apaga el aire acondicionado, si es necesario
5. Retiramos campo quirúrgico
6. Liberamos brazos de la madre
7. Colocamos al RN directamente piel con piel sobre el pecho de su madre, tapado también con la manta de aire caliente. Si es necesario se añadirá otra fuente de calor (lámpara de infrarrojos)
8. El RN permanecerá con su madre durante 30 minutos y no forzaremos el inicio de la lactancia si el bebé no está preparado
9. Si la carga asistencial lo permite le ofertaremos al padre el método canguro durante 15 minutos, cuando la madre va a la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA)

Si por algún motivo hay que interrumpir el contacto o, a priori, se sabe que no podrá durar 30 minutos, se realizará durante el tiempo que las circunstancias permitan.

El RN estará controlado en todo momento, habrá una matrona de apoyo durante el procedimiento.

Se registrará el procedimiento en la historia clínica y en el libro de partos.

El autor de esta instrucción técnica fue el Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUC y fue editado por el Servicio Canario de Salud. Se aprobó el 3 de julio de 2011 y se revisó su validez el 27 de junio de 2016. Está publicado en la intranet del Servicio Canario de Salud.

2.3.5.2. Cesárea en el CHUC

El servicio de Partorio, forma parte del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUC, se sitúa en la segunda planta de este edificio. El servicio cuenta con una consulta de urgencias de ginecología, una consulta de urgencias de obstetricia, dos salas de espera, una sala de exploraciones, una habitación con baño propio, una sala de observaciones con once camas, una habitación para la interrupción voluntaria del embarazo, una habitación de lactancia materna, una habitación para gestantes de alto riesgo, una sala de postparto con seis camas y un baño para pacientes, cuatro paritorios, dos conexiones entre paritorios, un despacho de matronas, un office, un despacho de supervisión de enfermería, dos habitaciones para los ginecólogos–obstetras, dos baños para el personal, cuatro almacenes y el bloque quirúrgico. Este bloque quirúrgico cuenta con un lavabo, un quirófano, una sala de reanimación pediátrica con una cuna y una incubadora de traslado.

El personal que trabaja en esta unidad son matronas, residentes de matrona, enfermeras generalistas, auxiliares de enfermería, personal de limpieza, ginecólogos, residentes de ginecología, pediatras, residentes de pediatría, anestesiistas y residentes de anestesiología y reanimación.

Habitualmente, en un turno de día el personal que se encuentra es el siguiente: la supervisora de enfermería, dos o tres ginecólogos de guardia, cinco matronas, tres enfermeras, cinco auxiliares de enfermería, un trabajador de limpieza y uno o dos anestesiistas de guardia. En el turno de noche, la única diferencia es que no está la supervisora de enfermería y hay cuatro auxiliares de enfermería.

En la cesárea participan, normalmente, dos ginecólogos, una enfermera instrumentista, una enfermera circulante, un auxiliar de enfermería, una matrona y uno o dos pediatras.

El preoperatorio lo llevan a cabo la matrona y una enfermera. Se proporciona a la paciente el consentimiento informado de la anestesia y de la intervención quirúrgica. Se administra la profilaxis antibiótica y antiemética y se lleva a cabo el traslado al bloque quirúrgico.

La intervención se lleva a cabo por los ginecólogos, asistidos por la enfermera instrumentista, se coordina mediante la enfermera circulante, la recogida del recién nacido la efectúa la matrona, la valoración pediátrica la realiza el pediatra y la sedoanalgesia es proporcionada por el anestesiista.

El postoperatorio inmediato se lleva a cabo por la enfermera circulante y un auxiliar de enfermería. Se retira la monitorización, se pasa a la paciente del tablero quirúrgico a una cama de traslado, se coge el maletín de emergencias y se traslada a la

URPA donde permanecerá durante dos horas, si no hay complicaciones. El recién nacido, en caso de estar sano, sube a la habitación correspondiente de la madre con el padre hasta que llega la madre y es valorado por primera vez por la enfermera de Nidos. En caso de haber alguna complicación en el nacimiento, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

En el caso del contacto piel con piel, se procede de la siguiente manera: la matrona lleva a cabo el cambio en la monitorización materna (coloca los electrodos de manera que no influyan en el contacto piel con piel), sitúa al recién nacido sobre el pecho de la madre y permanece vigilando al recién nacido y a la madre hasta que ella manifieste que quiere finalizar el contacto.

3. JUSTIFICACIÓN

El CPP es un indicador de calidad en la atención de la mujer y el recién nacido.

Las enfermeras generalistas y las matronas son fundamentales en la cesárea, ya que son las únicas que participan activamente en la atención a la mujer, al recién nacido y a ambos al mismo tiempo.

Por otro lado, existe actualmente un problema en la atención al nacimiento: se presta a confusión la tecnificación con la atención humanizada. Por ese motivo, es necesario realizar estudios que no pasen por alto los indicadores de calidad en la atención humanizada en la asistencia al nacimiento, que lleva consigo beneficios para la madre y el recién nacido.

Además, hay pocos estudios que describan la situación actual de los hospitales españoles respecto al contacto piel con piel. Obtener una estadística sobre los indicadores de calidad en la atención al nacimiento permite a los profesionales sanitarios llevar a cabo la reflexión crítica y constructiva de la asistencia que se está llevando a cabo.

Otro de los motivos por los que es importante llevar a cabo este trabajo es conocer todos los factores que influyen en la cesárea para que pueda establecerse o no el contacto piel con piel.

Se pretende, además, con este trabajo, remarcar la relevancia de las profesionales de enfermería en la atención al nacimiento. La enfermería es una profesión impregnada del holismo y las enfermeras son las principales profesionales que deben ser conscientes de la posibilidad de llevar a cabo una atención de calidad.

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo general

El objetivo general de este proyecto es:

Describir la evolución del contacto precoz piel con piel en las cesáreas realizadas en el CHUC durante los años 2015 y 2016.

4.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos son:

1. Determinar la proporción de contacto piel con piel con la madre, con el padre con ambos progenitores y con ninguno.
2. Identificar la programación y el tipo de indicación de las cesáreas.
3. Describir la frecuencia y proporción del Test de Apgar neonatal en las cesáreas de 2015 y 2016.
4. Relacionar el tiempo de contacto piel con piel recién nacido-madre con el primer amamantamiento.
5. Analizar los motivos más frecuentes por los que no se establece contacto piel con piel.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

Este trabajo de investigación es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo durante el periodo de 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2016.

5.2. Población/muestra

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), donde se llevará a cabo este trabajo de investigación, es el centro sanitario de hospitalización de tercer nivel de referencia para la población del norte de la isla de Tenerife y la isla de La Palma.

En este estudio, la población la conforman todas las mujeres a las que se les realizó una cesárea entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016 en el CHUC y que cumplan los criterios de inclusión.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Haber sido sometida a una cesárea en el HUC durante el periodo establecido en este estudio (2015 y 2016)
- El recién nacido debe estar vivo
- Existencia de registro de contacto piel con piel con el padre o la madre

Criterio de exclusión no cumplir cualquiera de los criterios de inclusión.

5.4. Variables

Las variables incluidas en este estudio son:

- INDICACIÓN: motivo por el que la cesárea fue llevada a cabo. En este trabajo de investigación se utilizó la categorización que establece la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), puesto que en la recogida de datos no se utilizó la edad gestacional, indispensable para llevar a cabo la “Clasificación de Robson”. Dentro de las 4 categorías, se llevó a cabo una subcategorización con las indicaciones que se encuentran registradas en el CHUC, ya que en este centro hospitalario se refleja el motivo específico por el que se lleva a cabo la cesárea
- PROGRAMADA: indica el carácter programado de la cesárea. Esta variable se rellena con el binomio SÍ / NO / NO SE CONOCE (NSC)
- APGAR: puntuación en el Test de Apgar (Tabla 6) que recibe el RN tras un minuto de haber nacido, a los cinco minutos y a los diez minutos. Ejemplos: 9/9, 7/8/9.

TEST DE APGAR			
Signo	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausencia de latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Respiración	Ausente	Lenta, irregular	Buena, llanto
Tono muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimiento activo
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Quejido, mueca	Tos, estornudo, llanto, retraimiento vigoroso
Coloración	Azul o pálido	Cuerpo rosado con extremidades cianóticas	Completamente rosado

Tabla 6. Test de Apgar⁽²⁹⁾

- PP MADRE: indica si ha habido contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido: Esta variable se rellena con SÍ / NO / NSC
- TIEMPO PP MADRE MIN: indica la cantidad de tiempo que se ha establecido el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido. Esta variable se completa con números cardinales y la unidad de medida “minutos”
- LACTANCIA: indica si se ha producido el primer amamantamiento en el contacto piel con piel con la madre. Esta variable se rellena con el binomio SÍ / NO / NSC
- PP PADRE: indica si ha habido contacto piel con piel entre el padre y el recién nacido: Esta variable se rellena con el SÍ / NO / NSC
- TIEMPO PP PADRE MIN: indica la cantidad de tiempo que se ha establecido el contacto piel con piel entre el padre y el recién nacido. Esta variable se completa con números cardinales y la unidad de medida “minutos”
- PP AMBOS: indica si ha habido contacto piel con piel con ambos progenitores padre-recién nacido y madre-recién nacido. Esta variable se rellena con SÍ / NO / NSC

- PP NINGUNO: indica si no se ha producido el contacto piel con piel del recién nacido con ninguno de los dos progenitores. Esta variable se rellena con SÍ / NO / NSC

- MOTIVO NO PP: especifica el hecho que ha imposibilitado el contacto piel con piel entre los progenitores y el recién nacido. Esta variable se categorizó en “causa materna”, “causa fetal”, “causa paterna”, “causa materno – fetal”, “no se conoce” y “no procede”.

5.5. Método de recogida de datos

Para la de recogida de datos se utilizaron como fuente de información los siguientes documentos de los años 2015 y 2016 de la unidad Paritorio del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC):

Libro de partos desde el 1 de mayo de 2014 hasta el 31 de enero de 2015

Libro de partos desde el 1 de febrero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015

Libro de partos desde el 1 de enero de 2016 hasta el 21 de noviembre de 2016

Libro de partos desde el 21 de noviembre de 2016 hasta la actualidad

El “Libro de partos” es un documento donde se encuentran registrados todos los nacimientos que tienen lugar en un año. Se ordenan cronológicamente y en ellos se especifica el nombre y los apellidos de la paciente, la fecha, la hora, el sexo, el peso, la edad gestacional, la presentación, la modalidad de parto, la indicación en caso de ser parto distócico o cesárea, la frecuencia cardiaca fetal (FCF) durante el parto, el color del líquido amniótico, el pH del cordón umbilical, las horas de parto, quién lo realizó, el número de historia clínica y observaciones (monitorización fetal externa o interna, contacto piel con piel, lactancia, episiotomía, etc.)



Imagen 2. Ejemplo de libro de parto del CHUC

Se diseñó una ficha para realizar la recogida de los datos correspondientes con las variables de este estudio (**Anexo 3**)

5.6. Aspectos éticos

Para llevar a cabo este trabajo de investigación ha sido necesario acceder a los datos clínicos de todas las pacientes intervenidas de una cesárea en los años 2015 y 2016. Para ello, se presentó solicitud de acceso a las fuentes en la Subdirección de Enfermería de Formación Continuada, Investigación y Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (**Anexo 4**). Una vez recibido el mismo (**Anexo 5**) se inició la recogida de datos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5.7. Análisis estadísticos

En primer lugar, se llevó a cabo la tabulación de todos los datos recogidos mediante el **Anexo 2** en el programa Microsoft Excel 2010.

El nivel de confianza de este trabajo de investigación es del 95%, el tamaño de la muestra es de 1.028 mujeres tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, frente al universo de estudio de 1.113, por lo que se obtiene un intervalo de confianza de 0,85.

Posteriormente, se utilizó el programa de estadística IBM SPSS Statistics 23 para realizar el procesamiento de los datos: cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (medias).

Debido a que hubo cesáreas con gestación única, gemelar y trillizos, se llevaron a cabo dos bases de datos: en una de ellas se trataron el número de mujeres con las variables "Indicación" y "Programada" y en la otra el número de niños con el resto de variables, que influían sobre ellos.

6. RESULTADOS

Objetivo 1. Determinar la proporción de contacto piel con piel con la madre, con el padre con ambos progenitores y con ninguno.

El total de recién nacidos incluidos en este estudio es de 1.202, distribuidos de la siguiente manera: 590 en el año 2015 y 612 en el año 2016. La distribución del número y los porcentajes de recién nacidos que llevaron a cabo contacto piel con piel con la madre durante los años de estudio se muestran en la Tabla 7.

Contacto piel con piel con la madre	2015		2016		Total general (Fr)	Total general (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Sí	230	38,98%	289	47,22%	519	43,18%
No	265	44,92%	318	51,96%	583	48,50%
NSC	95	16,10%	5	0,82%	100	8,32%
Total general	590	100,00%	612	100,00%	1202	100,00%

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de PP materno cesáreas CHUC 2015 y 2016

La duración del contacto piel con piel con la madre en las cesáreas realizadas en 2015 fue de 24,27 minutos de media y de las realizadas en 2016 fue de 22,82 minutos de media.

La distribución del número y los porcentajes de recién nacidos que llevaron a cabo contacto piel con piel con el padre durante los años de estudio se muestran en la Tabla 8.

Contacto piel con piel con el padre	2015		2016		Total general (Fr)	Total general (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Sí	34	5,76%	250	40,85%	284	23,63%
No	165	27,97%	305	49,84%	470	39,10%
NSC	391	66,27%	57	9,31%	448	37,27%
Total general	590	100,00%	612	100,00%	1202	100,00%

Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de PP paterno cesáreas CHUC 2015 y 2016

La duración del contacto piel con piel con la madre en las cesáreas realizadas en 2015 fue de 22,5 minutos de media y de las realizadas en 2016 fue de 24,7 minutos de media.

La distribución del número y los porcentajes de recién nacidos que llevaron a cabo contacto piel con piel con ambos progenitores durante los años de estudio se muestran en la Tabla 9.

Contacto piel con piel con ambos	2015		2016		Total general (Fr)	Total general (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Sí	22	3,73%	150	24,51%	172	14,31%
No	265	44,92%	414	67,65%	679	56,49%
NSC	303	51,36%	48	7,84%	351	29,20%
Total general	590	100,00%	612	100,00%	1202	100,00%

Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de PP con ambos cesáreas CHUC 2015 y 2016

La distribución del número y los porcentajes de recién nacidos que llevaron a cabo contacto piel con piel con ningún progenitor durante los años de estudio se muestran en la Tabla 10.

Contacto piel con piel con ninguno	2015		2016		Total general (Fr)	Total general (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Sí	136	23,05%	218	35,62%	354	29,45%
No	218	36,95%	382	62,42%	600	49,92%
NSC	236	40,00%	12	1,96%	248	20,63%
Total general	590	100,00%	612	100,00%	1202	100,00%

Tabla 10. Distribución de frecuencias y porcentajes de PP con ninguno cesáreas CHUC 2015 y 2016

La población de mujeres intervenidas de cesárea que se incluyen en este estudio es de 1.028. De éstas 457 corresponden al año 2015 y 571 al año 2016.

Se realizaron cesáreas con gestación única, gemelar y de trillizos. Por lo tanto, el número de cesáreas es diferente de la muestra de niños en los que se estudia piel con piel. Como resultado de esas cesáreas nacieron 1202 niños/as, de éstos 590 nacieron en 2015 y 612 en 2016.

Objetivo 2. Identificar la programación y el tipo de indicación de las cesáreas.

La distribución del número de cesáreas programadas y no programadas y sus porcentajes durante los años de estudio se muestran en la Tabla 11.

Programación de la cesárea	2015		2016		Total general (Fr)	Total general (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Sí	80	17,51%	122	21,37%	202	19,65%
No	371	81,18%	448	78,46%	819	79,67%
NSC	6	1,31%	1	0,18%	7	0,68%
Total general	457	100,00%	571	100,00%	1.028	100,00%

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de las cesáreas programadas en CHUC 2015 y 2016

En cuanto a las indicaciones de las cesáreas según las Categorías 1, 2, 3 y 4. En la Tabla 12 se presentan las frecuencias totales por categoría y, dentro de cada una de ellas, las indicaciones específicas con sus frecuencias.

Categoría	Indicación	2015	2016	Total general
Categoría 1	COMPLICACIÓN MATERNA	12	15	27
	COMPLICACIÓN MATERNA+SPBF	1		1
	COMPROMISO MATERNO/FETAL		1	1
	PROLAPSO DE CORDÓN	4	2	6
	SOSPECHA DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR FETAL (SPBF)	130	189	319
	SPBF GEMELAR	3	8	11
	SPBF+CIR	1	1	2
	SPBF+COMP. MATERNA		1	1
	SPBF+MACROSOMIA		1	1
	SPBF+NO EVOLUCION	5		5
	SPBF+PRESENTACIÓN PODALICA		2	2
SUMA DE FACTORES	6	5	11	
Categoría 2	CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO	1	1	2
	CIR+PRES. PODÁLICA	1	1	2
	DISTOCIA DE DEFLEXIÓN	1	2	3
	DISTOCIA DE ROTACIÓN		1	1
	FRACASO DE INDUCCIÓN	36	38	74
	NO DESCENSO	29	32	61
	NO EVOLUCIÓN	77	101	178
	PRES. TRANSVERSA	2	3	5
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	1		1
	RPM+GEMELAR	1		1
Categoría 3	PRES. PODÁLICA CON PARTO EN CURSO	24	71	95
	PARTO EN CURSO TRILLIZOS		1	1
Categoría 4	DESPROPORCIÓN PÉLVICO CEFÁLICA	1		1
	ELECTIVA	16	14	30
	GEMELAR CEFÁLICO - TRANSVERSA		2	2
	GEMELAR CEFÁLICO - PODÁLICO	17	6	23
	GEMELAR CEFÁLICO - TRANSVERSA	7	7	14
	GEMELAR CEFÁLICO - TRANSVERSO		1	1
	GEMELAR PODÁLICO - PODÁLICO	4	5	9
	GEMELAR PODÁLICO - TRANSVERSA	1	1	2
	GEMELAR TRANSVERSA -	2		2

Categoría	Indicación	2015	2016	Total general
	TRANSVERSA			
	ITERATIVA	9	13	22
	MACROSOMÍA	3	3	6
	PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL	3	4	7
	PRES PODÁLICA PROGRAMADA	45	38	83
Sin categoría	NO SE CONOCE	14	1	15
Total general		457	571	1028

Tabla 12. Distribución de frecuencias de indicaciones específicas cesáreas CHUC 2015 y 2016

En resumen, en el CHUC en los años de estudio se encontró la siguiente distribución de frecuencias por Categorías (Tabla 13):

Categoría	2015	2016	Total Categorías
Categoría 1	162	225	387
Categoría 2	149	179	328
Categoría 3	24	72	96
Categoría 4	108	94	202
Sin categoría	14	1	15
Totales	457	571	1028

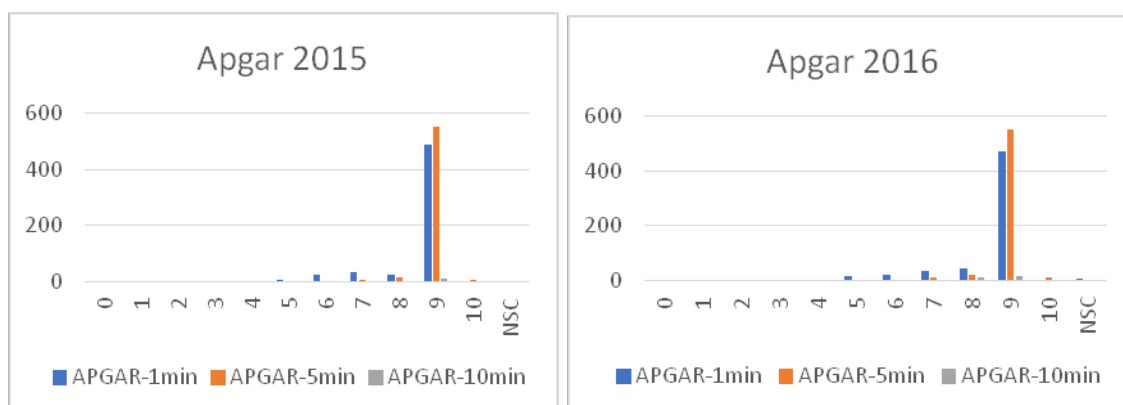
Tabla 13. Distribución de frecuencias de categorías de cesáreas CHUC 2015 y 2016

Objetivo 3. Describir la frecuencia y proporción del Test de Apgar neonatal en las cesáreas de 2015 y 2016.

La distribución de frecuencia de valores y las proporciones de los valores del Test de Apgar en los años de estudio se muestran en la Tablas 14, y en las Gráficas 1 y 2.

Programación de la cesárea	2015			2016		
	Frecuencia			Frecuencia		
	1'	5'	10'	1'	5'	10'
0	0	0	0	2	1	1
1	0	0	0	2	2	2
2	2	0	0	4	0	0
3	3	0	0	3	2	1
4	3	1	0	4	1	1
5	8	1	0	17	3	1
6	24	3	0	21	3	2
7	35	9	1	38	11	1
8	25	18	4	45	21	12
9	489	549	14	469	548	18
10	0	8	0	0	13	4
NSC	1	1	0	7	7	0

Tabla 14. Distribución de frecuencia del Test de Apgar en recién nacidos en CHUC 2015 y 2016



Gráficas 1 y 2. Proporción de valores del Test de Apgar en CHUC 2015 y 2016

Objetivo 4. Relacionar el tiempo de contacto piel con piel recién nacido – madre con el primer amamantamiento.

El tiempo de contacto piel con piel en minutos frente a la distribución de frecuencia de primer amamantamiento durante los años de estudio se muestran en la Tabla 15.

TIEMPO PP MADRE	LACTANCIA MATERNA			
TIEMPO	SÍ	NO	NS/NC	Total general
2		1		1
5		8	1	9
8		3		3
10		23		23
12		2		2
15	2	45	2	49
20	2	50	2	54
23	1			1
25		12	2	14
30	8	34	3	45
35	1	1	1	3
40	5	3		8
45	7	4		11
50		2		2
60	3	2		5
75	1	2		3
No Procede	2	559	25	586
NSC	35	204	144	383
Total general	67	955	180	1202

Tabla 15. Tiempo PP materno frente a frecuencia de lactancia materna en cesáreas totales CHUC

Objetivo 5. Analizar los motivos más frecuentes por los que no se establece contacto piel con piel.

La medición del contacto piel con piel realizada en el CHUC se llevó a cabo con la madre, el padre, ambos y ninguno de los progenitores. El total de casos que no llevó a cabo el contacto piel con piel con la madre fue 583 como se observa en la Tabla 7. El total de recién nacidos que no llevó a cabo el contacto piel con piel con el padre fue 470 (Tabla 8). La suma de estos casos en total es de 1.053. Este dato no corresponde con el número de recién nacidos (1.202), porque es la suma de dos binomios diferentes (madre–recién nacido, padre–recién nacido). De los 1.053 casos, solo en 251 había alguna justificación en el libro de partos.

Los motivos por los que no se estableció el contacto piel con piel fueron muy variados. Entre éstos cabe destacar: la prematuridad, el ingreso hospitalario del recién nacido y la anestesia general en la madre como motivos más frecuentes. En la **Tabla 16** se observa la distribución de frecuencias de los motivos por los que no se hizo contacto piel con piel según categorías.

Motivo por el que no se establece contacto piel con piel (Categorías)	2015 y 2016
	Frecuencia
CAUSA FETAL	216
CAUSA MATERNA	27
CAUSA MATERNO - FETAL	5
CAUSA PATERNA	3
Total general	251

Tabla 16. Distribución de frecuencias de motivos por los que no hay PP en cesáreas totales CHUC

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. Discusión

A lo largo del trabajo de investigación se han mencionado diversos documentos (GPC, Estrategia nacional de atención al parto...) con sus respectivas recomendaciones y se expresa la posición de varias entidades con criterio en el contacto piel con piel (OMS, AEP...). Con respecto a esta información previamente descrita se puede decir que:

El CHUC lleva a cabo la técnica del contacto piel con piel como indica la “Estrategia de atención al parto normal según el SNS”. Además, como alternativa a la imposibilidad de establecer el contacto precoz entre el recién nacido y la madre, se ofrece al padre poder llevarlo a cabo. Sin embargo, la calidad del contacto piel con piel es peor en el CHUC que en otros hospitales españoles. En comparación con el estudio realizado en el Hospital de Laredo⁽²⁷⁾, donde se produjo el contacto piel con piel más de 30 minutos en el 63,3% de los casos, el CHUC está por debajo de estas cifras, ya que solo un 23,63% de los padres pudo tener contacto piel con piel y la media de tiempo fue de 22,5 y 24,7 minutos.

Se recomienda que el contacto piel con piel dure al menos 50 minutos de acuerdo de la OMS y a la AEP. En las cesáreas llevadas a cabo en el CHUC, la media es de 22,5 y 24,7 minutos, por lo que se comprueba que no se cumple este indicador de calidad. Se ha producido un aumento del contacto piel con piel en general en 2016 frente a 2015, pero es destacable que en 2015 hay un porcentaje más elevado de NSC, por lo que no puede saber si esa diferencia es real o no. En El CHUC se ha producido un

aumento de 8,24% del año 2015 a 2016 frente a lo que ha ocurrido en el estudio realizado en Bridgeport⁽²⁵⁾ en el aumento, que es de un 20%.

Aunque el indicador de calidad, el contacto piel con piel, ha aumentado de 2015 a 2016 con la madre, padre, etc., sigue existiendo un porcentaje de NO frente a SÍ con la madre, padre y ambos. Las enfermeras del CHUC, pueden tomar como referencia el estudio llevado a cabo en el hospital neoyorquino⁽²⁸⁾, que explicó que la enfermera puede fomentar el aumento de este indicador de calidad.

Por otro lado, se comprueba que, como evidencia la IHAN, el contacto piel con piel está relacionado con la lactancia materna. En algunos casos presentados en los años 2015 y 2016 en el CHUC ha tenido lugar el primer amamantamiento durante el desarrollo de este contacto precoz. Tal como demuestra el estudio realizado en el Hospital de Barbastro⁽²⁶⁾ si se produce el contacto piel con piel precoz, eso hace que se favorezca la lactancia materna 2,336 veces, como se observa en los resultados del CHUC. No obstante, el SÍ en la lactancia es un total de 67 frente al NO que representa 955 casos del total. Esto puede deberse a que el tiempo es insuficiente.

Por otra parte, en el CHUC no se lleva a cabo el contacto piel con piel cuando existe alguna complicación materna y/o fetal, como indica la bibliografía. Tampoco se lleva a cabo el Test de Apgar sobre la madre, como se menciona previamente que aconseja la AAP, sino que se hace una valoración con el binomio madre–recién nacido separados. Se traslada al recién nacido a la cuna, donde es valorado por el pediatra y/o la matrona mediante este test y, posteriormente, se coloca sobre la madre.

7.2. Conclusiones

- El CHUC está por encima de la tasa máxima de la cesárea como indicador de calidad (21,10% en 2015 y 21,92% en 2016).
- La sospecha de pérdida del bienestar fetal y la presentación podálica son las causas más frecuentes de indicación de una cesárea en el CHUC.
- La cesárea no programada es más frecuente que la cesárea programada.
- El Test de Apgar está generalmente por encima de 7.
- El contacto piel con piel con la madre ha aumentado un 8,24% de 2015 a 2016.
- El contacto piel con piel con el padre ha aumentado un 35,09% de 2015 a 2016.
- El contacto piel con piel con ambos ha aumentado un 20,78% de 2015 a 2016.
- El contacto piel con piel con ninguno ha aumentado un 12,57% de 2015 a 2016. Esto puede deberse a que aumenta el número de registros, ya que como se observa en las tablas, disminuye muy significativamente el porcentaje de NSC.
- En la mayoría de casos que hay lactancia materna, el tiempo de contacto piel con piel supera los 30 minutos.

8. SUGERENCIAS DE MEJORA

De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, se llevan a cabo las siguientes recomendaciones:

1. Insistir en la disminución del número de cesáreas programadas por demanda en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
2. Conseguir que la mujer intervenida de una cesárea, independientemente de que vaya a la URPA o permanezca en el servicio de Paritorio del CHUC, pueda establecer contacto piel con piel inmediato con el recién nacido.
3. Seguir aumentando, en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, el número de casos en los que se lleve a cabo el contacto piel con piel con la madre, el padre y ambos progenitores, ya que es un indicador de calidad en la atención al nacimiento humanizado.
4. Fomentar el cuarto paso de “Ten steps to successful breastfeeding”, protocolo creado por la OMS, aumentando el tiempo de contacto piel con piel durante al menos la primera media hora tras el nacimiento, para favorecer la lactancia materna.
5. Aumentar la duración del contacto piel con piel con la madre hasta llegar a los 50 minutos (tiempo recomendado).
6. Mejorar los registros
7. Favorecer que, mediante el empoderamiento profesional, las enfermeras de la unidad de paritorio del CHUC evalúen las prácticas clínicas actuales y sean líderes en la promoción del cambio, aumentando el número de experiencias de contacto piel con piel y otras prácticas basadas en la evidencia.

8.1. Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es el gran número de casos registrados como NSC.

Otra limitación ha sido durante la recogida de datos en la que nos hemos encontrado casos en los que no estaba registrado el contacto piel con piel, lo que supuso la exclusión del mismo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la lengua Española (RAE). Definición de parir. Diccionario de la lengua española. RAE. [Internet].; 2017 [citado 24/04/2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RwYmdsn>

2. Arana J. El laboratorio del lenguaje. Medicablogs [Online].; 2006 [citado abril 2017]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2006/11/22/dudas-razonables-parto-y-cesarea/>
3. Nieto T, Cañete ML, Valero FJ, Melchor Marcos JC. La cesárea. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2007; (92): 793 – 807.
4. Real Academia de la lengua Española (RAE). Definición de humanizar. Diccionario de la lengua española. RAE. [Internet].; 2017 [citado 24/04/2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsl>
5. Yükesel D, Yüce T, Erkan T, Kalafat E, Sahin Aker S, Koç A. The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. Turk J Obstet. Gynecol. 2016; 13: 127-21. Disponible en: http://www.tjoddergisi.org/article_10949/The-Views-Of-Nulliparous-Pregnant-Women-On-The-Types-Of-Delivery
6. Mathai M, Justus G, Mathai N. Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Library [Internet]. 2013 [citado 06/05/2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004453.pub3/full>
7. Ara C, Borràs R, Rosell I. Anestesia en la cesárea. En: Miranda A, ed. Tratado de anestesiología y reanimación en obstetricia: principios fundamentales y bases de aplicación práctica. Barcelona: Masson SA, 1997; 18: 513-555. Disponible en: http://www.scartd.org/arxiu/anest_cesarea05.pdf
8. Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare. Enfermería médico quirúrgica. Primera edición. Madrid: Brunner y Suddarth; 2001. Página 209-26.
9. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Estrategia de atención al parto según el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid; 2007. Disponible en: <http://www.federacion->

matronas.org/ipn/documentos/i/3977/144/estrategia-para-la-atencion-al-parto-normal

10. www.who.int [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS). Human reproduction programme. 2015. [citado 20/05/2017] Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea; 8. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
11. ine.es [Internet]. Madrid. Nacimientos según residencia de la madre por comunidad autónoma, tipo de parto y orden de nacimiento. Instituto Nacional de Estadística. [11/2015, 05/2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/nacim/a2014/i0/&file=02015.px>
12. Acuña Muga J, De Alba Romero C, Barrio Andrés C, López Maestro M, Palacios Jover A, Pallás Alonso CR et al. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 23/05/2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
13. Vallenas C, Savage F. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization (WHO). Division of child health and development [Internet]. 1998 [citado 15/05/2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
14. Aguayo Maldonado J, Cañedo Argüelles CA, Arena Ansótegui J, Canduela Martínez V, Flores Antón B, Gómez Papí A et al. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
15. Pallás Alonso CR, Rodríguez López J, Comité 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):203-05.

Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/consideraciones-relacion-con-seguridad-del/articulo/S1695403314000848/#bib0025>










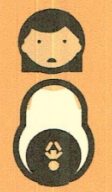
16. Rodríguez López J, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT. IHAN [Internet]. Episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante el contacto piel con piel precoz. [citado 19-05-2017]. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/articulos/Muerte_subita_CPP.pdf
17. Clinical guidelines. Women and newborn health service. King Edward Memorial Hospital. Department of Health. Government of Western Australia. 2012 [citado 22/05/2017]. Disponible en: http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/10/b10.1.1.pdf
18. 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
19. Comité Institucional, Comité Técnico, Personas Expertas y Colaboraciones de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
20. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Scielo [Internet]. 2012 [citado 21/05/2017];21(4):10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, Hernández García JM, Vellido Coteló R, Hera Lázaro C, Oliver Pérez MR. Cesárea humanizada. Prog. Obstet. Ginecol. 2013; 56: 73-8 - DOI: 10.1016/j.pog.2012.04.001



22. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. American Academy of Pediatrics [Internet]. 2016 [mayo 2017]; 138 (3): 1 -10. DOI: 10.1542/peds.2016-1889.
23. Comité de lactancia materna. Hospital 12 de octubre. [Internet]. Manual básico para la humanización de la asistencia al nacimiento. Madrid. [citado 25/05/2017] Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/7-manualbasico12oct.pdf>
24. Lavín Maza M. Memoria. Contacto piel con piel del recién nacido por cesárea programada y/o no urgente: binomio madre-hijo. Cantabria. BBPP. Consejo interterritorial. Sistema Nacional de Salud. 2015.
25. Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C. An Interprofessional Quality Improvement Project to Implement Maternal/Infant Skin-to-Skin Contact During Cesarean Delivery. JOGNN [Internet]. 2014 [citado 21/05/2017]; 43 (4): 488-96. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1111/1552-6909.12469/full>. DOI: 10.1111/1552-6909.12469
26. Otañal Lospaus S, MoreraLiáñez L, Bernal Montañes MJ, Tabueña Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. Matronas Prof. 2012; 13(1): 3-8.
27. Silió Salas S. Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. Matronas prof. [Internet]. 2015 [citado 23/05/2017]. 16 (3): 84 – 88. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/ibc-143327?lang=es>
28. Zauderer C, Goldman S. Cesarean mothers' perception of benefits associated with skin-to-skin contact. JOGNN [Internet]. 2012 [citado 24/05/2017]; 41 (1): S150-S151. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1111/j.1552-6909.2012.01362_45.x/full
29. www.aeped.es [Internet]. Madrid: AEP Asociación Española de Pediatría; [Citado 20/05/2017] Disponible en: <http://www.aeped.es/rss/en-familia/test-ppgar>

10. ANEXOS

Anexo 1. Contacto piel con piel. Clasificación de Robson⁽¹⁰⁾.

Cuadro 1: Clasificación de Robson

<p>Grupo 1</p> 	<p>Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 6</p> 	<p>Nulípara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>Grupo 2</p> 	<p>Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 7</p> 	<p>Multiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 3</p> 	<p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 8</p> 	<p>Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 4</p> 	<p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 9</p> 	<p>Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 5</p> 	<p>Multiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.</p>	<p>Grupo 10</p> 	<p>Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>

 Cesárea previa
  Trabajo de parto espontáneo

Anexo 2. Instrucción técnica del contacto precoz piel con piel del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

ISS 2014

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INSTRUCCIÓN TÉCNICA CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESÁREA

IT_PRN_03
V. 00
Aprob.: 05/07/13
Rev.: 27/06/15
Página 1 de 1

1. OBJETO

El objeto de la presente Instrucción es definir la forma de actuar para establecer el contacto piel con piel en entre el recién nacido y la madre tras cesárea.

2. ALCANCE

Esta Instrucción es de aplicación a todos los partos por cesárea en los que no se den patologías materna o neonatal que contraindique esta técnica.

3. DESARROLLO

- 1.- Valoración inicial del RN.
- 2.- Niño seco, con gorro y paño caliente.
- 3.- Ubicamos los electrodos en los hombros y en los costados de la madre, dejando libre la zona donde colocaremos a la criatura.
- 4.- Se apaga el aire acondicionado, si es necesario.
- 5.- Retiramos campo quirúrgico.
- 5.- Liberamos brazos de la madre.
- 6.- Colocamos al RN directamente piel con piel sobre pecho de su madre, tapado también con la manta de aire caliente. Si es necesario se añadirá otra fuente de calor (lámpara infrarrojos).
- 7.- El RN permanecerá con su madre durante 30 minutos y no forzaremos el inicio de la lactancia si el bebé no está preparado.
- 8.- Si la carga asistencial lo permite le ofertaremos al padre el método canguro durante 15 minutos, cuando la madre va a recuperación.

Si por algún motivo hay que interrumpir el contacto, o a priori se sabe que no podrá durar 30 minutos, se realizará durante el tiempo que las circunstancias permitan.

El RN estará controlado en todo momento, habrá una matrona de apoyo durante el procedimiento.

Se registrará el procedimiento en la historia y en el libro de partos.

PARTO Y RECIÉN NACIDO

Anexo 4. Solicitud de acceso a información de los Libros de parto del Servicio de Paritorio del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Yo, Pedro Pérez Martín, estudiante de 4º de grado en Enfermería en la Universidad de La Laguna (ULL), con DNI 78853971N solicito tener acceso a la siguiente información del servicio <<Paritorio>> del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC):

- Libro de partos de los años 2015, 2016 y 2017. Número de cesáreas, indicación, programación, APGAR, número de contactos <<piel – piel>> entre el/los recién nacidos, la madre, el padre y/o ambos, tiempo de contacto contactos <<piel – piel>> entre el/los recién nacidos, la madre, el padre y/o ambos, tiempo de lactancia, número de cesáreas sin contacto <<piel – piel>>, motivo por el que no hay contacto <<piel – piel>> y observaciones.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El presente proyecto se realiza para la asignatura <<Trabajo de Fin de Grado (TFG)>>, de 6 ECTS, perteneciente al último año de grado en Enfermería en la Universidad de La Laguna.

En Santa Cruz de Tenerife, a 17 de abril de 2017.



Fdo. Alumno investigador
Pedro Pérez Martín



Fdo. Tutora del TFG
María del Cristo Robayna Delgado

Anexo 5. Aceptación de solicitud de acceso a la información en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias



AVA: D. Pedro Pérez Martín, Alumno Grado Enfermería, Universidad de La Laguna
De: Dra. Angeles Leal Felipe, Subdirectora Enfermería Formación, Investigación y Calidad

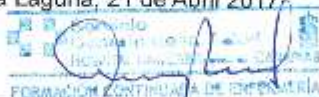
En contestación al escrito enviado por D. Pedro Pérez Martín, Alumno Grado Enfermería Universidad de La Laguna, solicitando autorización para obtener datos relativos a nº cesáreas, indicación programación, APGAR, nº contactos piel, tiempo de lactancia, etc... información del Partorio del HUC, necesaria para que el citado alumno elabore su trabajo de fin de Grado cuya tutora es la Prof. D^a Cristo Robayna Delgado, le informo que tiene usted autorización para acudir a dicha Unidad y recabar la información pertinente sobre los aspecto que plantea. Para ello, deberá ponerse en contacto con anterioridad con la Prof. Dra. D^a Carmen Hdez Peréz, Supervisora del Partorio.

Se le recuerda que sólo podrá usar los datos exclusivamente para el trabajo que ha solicitado.

A sí mismo, le recordamos la obligación de someterse a la Legislación Vigente en lo referido al derecho de protección de datos.

Atte,

La Laguna, 21 de Abril 2017.



Fdo: Dra. Angeles Leal Felipe

Subdirectora Enfermería Formación, Investigación y Calidad



M^a de la O Álvaro Afonso
Directora Enfermería