

“El contacto piel con piel y su relación con eventos no deseados en el recién nacido. Estudio de revisión.”

“Skin to skin contact and its relationship with undesired events on the newborn. Review study.”

Autoras: BLEDA PEÑA, CRISTINA

LOPEZ NAVARRO, MARIA CORTES

MENA LOPEZ, CARMEN ROSA



Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico,

ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información

sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro

es responsabilidad exclusiva de los autores.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-18564-12-3

Resumen

Antecedentes: La OMS recomienda el uso del contacto piel con piel por sus beneficios. En España, se emplea en el 27-29% de los recién nacidos. Sin embargo, este método no estaría exento de riesgos, los cuales se relacionarían con morbi-mortalidad en recién nacidos sanos.

Objetivos: Identificar si existe relación entre el empleo del contacto piel con piel en los recién nacido sanos y la aparición de eventos no deseados. Así como, determinar las características, factores de riesgo y protectores/ recomendaciones de dicha relación.

Metodología: Estudio de revisión, de aproximación sistemática, en las bases de datos PubMed, Elsevier y Dialnet. Se seleccionaron 12 estudios para dar respuesta a los objetivos planteados, localizados en los últimos 12 años. La búsqueda se llevó a cabo desde Septiembre-2019 hasta Abril-2020.

Resultados: Se observó la existencia de relación entre el empleo del contacto piel con piel y la aparición de eventos no deseados en el recién nacido sano. Fundamentalmente destacaron los eventos Sudden Unexpected Postnatal Collapse ($p<0,05$) y Apparent Life-Threatening Event ($p<0,05$). Las principales características identificadas, y consideradas también factores de riesgo, fueron: primiparidad ($p=0,001$) y posición prona del recién nacido requerida por el contacto piel con piel ($p=0,028$). Como principales factores protectores/ recomendaciones se observaron: monitorización del recién nacido durante las primeras 2 horas postnatales; observación regular madre-bebé durante el contacto piel con piel.

Conclusiones: El contacto piel con piel resultaría altamente beneficioso para el recién nacido, pero no estaría exento de riesgos (Sudden Unexpected Postnatal Collapse, Apparent Life-Threatening Event, etc.). Implementar la información/ formación del profesional enfermero, y de los padres y/o familiares resultaría fundamental para minimizar estos riesgos y la morbi-mortalidad asociada.

Palabras clave: contacto piel con piel, recién nacido, colapso neonatal, morbi-mortalidad, factores de riesgo, factores protectores.

Abstract

Backgrounds: The World Health Organization recommends the use of skin to skin contact for its benefits. In Spain, this method is used in the 27-29% of newborns. However, this method would not be exempt from risks, which would be related to morbi-mortality in healthy newborns.

Objectives: Identify the possible relationship between the use of the skin to skin in healthy newborns and the outcome of undesired events. Also, to determine the characteristics, risk factors and protective factors/ recommendations of this relationship.

Methodology: Review study of systematic approach, from PubMed, Elsevier and Dialnet databases. 12 studies were selected in order to answer to set out objectives, located in the past 12 years. The search was carried out from September 2019 to April 2019.

Results: Relationship between use of skin to skin method and the outcome of unwanted undesired events in healthy newborn was observed. Sudden Unexpected Postnatal Collapse ($p<0,05$) y Apparent Life-Threatening Event ($p<0,05$) events mainly highlighted. The main characteristics identified, and also considered risk factors, were: primiparity ($p=0,001$) and prone position of the newborn required for skin to skin contact ($p=0,028$). As principal protective factors/ recommendations were observed: monitoring of the newborn during the first 2 post birth hours of life; regular observation of mother-baby during skin to skin contact.

Conclusions: Skin to skin contact could be highly beneficial for the newborn, but would not be exempt from risks (Sudden Unexpected Postnatal Collapse, Apparent Life-Threatening Event, etc.). Implement the information/formation of the professional nurse and parents and/or family members would be essential to minimize these risks and the associated morbidity-mortality.

Palabras clave: skin to skin contact, newborn, neonatal collapse, morbi-mortality, risk factors, protective factors.

Índice

Resumen/ Abstract

1. Introducción	7
1.1. El contacto piel con piel en el recién nacido.	7
1.2. Eventos no deseados en el recién nacido y la práctica del CPP: morbi-mortalidad	9
1.3. Justificación.....	11
2. Objetivo/s	12
3. Metodología.....	13
3.1. Criterios de selección	13
3.2. Estrategia de búsqueda	14
3.3. Búsqueda de resultados	16
3.4. Extracción de datos	17
4. Resultados.....	18
4.1. Principales características de los estudios analizados	18
4.2. Relación entre el CPP y la presencia de eventos no deseados. Incidencia. Morbi-mortalidad	19
4.2.1. Eventos no deseados relacionados con la práctica del CPP. Incidencia.....	19
4.2.2. Secuelas neurológicas y mortalidad en el recién nacido asociadas a eventos no deseados y la práctica del CPP	20
4.3. Características y factores de riesgo asociados a la práctica del CPP y la presencia de eventos no deseados en el recién nacido.	22
4.4. Factores de protección frente a la aparición de un evento no deseado durante el CPP	27
5. Discusión	29
5.1. Fortalezas y limitaciones de trabajo	31
6. Conclusiones.....	32
7. Implicaciones para la práctica enfermera	33
8. Repercusión 1 y 2	33
9. Referencias Bibliográficas.....	39
Anexos	43
Anexo I. Tabla 1. Tabla de evidencia de artículos seleccionados para la revisión: año del estudio, autor/-es, nombre del estudio, país de realización, tamaño de la muestra/características y objetivo/-s de estudio.....	43
Anexo II. Tabla 2. Tabla de evidencia de artículos seleccionados para la revisión: año del estudio, autor/es, resultados, conclusiones, tipo de estudio, nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR)	46
Anexo III. Díptico informativo	50

Índice de abreviaturas

Abreviatura	Significado
ALTE/EAL	Apparent Life-Threatening Event (Evento Aparentemente Letal)
ASSB	Accidental Suffocation and Strangulation in Bed (Asfixia Accidental y Estrangulamiento en Cama)
CPP	Contacto Piel con Piel
RN	Recién Nacido
SID	Sudden Infant Death (Muerte Súbita del Lactante)
SMS	Síndrome de Muerte Súbita
SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
SUDI/SUID	Sudden Unexpected Death in Infancy (Muerte Súbita Inexplicable en la Infancia)
SUEND	Sudden Unexpected Early Neonatal Death (Muerte Súbita Inexplicable Neonatal Temprana)
SUPC	Sudden Unexpected Postnatal Collapse (Colapso Postnatal Súbito e Inesperado)

1. Introducción

1.1. El contacto piel con piel en el recién nacido.

La separación de la madre y del bebé tras el nacimiento sigue siendo una práctica habitual en el medio hospitalario, a pesar de que el contacto piel con piel (CPP) sea un derecho reconocido y recomendado por la OMS¹.

Asimismo, el CPP es definido por la OMS como: la colocación del bebé en posición prona en el abdomen o pecho de la madre sin ropa que los separe. Se recomienda su práctica tan pronto como sea posible después de su nacimiento².

Sin embargo, no existe una definición consensuada del método CPP, a pesar de existir diferentes entidades/ organismos que recomienden su práctica como podemos contemplar en la Figura 1. Todo ello, dificulta la existencia de guías de práctica universales para dicho método¹.

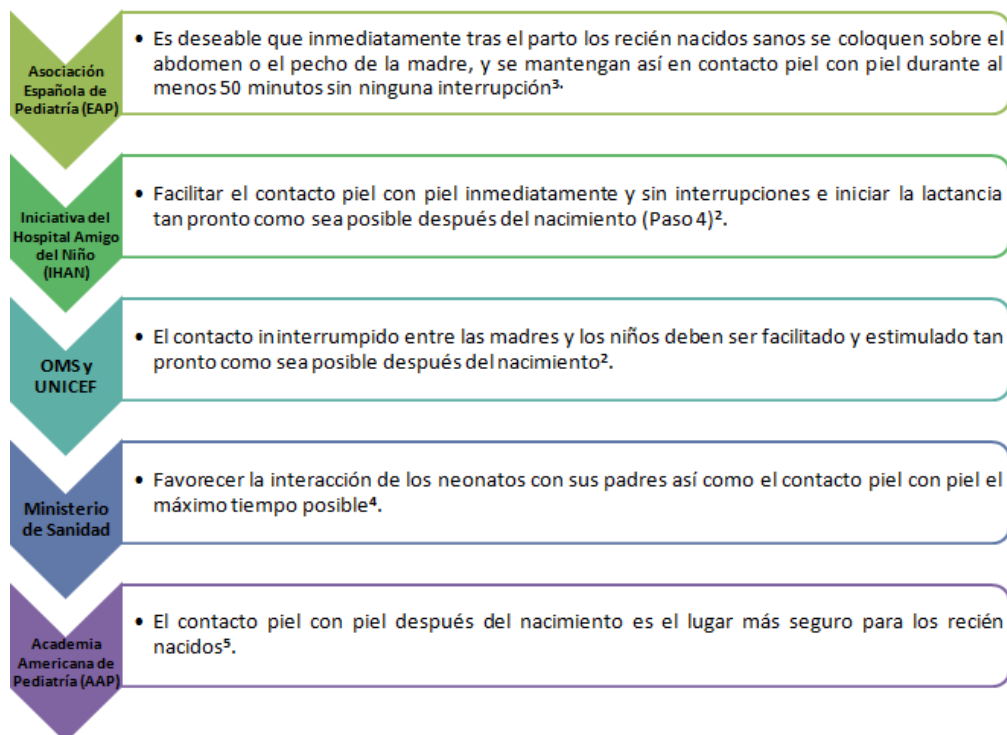


Figura 1. Recomendaciones sobre el CPP en diferentes organismos.
Fuente. Elaboración propia.

Igualmente, el CPP puede identificarse también asociado al término conocido como Método Madre-Canguro, pero este último, engloba tanto a los recién nacidos (RN) prematuros como a los nacidos a término². A diferencia del CPP, que hace referencia a los RN a término (nacidos entre la 37-42 semanas de gestación). Sin embargo, algunos estudios emplean ambos términos de manera sinónima.

De esta manera encontramos cifras de prevalencia a nivel mundial en cuanto al empleo del método CPP, y se observa que arrojan cifras muy dispares. Pues, según un reciente estudio este oscila desde el 1% hasta un 98% en función del país en el que nos encontremos y, posiblemente, asociado al nivel socioeconómico. En el caso de España, esta prevalencia se encuentra situada entre el 27% y el 29% (Figura 2).¹

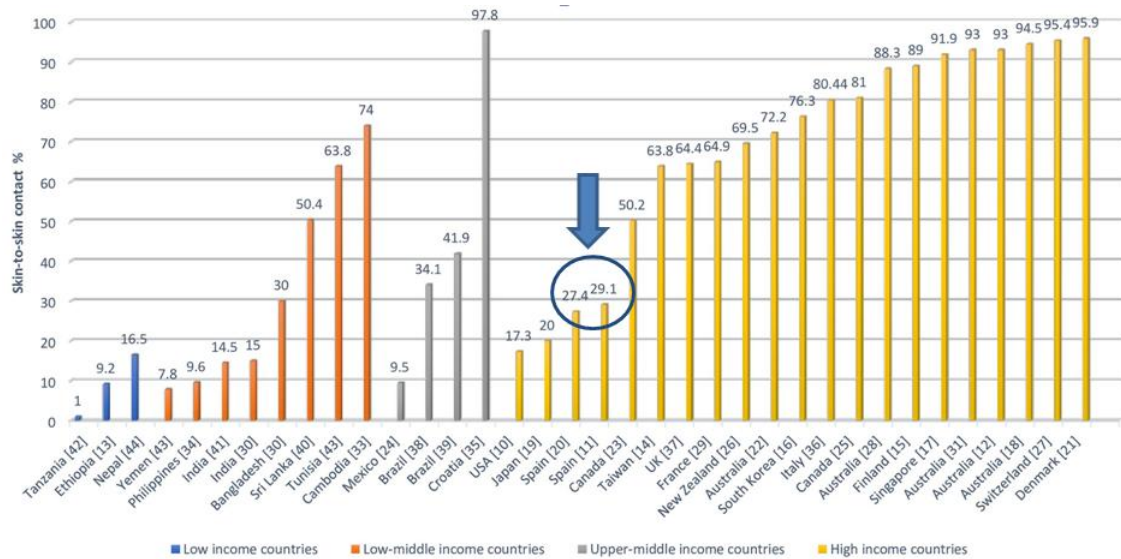


Figura 2. Prevalencia mundial de contacto piel con piel durante la primera hora después del nacimiento. Fuente: Abdulghani N, Edvardsson K, Amir L. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. PLoS One. 2018; 13: e0205696.

Si bien, son diferentes los beneficios atribuidos al método del CPP para la diada madre-hijo, entre los cuales se podrían encontrar la mejora de la estabilidad cardio-respiratoria, facilita el reflejo de búsqueda natural del RN, mejora en la calidad de la relación materno-filial, disminución del estrés fisiológico y el dolor, mejora del sueño, reduce el llanto, mayor éxito en lactancia, facilita el control térmico...^(1,2)

1.2. Eventos no deseados en el recién nacido y la práctica del CPP: morbi-mortalidad.

Las tasas a nivel mundial de mortalidad en niños menores de 5 años se han reducido de 77/1.000 nacidos vivos en el año 2.000, a 39/1.000 nacidos vivos en 2017. Por tanto, se estima que 5,4 millones de niños menores de 5 años murieron en 2.017, de los cuales 2,5 millones ocurrieron en la etapa neonatal⁶. Se destaca que estos niños mueren por causas asociadas con la falta de calidad en la atención al nacer, ya que tres cuartas partes tienen lugar en los primeros 7 días de vida y sobre todo en las primeras horas postparto⁷.

Tal y como se indica en el punto anterior, son múltiples los beneficios atribuidos al CPP en los RN^(1,2). Sin embargo, también se ha observado que ésta práctica puede estar relacionada con eventos no deseados o perjudiciales para el RN sano, y que a menudo cursan con morbilidad, concluyendo en diagnósticos de parálisis cerebral, o en su caso mortalidad⁸. Además, a la hora de clasificar este tipo de eventos, se ha observado que los estudios los catalogan utilizando diferentes términos cuando se habla de posibles desenlaces fatales relacionados con la aplicación del CPP en un RN sano (Figura 3).

De este modo, diferentes estudios muestran que 1/3 de eventos (SUPC) asociados a morbi-mortalidad y a la vez relacionados con el CPP, tienen lugar durante las 2 horas post nacimiento; 1/3 entre las 2 y 24 horas postnacimiento; y el resto de casos tienen lugar entre 1 y 7 días de vida. De los casos registrados, el 50% fallecen. De los que sobreviven, casi la mitad presentará secuelas neurológicas⁸.

Así, desde la puesta en práctica del CPP, se ha observado un incremento de los distintos eventos (Figura 3), es por ello que distintas investigaciones sugieren que podría existir una relación entre el empleo del CPP y la aparición de este tipo de eventos.

Debido a ese aumento, aunque el estándar de oro utilizado constantemente sea APGAR, se han desarrollado otras herramientas, de las cuales la más relevante es RAPPT (Respiración, Actividad, Perfusión, Posición, Tono), diseñada para evaluar al RN cuando está en CPP. El ítem correspondiente a posición valora la visibilidad de boca y/o nariz, la posición del cuello y situación de la cara⁵.



Figura 3. Términos utilizados en diferentes estudios y que concluyen en eventos no deseados durante el CPP.
Fuente. Elaboración propia.

1.3. Justificación.

El/la profesional de enfermería tiene un papel destacado como educador en salud, tanto para la promoción de la salud como para la prevención de problemas de salud y/o eventos perjudiciales en la población.

En el caso del establecimiento del método del CPP, presenta una función muy destacada, pues, ha puesto de manifiesto que presenta efectos muy beneficiosos para el niño y su madre⁵. Pero, se trata de un método que no parece estar exento de posibles complicaciones según la evidencia disponible. Estas potenciales complicaciones deberían ser conocidas y tenidas en cuenta por los/las profesionales de enfermería implicados en el cuidado de esta población.

Por todo lo anteriormente expuesto, se ha considerado de interés desarrollar el presente trabajo de revisión con aproximación a una revisión sistemática, para permitir conocer y profundizar en la mejor y más actualizada evidencia científica disponible en cuanto a la posible relación existente entre la aplicación del citado método y la presencia de eventos con desenlaces perjudiciales/ dañinos o incluso fatales para el RN sano, así como, para identificar potenciales factores asociados, evitar su aparición y facilitar el correcto manejo del CPP por parte del profesional de enfermería. Puesto que el/la profesional de enfermería se encuentra estrechamente vinculado al citado método del CPP, tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario. Tanto desde la perspectiva del enfermero/-a generalista, como del especialista.

2. Objetivo/s

Dado lo expuesto con anterioridad, mediante el presente estudio de revisión centrado en la más actualizada evidencia científica disponible y accesible, se ha pretendido como objetivo principal, identificar la posible relación existente entre la puesta en práctica del método CPP en los RN sanos, y la presencia de eventos no deseados asociados a la citada práctica, fundamentalmente asociados a morbi-mortalidad.

A modo de objetivos secundarios, se pretendió:

- Conocer las principales características y factores de riesgo asociados a la relación existente entre la aplicación del CPP y la presencia de eventos no deseados en los RN.
- Determinar los factores protectores/recomendaciones para tratar de evitar la aparición de eventos no deseados relacionados con el empleo del CPP en el RN.

3. Metodología

El presente trabajo de revisión, con aproximación a la revisión sistemática, ha sido llevado a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)⁹, en la medida de las posibilidades y teniendo en cuenta el objeto del mismo. De este modo, se ha intentado asemejarse en todo lo posible a un trabajo de revisión sistemática estricto, aunque exista la posibilidad de que no se haya podido alcanzar tal rigurosidad pautaada por las citadas recomendaciones.

3.1 Criterios de selección.

Criterios de inclusión establecidos para la selección de los artículos incluidos en la presente revisión:

- Textos originales publicados en idioma español o inglés.
- Artículos de estudios con acceso a texto completo.
- Artículos de estudios a nivel mundial.
- Artículos de estudios publicados en los últimos 12 años.
- Artículos de estudios de abordaje metodológico cuantitativo.
- Artículos de estudios centrados en RN sanos a término, donde se estudie la relación entre el CPP y la presencia de eventos perjudiciales/ no deseados para el RN. Estos estudios abarcaron el periodo desde su nacimiento hasta el primer mes de vida, entendido este como periodo neonatal (0-28 días de vida). El CPP definido como establece la OMS² y habiéndose considerado RN sano, aquel cuyo APGAR sea ≥ 7 a los 5 minutos del nacimiento.
- Artículos de estudios que traten de eventos relacionados con la morbilidad y/o mortalidad en el RN sano en relación a la práctica del CPP. Así como, donde se estudiaban características, factores (de riesgo y protección) relativos a dicha relación y/o incluían recomendaciones al respecto.

Criterios de exclusión de artículos con las siguientes características:

- Artículos de estudios en los que a pesar de centrarse en la población estudiada, el evento no se relacionaba con la práctica del CPP.
- Artículos de estudios en los que el RN no mostró adaptación a la vida extrauterina.
- Artículos de estudios con diagnósticos prenatales de anomalías cromosómicas o malformaciones mayores.
- Artículos de abordaje metodológico cualitativo.
- Artículos centrados en estudios que finalmente no cumplieron los objetivos de la presente revisión.

3.2 Estrategia de búsqueda.

El presente estudio de revisión ha sido llevado a cabo a partir de la formulación de una pregunta de investigación mediante el formato PICO¹⁰. La pregunta de la que parte nuestro objetivo principal ha sido: ¿existiría relación entre el empleo del contacto piel con piel y la presencia de eventos perjudiciales en el recién nacido sano? Del mismo modo, y en relación a los objetivos secundarios planteados, las preguntas serían: ¿qué características y factores de riesgo se encontrarían relacionados con el empleo del contacto piel con piel y la presencia de eventos no deseados en el recién nacido? Y ¿qué factores de protección/ recomendaciones podrían identificarse en relación a dicha asociación?

Los recursos bibliográficos y bases de datos consultadas han sido: Google Académico, Cochrane, CUIDEN, CINAHL, Medes, etc. Sin embargo, las bases de datos/recursos finalmente seleccionados para el desarrollo del presente trabajo fueron PubMed, Elsevier y Dialnet.

Los términos MeSH (Medical Subject Heading) empleados para la búsqueda serían los siguientes: “Kangaroo-Mother Care Method” (Método de Cuidado Madre Canguro), “Infant, Newborn” (Recién nacido), “Risk Factors” (Factores de Riesgo), “Protective Factors” (Factores Protectores). Los términos DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) manejados han sido: “Método Madre-Canguro”, “Recién nacido”, “Factores de Riesgo”, “Factores Protectores”. También se ha utilizado un lenguaje libre: “Skin-to-skin contact” o “Contacto piel con piel”, “Neonatal collapse” o “Colapso neonatal”, “Morbi-mortality” o “Morbi-mortalidad”. Así, para enlazar los diferentes componentes de nuestra pregunta según PICO¹⁰, ha sido necesario emplear los operadores booleanos “AND” y “OR”. De este modo, la estrategia seguida ha sido la que se muestra a continuación (Figura 4).

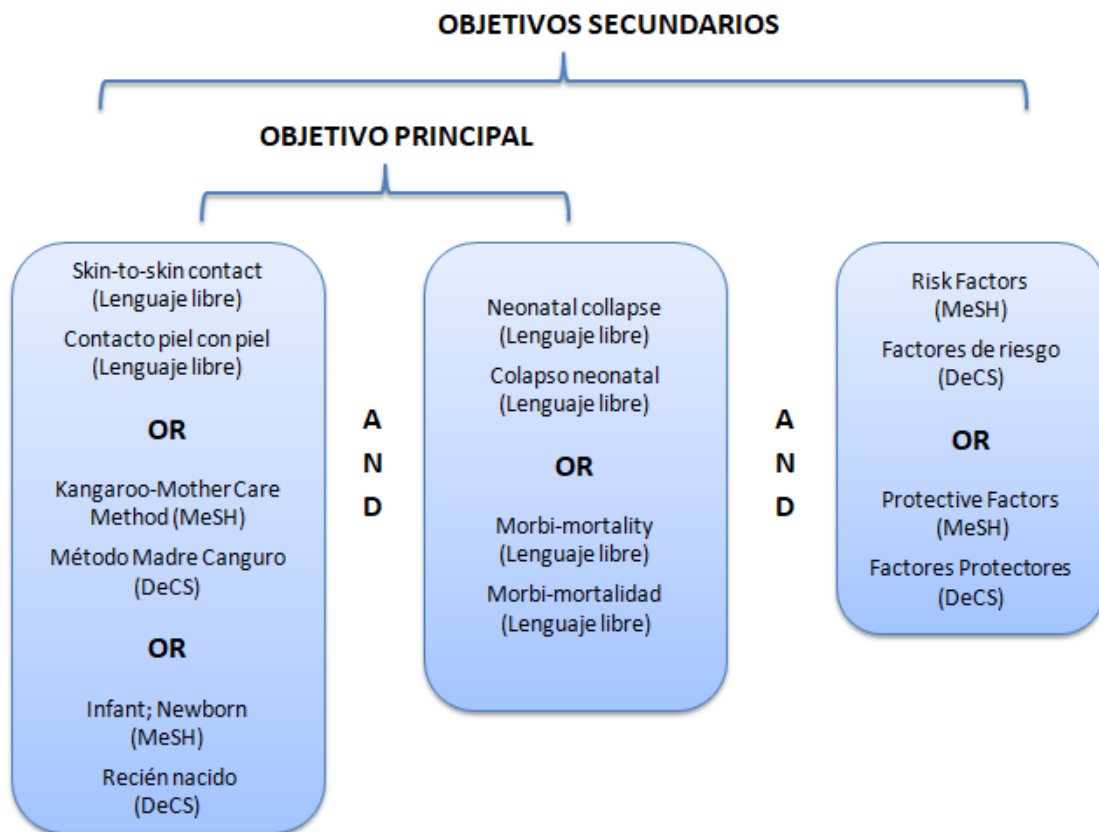


Figura 4. Estrategia de búsqueda empleada.
Fuente. Elaboración propia.

3.3 Búsqueda de resultados.

Tal y como se muestra en el diagrama de flujo (Figura 5), de manera inicial se obtuvieron un total de 532 artículos en las diferentes bases de datos y recursos bibliográficos seleccionados. Tras la eliminación de los artículos duplicados (108) entre las diferentes bases de datos, se mantuvieron 424 estudios. Tras un cribado aplicando los criterios de selección a nivel de Título y Resumen/Abstract, fueron eliminados 396 y seleccionados 28 artículos para su evaluación a texto completo con la aplicación de los citados criterios. Finalmente, se seleccionaron 12 estudios para llevar a cabo la presente revisión y que permitieron dar respuesta a los objetivos planteados.

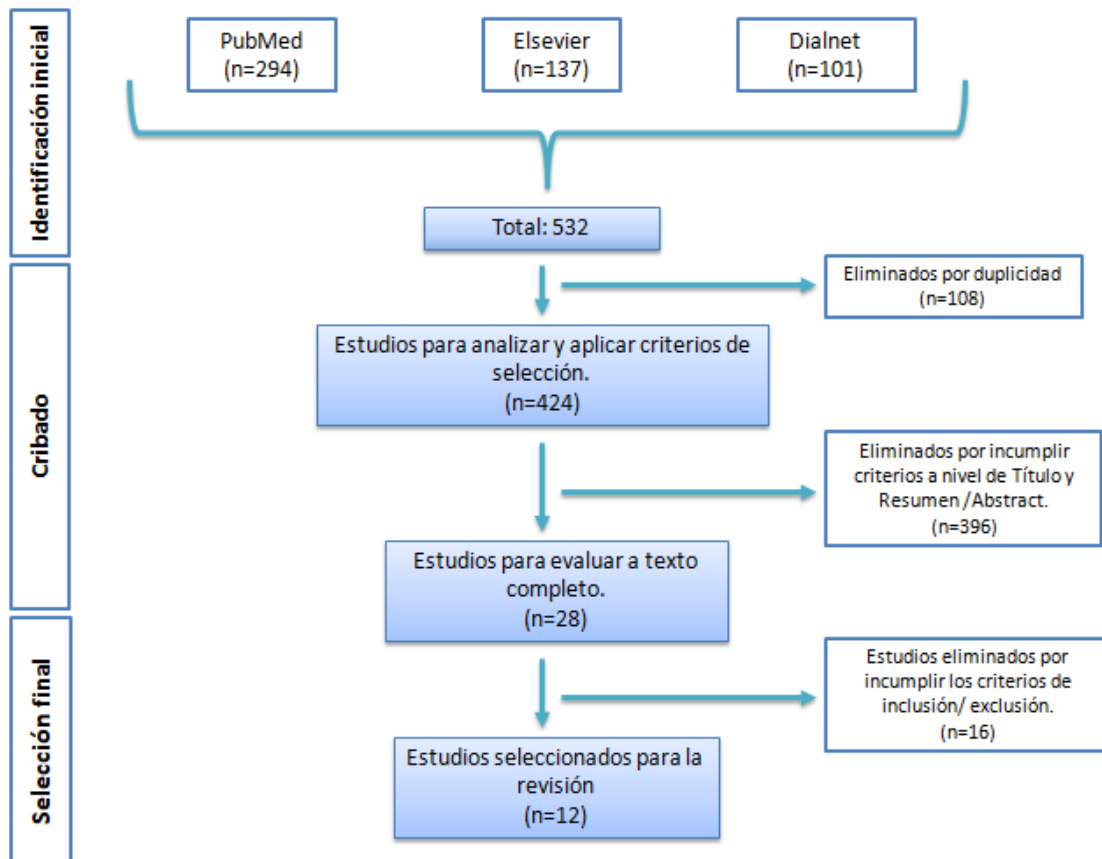


Figura 5. Diagrama de flujo de selección de estudios.
Fuente. Elaboración propia.

3.4 Extracción de datos.

Para un mejor manejo de los datos, se elaboraron 2 tablas de evidencia a modo de resumen. Dichas tablas contienen los principales datos de los estudios seleccionados para la revisión.

La primera de las tablas contiene los siguientes datos: año del estudio, autor/autores, nombre del estudio, país de realización, tamaño/ características de la muestra y objetivo/-s de cada uno de los estudios (Anexo I). La segunda de las tablas incluye: año del estudio, autor/es, resultados, conclusiones, tipo de estudio, nivel de evidencia y grado de recomendación según SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)¹¹ (Anexo II).

4.Resultados

4.1 Principales características de los estudios analizados.

El número total de estudios seleccionados en el presente trabajo ha sido de 12, los cuales se clasificaron en: 6 estudios longitudinales prospectivos⁽¹²⁻¹⁷⁾, 2 estudios longitudinales retrospectivos^(18,19), 2 estudios de casos y controles^(20,21) y 2 estudios de tipo informes de casos^(22,23) (Anexos I y II).

En cuanto a los tamaños muestrales de los estudios incluidos, estos fueron muy variables pues, los mismos abarcan desde la inclusión de 3 casos²² hasta un estudio con una muestra de 858.466 RN¹⁶.

Asimismo, casi todos los estudios focalizaron su atención en las primeras horas de vida del RN^(15-17, 19-23), incluyendo también estudios en la primera semana de vida^(12,14,18) y meses de vida del RN⁽¹³⁾.

En cuanto al país, los estudios se desarrollaron en su mayoría en Europa: España¹⁹, Francia^(17,23), Italia^(12,20), Suecia¹⁵, Austria²², Alemania²¹ y Reino Unido¹⁶. Así como, en EE.UU¹³, Australia¹⁴ y Japón¹⁸.

Siendo así la mayor parte de los estudios observacionales prospectivos y retrospectivos con un nivel de evidencia de 2++/2+⁽¹²⁻²¹⁾; mientras que el resto pertenece a 2 estudios de tipo serie de casos, cuyo nivel de evidencia corresponde a 3^(22,23). En cuanto al grado de recomendación fue de B/C⁽¹²⁻²¹⁾ en 10 de los estudios; y D^(22,23) en otros 2.

4.2 Relación entre el CPP y la presencia de eventos no deseados. Incidencia. Morbi-mortalidad.

Los estudios seleccionados para llevar a cabo el presente trabajo, ponen de manifiesto que desde que se inició la práctica del CPP, además de los diferentes efectos beneficiosos que han sido ampliamente abordados por otros autores, también se podría estar produciendo un incremento significativo de distintos eventos perjudiciales/ no deseados para los RN¹⁷ (Figura 3). Los cuales, se asociarían con un incremento de la morbilidad (discapacidad severa en el desarrollo neurológico)¹⁴ y/o mortalidad del recién nacido sano¹².

Los estudios analizados se centraron en valorar distintos eventos no deseados relacionados con la práctica del CPP en los RN y que detallamos a continuación: SUPC^(12,13,15-18), SID^(15,20,21), SUID/ SUDI^(13,22), SMSL⁽¹³⁾, SMS⁽¹⁹⁾, ASSB¹³, SUEND⁽¹⁴⁾ y ALTE/ EAL^(14,15,17,19,21,23).

4.2.1 Eventos no deseados relacionados con la práctica del CPP. Incidencia.

La incidencia de eventos no deseados relacionados con la práctica del CPP, varía mucho de unos estudios a otros y según sea catalogado el mismo. Aunque, en su mayoría, y como también ya se ha visto previamente, son eventos finalmente asociados a morbi-mortalidad en el RN.

Es por ello que, encontramos tasas en este caso tasas de SUPC en Suecia de 0,38/ 1.000 recién nacidos¹⁵. En Reino Unido, la incidencia sería de 0,035/ 1.000 recién nacidos¹⁶. Otro de los estudios realizado en niños que desarrollaron parálisis cerebral en Japón, encontró que 45 sujetos (3,8%) sufrieron SUPC al nacer, de los cuales 10 se encontraban realizando el CPP en el momento de aparición del SUPC¹⁸. Igualmente, se recoge en uno de los estudios referente al evento ALTE, una tasa de incidencia de 0,034/ 1.000 recién nacidos²³, siendo en el caso de otro estudio realizado en España de 0,74/ 1.000 recién nacidos, aumento significativo desde la instauración del CPP¹⁹. En el

caso del evento SID, se observó en uno de los estudios, que de 22 casos registrados de SID, 10 ocurrieron durante el desarrollo del CPP²⁰. Además, en lo que al evento SUID se refiere, en un estudio desarrollado en EE.UU entre los años 1995 y 2014 se identificó una tasa de incidencia de SUID neonatal de 0,11/ 1.000 recién nacidos, así el SUID en el neonato aumentó de un 9% (1995) a un 13% (2014). Como resultado del estudio, la proporción de SUID neonatal aumentó en un 22%¹³. En otro estudio desarrollado en Australia, la tasa de incidencia fue de 0,12/ 1.000 recién nacidos²². Y, en relación al evento ASSB, se observó en un estudio realizado en EE.UU (1995-2014), un aumento en el periodo neonatal de 2,1% a 22,7%, así, el evento ASSB era significativamente mayor en 2014 comparado con 1995 ($p < 0,001$; OR [IC95%]=9,7 [8,1-11,7])¹³.

Por otro lado, varios estudios abordaron ciertos eventos de manera conjunta. De este modo, en cuanto a ALTE y SUPC se refiere, según un estudio realizado en Francia, se encontró una tasa de incidencia de 0,032/ 1.000 recién nacidos¹⁷. En relación a la presencia de SUEND y ALTE, se observó una tasa de incidencia de 0,056-0,38/ 1.000 recién nacidos en un estudio desarrollado en Australia¹⁴. Además, en un estudio Alemán, donde se estudió SID y ALTE, se objetivó una tasa de incidencia de 0,026/ 1.000 recién nacidos en sus primeras 24 horas de vida²¹. Finalmente, y con respecto a la presencia de SMS y EAL, en un estudio desarrollado en España, también se valoró el cambio de tasas de los últimos 35 años a nivel hospitalario de SMS y EAL, repartiendo estos años de estudio en 4 periodos, y observando que la diferencia del último periodo estudiado con los periodos anteriores fue significativamente superior ($p = 0,00000$; RR [IC: 95%]=13 [4,4-41]) vs ($p = 0,02$; RR [IC: 95%]=2,7 [1,6-6])¹⁹.

4.2.2 Secuelas neurológicas y mortalidad en el recién nacido asociadas a eventos no deseados y la práctica del CPP.

La mortalidad y/o secuelas neurológicas se estudia en diversos artículos como consecuencia de determinados eventos vistos previamente^(13,14,16,17,19,20,22,23).

En cifras relativas a la presencia de secuelas neurológicas y/o mortalidad registrada de los eventos estudiados en relación al CPP, y concretamente en relación al evento

SUPC, en un estudio desarrollado en Reino Unido se registró una tasa de 0,01/ 1.000 recién nacidos. Además, de 45 casos recogidos de SUPC, 30 corresponden a niños sanos al nacer, de estos 5 fallecieron y otros 5 obtuvieron un resultado neurológico anormal¹⁶. En relación a otro estudio referente al evento ALTE, de 6 casos registrados, en el 50% se produjo el fallecimiento. Asimismo, el estudio refleja una tasa de mortalidad de 0,017/ 1.000 recién nacidos²³. También, en cuanto al evento SUID se refiere, en el estudio realizado en EE.UU (SUID incluye en este estudio SUPC, SMSL y ASSB), se indica que los registros de defunción en cuanto a SUID neonatal dentro de los 6 primeros días de vida aumentaron significativamente un 29,2%. Además, refleja un aumento de un 25% en SMSL en el primer mes de vida¹³. Por su parte, otro estudio realizado en Australia, los casos de SUID representan un 11% de la tasa total de mortalidad neonatal. En este estudio se recogieron 3 casos, de estos todos fallecieron²².

De igual modo, y en relación a los estudios que abordan eventos de manera conjunta, en un estudio que recoge ALTE y SUPC, se objetivó la existencia de 1 caso de parálisis cerebral durante su periodo de estudio de 1 año¹⁷. En lo que respecta a SUEND y ALTE, abordado en otro de los estudios, reflejó que de los 19 casos relacionados con el CPP sobre un total de 48 estudiados, se produjo el fallecimiento en 6 casos¹⁴. Y, en lo que concierne a EAL y SMS, según un estudio desarrollado en nuestro país, se registraron 8 casos, de los cuales 1 cursó con fallecimiento, otro sufrió encefalopatía hipóxica, y otro parálisis cerebral¹⁹.

No obstante, la tasa de mortalidad no apareció registrada en varios estudios^(12,15,21). Lo cual, podría atribuirse a que los estudios seleccionaron directamente a niños que sufrieron SUPC al nacer¹⁸ o casos de fallecidos por SID²⁰, para solo identificar las características que rodeaban dichos eventos.

4.3 Características y factores de riesgo asociados a la práctica del CPP y la presencia de eventos no deseados en el recién nacido.

A continuación se recogen las distintas **características** que los diferentes estudios analizados reflejan y que, en ciertos casos podrían relacionarse con la presencia de los eventos estudiados y la práctica del CPP.

► Lugar de registro del evento no deseado

Los eventos se desarrollaron mayoritariamente en hospitales^(13,14,16,19,21,22) o más concretamente en las salas de partos de los mismos^(12,15). También, en maternidades pertenecientes al Hospital¹⁷. Así como, en otro de los estudios, el 66,7% de los nacimientos tuvo lugar en Hospitales y el resto (33,3%) en clínicas privadas¹⁸. Finalmente, 2 de los estudios no muestran el ámbito de desarrollo^(20,23).

► Posición adoptada por la madre durante el CPP

Se observó que en la práctica totalidad de los estudios este dato no se recogió⁽¹³⁻²³⁾, excepto en uno realizado en Italia. Y, reflejó que entorno al 50% (2012) y al 25% (2016) de las madres adoptaron la posición que consideraron más cómoda para ellas, por tanto, esta variable fue no significativa ($p=0,45$; OR [IC: 95%]=0,5799 [0,2004-0,5799]). Otras de las posturas fueron posición supina y la de parcialmente sentadas¹².

► Inicio y duración del CPP

Esta característica ha sido poco abordada por los estudios analizados, así, uno de ellos realizado en Italia, objetivó que la práctica del CPP comenzó entre los 0-5 minutos tras el nacimiento ($p=0,84$; OR [IC: 95%]= 1,167 [0,5403-2,416]), y que el CPP duró tanto como la madre quiso ($p=0,98$; OR [IC:95%]= 0,8974 [0,3765-2,139]), sin especificar el tiempo total¹², aunque ello no fue significativo. También, otro estudio realizado en Francia, reflejó que la duración del CPP era variada, siendo frecuentemente inferior a 60 minutos, y sometida a gran variabilidad¹⁷. Y, en uno de los estudios, se observó que el CPP se realizó tras valorar por examen físico al RN con resultado normal²³.

► Momento/ hora de ocurrencia del evento

Uno de los estudios analizados reflejó que el 56% de SUPC sucedieron entre las 21:00-8:59 h¹⁶. Y, en un estudio realizado en España, el 75% de los casos de EAL, ocurrieron entre las 22:00 y las 8:00 h¹⁹. Finalmente, en un estudio Japonés, de 10 casos registrados de SUPC, 8 se presentaron entre las 5:00-9:00 horas¹⁸. El resto de los estudios no registró la hora en la que se produjo el evento^(12-15,17,20-23).

► Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la aparición del evento durante el CPP

Otro de los estudios, reflejó que, alrededor del 60% de SUPC, tienen lugar en las 2 primeras horas de vida¹⁵. Así como, otro estudio que recoge los SUPC que aparecen dentro de las primeras 12 horas de vida, apareciendo el 73% en las 2 primeras horas de vida¹⁶. También, en el caso de Japón, todos los casos de SUPC ocurrieron en los primeros 117 minutos de vida del RN. Para el evento ALTE, todos los casos sucedieron dentro de las primeras 2 horas de vida, entre los 30 minutos y los 120 minutos de vida²³. En el caso del evento SID, se recoge un estudio Italiano en el que todos los casos ocurrieron dentro de las 4 primeras horas de vida²⁰. En cuanto al evento EAL, recogido en este caso en el estudio Español, todos los RN tenían más de 30 minutos de vida, y sólo uno más de una hora (90 minutos)¹⁹. Además, en relación al evento tipo SUID, el 29,2% se producen en los 6 primeros días de vida, correspondiendo el 14,8% al día uno y un 7% a la primera hora de vida. Así pues, los RN en el periodo neonatal representan un 60,1% de los SUID en los primeros 6 días de vida¹³. Siendo en el estudio realizado en Austria, del 100% de casos recogidos dentro de las 4 primeras horas de vida²².

Para eventos estudiados de manera conjunta, los eventos ALTE y SUPC en un estudio desarrollado en Francia, ocurrieron dentro de las 2 primeras horas de vida de los RN¹⁷ y en lo que respecta, a los eventos tipo SUEND y ALTE, todos los casos ocurrieron dentro de los 3 primeros días de vida del RN¹⁴. De manera semejante ocurre para los eventos, SID y ALTE, donde más de la mitad de los eventos se produjeron dentro de las 2 primeras horas postparto²¹.

► Características maternas: estado de salud, identificación del evento, tipo de parto, primiparidad

Se observó que los estados de salud de las madres, a menudo no se estudiaron^(12-14,17,19). O bien, simplemente se refirió que todas las madres estaban sanas y presentaron partos sin incidencias¹⁵, que ninguna de ellas padecía enfermedades crónicas²² o bien que su estado mental era favorable¹⁶. Así, entre los datos relativos al estado de salud de las madres, se registró el IMC^(18,22), hipertensión gestacional^(16,18) y si presentaban o habían presentado hábito tabáquico²⁰. Sin embargo, aunque fueron registrados tales datos, no resultó posible relacionar las anteriores características con un mayor número de eventos perjudiciales, dado el bajo número de datos registrados.

Otra característica relativa a las madres, es si la madre era capaz de identificar la presencia de alguno de estos eventos en su RN. Así, en cuanto al evento SUPC, la madre reconoció el mal estado de su bebé en 1/3 de los casos, siendo reconocido tal estado en el 75% de los casos, si la madre se encontraba acompañada por el padre u otro familiar¹⁶. Otro de los estudios, 8 de 10 madres no se dieron cuenta del colapso de su bebé, hasta que fueron alertadas por el personal sanitario¹⁸. En cuanto a SUDI, en ninguno de los casos recogidos la madre es consciente de la situación²². Finalmente y estudiados SID y ALTE de manera conjunta, la madre no fue capaz de identificarlo en más del 50% de los casos (más de 2/3 del total de los casos en CPP)²¹. No siendo recogido tal dato en el resto de los estudios^(12-15, 17, 19, 20,23).

También, se observó que en la mayoría de los casos en los que se produjeron eventos asociados al CPP el tipo de parto fue vaginal. Así, de los estudios analizados, en 3 de ellos el 100% de estos eventos se registraron en partos vaginales^(17,22,23). También, se recogieron altos porcentajes en un estudio desarrollado en Australia con el 67% de partos vaginales, 25% de cesáreas, 6% de partos asistidos (fórceps) y 2% de partos no documentados¹⁴. Otro de los estudios desarrollado en Suecia, registró 22 de 26 partos vaginales¹⁵. Y, en un estudio realizado en el Reino Unido las cifras correspondieron a 21 de 30 partos vaginales¹⁶. En el caso del estudio realizado en España, en su mayoría fueron partos vaginales, salvo el 12,5% que se registró que cursaron con cesáreas¹⁹.

Por último, un estudio de casos y controles reflejó porcentajes de partos vaginales del 84% de los casos y el 73% de los controles ($p=0,179$; OR [IC: 95%]=2,22 [0,69-7,09]), no significativo en este caso²¹. El resto de los estudios no recoge este dato^(12,13,18,20).

Otro rasgo estudiado ha sido si las madres eran primíparas (primer parto de la mujer). Así, fueron diversos los estudios en los que se observaron mayores porcentajes de madres primíparas^(14-19,21-23). Uno de los estudios realizados en Francia, el 90% corresponde a primíparas¹⁹. En el realizado en España, 6 de 8 casos de EAL corresponde a madres primíparas¹⁹. Así como, un estudio de casos y controles realizado en Alemania que refiere un 81% de los casos y un 47% de los controles pertenece a primíparas (no es posible saber el porcentaje correspondiente al CPP, pero sí que más de 2/3 de los casos se produjeron en CPP) ($p= 0,001$; OR [IC: 95%]=6,22 [2,11-18,32])²¹. No siendo recogido tal dato en el resto de los estudios^(12,13,20).

► Relación entre eventos no deseados y sexo del RN

Varios son los estudios que recogen la variable sexo del RN, sin embargo, los resultados sugieren que el sexo no era un factor de riesgo para los RN^(15,22), ya que no proporcionó resultados estadísticamente significativos²⁰ ($p=0,165$; OR [IC= 95%]=0,51 [0,20-1,32]²¹).

En cuanto a porcentajes se refiere, se recogen en sexo masculino un 49%¹⁶, 52%¹⁹, 57,8%¹⁸, 59,1%²⁰, siendo reflejados en sexo femenino 40,9%²⁰ y 48%¹⁹. Por otro lado, relativo al estudio realizado en España, de los 8 casos de EAL, 6 corresponden al sexo femenino y 2 al sexo masculino, sin embargo el estudio lo atribuye a simple azar¹⁹.

► Presencia de profesionales sanitarios durante el CPP y/o la aparición del evento

Se observó en uno de los estudios seleccionados, que el personal sanitario no estaba presente de forma continuada en 15 de 28 salas de parto estudiadas en 2012 y en 16 de 26 salas de parto estudiadas en 2016¹². En otros estudios las madres y RN no estaban siendo vigilados¹⁶ u observados²³ durante el CPP por el personal sanitario antes de la aparición del evento^(16,23), o cuando aparece, madre y bebé se encuentran solos en la sala de partos^(17,18).

► Educación/ formación destinada a los padres

Fue posible contemplar en un estudio realizado en Italia que los padres fueron instruidos sobre el CPP en la mayoría de los casos (75%), sin embargo no fueron informados sobre los signos de alerta en más de la mitad de los casos¹². También, podemos percibir en el estudio realizado en Japón que, sólo 2 de 10 casos habían sido informados sobre los signos de alerta relativos a la posible aparición de un evento¹⁸. El resto de los estudios no recogió dicha información^(13-17,19-23).

Así pues, los estudios seleccionados y en concordancia con las características recogidas anteriormente, se recogen como posibles **factores de riesgo** en relación a la aparición de eventos no deseados en los RN y relativos a la puesta en práctica del CPP los siguientes:

- La primiparidad de las madres^(12,15,17,22,23) ($p= 0,001$; OR [IC: 95%]=6,22 [2,11-18,32])²¹.
- La adquisición de una posición prona impuesta por el CPP^(12,13,15,16,20) ($p=0,028$; OR [IC: 95%]=6,45[1,22-34,10])²¹.
- La práctica del CPP^(13,14,17,20,23), durante el periodo de adaptación neonatal precoz (periodo de estabilización entre la vida intrauterina y la extrauterina)¹⁹.
- La no supervisión por profesionales o madre-bebé solos en la sala de partos durante el CPP^(12,13,16,17,19,20,22,23) y la lactancia inicial en CPP^(14-16,18).
- La realización del CPP durante el horario nocturno. Pues, el personal sanitario disponible tiende a ser menor, es decir, una posible existencia de falta de personal^(16,18,19).
- El uso de analgesia y/o sedación de la madre durante el trabajo de parto¹², así como la fatiga postnatal materna²¹.
- El uso de distractores durante el CPP, como podrían ser los teléfonos móviles o cualquier dispositivo semejante^(12,15).

Finalmente, el estudio de casos y controles de Lavezzi et al., llevado a cabo durante un periodo de 10 años, planteó como objetivo la identificación de un posible mecanismo patogénico de SID durante el CPP, por medio de la realización de un examen de los centros neuronales que regulan las actividades vitales del RN. Así, durante el periodo de estudio, aparecieron 22 casos de RN a término sanos y que fallecieron en las primeras 7 horas de vida por el evento SID ($p < 0,05$). De los 22 casos, reflejó que 12 (54,5%), murieron durante el CPP ($p = 0,004$) dentro de las primeras 4 horas de vida. De los 12 casos en CPP, en 11 de ellos existía una hipoplasia (disminución significativa de neuronas) de un importante núcleo del centro respiratorio (Kolliker-Fuse Nucleus). Por tanto, el CPP representaría un factor de riesgo adicional, sobre todo si hay presencia de alteraciones en el desarrollo del citado núcleo. Así, la posición de decúbito prona impuesta por el CPP implicaría que la cara del bebé se coloque hacia abajo, ello supondría una reducción de la cantidad de oxígeno suministrada al cerebro y, por tanto, se pondría en riesgo desfavorable a los RN.

4.4 Factores de protección frente a la aparición de un evento no deseado durante el CPP

Por otro lado, y según los estudios seleccionados, para que el manejo del CPP se ponga en práctica de una forma segura, por su relación con la posible presencia de los ya mencionados eventos no deseados, se recogen una serie de **factores protectores/ recomendaciones**:

La educación de los profesionales sanitarios resulta esencial en relación a poder proporcionar información detallada sobre los beneficios del CPP¹⁴. Pero, también relativa a los riesgos asociados a esta práctica^(12,18). Así como, a la propia madre y/o la pareja de manera previa al nacimiento de modo prioritario¹². También, sería importante que estos profesionales proporcionaran información sobre el posicionamiento seguro del RN durante el CPP^(18,19). Se debe asegurar que los padres puedan ser capaces de evaluar las vías respiratorias del RN¹⁶, es decir, que boca-nariz no se ocluyan^(20,21), la respiración y el color de su bebé^(16,19), así como, el

reconocimiento de los signos de alarma de manera precoz (hipotonía/ hipertonia, cambios de coloración, respiración irregular/ ausente)¹⁹.

El CPP debería realizarse con la madre en posición semiincorporada (entre 30-45°), con una almohada bajo su cabeza y despierta¹⁹. Una vez instaurado el CPP, sería recomendable como ayuda la monitorización continua del RN^(12,15,18,20,23), y más si la madre es primípara, está agotada, se le haya administrado analgesia, si existe ausencia de familiares, barrera del idioma, carga de trabajo y/o personal reducido¹², al menos durante las primeras 2 horas postnatales^(12,18,20). Igualmente, no se debería dejar al RN en CPP si la madre está muy cansada, adormilada y no tiene a nadie para poder vigilar¹⁹. Es necesaria una observación regular durante el CPP²¹ y durante los primeros intentos hacia la lactancia¹⁵, en especial en la sala de partos^(14,16,17,18,19), sobre todo tras una primera fase de unos 30 minutos (periodo de reactividad), ya que en segunda fase (periodo variable) los RN tienden más al sueño y a las bajas respuestas¹⁹.

5. Discusión

El presente trabajo de revisión ha planteado como objetivo principal, la identificación de una posible relación existente entre la práctica del CPP en los RN sanos y la aparición de eventos no deseados, fundamentalmente de eventos asociados a morbi-mortalidad en los RN. Además, se pretendió también conocer las principales características de esta relación, y factores de riesgo asociados a dicha población. Así como, los factores protectores/ recomendaciones relativas al empleo del citado método en los RN sanos.

Los estudios analizados coincidían en que la práctica del CPP tras el nacimiento presenta efectos positivos en los RN^(12,23). Además, de ser una práctica recomendada por diferentes organismos a nivel mundial (Figura 1)¹². Sin embargo, algunos estudios también evidencian que este método/ práctica no estaría exento de riesgos y presentaría cierta relación con la presencia de una serie de eventos que, en el peor de los desenlaces, se encontraría asociado a mortalidad¹⁷. Se observa que las mayores tasas de incidencia y en consecuencia mortalidad, corresponden a los eventos SUPC y ALTE/EAL. Asimismo, como principales características/ factores de riesgo relacionados con el CPP y la presencia de eventos no deseados según los estudios seleccionados, y que indicarían un mayor número de eventos serían: madres primíparas y posición prona requerida por el CPP. Y como principal factor protector/ recomendación: la educación sanitaria que abarque el beneficio/ riesgo del CPP.

Nuestros resultados, se encontrarían en concordancia con lo identificado por Monnelly V, et al.²⁴, donde la aparición de un evento no deseado en CPP resultó poco frecuente y con riesgo bajo^(12,14), pero con resultados fatales para el RN¹⁵ (el 50% de los casos fallecen¹²). Igualmente, este estudio coincide con lo identificado por nosotros, al igual que algunos organismos en materia de sanidad y salud a nivel mundial (Unicef, Fondo de la Infancia de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, Sociedad Italiana de Pediatría), quienes recomiendan aspectos como la monitorización del RN en

la sala de partos durante el CPP y durante las primeras horas de vida (periodo más vulnerable para el RN), vigilando prioritariamente la posición del RN y que sus vías respiratorias estén descubiertas durante el CPP.

Por otra parte, el presente trabajo se ajusta con lo evidenciado en el estudio de Addison C, et al.²⁶, el cual pone de relieve la necesidad de un seguimiento continuo y la observación de madre-bebé durante al menos las primeras 2 horas postnatales (periodo en el que se concentran más los eventos no deseados^(12,18,20)). Además, este estudio refiere que el evento está asociado con el posicionamiento inseguro durante el CPP del RN, y que tras un cuestionario realizado a enfermeras de maternidad, puso en evidencia que éstas tienen mayores conocimientos sobre una posición segura del RN durante el CPP, que de la aparición de posibles eventos no deseados ($p < 0,001$). Así, resultaría necesaria la información sobre los riesgos potenciales madre-bebé durante el CPP, y así prevenir la aparición de este tipo de eventos.

Finalmente, y de manera relativamente reciente, se ha publicado un protocolo de estudio para un ensayo clínico aleatorizado en nuestro país²⁵, el cual tiene por objetivo conocer el efecto de la inclinación de la cama de la madre durante el CPP con su bebé, en las 2 primeras horas tras su nacimiento. Este estudio partirá de la hipótesis de que la elevación de la cama de la madre en ángulo de 45° facilitaría la respiración del RN en CPP.

5.1 Fortalezas y limitaciones de trabajo.

Una de las fortalezas de este trabajo, podría ser el hecho de que se ha intentado seguir las directrices dictadas por PRISMA⁹, para la elaboración de las revisiones sistemáticas en ciencias de la salud y, de este modo, intentar conseguir la mayor aproximación posible a una revisión sistemática. También, se ha empleado el método PICO¹⁰ para el establecimiento de las preguntas de investigación relativas a los objetivos pautados. E igualmente, se ha fijado el nivel de evidencia y grado de recomendación por SIGN¹¹. Por otro lado, se ha intentado centrar la búsqueda bibliográfica en los últimos 12 años, con la finalidad de conseguir que fuera lo más actualizada posible, pero que a su vez incluyera los estudios que diesen respuesta a los objetivos planteados sin perder información, y que estos fueran del mayor nivel de evidencia científica posible.

En cuanto a las limitaciones, podría encontrarse el hecho de una falta de definición estandarizada para los eventos no deseados estudiados y relativos a la aplicación del CPP en el RN. Este hecho, a su vez posiblemente contribuiría a la variación de resultados encontrados. Por tanto, sería de especial interés un consenso en la definición de los distintos eventos. Igualmente, el número de investigaciones en relación al tema estudiado no es todo lo alto que sería deseable, y sería deseable un mayor número de estudios con alto nivel de evidencia científica centrados en la práctica del CPP.

Finalmente, se ha encontrado como limitación que todos los estudios fueron realizados en países con un mayor nivel socioeconómico (EE.UU, Japón, Alemania...). Así como, dentro de entornos controlados (hospitales, clínicas privadas). Habiendo resultado deseable poder incluir estudios de países con bajo nivel socioeconómico y/o situados en entornos no controlados. Por tanto, es posible que la generalización de resultados también pudiera verse afectada.

6. Conclusiones

A partir de la realización de este trabajo de revisión, y en base a la evidencia identificada en respuesta a los objetivos planteados, se podría concluir con que:

- La práctica del CPP resulta beneficiosa para el RN. Sin embargo, aunque la presencia de eventos no deseados asociados al CPP es baja, estos se producirían y se asociarían a morbilidad (secuelas neurológicas graves) y/o mortalidad en el RN sano. Los eventos no deseados más frecuentes son SUPC y ALTE/EAL.
- Las principales características que se atribuyen a la práctica del CPP en su relación con la presencia de eventos no deseados serían: ser madre primípara ($p=0,001$) y posición prona requerida por el CPP ($p=0,028$). Los principales factores de riesgo identificados, además de las anteriores características serían: la práctica del CPP durante el periodo de estabilización neonatal (2 primeras horas postnatales); no observación por profesionales, o madre y bebé solos en la sala de partos durante el CPP; realización del CPP en turno de noche; uso de analgesia y/o sedación durante el trabajo de parto y fatiga materna postnatal; uso de distractores (móviles).
- Los factores de protección/ recomendaciones identificados serían: mayor información/ formación para el personal sanitario, y para la madre/ familiares del RN en identificar signos de alerta del RN durante el CPP; realización del CPP con madre en posición semiincorporada ($30-45^\circ$); monitorización continua del RN, (mínimo 2 horas postnatales); estrecha observación durante el CPP, principalmente en la sala de partos por el profesional sanitario/ enfermera responsable.
- Resultaría de alto interés que el profesional sanitario implementara su información/ formación en los posibles factores de riesgo asociados al CPP. Y así, proporcionar educación sanitaria y apoyo a los padres y/o familiares en el empleo del CPP.

7. Implicaciones para la práctica enfermera

El/la profesional de enfermería posee la responsabilidad de fomentar un cuidado seguro de todas las personas, y en todas sus dimensiones. Por tanto, en referencia al presente trabajo, los enfermeros/as debemos conocer la práctica del CPP en su plenitud, por sus efectos beneficiosos, pero también dando a conocer que existen factores de riesgo asociados. Los cuales, se asociarían a un inadecuado empleo del CPP, pudiendo tener como resultado en unos casos secuelas neurológicas importantes y en otros, incluso el fallecimiento del bebé. Asimismo, esto se atribuye a factores extrínsecos, y por tanto modificables.

Actualmente, existen diversas recomendaciones recogidas en actuales estudios científicos y por diversos organismos. Además, también se recogen algunos protocolos²⁷ para la puesta en práctica del CPP en el RN, los cuales, se están implantando en nuestro sistema sanitario para así aportar mayor seguridad a nuestros bebés y mamás, y por ende disminuir los factores de riesgo asociados a los eventos no deseados.

Con el presente trabajo, lo que se ha pretendido es realizar una mínima aportación a la profesión enfermera para ayudar a incrementar la información en relación al uso de la técnica/método del CPP, profundizando en los aspectos menos favorables de dicho método. Y en la importancia de la correcta recomendación y aplicación del CPP desde la profesión enfermera, tanto generalista como especialista. Y, desde atención primaria a especializada.

Para finalizar, creemos necesario resaltar que el hecho de la existencia del riesgo en la práctica del CPP, no debe ser vista como razón para disminuir o incluso evitar ésta práctica, pero no es prudente generalizar su práctica sin contar con la debida atención del profesional sanitario.

Igualmente, y con el objetivo de aportar un pequeño granito de arena a favor de implementar conocimientos en nuestra profesión, se ha considerado de interés elaborar un díptico informativo con el cual se podría difundir la información obtenida con motivo del presente trabajo. (Anexo III).

8.Repercusión 1 y 2

- Repercusión 1

En referencia a mis conocimientos previos sobre el tema que comprende dicho TFG, decir que eran los entendimientos básicos que todo futuro profesional de enfermería sabe de forma teórica, es decir, conocedora de que el contacto piel con piel (CPP) es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido (RN) como para los padres, puesto que sirve como herramienta de afecto, reconocimiento y protección, aparte del incremento de éxito en la lactancia materna, la regulación de la temperatura, etc..

Como es conocido, el CPP, tras el parto, es una manifestación de cariño llevada a lo largo de los años entre las distintas culturas.

Hoy en día, dejando a un lado tanta instrumentalización y haciendo más hincapié en el parto natural, el enfermero/a, en mi parecer debe estar formado y preparado para lograr llevar a cabo este contacto precoz en las superiores condiciones probables, dado que pese a los beneficios que presenta dicha práctica, anteriormente citados, no estaría exento de riesgos, así como, los episodios de colapso posnatal impensado, donde el RN que se encuentra en posición prona sobre el vientre de la madre podría tener una muerte súbita o episodios aparentemente letales.

En cuanto a la perspectiva del presente trabajo de revisión, me parece un trabajo impecable ya que pese a la variabilidad de los tamaños muestrales de los estudios seleccionados, lo cual dificulta los resultados, nos aportan finalmente respuesta a los objetivos planteados al principio, confirmando así, la existencia de relación entre el empleo del CPP con efectos positivos en el RN y la aparición de eventos no deseados en el RN sano, poco frecuentes, como son:

- Primiparidad de las madres.
- Posición prona del RN durante la práctica del CPP.
- No supervisión por profesionales o madre-RN solos en la sala de partos durante el CPP junto a lactancia materna inicial.
- Realización del CPP durante el horario nocturno.
- Uso de analgesia o sedación durante el parto y el uso de distractores durante el CPP entre otros.

Al igual que también nos facilita información de los principales factores protectores/recomendaciones, tales como; la monitorización del RN durante el CPP las 2 primeras horas posnatales y la observación de la madre y el RN durante el CPP.

En mi opinión, dicho trabajo, no creo que necesite ninguna mejora pues abarca todos los factores de interés en la actualidad para llevar a cabo dicha práctica. Sin embargo, hubiera sido de interés incluir información sobre los diferentes factores beneficiosos tanto como para la madre como para el RN, para aumentar así los conocimientos del CPP permitiendo así sopesar los pros y los contras del CPP.

Todos los RN deberían beneficiarse o brindarles la oportunidad de tener contacto precoz con sus padres.

Todo personal de enfermería representa un enlace de unión entre el RN y sus familiares y los avances tecnológicos, por ello, me parece importante hacer hincapié que el enfermero/a (matrona) debe estar bien formado y capacitado en la práctica del CPP, para facilitar durante los 9 meses de embarazo información, guías o protocolos sobre esto a los padres que así lo deseen, disipando cualquier duda que presente, independientemente de la forma de nacimiento final.

- Repercusión 2

A pesar de que la OMS recomienda y reconoce como un derecho el contacto piel con piel (CPP) entre el recién nacido (RN) y la madre tras el momento del parto, es una técnica poco aplicada en España. En algunos estudios, el CPP también es llamado método canguro. Sin embargo, son diferentes ya que éste último involucra a RN prematuros y a los RN a término.

El CPP no estaría exento de riesgos, los cuales se relacionarían con eventos no deseados o perjudiciales para el RN sano, y que a menudo conllevan morbilidad y/o mortalidad.

El CPP resultaría altamente beneficioso para el RN, pero no estaría exento de riesgos. Entre los numerosos beneficios encontramos, una mejora de la estabilidad cardio-respiratoria, facilita el reflejo de búsqueda natural del bebé, mejora en la calidad de la relación materno-filial, disminución del estrés fisiológico y el dolor, mejora del sueño, reduce el llanto, mayor éxito en lactancia, facilita el control térmico...

La mayoría de estudios que han servido para demostrar una relación entre la presencia de secuelas neurológicas y/o mortalidad en RN durante el CPP. Sin embargo, otros han demostrado la presencia de secuelas neurológicas y/o mortalidad. A la hora de analizar los diferentes artículos se compararon distintas variables como la posición de la madre durante el CPP, inicio y duración, hora en la que ocurrió el evento, tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la aparición de eventos no deseados, características de la madre, presencia de profesionales durante el proceso...

Según los estudios seleccionados, se consideran posibles factores de riesgo relacionados con la aparición de eventos no deseados durante el CPP:

- Madres primíparas.
- Posición prona del RN.
- Realizar la técnica del CPP de forma precoz.
- No supervisión madre-bebé por profesionales.
- Realización de técnica en horario nocturno.

- Uso de analgesia o sedación.
- El uso de distractores, como el teléfono móvil.

La mayoría de estos eventos no deseados o perjudiciales tienen lugar durante las 2 horas post nacimiento; 1/3 entre las 2 y 24 horas postnacimiento; y el resto de casos tienen lugar entre 1 y 7 días de vida. Para evitar estos desenlaces, hoy en día se utilizan herramientas para evaluar al RN, como son el test de APGAR y RAPPT.

No obstante, se recogen también una serie de factores protectores o recomendaciones para llevar a cabo durante dicho proceso, como son:

- Educación por parte de los profesionales de la salud (tanto de los beneficios como de los riesgos).
- Posición semi-incorporada de la madre durante el CPP.
- Madre despierta y no adormilada.
- Monitorización continua del RN durante el CPP al menos las primeras 2 horas tras su nacimiento.

Hay que tener en cuenta, que resulta difícil poder generalizar las conclusiones llevadas a cabo tras la comparación de estos estudios ya que fueron estudios realizados en países de mayor nivel socioeconómico.

Finalmente, sería de gran interés que el personal sanitario implementara su información/ formación en los posibles factores de riesgo asociados al CPP entre madre y RN. Y así, proporcionar educación sanitaria y apoyo a los padres y/o familiares en el empleo de esta técnica. Dado que el/la profesional de enfermería se encuentra estrechamente vinculado al citado método, tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario.

9. Referencias Bibliográficas

1. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir L. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. PLoS One. 2018; 13: e0205696.
2. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 [acceso 18 de diciembre de 2019]. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative [64 páginas] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>
3. Sánchez-Luna M, Pallás-Alonso CR, Botet-Mussons F, Echaniz-Urcelay I, Castro-Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009; 71(4):349-361.
4. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 [acceso 19 de diciembre de 2019]. Estandares y recomendaciones de calidad de las unidades asistenciales [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
5. Ferrarello D, Carmichael T. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of the Newborn. Nursing for Women's Health. 2016; 20(3): 268-275.
6. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Switzerland: World Health Organization (WHO); 2019 [acceso 20 de enero de 2019]. Estadísticas sanitarias mundiales 2019: vigilancia de la salud para los ODS [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/EN_WHS_2019_Main.pdf

7. Blasco-Navarro M, Cruz-Cobas M, Cogle-Duvergel Y, Navarro-Tordera M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Medisan*. 2018; 22(7): 578.
8. Herlenius E, Kuhn P. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn Infants: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures. *Transl Stroke Res*. 2013; 4(2): 236-247.
9. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin*. 2010; 135(11):507-11.
10. Mamédio da Costa-Santos C, Andruccioli de Mattos-Pimenta C, Cuce-Nobre MR. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2007; 15(3): 508-11.
11. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323(7308): 334-36.
12. Barbaglia M, Finale E, Noce S, Vigo A, Arioni C, Visentin R, et al. Skin-to-skin contact and delivery room practices: a longitudinal survey conducted in Piedmont and the Aosta Valley. *Ital J Pediatr*. 2019; 45(1): 95.
13. Bass JL, Gartley T, Lyczkowski DA, Kleinman R. Trends in the Incidence of Sudden Unexpected Infant Death in the Newborn: 1995-2014. *J Pediatr*. 2018; 196: 104-108.
14. Lutz TL, Elliot EJ, Jeffery HE. Sudden unexplained Early neonatal death or collapse: a national surveillance study. *Pediatr Res*. 2016; 80(4): 493-8.
15. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr*. 2013; 102(7): 680–688.
16. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near – deaths events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012; 97(1):F30-34.
17. Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr*. 2008; 97(7): 866-9.

18. Miyazawa T, Itabashi K, Tamura M, Suzuki H, Ikenoue T. Unsupervised breastfeeding was related to sudden unexpected postnatal collapse during Early skin-to-skin contact in cerebral palsy cases. *Acta Paediatr.* 2019; 00(1-8).
19. Rodríguez-Alarcón Gómez J, Asla-Elorriaga I, Fernández-Llebrez L, Pérez-Fernández A, Uría-Avellanal C, Osuna-Sierra C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. *Incidencia y factores de riesgo. Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(2): 55-59.
20. Lavezzi AM, Ferrari S, Paradiso B, Chamitava L, Pisciolli F, Pusioli T. Neuropathology of Early Sudden Infant Death Syndrome-Hypoplasia of the Pontine Kolliker-Fuse Nucleus: A Possible Marker of Unexpected Collapse during Skin-to-Skin Care. *Am J Perinatol.* 2018; 36(5): 460-71.
21. Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. Risk factors for early sudden deaths and severe Apparent life-threatening events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012; 97(6): F395-7.
22. Gnigler M, Ralser E, Karall D, Reiter G, Kiechl-Kohlendorfer U. Early sudden unexpected death in infancy (ESUDI) – three case reports and Review of the literature. *Acta Paediatr.* 2013. 102 (5): e235-8.
23. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Contact. *Pediatría.* 2011; 127(4): e1073-6.
24. Monnelly V, Becher JC. Sudden unexpected collapse. *Early Hum. Dev.* 2018; 126: 28-31.
25. Rodríguez-López J, García-Lara NR, López-Maestro M, De la Cruz-Bértolo J, Martínez-Ávila JC, Vento M, et al. What is the impact of mother's bed incline on episodes of decreased oxygen saturation in healthy newborns in skin-to-skin contact after delivery: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019; 20:179.
26. Addison C, Ludington-Hoe S. Maternity Nurses' Knowledge about Sudden Unexpected Postnatal Collapse and Safe Newborn Positions. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020; 45(2):116-121.

- 27.** Complejo Hospitalario Universitario de Albacete [sede Web]. Albacete: Gerencia de Atención Integral (GAI); Junio 2017[acceso 6 de abril de 2020]. Protocolos de Enfermería Por Unidades [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e935879725a0429f869a5202a7634190.pdf>

Anexos

Anexo I

Tabla 1. Tabla de evidencia de artículos seleccionados para la revisión: año del estudio, autor/-es, nombre del estudio, país de realización, tamaño de la muestra/características y objetivo/-s de estudio.

Año	Autor/es	Nombre del estudio	País	Muestra	Objetivo/-s
2019	Barbaglia M, Finale E, Noce S, Vigo A, Arioni C, Visentin R, et al. ¹²	<i>Skin-to-skin contact and delivery room practices: a longitudinal survey conducted in Piedmont and the Aosta Valley.</i>	Italia	31.074 recién nacidos (2012) 27.484 recién nacidos (2016)	Análisis estadístico en cuanto a la organización de las salas de parto, vigilancia o supervisión durante el CPP.
2019	Miyazawa T, Itabashi K, Tamura M, Suzuki H, Ikenoue T. ¹⁸	<i>Unsupervised breastfeeding was related to sudden unexpected postnatal collapse during Early skin-to-skin contact in cerebral palsy cases.</i>	Japón	1.182 recién nacidos	Niños diagnosticados con parálisis cerebral severa antes de los 5 años, que estaban sanos al nacer y que desarrollaron un SUPC durante el CPP en sus primeros días de vida.
2018	Lavezzi AM, Ferrari S, Paradiso B, Chamitava L, Pisciolli F, Pusioli T. ²⁰	<i>Neuropathology of Early Sudden Infant Death Syndrome-Hypoplasia of the Pontine Kolliker-Fuse Nucleus: A Possible Marker of Unexpected Collapse during Skin-to-Skin Care.</i>	Italia	22 recién nacidos sanos y que sufrieron SID en la primera hora de vida.	Examinar en profundidad los centros neuronales a fin de encontrar el mecanismo patogénico que produce SID durante el CPP.

2018	Bass JL, Gartley T, Lyczkowski DA, Kleinman R. ¹³	<i>Trends in the Incidence of Sudden Unexpected Infant Death in the Newborn: 1995-2014.</i>	EE.UU	8.869 casos de muerte súbita infantil	Evaluar la epidemiología de SUID (incluye SUPC, SMSL, ASSB) el periodo de 20 años, la frecuencia del SUPC durante los primeros días de vida y determinar si las tasas de SUID han cambiado en el periodo neonatal y postneonatal durante esos años.
2016	Lutz TL, Elliot EJ, Jeffery HE. ¹⁴	<i>Sudden unexplained Early neonatal death or collapse: a national surveillance study.</i>	Australia	851.313 nacimientos	Determinar la incidencia de SUEND y ALTE e identificar los factores de riesgo.
2013	Gnigler M, Raiser E, Karall D, Reiter G, Kiechl-Kohlendorfer U. ²²	<i>Early sudden unexpected death in infancy (ESUDI) – three case reports and Review of the literature.</i>	Austria	3 casos de SUDI	Hallar datos para identificar factores de riesgo de SUDI y establecer estrategias de prevención.
2013	Pejovic NJ, Herlenius E. ¹⁵	<i>Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment.</i>	Suecia	68.364 recién nacidos	Determinar la incidencia y factores de riesgo de SUPC en RN aparentemente sanos.
2012	Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. ²¹	<i>Risk factors for early sudden deaths and severe Apparent life-threatening events.</i>	Alemania	85 casos y 93 controles	Identificar los posibles factores de riesgo SID y ALTE dentro de las primeras 24 horas del nacimiento.

2012	Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. ¹⁶	<i>Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near deaths.</i>	Reino Unido	858.466 nacidos vivos	Determinar la incidencia de SUPC.
2011	Rodríguez-Alarcón Gómez J, Asla-Elorriaga I, Fernández-Llebrec L, Pérez-Fernández A, Uría-Avellanal C, Osuna-Sierra C. ¹⁹	<i>Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo.</i>	España	208.220 nacidos vivos	Valorar el incremento de EAL en las 2 primeras horas de vida de los RN, así como, el cambio de tasas de EAL y SMS de los últimos 35 años.
2011	Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. ²³	<i>Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Contact.</i>	Francia	6 casos de ALTE	Identificar los factores de riesgos comunes entre los distintos casos de ALTE.
2008	Dageville C, Pignol J, De Smet S. ¹⁷	<i>Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors.</i>	Francia	62.968 nacidos vivos	Evaluar incidencia de ALTE y SUPC en las 2 primeras horas posnatales para identificar posibles factores de riesgo.

ALTE/EAL: Apparent Life-Threatening Event (Evento Aparentemente Letal); **ASSB:** Accidental Suffocation and Strangulation in Bed (Asfixia Accidental y Estrangulamiento en Cama); **CPP:** Contacto Piel con Piel; **RN:** Recién Nacido; **SID:** Sudden Infant Death (Muerte Súbita del Lactante); **SMS:** Síndrome de Muerte Súbita; **SMSL:** Síndrome de Muerte Súbita del Lactante; **SUDI/SUID:** Sudden Unexpected Death in Infancy (Muerte Súbita Inexplicable en la Infancia); **SUEND:** Sudden Unexpected Early Neonatal Death (Muerte Súbita Inexplicable Neonatal Temprana); **SUPC:** Sudden Unexpected Postnatal Collapse (Colapso Postnatal Súbito e Inesperado).

Anexo II

Tabla 2. Tabla de evidencia de artículos seleccionados para la revisión: año del estudio, autor/es, resultados, conclusiones, tipo de estudio, nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR) según SIGN¹¹ de los estudios referentes a la Tabla 1.

Año	Autor/es	Resultados	Conclusiones	Tipo de estudio	NE	GR
2019	Barbaglia M, Finale E, Noce S, Vigo A, Arioni C, Visentin R, et al. ¹²	Los aspectos ambientales producidos por las actividades humanas y sanitarias podría ser la causa de aparición del SUPC ($p < 0,05$).	Las encuestas periódicas son útiles para evaluar los factores de riesgo que necesitan ser modificados para llevar a cabo la práctica del CPP de un modo seguro.	Estudio longitudinal prospectivo	2++/2+	B/C
2019	Miyazawa T, Itabashi K, Tamura M, Suzuki H, Ikenoue T. ¹⁸	De 1.182 recién nacidos, en el periodo 2009-2016, 45 sujetos (3,8%) habían sido diagnosticados de parálisis cerebral severa, de estos 10, se derrumbaron durante el CPP, la mayoría durante las 3 primeras horas del nacimiento.	El CPP no supervisado es una relación causal para la aparición de SUPC y por ende diagnóstico de parálisis cerebral severa.	Estudio longitudinal retrospectivo	2++/2+	B/C
2018	Lavezzi AM, Ferrari S, Paradiso B, Chamitava L, Piscioli F, Pusioli T. ²⁰	De los 22 casos de SID en su primera hora de vida, se encontraron 12 en CPP. De ellos, 11 mostraron en la autopsia hipoplasia de un núcleo esencial del centro respiratorio ($p < 0,05$).	Los RN que son sometidos a niveles reducidos de oxígeno debido a la posición del CPP, pone a los RN en riesgo, sobre todo en aquellos que nacen con alteración de uno de los núcleos esenciales de la respiración.	Casos y controles	2++/2+	B/C

2018	Bass JL, Gartley T, Lyczkowski DA, Kleinman R. ¹³	Las tasas de SUID (incluye SUPC, SMSL, ASSB) referentes al periodo neonatal han aumentado su porcentaje de un 9% a un 13% (1995-2014). Punto a destacar es el porcentaje de muertes por ASSB, aumentando en la población neonatal de un 2,1% a un 22,7% (p<0,001).	El aumento en la frecuencia de SUID durante el periodo neonatal necesita ser investigado para descubrir las circunstancias que nos llevan al desenlace fatal. Se observa que SUID se asocia frecuentemente con la posición prona y el CPP.	Estudio longitudinal prospectivo	2++/2+	B/C
2016	Lutz TL, Elliot EJ, Jeffery HE. ¹⁴	Incidencia de 0,09/1.000 recién nacidos en SUEND y de 0,07/1.000 recién nacidos en ALTE nacidos vivos, resultando 48 casos de SUEND y ALTE, de los cuales 19 se encontraban en el pecho del cuidador, es decir, durante el CPP.	El primer día de los RN es un periodo vulnerable que requiere una estrecha observación en particular durante el CPP.	Estudio longitudinal prospectivo	2++/2+	B/C
2013	Gnigler M, Ralser E, Karall D, Reiter G, Kiechl-Kohlendorfer U. ²²	Los 3 eventos (SUDI) se produjeron durante el CPP no observado, la autopsia no reveló ninguna causa de muerte.	La observación es esencial y puede salvar cientos de vidas, especialmente durante el CPP.	Informe de casos	3	D
2013	Pejovic NJ, Herlenius E. ¹⁵	Se encuentra una incidencia de 0,38/1.000 nacidos vivos de SUPC.	El SUPC en bebés sanos aparentes se asocia con lactancia materna inicial sin supervisión, posición prona, primiparidad y distracciones.	Estudio longitudinal prospectivo	2++/2+	B/C

2012	Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. ²¹	Factores de riesgo significativos para SID/ALTE: primípara ($p < 0,001$) y posición potencialmente asfixiante (CPP) ($p < 0,028$).	Una observación continua de los RN parece ser necesario, sobre todo en primíparas, y evitar posición potencialmente asfixiante.	Casos y controles	2++/2+	B/C
2012	Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. ¹⁶	Se informaron de 45 casos, lo que soporta una incidencia de SUPC de 0,05 casos/1.000 nacidos vivos, de ellos, 24 casos, fueron diagnosticados por obstrucción de las vías respiratorias superiores durante la lactancia y en la posición prona que supone el CPP.	La lactancia inicial y la posición prona durante el CPP son importantes asociaciones para la aparición del SUPC. El cuidado después del nacimiento debe incluir una vigilancia adecuada de los lactantes en particular cuando las madres son primíparas.	Estudio longitudinal prospectivo	2++/2+	B/C
2011	Rodríguez-Alarcón Gómez J, Asla-Elorriaga I, Fernández-Llebrez L, Pérez-Fernández A, Uría-Avellanal C, Osuna-Sierra C. ¹⁹	Se valoraron 4 etapas: 1ª etapa (1975-1991) la tasa de EAL/SMS es de 0,27/1.000 nacidos vivos y dormían en posición prona, 2ª etapa (1992/2002) tasa de 0,06/1.000 nacidos vivos, estos dormían en posición supina con nido, 3ª etapa (2002/2008) 0,05/1.000 nacidos vivos, que dormían en posición supina sin nido, registrando en la última etapa (2008/2010) 0,74/1.000 nacidos vivos, con instauración de CPP ($p < 0,05$).	El CPP es una de los principales factores de riesgo. Aunque se ha mostrado beneficioso, no es prudente generalizar su práctica sin poder también garantizar que se cuenta con la debida atención y formación por parte de la plantilla sanitaria.	Estudio longitudinal retrospectivo	2++/2+	B/C

2011	Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. ²³	De los 6 casos de ALTE, en todos ellos, los RN se encontraban en el abdomen de su madre durante el CPP en el momento de aparición del evento.	ALTE afecta especialmente durante el CPP. Debe fomentarse la promoción del CPP pero el personal sanitario debe ser consciente de ALTE, monitorear y asegurar una posición adecuada, especialmente en primíparas.	Informe de casos	3	D
2008	Dageville C, Pignol J, De Smet S. ¹⁷	Incidencia de 0,032/1.000 nacidos vivos en ALTE y SUPC.	De los 2 casos reportados, ambos se produjeron durante el CPP además, de encontrarse la madre y el niño solos en la sala de partos, esto se debe considerar por el personal de maternidad y prestar especial atención cuando se realiza el CPP.	Estudio longitudinal prospectivo	2++/2+	B/C

ALTE/EAL: Apparent Life-Threatening Event (Evento Aparentemente Letal); **ASSB:** Accidental Suffocation and Strangulation in Bed (Asfixia Accidental y Estrangulamiento en Cama); **CPP:** Contacto Piel con Piel; **RN:** Recién Nacido; **SID:** Sudden Infant Death (Muerte Súbita del Lactante); **SMS:** Síndrome de Muerte Súbita; **SMSL:** Síndrome de Muerte Súbita del Lactante; **SUDI/SUID:** Sudden Unexpected Death in Infancy (Muerte Súbita Inexplicable en la Infancia); **SUEND:** Sudden Unexpected Early Neonatal Death (Muerte Súbita Inexplicable Neonatal Temprana); **SUPC:** Sudden Unexpected Postnatal Collapse (Colapso Postnatal Súbito e Inesperado).

Anexo III. Díptico informativo elaborado a partir de la evidencia encontrada en el presente trabajo de revisión titulado, “El contacto piel con piel y su relación con eventos no deseados en el recién nacido. Estudio de revisión”.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO) and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2018 [acceso 3 de abril de 2020]. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative [64 páginas] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>
2. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir L. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. PLoS One. 2018; 13: e0205696.
3. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. Acta Paediatr. 2013; 102(7): 680–688.
4. Rodríguez-Alarcón Gómez J, Asla-Elorriaga I, Fernández-Llebrez L, Pérez-Fernández A, Uría-Avellanal C, Osuna-Sierra C. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. Prog Obstet Ginecol. 2011; 54(2): 55-59.
5. Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. Risk factors for early sudden deaths and severe Apparent life-threatening events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012; 97(6): F395-7.
6. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near – deaths events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012; 97(1):F30-34.
7. Barbaglia M, Finale E, Noce S, Vigo A, Arioni C, Visentin R, et al. Skin-to-skin contact and delivery room practices: a longitudinal survey conducted in Piedmont and the Aosta Valley. Ital J Pediatr. 2019; 45(1): 95.

NOTA



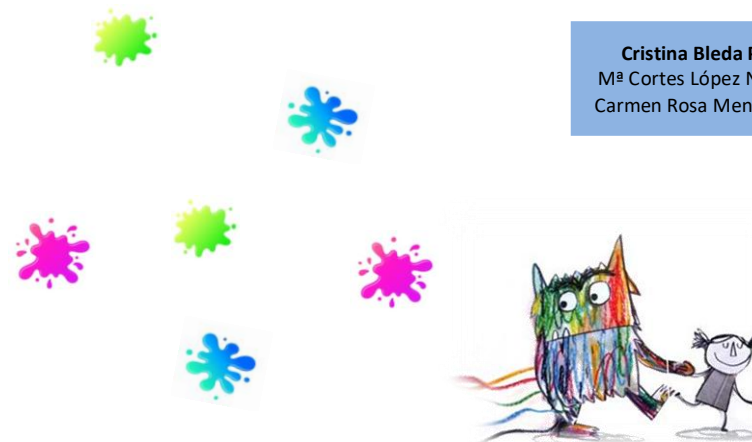
La existencia de cierto riesgo en la puesta en práctica del **Contacto Piel con Piel**, **NO** debería implicar la **disminución o evitación** de ésta práctica. Pero, **NO** sería prudente **generalizar** su **práctica sin** antes contar con la debida **atención del personal sanitario/enfermera**.

Monstruo de las emociones



“EL CONTACTO PIEL CON PIEL Y SU RELACIÓN CON EVENTOS NO DESEADOS EN EL RECIÉN NACIDO”

Cristina Bleda Peña
M^a Cortes López Navarro
Carmen Rosa Mena López



El Contacto Piel con Piel (CPP) es definido por la OMS como la colocación del bebé en posición prona (boca abajo) en el abdomen o pecho de la madre, sin ropa que los separe. Se recomienda su práctica tan pronto como sea posible después de su nacimiento¹. Además, son numerosos los beneficios que aporta dicha práctica:

- Mejora de la estabilidad cardio-respiratoria en el recién nacido.
- Mejora la calidad de la relación materno-filial.
- Mayor éxito en la lactancia.
- Facilita el control térmico...^(1,2)

¿Podrían producirse situaciones adversas y/o surgir problemas durante el CPP?



Según la evidencia científica más reciente disponible, y a pesar de ser considerado beneficioso, el CPP podría asociarse a ciertas situaciones adversas y problemas de salud en el recién nacido. Aunque, las **tasas** de aparición de estas situaciones son **bajas**, se asociarían a morbilidad y/o mortalidad en el recién nacido sano [Nivel de Evidencia (NE): 2++/2+; Grado de Recomendación (GR): B/C]³. Así, los eventos perjudiciales más frecuentes resultarían ser los denominados SUPC³ y ALTE⁴.

¿Cuáles son las principales características relacionadas con la aparición de un evento perjudicial para el recién nacido durante la realización del CPP?



Las **principales características** serían:

- La primiparidad (mujeres que paren por primera vez) (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁵.
- Posición prona (boca abajo) del recién nacido requerida por el CPP. (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁵.

SUPC: Sudden Unexpected Postnatal Collapse – Colapso Postnatal Súbito e Inesperado
ALTE: Apparent Life-Threatening Event – Evento Aparentemente Letal



¿Qué factores de riesgo se atribuyen a dicha relación?

Se han considerado **factores de riesgo**, además de las anteriores características recogidas, los siguientes:

- La práctica del CPP durante el periodo de adaptación del recién nacido (primeras 2 horas de vida) (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁴.
- Falta de supervisión por profesionales sanitarios de madre-bebé en la sala de partos durante el inicio del CPP (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁶.
- Realización del CPP en horario nocturno (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁴.
- El uso de analgesia y/o sedación durante el trabajo de parto (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁶.
- El uso de distracciones/ tecnologías (móviles) (NE: 2++/2+; GR: B/C)³.

¿Se podría minimizar la aparición de estos eventos cuando se realiza el CPP? Recomendaciones.



Sí, se podría minimizar. Y, para ello se **recomendaría**:

- Educación sanitaria de los beneficios, pero también de los riesgos del CPP al profesional sanitario, y madre/familiares del recién nacido (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁷.
- Durante el empleo del CPP la posición de la madre debería ser semiincorporada (entre 30-45°) (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁴.
- Monitorización continua del recién nacido, al menos durante las primeras 2 horas tras su nacimiento (NE: 2++/2+; GR: B/C)⁷.
- Observación regular a cortos intervalos de tiempo por el profesional sanitario/enfermera responsable (NE: 2++; GR: B/C)⁵.

