

Proyecto de Intervención Educativa en el Centro de Salud de Atención Primaria de Icod de Los Vinos para fomentar el contacto piel con piel madre/padre-recién nacido

Alumna: Grecia Cabello Acevedo

Tutora: M^a del Cristo Robayna Delgado

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de La Salud:

Sección Enfermería

Tenerife

Universidad de La Laguna

2019

RESUMEN

El contacto piel con piel es una práctica basada en el contacto íntimo entre la madre y el recién nacido en las primeras horas de vida tras el nacimiento.

El recién nacido después del parto presenta un periodo esencial en el que se encuentra en un estado de alerta, tranquilo, en el que puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho materno e iniciar el amamantamiento de manera espontánea.

Entre los numerosos beneficios del contacto piel con piel, además de favorecer el proceso de vinculación entre madre e hijo, mejora la adaptación a la vida extrauterina y favorece la instauración y duración de la lactancia materna.

A pesar de la importancia que tiene el contacto piel con piel por los beneficios para todos los implicados, no aparece recogido en el Programa de Atención a la Salud Afectivo–sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R) del Servicio Canario de Salud.

Se plantea un proyecto de intervención educativa para incluir dos sesiones específicas sobre el contacto piel con piel, una dentro del tema del parto y otra en el tema de la lactancia materna del programa P.A.S.A.R para fomentar la demanda y la práctica del contacto piel con piel madre, padre/acompañante con el recién nacido.

Las sesiones educativas se impartirán en el Centro de Salud de Atención Primaria del municipio de Icod de Los Vinos, en coordinación con la matrona del centro, dirigidas a aquellas mujeres embarazadas y sus acompañantes que acuden habitualmente a las clases de preparación al parto.

Palabras clave: recién nacido, contacto piel con piel, parto, lactancia, enfermera, educación.

ABSTRACT

Skin-to-skin contact is a practice based on the intimate contact between the mother and the newborn in the first hours of life after birth.

After delivery, the newborn is in a state of alertness and tranquility, the newborn can interact with his/her mother, rest on her abdomen, move towards her breasts, and spontaneously initiate breastfeeding.

Among the many benefits of skin-to-skin contact, in addition to promoting the process of bonding between mother and child, improves adaptation to extrauterine life and favors the establishment and duration of breastfeeding.

Despite the importance of skin-to-skin contact for the benefits for all involved, it is not included in the program of attention to the affective-sexual and reproductive health (P.A.S.A.R) of the Canarian Health Service.

An educational intervention project is proposed, to include two specific sessions on skin-to-skin contact, one within the topic of childbirth and another in the subject of breastfeeding of the P.A.S.A.R. programme, to encourage the practice of skin-to-skin contact, parent/companion with the newborn.

The educational sessions will put in to practice at the Primary Care Health Centre in the municipality of Icod de Los Vinos, in coordination with the midwife of the centre, aimed at pregnant women and their companions who habitually attend to childbirth preparation classes.

Key words: newborn, skin to skin contact, delivery, breastfeeding, nurse, education

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Contacto piel con piel	2
1.1.1. <i>Contacto piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas</i>	5
1.2. Beneficios del contacto piel con piel	10
1.2.1. <i>Beneficios para el recién nacido.</i>	10
1.2.2. <i>Beneficios para la madre.</i>	11
1.2.3. <i>Beneficios para el padre.</i>	12
1.3. Procedimiento para realizar el contacto piel con piel.	12
1.4. Criterios de inclusión para realizar el contacto piel con piel	13
1.5. Criterios de exclusión para realizar el contacto piel con piel	15
1.6. Antecedentes del contacto piel con piel	15
1.7. Papel de la enfermera en el contacto piel con piel	16
1.8. Proporción de contacto piel con piel con la madre y con el padre en el HUC	17
1.9. Programa de atención a la salud afectivo–sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.). Preparación a la maternidad y paternidad	18
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. OBJETIVOS	24
3.1. Objetivo General	24
3.2. Objetivos Específicos	24
4. METODOLOGÍA	24
4.1. Diseño	24
4.2. Concepto	24
4.3. Población diana.	25
4.4. Número de miembros en el grupo	25
4.5. Lugar de desarrollo	25
4.6. Duración y frecuencia	26
4.7. Desarrollo del proyecto de intervención educativa	26
4.8. Recursos a utilizar.	30
4.9. Cronograma	31
4.10. Consideraciones	31
5. BIBLIOGRAFÍA	33
6. ANEXOS	36
6.1. Anexo 1. Diez pasos para una lactancia exitosa según la OMS y UNICEF (23)	36
6.2. Anexo 2: Solicitud para Gerencia de Atención Primaria	37
6.3. Anexo 3: Consentimiento informado	38
6.4. Anexo 4: Control de asistencia en el proyecto de intervención educativa	39
6.5. Anexo 5: Cuestionario contacto piel con piel	40
6.6. Anexo 6: Folleto informativo sobre el contacto piel con piel.	42

1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud describe el contacto piel con piel como un indicador de calidad de los cuidados en la atención a la mujer y al recién nacido (RN) en el parto. En las dos primeras horas después del nacimiento, el RN vive un periodo sensitivo condicionado por las descargas de noradrenalina que el encéfalo ha vertido en el torrente sanguíneo durante el parto. Esto hace que el RN se encuentre en un estado de alerta tranquila. Durante este intervalo, es capaz de girar la cabeza y buscar el rostro y ojos de la madre. Esta hormona acelera en el RN el reconocimiento del olor materno y su memorización; algo muy importante para establecer el vínculo afectivo y la adaptación al ambiente postnatal (1).

Las técnicas invasivas durante el parto y la separación del RN de la madre para realizar la valoración y el despistaje de malformaciones, son factores determinantes en la adaptación extrauterina del bebé que provocan un aumento del estrés en el RN. Por esta razón, es esencial evitar un exceso de intervencionismo en el momento del nacimiento, entre otros aspectos, porque puede llegar a ser perjudicial para el RN además de privar a la familia de vivir ese momento inolvidable y experimentar el establecimiento del vínculo familiar (2). La importancia de lograr un equilibrio entre la atención cuidadosa y la menor interferencia posible durante el primer contacto de RN con el entorno es fundamental. El momento del parto es un acto íntimo que requiere de un entorno que favorezca la confianza y relajación de la mujer (3).

De todo lo anterior se deduce que las primeras horas después del nacimiento son esenciales para el fomento del vínculo madre–RN y/o padre–RN, además de la instauración de la lactancia materna, procesos que influirán de manera positiva en el estado de salud del RN y en su desarrollo emocional.

Un RN cuyo estado neonatal es considerado normal es aquel cuya edad gestacional se encuentra entre las 37 y 42 semanas, su peso es el adecuado, es decir, está comprendido entre los percentiles 10–90, carece de patología presente o probable y presenta una buena adaptación a la vida extrauterina (3).

La práctica habitual en la mayoría de los hospitales españoles ha sido que, tras el parto, inmediatamente se separaba al RN de su madre, se le valoraba, se secaba, se pesaba, se vestía y solo entonces, se le devolvía a su madre (4). Tras la publicación de estudios que mostraban los beneficios del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto, esta práctica comenzó a cambiar. Coincidiendo con la aplicación del contacto piel con piel precoz entre la madre y su bebé en la sala de partos, la literatura médica comenzó a describir episodios de muerte súbita de RN mientras estaban en contacto piel con piel con su madre, tras el parto. El Servicio de Neonatología del Hospital 12 de

octubre, en Madrid, cita que “La incidencia no puede calcularse con exactitud, [...], pero puede estimarse una incidencia de 3 casos/100.000 nacimientos [...]. 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” (5).

A pesar de ello, el contacto piel con piel es una técnica recomendada internacionalmente. Diversas entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF)..., ponen a disposición de los usuarios documentos que describen las recomendaciones relacionadas con el cuidado piel con piel.

El contacto piel con piel del RN con su madre inmediato tras el parto se fundamenta en los estudios realizados en los animales, que tras el parto son dependientes del hábitat para sobrevivir. En los mamíferos, ese hábitat que garantiza la supervivencia es el cuerpo de su madre (6).

Entre los beneficios del contacto piel con piel, además de favorecer el proceso de vinculación, diversos estudios científicos refieren una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna, estabilización de los niveles de glucemia, disminución del tiempo de llanto del bebé y mejora de la estabilidad cardiorrespiratoria, entre otros (3,7).

La técnica piel con piel ofrece una gran cantidad de beneficios tanto para el RN como para su madre, favorece la humanización del cuidado, manteniendo el contacto íntimo entre ambos (8).

1.1. Contacto piel con piel

Se denomina contacto piel con piel al contacto piel con piel (CPP) del RN con su madre, padre o cuidador, tras el parto. El procedimiento consiste en colocar al RN en decúbito prono sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando hasta llegar al pecho (Imagen 1). El tiempo ideal de contacto piel con piel sin interrupción, es al menos de cincuenta minutos siendo deseable que se prolongue hasta los ciento veinte minutos (4). A pesar de que no se dispone de demasiada información acerca del tiempo ideal de contacto piel con piel, con este intervalo de tiempo (50-120 minutos) la probabilidad de hacer una toma de leche en el pecho materno de forma espontánea es ocho veces mayor que si el tiempo es inferior a treinta minutos.



Imagen 1: Contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido(4).

Se establecen tres categorías del concepto “contacto piel con piel” dependiendo del momento de inicio (9):

1. Contacto piel con piel al nacimiento: cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de su madre dentro del primer minuto después del nacimiento.
2. Contacto piel con piel precoz: cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de su madre en los primeros 30 minutos después del nacimiento.
3. Contacto piel con piel temprano: cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de su madre después de la primera hora, pero antes de las 24 horas después del nacimiento.

Respecto a los bebés nacidos por cesárea, pueden realizar el contacto piel con su madre o con su padre o acompañante, dependiendo de varios factores, como por ejemplo, el estado de la madre y el tipo de anestesia utilizada en la intervención. La operación por cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero, y se utiliza para finalizar un embarazo o un parto cuando hay causas maternas o fetales que desaconsejan el parto vaginal (10).

La cesárea, al ser una intervención quirúrgica, requiere de administración de anestesia, que puede ser de dos tipos: regional o general (11).

Dentro de la anestesia regional encontramos dos variantes:

- Anestesia espinal: técnica que consiste en la introducción de la anestesia en la duramadre a nivel de las vértebras lumbares L3 y L4, donde se encuentra el líquido cefalorraquídeo, mediante una punción con una aguja de poco calibre, provocando

anestesia total desde la zona umbilical de la paciente hasta los miembros inferiores (MMII) (11).

- Anestesia epidural: técnica que consiste en realizar una punción también a nivel de L3–L4, colocando un catéter en el espacio epidural mediante el que se administra la medicación anestésica mediante perfusión continua, creando un bloqueo de la sensibilidad desde la región umbilical hasta los MMII (11).

Tanto la anestesia espinal como la epidural, permiten la realización del contacto piel con piel madre y RN, siempre que el estado materno y fetal lo permitan(11).

La anestesia general consiste en la administración de medicación para la sedo-analgésia y relajación muscular de la embarazada. Este tipo de anestesia solo se usa cuando la anestesia regional está contraindicada (alteración de las pruebas de coagulación, neuropatía degenerativa,...) y en caso de cesárea urgente emergente, (por tiempo o por inestabilidad hemodinámica). El estado comatoso de la madre, impide realizar el contacto piel con piel; y en este caso, se llevaría a cabo con el padre o acompañante (11).

El vínculo que se establece durante el contacto piel con piel entre el RN y su madre favorece la aparición de la primera experiencia de lactancia, aunque no es imprescindible que mame (8).

Normalmente se habla del vínculo entre una madre y su bebé, pero la realidad es que el padre también tiene un papel esencial en la crianza de un hijo. Está demostrado que la realización del contacto piel con piel entre el RN y el padre, cuando no es posible realizarlo con la madre, es beneficioso para ambos (12).

Los padres tienen conocimientos previos del contacto piel con piel, adquiridos mediante la educación sanitaria impartida por profesionales de salud y evalúan la experiencia como “buena” o “muy buena” (12).

Tradicionalmente, en la mayoría de las culturas, inmediatamente después del parto se colocaba al RN sobre el abdomen y pecho desnudo de su madre. El RN adquiría calor, alimento y comenzaba a interactuar con la madre poniendo en marcha el proceso de vinculación. Fue a lo largo del siglo XX cuando se instauró en los cuidados rutinarios del RN, la separación de la madre en los primeros minutos tras el parto (4). En la cultura occidental comenzaron a realizarse los partos en los hospitales, creando una atención más institucionalizada. Esto significó una disminución de la morbilidad materna e infantil, mejorando la calidad de vida de la población. Una vez controlado dicho problema, se tomó conciencia de la importancia de realizar prácticas más naturales durante el parto, como el contacto piel con piel (8).

Atendiendo a los RN prematuros, en 1978 surge en Bogotá, Colombia, el Método de Madre Canguro (MMC), frente a la escasez de incubadoras y a los insuficientes recursos económicos en los servicios de neonatología de los hospitales públicos (13). El MMC se define como el contacto piel a piel entre una madre o padre y su RN. Consiste fundamentalmente en un contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado, fomentando la salud y el bienestar tanto del bebé como de la madre. Este método de cuidado poco a poco se popularizó en muchos hospitales en todo el mundo. De tal forma que el MMC actualmente debido a sus grandes beneficios no solo es una alternativa para el cuidado de los RN en los países en vías de desarrollo, sino que se ha implantado en países desarrollados como un complemento al cuidado en incubadora (4). Como ejemplo de ello, la Unidad Neonatal de Nivel III del Hospital Universitario de Canarias, con puertas abiertas a los padres 24 horas, que tiene implantado un programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo en el que destaca el MMC como complemento a la incubadora (Imagen 2).

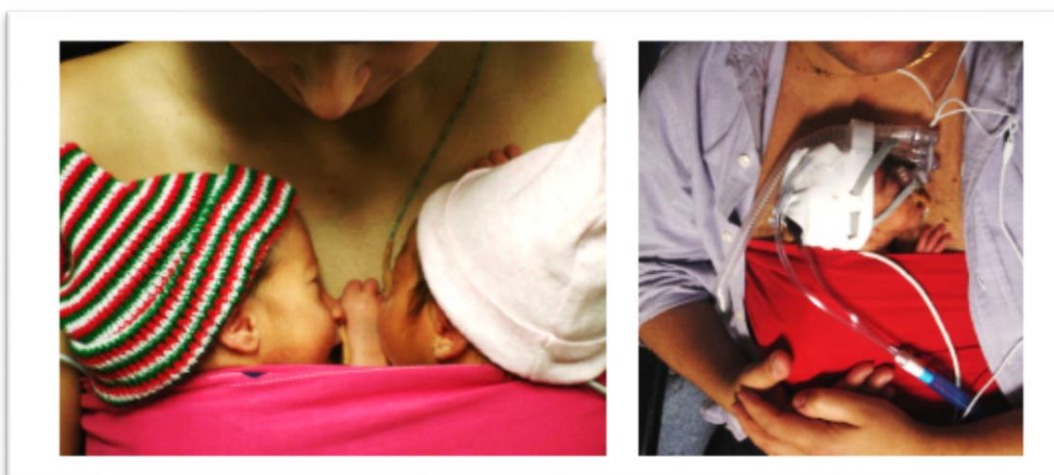


Imagen 2. Posición canguro.

El bebé debe estar en contacto piel con piel el mayor tiempo posible (4).

1.1.1. Contacto piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas

Durante la primera hora después del nacimiento, el RN pasa por nueve fases instintivas al permanecer en contacto piel con piel con su madre (14).

En la primera fase, el RN permanece llorando encima del vientre de su madre justo después de la fase expulsiva (Imagen 3). Este llanto distintivo ocurre inmediatamente después del nacimiento conforme los pulmones de RN se expanden (14).



Imagen 3: Primera fase: fase llanto (14).

En la segunda fase se observa un periodo de relajación en el que el RN no mueve ninguna parte del cuerpo, ni siquiera la boca (Imagen 4); se encuentra relajado en contacto piel con piel con su madre (14).



Imagen 4: Segunda fase: fase de relajación (14).

En la tercera fase, el RN empieza a despertar y comienza a realizar pequeños movimientos con algunas partes de su cuerpo, como la cabeza y los hombros, observándose la apertura de sus ojos y la movilidad de la boca (Imagen 5). Se Observa

como el bebé abre sus brazos buscando tener la mayor superficie de su cuerpo en contacto piel con piel con su madre (14).



Imagen 5: Tercera fase: despertar (14).

En la cuarta fase, el RN comienza a aumentar los movimientos de la boca y la succión, se lleva la mano a la boca, aumentando su reflejo de búsqueda (Imagen 6). Esta etapa comienza a partir de los diez minutos después del nacimiento, aproximadamente (14).



Imagen 6: Cuarta fase: actividad (14).

En la quinta fase, el RN experimenta periodos de descanso entre periodos de actividad, aunque no llega a dormirse, sus ojos se mantienen abiertos y mueve su boca (Imagen 7) (14).



Imagen 7: Quinta fase: descanso (14).

En la sexta fase, el RN se aproxima al pecho materno reptando sobre el abdomen de su madre (Imagen 8). El bebé va realizando movimientos de succión con la boca y saca su lengua. La mirada del RN se centra en el pecho de su madre (Imagen 9). Esta etapa comienza a observarse a partir de los treinta minutos en contacto piel con piel (14).



Imagen 8: Sexta fase: arrastre (14).



Imagen 9: La mirada se centra en el pecho materno (14).

En la séptima fase, el RN comienza a acariciar el pecho de su madre con sus manos y saca su lengua para lamer el pezón y la areola (Imagen 10). Después de cuarenta y cinco minutos de iniciar el contacto piel con piel se observa este comportamiento, sin llegar a succionar hasta los veinte minutos después (14).



Imagen 10: Séptima fase: familiarización (14).

En la octava fase, llega el momento en el que el RN toma el pezón materno y comienza a succionar de manera espontánea (Imagen 11). Esta primera toma de lactancia materna comienza una hora después del nacimiento aproximadamente (14).



Imagen 11: Octava fase: succión (14)

El RN mama en el pecho materno durante veinte minutos y en la última fase queda dormido al lado del pezón de su madre (Imagen 12) (14).



Imagen 12: Novena fase: sueño (14).

1.2. Beneficios del contacto piel con piel

El contacto piel con piel ofrece beneficios tanto para el RN como para su madre y su padre.

1.2.1. Beneficios para el recién nacido.

- A corto plazo:

- Favorece la termorregulación, lo que disminuye el consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la adaptación metabólica (3).
- Disminuye los niveles de estrés en el RN, debido a la disminución de cortisol en sangre, hormona que se secreta en la corteza suprarrenal del cerebro y que afecta

a los distintos sistemas corporales (circulatorio, inmunológico, óseo y nervioso) (8,15).

- Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del RN (16,3).
- Favorece el agarre correcto al pecho y el inicio temprano de la lactancia materna (6).
- Disminuye el tiempo de llanto en los RN (3).
- Disminuye la respuesta neurosensorial ante un estímulo doloroso (punción del talón), manifestando el RN menos dolor y ansiedad (8).
 - A largo plazo:
 - Aumenta la duración de la lactancia materna, influyendo positivamente en el sistema inmunológico del RN(8,15).
 - Favorece la colonización del RN por los gérmenes maternos, creando una barrera de protección frente a infecciones, teniendo menor riesgo de infección (16,6).
 - Disminuye los días de hospitalización (8).
 - Mejora el desarrollo infantil (6).
 - Aumenta los valores de glucemia en el RN y el almacenamiento en forma de glucosa, conformando las principales fuentes de glucosa durante las primeras semanas de vida, mejorando la reserva energética del bebé (3).
 - Promueve el inicio precoz de la primera comunicación vocal. Diversos estudios científicos señalan que los bebés inician la comunicación quince minutos después del nacimiento, aproximadamente (16).

1.2.2. Beneficios para la madre.

- A corto plazo:
 - Favorece la liberación de oxitocina endógena, que contribuye a la contractibilidad e involución uterina (16,13).
 - Previene la hemorragia postparto y disminuye el sangrado (13).
 - Estimula la eyección de calostro y el aumento de la temperatura de las mamas, proporcionando alimento y calor al RN (16).
 - Disminuye el nivel de dolor de la ingurgitación mamaria (7).
- A largo plazo:
 - Aumenta el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto (16).
 - Reduce la ansiedad materna (3).
 - Fomenta una mayor confianza, amor y seguridad en la mujer (17).
 - Disminuye la depresión postparto (16,3,4).

1.2.3. Beneficios para el padre.

El contacto piel con piel precoz entre el bebé y el padre se suele proponer cuando no se puede hacer con la madre. De esta manera, el bebé se recupera del parto favorablemente, manteniendo la temperatura corporal. Y, aunque él no huele como la madre, el RN se siente igual de a gusto. A través de sus reflejos innatos, es capaz de moverse hacia el pezón de su padre y succionar. Para el padre es muy emocionante disfrutar de este contacto, por lo que es aconsejable estimular esta práctica no solo cuando la madre no puede, sino en cualquier momento para facilitar la vinculación padre e hijo. Desde el punto del visto psicológico, el contacto piel con piel, favorece el establecimiento del vínculo afectivo padre e hijo (12).

En resumen, el contacto piel con piel consigue unos altos beneficios sobre la salud y el desarrollo del RN, sin suponer ningún coste económico.

Como señala el pediatra Adolfo Gómez Papí en su libro *Piel con Piel*, “Aprendimos cómo los recién nacidos estaban preparados para disfrutar del contacto piel con piel, cómo aumentaba su temperatura sobre su madre y cómo se recuperaban del estrés del parto. Y, sobre todo, cómo eran capaces, por sus propios medios, de acceder al pecho materno y mamar” (17).

1.3. Procedimiento para realizar el contacto piel con piel.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) en las Recomendaciones para el cuidado y atención del RN sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento, establece las siguientes recomendaciones para realizar el contacto piel con piel de la madre con el RN (2):

- El ambiente en el paritorio debe ser silencioso, con poca luz, con puertas cerradas (para preservar la intimidad y para facilitar el control térmico del RN), con el mínimo número de profesionales posibles, y con un acompañante para la madre.
- Es deseable que inmediatamente después del parto, los RN sanos con aspecto vigoroso, se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto piel con piel durante al menos cincuenta minutos sin ninguna interrupción, si el estado de salud de la madre y del niño lo permiten. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta ciento veinte minutos.
- Estos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre.
- El contacto piel con piel se debe ofrecer a todas las madres, incluidas las que hayan decidido alimentar a sus hijos con sucedáneos.

Según la propuesta operativa, para poner en marcha el cuidado piel con piel tras el parto, se debe disponer de un protocolo por escrito y consensado con todos los profesionales que participan en la atención a la mujer y a su hijo tras el parto, estableciendo las responsabilidades de cada profesional y las acciones de cada uno de ellos (2):

- El RN desnudo se colocará en el pecho o en el abdomen materno.
- Se le secará sobre la madre con toallas o paños precalentados intentando no tocar la cara del niño.
- Se le pondrá un gorrito y se dará opción de pañal según los deseos de la madre.
- Se realizará el test de Apgar al minuto y a los 5 min.
- Se realizará el pinzamiento del cordón umbilical.
- Se identificará al RN sin separarlo de la madre.
- La enfermera¹ confirmará que se realiza una toma espontánea y que el encaje es adecuado.

Pesar al niño y el resto de maniobras preventivas, así como una exploración reglada y completa, son acciones que se pueden posponer (2).

1.4. Criterios de inclusión para realizar el contacto piel con piel

Tras el nacimiento del RN, es necesario comprobar que este presenta un aspecto saludable y que el color de la piel, la presencia de un ritmo cardíaco y un patrón respiratorio normal se han ido instaurando de manera progresiva durante los primeros minutos después del parto y se mantienen durante las horas siguientes. La capacidad del RN de mantener una temperatura corporal dentro de los valores normales (36,5°C-37,5°C) y una frecuencia cardíaca y respiratoria adecuadas indica que el proceso de adaptación a la vida extrauterina se está realizando con éxito. Es imprescindible descartar la presencia de malformaciones que puedan afectar en la estabilización postnatal, el inicio normal de la alimentación y el tránsito intestinal (2).

En este contexto, la valoración inicial del RN incluye tres cuestiones principales:

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

Si las tres respuestas a las cuestiones planteadas son afirmativas, el RN no precisa ningún tipo de reanimación y se debe favorecer la realización del contacto piel con piel precoz con su madre. De esta forma el bebé mantiene la temperatura corporal y

¹ Igual que el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en este documento al hacer mención a “enfermera”, debemos entender que se alude a los profesionales de ambos sexos.

comienza a interactuar con su madre, iniciando el proceso de vinculación afectiva y la instauración de la lactancia materna (2,18).

Teniendo en cuenta todos los beneficios que aporta el contacto piel con piel precoz, se debe evitar realizar técnicas invasivas durante ese tiempo. El único procedimiento necesario y que se realiza al mismo tiempo es el Test de Apgar (Tabla 1), un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del RN después del nacimiento. Su nombre hace referencia a su fundadora, la Dra. Virginia Apgar, famosa anestésista obstétrica americana que en 1953 propuso este método, con la finalidad de averiguar rápidamente la situación que presentan los RN y valorar los efectos de la anestesia que presentaban sus madres (19). El Test de Apgar se recomienda realizarlo al minuto después del parto y a los cinco minutos tras el pinzamiento del cordón umbilical (2,19).

Signo	0	1	2	Observaciones
Frecuencia cardíaca	Ausencia de latido	Menos de 100 latidos por minutos	Más de 100 latidos por minuto	Valores de la frecuencia cardíaca: 120 l.p.m. – 160 l.p.m.
Respiración	Ausente	Lenta, irregular	Buena, llanto	Valores de la frecuencia respiratoria: 20 r.p.m. – 60 r.p.m.
Tono muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimiento activo	Se observa la postura y el movimiento del RN.
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Quejido, mueca	Tos, estornudo, llanto, retraimiento vigoroso	Describe el nivel de irritación del RN en respuesta a estímulos externos.
Coloración	Azul o pálido	Cuerpo rosado con extremidades azules	Completamente rosado	Se observan las variaciones de la coloración de la piel.

Tabla 1: Test de Apgar (19).

A cada uno de los parámetros se les asigna una puntuación que puede ser 0, 1 o 2, obteniéndose un valor final entre 0 y 10. Se realiza una puntuación al primer minuto y al quinto después del nacimiento. Una puntuación igual o superior a 7 indica una buena adaptación del RN tras el nacimiento. Una puntuación inferior a 7 significa que el RN necesita atención médica (19).

Por otro lado, otro procedimiento que se puede realizar durante el contacto piel con piel sin necesidad de interrumpir la técnica es la identificación del RN. Consiste en colocarle la pulsera identificativa en el tobillo al RN y a la madre en la muñeca. La identificación se lleva a cabo recogiendo la huella dactilar de ambos en presencia de la madre o el padre o acompañante. En caso de cesárea, se identifica al padre o acompañante y al RN (2,20).

1.5. Criterios de exclusión para realizar el contacto piel con piel

Existen determinadas situaciones en las que el contacto piel con piel no puede realizarse de manera inmediata tras el parto o puede ser interrumpido debido a la clínica del RN o de la madre. Si la causa es debida al estado clínico de la madre, el RN podrá realizar contacto piel con piel con el padre o acompañante.

No obstante, los criterios de exclusión son (21,22):

- Cesárea por Sospecha de Pérdida de Bienestar Fetal (SPBF).
- Cesárea antes de la 37 semanas de gestación.
- La valoración del pediatra al RN indica que necesita cualquier tipo de cuidado especializado.
- El Test de Apgar a los 5 minutos después del nacimiento es < de 9.
- Deseo expreso materno de no querer amamantar a su bebé y por lo tanto, no querer realizar contacto piel con piel.

1.6. Antecedentes del contacto piel con piel

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

- En 1992, la OMS y UNICEF proyectaron una estrategia conjunta denominada “Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI), con el objetivo de promocionar la lactancia materna en todo el mundo a través del cumplimiento de “Los diez pasos para la lactancia feliz”. En España, se creó en 1995 el Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), siendo su misión fundamental, la promoción institucional de la lactancia materna y el contacto piel con piel. En septiembre de 2009, este organismo pasa a denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (20). A pesar de que el documento mencionado anteriormente está enfocado a la lactancia materna, se hace mención al contacto piel con piel en el cuarto paso de “Diez pasos para una lactancia exitosa” (23) (**Anexo 1**) de la OMS revisado en el año 2018 donde se menciona que “se facilite el contacto inmediato e ininterrumpido de piel a piel y ayude a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible después del nacimiento” (20).

- La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en la sección de contacto piel con piel precoz habla de fomentar que inmediatamente tras el parto, los RN sanos se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel (24).

- El Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), entre las Recomendaciones de Mínimos para la Asistencia al Recién nacido Sano señala: “Con objeto de promover el vínculo a través del contacto y el mutuo reconocimiento,

durante el periodo de alumbramiento de la placenta si el recién nacido está vigoroso y aparentemente sano, se entregará a la madre envuelto en un paño seco, facilitando el contacto con la piel materna y el amamantamiento inmediato” (2).

- El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría refiere que: “El contacto piel con piel ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre” (2).

- Según la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría, “Inmediatamente después del nacimiento, los niños sanos deben ser puestos en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerse allí hasta que se realice la primera toma” (2).

- La Guía de Cuidados en el Parto Normal de la OMS sostiene que: “Inmediatamente después de su nacimiento, el niño ha de ser secado con ropas o toallas calientes, a la vez que se coloca sobre el abdomen materno o en sus brazos” (25).

- La “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, entre las recomendaciones que propone ante las cesáreas, la más relevante relacionada con este tema es la tercera: “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” (1).

- El hospital australiano “*King Edward Memorial*” hace referencia en su guía “*Women and Newborn Health Service Policy Manual*” en el apartado número 4, que se debe colocar al bebé en contacto piel con piel con su madre inmediatamente tras el parto, durante mínimo una hora y, enseñar a las madres a reconocer cuándo su bebé está listo para amamantar y ofrecer ayuda si es necesario. Además, en el caso de tener que interrumpir el contacto piel con piel por razones clínicas, se debe reanudar tan pronto como la madre y el bebé estén en condiciones para ello (26).

1.7. Papel de la enfermera en el contacto piel con piel

Para poner en marcha el cuidado piel con piel tras el parto se debe disponer de un protocolo por escrito y consensuado con todos los profesionales que intervienen en la atención a la mujer y a su bebé tras el parto, de acuerdo a la AEP. Las enfermeras representan para las madres y padres una figura identificable, sustituta temporal de los cuidados maternos que la familia debe aprender. Por esta razón, es muy importante que la enfermera infunda confianza y comprensión, respetando las diferencias culturales y particulares de cada familia (27).

Convencionalmente la mayoría de las enfermeras y los pediatras se han formado para realizar la valoración clínica de un RN en una cuna de reanimación, separado de su

madre. Sin embargo, aprender a valorar al RN sobre el pecho materno y realizar el test de Apgar sin separar al bebé de su madre, precisa de una formación progresiva por parte de los profesionales sanitarios hasta que consigan la destreza necesaria. La recomendación actual, según el documento “Cuidados desde el nacimiento” es que parece aconsejable que todo el proceso de contacto piel con piel esté supervisado por un profesional con experiencia en valoración de RN (4).

Durante el siglo XX, el contacto piel con piel se ha ido implantando en los distintos hospitales de España, teniendo en cuenta las recomendaciones al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social. Sin embargo, actualmente en algunos hospitales existe una demora en implantar este cuidado tras el parto, creando una privación de los numerosos beneficios que aporta el contacto piel con piel. En este contexto, adquiere una mayor importancia la labor de la enfermera en el paritorio, ya que su actuación implica un inicio temprano de este cuidado, creando un ambiente óptimo que recoja las mejores condiciones para su realización. Además, en el periodo de la estancia en el hospital, la enfermera debe ser un referente en el apoyo y promoción de la lactancia materna, fomentando el contacto piel con piel y el proceso de vinculación afectiva, a través de la educación sanitaria (4).

Una adecuada comunicación entre las mujeres y las enfermeras contribuye a que el proceso de parto sea para la mujer y su familia una experiencia agradable. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo, respecto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se considera como elementos de la atención apreciados por las mujeres y que contribuyen a su satisfacción con la experiencia del parto (25).

1.8. Proporción de contacto piel con piel con la madre y con el padre en el HUC

Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Canarias durante el periodo de 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2016 determinó la proporción de contacto piel con piel en la cesárea (28).

El total de RN incluidos en este estudio fue de 1.202, distribuidos de la siguiente manera: 590 en el año 2015 y 612 en el año 2016. Los resultados del número y los porcentajes de RN que realizaron contacto piel con piel con la madre en este estudio se muestran en la Tabla 2 (28).

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 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de CPP materno en las cesáreas HUC 2015 y 2016 (28).

Los resultados del número y porcentaje de RN que realizaron contacto piel con piel con el padre en este estudio se muestran en la Tabla 3 (28).

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 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de CPP paterno cesáreas HUC 2015 y 2016 (28).

Como se observa en las tablas 2 y 3, el contacto piel con piel ha aumentado de 2015 a 2016 con la madre y con el padre, pero aún sigue existiendo un mayor porcentaje de NO frente a SÍ (28).

1.9. Programa de atención a la salud afectivo–sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.). Preparación a la maternidad y paternidad

La preparación para las mujeres a la maternidad, históricamente ha sido un proceso de enseñanza informal mediante la transmisión de conocimientos entre las propias mujeres y, sobre todo, de madres a hijas, que aún tiene importancia en la sociedad actual. Actualmente, la educación para la salud incorpora las recomendaciones basadas en la evidencia científica mediante programas estructurados de educación prenatal (29).

La atención a la salud en el embarazo, parto y puerperio, es una prestación que se ofrece desde el sistema sanitario público a todas las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias a través del Programa de Atención a la Salud Afectivo–sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R) (29). Esta atención engloba dos tipos de actuaciones: por una parte, la asistencial, dirigida a vigilar la salud de la mujer durante

todo el proceso y, por otra parte, la promoción de la salud que incluye la preparación a la maternidad y paternidad a través de educación sanitaria (29).

La educación para la salud en el embarazo, parto y puerperio, contribuye a la preparación física y psicológica de la madre para afrontar el embarazo y los nuevos cambios y su recuperación en el puerperio, tanto a nivel individual en la consulta de enfermería como grupal en los talleres de intervención educativa. Además, se fomenta que la vivencia durante este proceso sea lo más armoniosa posible, tanto para la madre como para su pareja, al mismo tiempo que se transmite la importancia de consolidar el vínculo efectivo con el RN (29).

El embarazo representa una experiencia sustancial para la mujer y un periodo de vital importancia en la vida de la pareja. El nacimiento de un bebé representa un cambio importante en la vida de la mujer fomentando diferentes estados emocionales y sentimientos en los que influye la forma de ser de la persona para afrontar las nuevas situaciones. En general y, sobre todo, en el caso de mujeres primerizas, el embarazo y el nacimiento de un bebé generan muchos miedos e inseguridades, que hay que tratar para fomentar el bienestar de la madre. En este contexto, para garantizar un desarrollo evolutivo sano y satisfactorio durante la gestación, durante el nacimiento del bebé y en sus cuidados posteriores, es necesario dotar a la mujer y a su pareja de conocimientos, estrategias y habilidades que les preparen para afrontar la nueva vida (25).

La Guía del Programa de Atención a la Salud Afectivo–sexual y Reproductiva sobre la preparación a la maternidad y paternidad, basada en la última evidencia científica disponible, incluye información sobre los cuidados físicos y psíquicos durante el proceso de embarazo, así como técnicas para que la mujer y su acompañante, adquieran los conocimientos necesarios para una buena adaptación y evolución de su maternidad. Además de ello, se engloban los recursos sociales disponibles para aquellas familias que necesiten ayudas durante este periodo (29).

Las sesiones educativas de este programa, se aconseja que se dividan en tres módulos en función de la semana de gestación en la que se encuentre la mujer (29):

- Módulo 1: antes de la 20 semana.
- Módulo 2: después de la 28 semana.
- Módulo 3: en el postparto.

El temario de este programa del Servicio Canario de Salud aborda diferentes aspectos (29):

➤ **Género y salud**

- Identidad de género, roles de género, y problemas de salud.
- El sistema Sexo – Género.

- División Sexual del Trabajo. Los Roles de Género.
- Identidad masculina y problemas de salud.
- Roles, género y salud de las mujeres.
- La implicación paterna y la salud del padre y de la madre.
- Expansión de roles versus, conflicto de roles y salud de las mujeres.

➤ **El embarazo**

- Anatomía y fisiología del aparato genital femenino.
- Desarrollo embrionario y fetal.
- Manifestaciones clínicas y autocuidados.
- Alimentación y embarazo.
- Ejercicio físico y embarazo.
- Seguimiento del embarazo: controles durante la gestación.
- Aspectos psicológicos en el embarazo.
- Factores Sociales de Riesgo y Protección.

➤ **El parto**

- Conceptos.
- Elementos del trabajo de parto.
- Tipos de parto.
- Signos y señales del trabajo de parto.
- Etapas del parto espontáneo.
- Cuidados en el parto normal.
- Elaborar un plan de parto (EAPN).
- Aspectos psicológicos.

➤ **El puerperio**

- Conceptos.
- Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio.
- Vuelta a casa.
- Autocuidados.
- Signos de alarma en el puerperio que la mujer debe conocer.
- Aspectos psicológicos en el puerperio.
- Vínculo afectivo.

➤ **La lactancia**

- La lactancia materna.
- La lactancia mixta.
- La lactancia artificial.

➤ **La criatura**

- Características de la criatura normal.

- Cuidados de la criatura.
- Signos de alarma.
- Revisión hospitalaria y seguimiento en Atención Primaria.

➤ **Técnicas de apoyo teórico - prácticas**

- Dinámica de grupos.
- Ejercicio físico en el embarazo.
- Masaje perineal.
- Posiciones durante el embarazo.
- Ejercicio físico de recuperación en el puerperio.
- Ejemplos de tablas de ejercicios para cada trimestre.
- Respiración.
- Pujos.
- Relajación.
- Otras técnicas para el manejo del dolor y la ansiedad.
- Estimulación del recién nacido y masaje infantil.
- Masaje de los pies de la criatura.

➤ **Recomendaciones**

- Recomendaciones para el parto normal.
- Recomendaciones para lactancia materna.

En cuanto a los objetivos del programa, encontramos como objetivo general ofrecer a la mujer y acompañante, la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio en esta etapa de la vida, favoreciendo el óptimo desarrollo del embarazo y la vivencia positiva de la maternidad y paternidad, a través de la promoción de hábitos de vida saludable y la adquisición de habilidades básicas que permitan afrontar esta etapa de la vida de la mujer y de su pareja en su caso (29).

Y los objetivos específicos son (29):

- Informar y sensibilizar sobre los aspectos de género, la violencia contra las mujeres y sus repercusiones en la salud.
- Adquirir conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología y desarrollo embrionario y fetal.
- Conocer las modificaciones debidas a la gestación y los cuidados a seguir, identificando y disminuyendo los miedos y ansiedades generados por la gestación y el parto.
- Conocer las manifestaciones clínicas y los signos de alarma que pueden aparecer.

- Conocer el significado de la maternidad y paternidad así como los aspectos psicológicos y sociales del embarazo.
- Adquirir conocimientos básicos sobre la alimentación y el ejercicio físico en esta etapa.
- Conocer las medidas de protección social y apoyo a la maternidad, a la paternidad y a la familia existentes.
- Conocer la Estrategia recomendada por la OMS de Atención al Parto Normal.
- Elaborar el Plan de Parto incorporando la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas.
- Adquirir conocimientos sobre los cuidados maternos durante el puerperio.
- Reconocer las ventajas de la lactancia materna. Cuidado de las mamas.
- Adquirir habilidades básicas para el cuidado de la criatura y sus necesidades.
- Reconocer las ventajas de los controles del Programa de Salud Infantil.
- Favorecer la recuperación física y psíquica de la mujer.

Como se ha descrito anteriormente, la realización de las sesiones educativas de del programa P.A.S.A.R se agrupa en tres módulos diferentes (29):

- Primer módulo: se realizará en 1 o 2 sesiones, donde la mujer y su acompañante expongan sus dudas, incertidumbres y expresen sus temores y expectativas ante esta nueva situación.
- Segundo módulo: se llevará a cabo un mínimo de una sesión por semana, 9 a 12 sesiones, con una duración entre una hora y media y dos horas.
- Tercer módulo: en este módulo, se aconseja acudir a las sesiones educativas con el bebé y su acompañante a partir de la tercera semana tras el parto. Se impartirán de 2 a 4 sesiones donde la mujer y su pareja expongan sus dudas sobre aspectos relacionados con los cuidados del RN, cuidados de la madre relacionados con la recuperación del suelo pélvico y de la imagen y la afectividad.

Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene el contacto piel con piel por los beneficios para todos los implicados, no aparece recogido en el programa P.A.S.A.R del Servicio Canario de Salud.

2. JUSTIFICACIÓN

La pérdida del protagonismo y control de las mujeres durante el proceso de parto ha coincidido con el paso del mismo desde la casa a los hospitales, significando una mayor intervención sanitaria y una invisibilidad de las mujeres. Todo ello ha provocado que la separación de la madre de su hijo al nacer se haya convertido en un habitual en las salas de parto debido a diversas prácticas hospitalarias, colocando al RN en una cuna de calor e iniciando el vínculo afectivo madre-hijo y la lactancia materna posteriormente a la hora de vida.

El contacto piel con piel establece una relación idónea tanto para el bebé como para su madre teniendo en cuenta las numerosas ventajas que aporta, que favorece el desarrollo físico, psicológico e intelectual del RN. Después del nacimiento, se debe facilitar el contacto piel con piel siempre que la clínica del RN lo permita y como se ha comentado anteriormente, si el estado materno no lo permite, puede realizarse contacto piel con piel con el padre o acompañante. Este cuidado basado en el contacto íntimo en las primeras horas de vida mejora el vínculo materno–neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el olor y el calor.

En este contexto el papel de la matrona y de las enfermeras debe centrarse entonces en fomentar el contacto piel con piel mediante la educación de las familias teniendo en cuenta que el momento de parto genera una situación de estrés. Una matrona educa, aconseja y cuida a la población en salud sexual y reproductiva. Además, adquiere un papel muy importante durante el parto. A pesar de que la maternidad es un proceso puramente fisiológico, las madres y padres que se enfrentan a ello necesitan una guía profesional. En el caso de las mujeres primerizas, el embarazo y el nacimiento del bebé generan muchos miedos, dudas e inseguridades que hay que intentar afrontar para aumentar el bienestar de la madre, su pareja y del recién nacido.

Partiendo de que uno de los criterios de exclusión para la realización del contacto piel con piel entre el RN y su madre es el deseo expreso por parte de los progenitores de no querer realizar este cuidado, es importante disipar miedos e inseguridades mediante la educación sanitaria y que tanto la mujer como su pareja consideren el contacto piel con piel como un proceso natural y que conozcan los numerosos beneficios que aporta, tanto al RN como a la madre.

Analizando los datos registrados en las tablas 2 y 3, en el Hospital Universitario de Canarias vemos que sería conveniente aumentar el número de casos en los que se lleve a cabo el contacto piel con piel con la madre y/o con el padre, siendo este un indicador de calidad en la atención al nacimiento humanizado.

La importancia del contacto piel con piel en el RN tras el nacimiento es indiscutible. Los beneficios tanto para el RN como para la madre son tan numerosos que justifican cualquier medida encaminada a mejorar las tasas de contacto piel con piel.

En relación al programa P.A.S.A.R. del Servicio Canario de Salud, lo más llamativo es que no aparece descrito el contacto piel con piel, a pesar de su importancia y los numerosos beneficios que aporta.

El presente trabajo da a conocer la importancia y los beneficios que aporta el contacto piel con piel al RN y a la madre, a través de dos sesiones específicas incluidas dentro de este mencionado programa, en el Centro de Salud de Atención Primaria del municipio de Icod de Los Vinos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Fomentar la demanda y la práctica del contacto piel con piel madre, padre/acompañante con el RN a través de un Proyecto de Intervención Educativa dirigido a la mujer embarazada y su acompañante.

3.2. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la aceptación del contacto piel con piel.
- Mejorar el número de contacto piel con piel.
- Mejorar la duración del contacto piel con piel.
- Fomentar la motivación para realizar el contacto piel con piel.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Proyecto de Intervención Educativa en el Centro de Salud de Atención Primaria del municipio de Icod de Los Vinos.

4.2. Concepto

Se define Proyecto de Intervención Educativa en salud como el proceso educativo mediante el cual los profesionales sanitarios son capaces de concienciar y educar a la población sobre cualquier tema de salud; en este caso, fomentar la aceptación del contacto piel con piel con el RN. La educación para la salud aborda no solo la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las

habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud (30).

La Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo 6º declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas: “A la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población” (30).

4.3. Población diana

La población diana a la que va dirigido este proyecto de intervención educativa serán las mujeres embarazadas del municipio de Icod de Los Vinos y de otros municipios de la isla de Tenerife que acuden a las clases de preparación a la maternidad y paternidad del programa P.A.S.A.R. que imparte la matrona en el Centro de Salud de Atención Primaria de Icod de Los Vinos.

Para ello, se solicitará un permiso a la Gerencia de Atención Primaria (**Anexo 2**) para impartir dos sesiones específicas para fomentar la práctica del contacto piel con piel. La primera sesión se incluirá dentro del tema del parto del programa P.A.S.A.R y, la segunda sesión, estará incluida dentro del tema de la lactancia materna de dicho programa.

Además, se pedirá un consentimiento informado (**Anexo 3**) a las embarazadas y a sus acompañantes previamente a su participación en este proyecto educativo.

4.4. Número de miembros en el grupo

El número de participantes de la intervención educativa guarda relación con el número de mujeres embarazadas que acuden habitualmente a las clases de preparación a la maternidad y paternidad, impartidas por la matrona en el Centro de salud de Icod de Los Vinos. El tamaño ideal sería entre quince y veinte participantes por grupo.

Para poder conocer el número exacto de participantes, pasaremos un control de asistencia (**Anexo 4**) y así poder valorar el número de madres y padres que han recibido la educación sanitaria sobre el contacto piel con piel.

Se fomentará la participación de la pareja, o persona de apoyo de la embarazada, que deberán acudir con ropa cómoda.

4.5. Lugar de desarrollo

El Centro de Salud de Icod de Los Vinos cuenta con un espacio idóneo donde se imparten las clases de preparación al parto, que cuenta con las siguientes características:

- ✓ Luminoso.

- ✓ Dimensión adecuada.
- ✓ Buena ventilación.
- ✓ Temperatura idónea.
- ✓ Insonorizado.
- ✓ Mobiliario adaptado al grupo.

La intervención educativa incluirá dos sesiones específicas para fomentar la práctica del contacto piel con piel dentro del programa P.A.S.A.R, y se desarrollará en el lugar descrito anteriormente en coordinación con la matrona, con previo consentimiento de la Gerencia de Atención Primaria (**Anexo 2**).

4.6. Duración y frecuencia

La intervención educativa se desarrollará en dos sesiones específicas, distribuidas en dos días de la semana, en horario de mañana y de tarde.

En horario de mañana, se desarrollará los jueves de 09:00 a.m. hasta las 10:45 a.m., adaptándose al horario establecido para impartir las clases de preparación a la maternidad y paternidad en el Centro de Salud.

En horario de tarde, se desarrollará los viernes en el mismo lugar descrito anteriormente, desde las 18:00 p.m. hasta las 19:35 p.m. para aquellas mujeres que, por motivos diversos, no puedan acudir en horario de mañana.

La intervención se realizará durante el periodo del mes de febrero del año 2020.

4.7. Desarrollo del proyecto de intervención educativa

Dado que en el temario del programa P.A.S.A.R del Servicio Canario de Salud, se ha detectado que no aparece recogido el contacto piel con piel, se incluirán dentro del programa de preparación a la maternidad y a la paternidad, dos sesiones específicas dedicadas a fomentar la práctica del contacto piel con piel, a través de la educación sanitaria.

Las sesiones serán teórico-prácticas y se distribuirán de la siguiente manera:

Primera sesión: aconsejable acudir a partir de la 24 semana.

La primera sesión se desarrollará en coordinación con la matrona en el momento en el que imparta el tema relacionado con el parto dentro del programa de preparación a la maternidad y paternidad del Servicio Canario de Salud.

El parto es un momento íntimo en el que el contacto piel con piel es un indicador de calidad que adquiere gran importancia. Por esta razón, la primera sesión de la intervención educativa se abordará dentro de este tema.

Duración: 1:45 hora.

- Presentación de la intervención educativa a las mujeres embarazadas y a sus acompañantes. (Duración 5 minutos)
- Cumplimentación de un cuestionario sobre aspectos generales del contacto piel con piel para determinar el nivel de conocimiento y predisposición de las participantes (32). (Duración 10 minutos)
- Exposición teórica de los contenidos sobre el contacto piel con piel en el parto y en la cesárea. Además, se hablará sobre el método madre canguro. (Duración 25 minutos)
- Visualización de un vídeo de Youtube sobre el contacto piel con piel en el parto y en la cesárea: <https://youtu.be/f-yC2YtQFiY> (31). (Duración 15 minutos)
- Exposición práctica sobre el contacto piel con piel en el parto con un maniquí simulador de partos. (Duración 25 minutos)
- Realización de un debate de dudas y preguntas sobre la primera sesión de la intervención educativa. (Duración 25 minutos)

Objetivo:

- Conocer la importancia que tiene el contacto piel con piel en el momento del parto y en la cesárea.

Material necesario:

Para el desarrollo de la primera sesión serán necesario:

- Medios audiovisuales: un ordenador y un proyector.
- Fotocopias de los cuestionarios preintervención educativa.
- Bolígrafos.
- Maniquí simulador de partos Standar. Ref.: W45025.

Contenidos:

- Contacto piel con piel entre el RN y su madre/padre - acompañante:
- Contacto piel con piel en la cesárea.
- Beneficios del contacto piel con piel.
- Método madre canguro.

Desarrollo:

En primer lugar, se realizará la presentación del proyecto de intervención educativa, con la finalidad de que las participantes conozcan en qué consiste y qué es lo que se va a llevar a cabo en estas dos sesiones. Para ello, se expondrá en el ordenador a través de un proyector, el índice de la presentación Power Point explicando las actividades a realizar. Una vez realizada la presentación, se les proporcionará a las participantes el consentimiento informado (**Anexo 3**).

Seguidamente, se les entregará a las embarazadas un cuestionario (**Anexo 5**) con 13 preguntas tipo test sobre el contacto piel con piel que podrán rellenar junto a sus acompañantes, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos previos a la educación sanitaria y su predisposición.

Posteriormente, se expondrán, a través de una presentación Power Point, los contenidos de la primera sesión.

Y se visualizará un vídeo de YouTube de 13:59 minutos sobre el contacto piel con piel entre la madre y el RN en el parto y entre el padre y el RN en la cesárea: <https://youtu.be/f-yC2YtQFiY>

A continuación, se llevará a cabo una exposición práctica sobre la simulación del contacto piel con piel en el momento del parto con un maniquí simulador de partos.

Para concluir, se realizará un debate de dudas y preguntas sobre la primera sesión de la intervención educativa

Finalmente, para llevar un control y analizar el número y porcentaje de asistentes, se pasará un control de asistencia (**Anexo 4**).

Segunda sesión: a los catorce días posteriores de la primera sesión.

La segunda sesión de la intervención educativa sobre el contacto piel con piel, se incluirá dentro del tema de la lactancia materna del programa de preparación a la maternidad y a la paternidad del Servicio Canario de Salud.

El contacto piel con piel aporta numerosos beneficios tanto para el RN como para su madre, entre los que destaca que ayuda en la instauración y duración de la lactancia materna.

Duración: 1:35 h.

- Presentación de la segunda sesión del programa de educación. (Duración 5 minutos)
- Exposición teórica sobre los beneficios que aporta el contacto piel con piel en la instauración y duración de la lactancia materna. (Duración 25 minutos)
- Puesta en práctica de lo aprendido sobre el contacto piel con piel con los muñecos simuladores de RN. (Duración 30 minutos)
- Complimentación del mismo cuestionario para valorar los conocimientos adquiridos (32). (Duración 10 minutos)
- Debate y puesta en común sobre la intervención educativa. (Duración 25 minutos)

Objetivo:

- Conocer los beneficios que tiene el contacto piel con piel en el inicio y la duración de la lactancia materna.

Material:

Para el desarrollo de la segunda sesión será necesario:

- Medios audiovisuales: un ordenador y un proyector.
- Fotocopias de cuestionarios postintervención.
- Bolígrafos.
- 2 simuladores de bebé varón RN. Quirumed. Ref.:562-LM82.
- 8 modelos de bebé femenino para la educación de padres. Quirumed. Ref.:562-BA78

Contenidos:

- Contacto piel con piel entre el RN y su madre/padre-acompañante.
- Beneficios del contacto piel con piel para la lactancia materna.
- Práctica de la técnica piel con piel con los muñecos simuladores de RN.

Desarrollo:

Para comenzar, se realizará la presentación de la segunda sesión educativa incluida dentro del tema de la lactancia materna, y se proporcionará, a las mujeres que no asistieron a la primera sesión, el consentimiento informado previo a su participación (**Anexo 3**).

Seguidamente, se llevará a cabo la exposición teórica sobre los beneficios que aporta el contacto piel con piel en el inicio y duración de la lactancia materna, a través de una presentación Power – Point.

Posteriormente, tendrá lugar la puesta en práctica de lo aprendido sobre la técnica piel con piel con los muñecos simuladores de RN. Una de las características de estos muñecos, es la termometría que permite la medición de la temperatura a través del ano.. De esta manera, las madres y padres podrán experimentar uno de los numerosos beneficios que aporta este cuidado, sintiendo cómo el contacto piel con piel favorece la termorregulación en el muñeco simulador de RN.

Una vez finalizada la sesión práctica, las mujeres embarazadas junto a sus acompañantes, cumplimentarán el cuestionario postintervención (**Anexo 5**) con el objetivo de valorar los conocimientos adquiridos a través de la educación sanitaria.

A modo de conclusión, se realizará un debate final y puesta en común de lo aprendido en este proyecto de intervención educativa, fomentando la

interacción entre las participantes del grupo. Además de ello, se valorará cómo se han sentido durante la intervención, si les ha parecido interesante la experiencia y qué aspectos mejorarían de cara a futuras intervenciones.

Finalmente, se le entregará a cada una de las embarazadas un folleto informativo del Servicio Canario de Salud, sobre el contacto piel con piel y sus beneficios (**Anexo 6**).

De igual manera, al finalizar la sesión, se pasará un control de asistencia (**Anexo 4**), para valorar si la proporción de asistentes ha presentado variaciones.

4.8. Recursos a utilizar.

Recursos humanos:

- Enfermera.

Recursos materiales:

- 20 Fotocopias de los folletos informativos sobre el contacto piel con piel del Servicio Canario de Salud. (**Anexo 6**)
- 20 Fotocopias cuestionarios preintervención. (**Anexo 5**)
- 20 Fotocopias cuestionarios postintervención. (**Anexo 5**)
- 20 Bolígrafos.
- Medios audiovisuales: un ordenador y un proyector.
- 1 maniquí simulador de partos Standar Ref.:W45025.
- 2 simuladores de bebé varón RN. Quirumed. Ref.: 562-LM82.
- 8 modelos de bebés femeninos para la educación de padres. Quirumed. Ref.:562-BA78

Presupuesto:

Material fungible	PVP	Unidades	Total
Fotocopias de cuestionarios pre y post intervención	0,03€	40	1,20€
Bolígrafos Bic Cristal color azul 0,4 mm	0,24€	20	4,80€
Fotocopias de folletos informativos contacto piel con piel	0,10€	20	2,00€
Maniquí simulador de partos Standar Ref.: W45025	760,00€ (sin IVA)	1	760,00€
Simulador de bebé varón RN. Quirumed. Ref.: 562-LM82	1.029,00€ (sin IVA)	2	2.058,00€
Modelo de bebé para la educación de padres. Femenino. Quirumed. Ref.:562-BA78	82,60€ (sin IVA)	8	660,80€
Total			3.486,80€

4.9. Cronograma

Este proyecto de intervención educativa se desarrollará en el periodo del mes de febrero del año 2020.

FEBRERO 2020						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					1	2
3	4	5	6 Primera sesión educativa	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20 Segunda sesión educativa	21	22	23
24	25	26	27	28	28	

Posteriormente, se realizará una recogida de datos utilizando como fuente de información la base de datos del Centro de Salud de Atención Primaria de Icod de Los Vinos, una vez que las mujeres participantes hayan dado a luz y acudan al tercer módulo de las clases de preparación a la maternidad y paternidad del programa P.A.S.A.R.

Con este dato se pretende conocer el porcentaje de RN que al nacimiento han realizado contacto piel con piel con su madre/ padre – acompañante y valorar si se ha fomentado este cuidado.

A la vista de lo anterior se podría concluir que este proyecto de intervención educativa será un paso preliminar para el planteamiento de un segundo estudio de investigación en el que se valorará la efectividad de esta intervención educativa.

4.10. Consideraciones

A partir del año 2018 se ha podido constatar que no se disponen de datos estadísticos sobre la proporción de mujeres embarazadas del Área de Salud de Tenerife que acuden a las clases de preparación a la maternidad y paternidad dentro del Programa de Atención a la Salud Afectivo – sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R), en el Centro de Salud de Atención Primaria del municipio de Icod de Los Vinos, porque en este mismo año se realizó un cambio en el registro de actividades de promoción y aún se está trabajando en la exportación de datos. Paralelamente, no se ha podido verificar si las embarazadas que asisten a las clases de preparación a la maternidad y paternidad, acuden de manera regular o si son las mismas mujeres. La repercusión implica no poder realizar un registro de las participantes.

Analizando esta situación, se propone realizar un registro de asistencia para conocer el número de mujeres y hombres que han recibido la educación sanitaria impartida en este proyecto de intervención educativa. Así se podrá determinar qué participantes han acudido a la primera sesión incluida en el tema del parto, y quiénes a la segunda sesión, incluida en el tema de la lactancia materna, o a ambas.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. 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.matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/EAPN>
2. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatría* 2009;71(4):349-361.
3. Martín Castillo M, Alonso Benedí AM, De Pedro Picazo B, Ramón Arbués E. Cuidados del Recién Nacido en la Sala de Partos. *ENE. Rev Enferm* 5(3):31-39.
4. 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. [Sede web] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 24-02-2019]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
5. Rodríguez López J, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar, MT. Revisores. IHAN [sede web]. Episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante el contacto piel con piel precoz. [citado 09-04-2019]. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/articulos/Muerte_subita_CPP.pdf
6. Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm* [sede web]. 2013 [citado 24-02-2019]; 22(1-2):79-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017.
7. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* [sede web] 2012(5): p.CD003519. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants
8. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* [sede web]. 2012, Dic [citado 23-02-2019];21(4):209-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>.
9. García May PK, Coronado Zarco IA, Valencia Contreras C, Núñez Enríquez JC. Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatol Reprod Hum*. 2017; 31(4):170-173.
10. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2014; 25(6):987-992.
11. 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. 1997; (18): 513-555. Disponible en: http://www.scartd.org/arxiu/anest_cesarea05.pdf

12. Silió Salas S Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. *Matronas Prof.* [sede web]. 2015 [citado 03-03-2019]. 16(3): 84-88. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/ibc-143327?lang=es>
13. Ruiz-Peláez JG, Charpak N, Cuervo LG. Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. [sede web] 2004 [citado 24-03-2019];329(7475):1179-1181. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC527708/>
14. Madero Nogueras M, Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *ENE, Rev Enferm.* 2016;10(2):20-45.
15. Moore ER, Anderson GC. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother–Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(2):116-125.
16. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enferm. univ* [sede web]. 2014 J [citado 24-02-2019];11(2):61-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200004&lng=es.
17. Gómez Papí A. Piel con piel. Los secretos de una crianza feliz. 1ª ed. Barcelona: Planeta; 2018. p.131-137.
18. Zeballos Sarrato G, Salguero García E, Aguayo Maldonado J, Gómez Robles C, Thió Lluch M, Iriondo Sanz M. Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. *A Pediatría.* 2017;86(1):1-58. DOI: 10.1016/j.anpedi.2016.08.007
19. Test de Apgar. Asociación Española de Pediatría. [sede web]. Madrid;2014 [citado 03-03-2019] Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/test-apgar>
20. Comité de lactancia materna. Hospital 12 de octubre.[sede web]Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Madrid. [citado 06-03-2019] Disponible en: <https://docplayer.es/3459917-Guia-de-actuacion-en-el-nacimiento-y-la-lactancia-materna-para-profesionales-sanitarios.html>
21. Moreno Dueñas MB, Díaz Jiménez D, Velázquez Barrios M. Valoración del contacto piel con piel y el establecimiento del vínculo madre-recién nacido [tesis doctoral]. Sevilla: Biblioteca Lascasas; 2015.
22. Lavín Maza M. Contacto piel con piel del recién nacido por cesárea programada y/o no urgente: binomio madre-hijo [memoria]. Cantabria: BBPP. Consejo interterritorial. Sistema Nacional de Salud; 2015.
23. Diez pasos para una lactancia exitosa (revisado en 2018). Organización Mundial de La Salud. [sede web] [citado 04-05-2019]. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>.
24. 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>
25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal.

25. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
26. Clinical guidelines. Women and newborn health service. King Edward Memorial Hospital. Department of Health. Government of Western Australia. 2012 [citado 09-04-2019]. Disponible en: https://kemh.libguides.com/ld.php?content_id=44127445
27. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. Gaceta Sanitaria 2013;27(5):447-449.
28. Pérez Martín P. Descripción del contacto piel con piel durante las cesáreas realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante los años 2015 y 2016[trabajo fin de grado].Tenerife: Universidad de La Laguna; 2017. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5363>
29. Hernández Gallego MR, Barata Gómez T, Tadeo López M, Alonso Docampo MN, Hurtado Rodríguez R, Rodríguez Franco MA, et al. Programa de Atención a la Salud Afectivo–sexual y Reproductiva. Preparación a la maternidad y paternidad. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de Salud; 2009.
30. Promoción de la Salud: Glosario Ginebra: Ministerio de Sanidad y Consumo-Organización Mundial de la Salud; 1998
31. Roqués V, Sáez P. Contacto piel con piel del recién nacido [sede web] Generalitat Valenciana. Hospital La Fe. Departament de Salut. Servicio de Neonatología [citado 02/05/2019]. Disponible en: <https://youtu.be/f-yC2YtQFiY>
32. Cuestionario de Autoevaluación de los Hospitales IHAN [sede web].Madrid: IHAN-España; 2015 [citado 11-05-2019]. Disponible en: https://www.ihan.es/.../01.Cuestionario_Autoevaluacion_hospital.pdf

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1. Diez pasos para una lactancia exitosa según la OMS y UNICEF (23)

The TEN STEPS to Successful Breastfeeding

Hospitals support mothers is best achieved by...

- 1 HOSPITAL POLICIES**
 - Implementing breastfeeding policies or laws
 - Leading by example: using evidence-based policies
 - Setting a limit on the use of formula for breast feeding
- 2 STAFF COMPETENCY**
 - Ensuring staff are receiving good training in breastfeeding
 - Assessing staff health, medical, and skills
- 3 ANTENATAL CARE**
 - Encouraging the pregnant woman to breastfeed
 - Preparing women to care for their baby
- 4 CARE RIGHT AFTER BIRTH**
 - Rooming-in: allowing mothers and babies to stay near other patients
 - Helping mothers and babies to get started with breastfeeding
- 5 SUPPORT MOTHERS WITH BREASTFEEDING**
 - Checking progress and addressing problems
 - Providing practical breastfeeding support
 - Helping mothers with common breastfeeding problems
- 6 SUPPLEMENTING**
 - Being only breast milk unless there are medical reasons
 - Ensuring a clear message on if/when supplement is needed
 - Helping mothers who feel it is necessary
- 7 ROOMING-IN**
 - Letting mothers and babies stay together day and night
 - Helping find and meet other breastfeeding mothers
- 8 RESPONSIVE FEEDING**
 - Helping mothers know when their baby is hungry
 - Not feeding breast-feeding babies
- 9 BOTTLES, TEATS AND PACIFIERS**
 - Controlled feeding can be used only if feeding is not working, and parents are distressed
- 10 DISCHARGE**
 - Helping mothers to continue to receive breastfeeding support
 - Working with external staff to provide breastfeeding support services

World Health Organization

unicef

6.2. Anexo 2: Solicitud para Gerencia de Atención Primaria

D^a, Grecia Cabello Acevedo, estudiante de 4^o año de Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con DNI 78649010 – G.

Expone:

Que, con motivo de llevar a cabo un proyecto de intervención educativa destinada a todas las mujeres embarazadas y a sus acompañantes del Área de Salud de Tenerife, para fomentar la práctica del contacto piel con piel con el recién nacido,

Solicita:

La autorización de la Gerencia de Atención Primaria para llevar a cabo este proyecto de intervención educativa dentro del Programa de Atención a la Salud Afectivo – sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R) incluyendo dos sesiones educativas dirigidas a fomentar la práctica del contacto piel con piel.

Agradeciendo de antemano su atención y esperando su respuesta, le saluda atentamente.

En Laguna, a 20 de mayo de 2019.

Fdo.:

Grecia Cabello Acevedo

6.3. Anexo 3: Consentimiento informado

El propósito de este consentimiento es informar a las participantes sobre finalidad de estas dos sesiones específicas sobre el contacto piel con piel de esta intervención educativa incluidas dentro del programa de preparación a la maternidad y a la paternidad del Programa de Atención a la Salud Afectivo – sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R) con una clara explicación, así como su rol como participantes en ella.

Si usted accede a participar en esta intervención educativa, se le pedirá responder a trece preguntas en un cuestionario relacionado con el tema indicado.

Así, yo _____ con DNI _____ presto libremente mi conformidad de participación en este proyecto de intervención educativa.

Se me ha informado sobre las bases y la estructura de este proyecto, y se garantiza la protección de mis datos personales.

Considero que tengo toda la información que necesito y se me ha permitido exponer todas las dudas sobre el proyecto de intervención educativa a la enfermera.

Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo revocar este consentimiento si así lo considero, sin que ello me afecte de ninguna manera.

En _____ a ____ de _____ de 20__.

Fdo.:

6.5. Anexo 5: Cuestionario contacto piel con piel

El propósito de este cuestionario es determinar el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre el contacto piel con piel precoz con el recién nacido, antes y después de la realización de la *“Intervención educativa sobre la aceptación positiva del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido”*. Es un cuestionario anónimo y confidencial.

1. El contacto piel a piel consiste en:

- a. Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito dorsal sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando hasta llegar al pecho.
- b. Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando hasta llegar al pecho.
- c. Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito supino sobre los brazos de la madre.

2. ¿El contacto piel a piel precoz se debe iniciar?

- a. En los primeros 30 minutos después del nacimiento.
- b. Después de la primera hora tras el parto.
- c. Después de las 24 h. después del nacimiento.

3. ¿Los niños nacidos de parto vaginal o de cesárea SIN anestesia general se colocan en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente tras el nacimiento y se anima a sus madres a mantener este contacto durante por lo menos una hora o más (a no ser que la situación clínica se lo impida)? (32)

- a. Sí.
- b. No.

4. ¿Los niños nacidos por cesárea CON anestesia general son colocados en contacto piel con piel con sus madre tan pronto como responden y están alertas y se ha seguido el mismo procedimiento? (32)

- a. Sí.
- b. No.

5. ¿Todas las madres reciben ayuda durante este tiempo para reconocer que sus bebés están listos para amamantar y se les ofrece ayuda en caso de que la necesiten? (32)

- a. Sí.
- b. No.

6. ¿Se anima a las madres con bebés ingresados en cuidados especiales a tenerlos en contacto piel con piel con ellas, excepto si haya alguna razón que justifique no hacerlo? (32)

- a. Sí.
- b. No.

7. El método de contacto piel con piel que se realiza en las unidades de cuidados neonatales se llama:

- a. Método piel con piel.
- b. Método bebés prematuros.
- c. Método madre canguro.

8. El contacto piel solo aporta beneficios a los recién nacidos.

- a. Sí.
- b. No.

9. Entre los beneficios del contacto piel con piel encontramos:

- a. Aumenta el tiempo de llanto del recién nacido.
- b. Mejora los niveles de glucosa del recién nacido, no favorece el inicio de la lactancia materna.
- c. Favorece la termorregulación del recién nacido, favorece el inicio y duración de la lactancia materna y contribuye a la involución uterina de la madre.

10. ¿El contacto piel a piel favorece el estimulación auditiva, táctil, olfativa y visual del RN?

- a. Sí.
- b. No.

11. ¿El contacto piel a piel aumenta los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés del RN?

- a. Sí.
- b. No.

12. ¿Es eficaz y seguro el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido para el buen inicio de la lactancia materna?


- a. Sí.
- b. No.

13. ¿Has practicado el contacto piel con piel con tu bebé alguna vez?


- a. Si
- b. No.

Muchas gracias por su colaboración.

6.6. Anexo 6: Folleto informativo sobre el contacto piel con piel.



CONTACTO PIEL CON PIEL



El postparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el desarrollo del **VÍNCULO MADRE-BEBÉ**.

EN LAS DOS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, la criatura se encuentra en alerta tranquila, es el llamado **PERIODO SENSITIVO**. El contacto piel con piel durante este tiempo ofrece una serie de ventajas tanto para su bebé como para usted:

EN EL BEBÉ

- Facilita el reconocimiento temprano del olor materno.
- Es importante para el vínculo con la madre y para el inicio de la lactancia.
- Se recuperan más rápidamente del estrés del parto.
- Normalizan antes su temperatura y otros parámetros como la glucemia (azúcar en sangre).

EN LA MADRE

- Disminuye el tamaño uterino (matriz) más precozmente.
- Aumenta la duración de la lactancia.

Por estos motivos es recomendable **NO SEPARAR** al bebé de su madre durante las dos primeras horas de vida, salvo por razones médicas.



Sin embargo, al ser un periodo de adaptación, su bebé debe ser vigilado con **ESPECIAL ATENCIÓN** durante las dos primeras horas, sobre todo si es su primer hijo/a.

Para ello:

- Usted debe estar colocada en posición semisentada.
- Aunque permanezca en contacto piel con piel, la nariz y/o la boca de su bebé deberán estar despejadas para que respire sin dificultad.
- Observe que su bebé tenga la piel caliente y sonrosada.

ANTE CUALQUIER DUDA CONSULTE CON UN/A PROFESIONAL