



**SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA**

**Código: Neo**  
**Edición: 02**  
**Fecha: marzo 2021**  
**Página: 1/21**  
**Vigencia: 2021- 2026**

**PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA  
HPM**

**PROTOCOLO  
PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS  
VAGINALES Y CESAREAS HPM**

**2021-2026**

Elaborado por:

Bárbara Oelckers  
Riveros  
Matrona Supervisora  
S Neonatología HPM.

Francisco Hermosilla  
Muñoz  
Matron Servicio de  
Neonatología HPM

Fecha: marzo 2021

Revisado por:

Dra. Patricia Álvarez  
Cantwell. Jefe de  
Servicio Neonatología

Dra. Marcela Gonzalez  
Peñaloza.  
Cr materno infantil HPM

Fecha: marzo 2021

Aprobado por:

Dra. Mónica Winkler  
Rietzsch directora HPM

Dra. Viviana Rivera Saba.  
Jefe Of. Calidad y  
Seguridad del paciente

Fecha: marzo 2021



## SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Código: Neo  
Edición: 02  
Fecha: marzo 2021  
Página: 2/21  
Vigencia: 2021- 2026

### PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM

#### INTRODUCCION

El contacto piel a piel de los recién nacidos con sus madres, inmediatamente post nacimiento, es uno de los elementos de fomento del apego.

El apego es un vínculo que se construye y consolida a lo largo de toda la vida de las personas, pero es durante los primeros años de la infancia donde se desarrollan sus bases.

El vínculo de apego que generan los niños y niñas hacia sus padres y/o cuidadores, es parte de las bases de un sano desarrollo de sus sentimientos, emociones y relaciones con su mundo, por lo tanto, cuando se establece un apego seguro (sano y saludable), este individuo suma un elemento protector que le puede ayudar a enfrentar de mejor manera los desafíos de la vida y tener más posibilidades de poder desarrollarse en su máximo potencial.

La práctica del contacto piel a piel de los recién nacidos y sus madres, también implica riesgos para el recién nacido, describiéndose casos de: **colapso súbito neonatal y episodios aparentemente letales y de muerte súbita**. Por esta razón es que los establecimientos de salud, tenemos la responsabilidad de poder facilitar este procedimiento en forma segura, por lo tanto, es necesario establecer medidas de calidad y seguridad para poder llevar a cabo este proceso.

Se debe considerar que el periodo neonatal inmediato de las personas es el más vulnerable en el ciclo vital, por lo tanto, cualquier evento que ocurra en este periodo puede tener consecuencias graves, ya sea con finales de fallecimiento o secuelas neurológicas permanentes.

#### **Beneficios del contacto piel a piel.**

- ❖ En las dos primeras horas tras el nacimiento, la madre se encuentra en un periodo de máxima sensibilidad, provocado por la liberación endógena de oxitocina. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido.
- ❖ Antagoniza el efecto de lucha/huida, lo que reduce la ansiedad materna, aumenta la calma y la receptividad social.
- ❖ El recién nacido se encuentra en el periodo de alerta tranquila, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo de parto. La secreción de noradrenalina en el encéfalo del recién nacido facilita el aprendizaje olfatorio; y el reconocimiento temprano del olor materno puede facilitar el establecimiento del vínculo, la lactancia y su adaptación al ambiente postnatal.
- ❖ 30% Más de probabilidades de lactar de forma exclusiva desde el alta hospitalaria a un mes después del nacimiento.

		<b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>Código: Neo</b> <b>Edición: 02</b> <b>Fecha: marzo 2021</b> <b>Página: 3/21</b> <b>Vigencia: 2021- 2026</b>
<b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b>			

- ❖ Los recién nacidos se recuperan más rápido del estrés del parto:
  - Período de llanto más corto.
  - Mejor adaptación metabólica: mayor glucemia
  - Mejor termorregulación.
  - Reduce la respuesta al dolor y favorece la recuperación de los procedimientos dolorosos.
  - Favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos.

### Riesgos del contacto piel a piel

En la revisión Cochrane de 2016 (38 ensayos con 3472 mujeres y bebés), no se encontró ningún efecto adverso, ni a corto ni a largo plazo; pero coincidiendo con la práctica cada vez más generalizada del contacto piel a piel en los hospitales, se empiezan a describir en la literatura médica casos de **colapso súbito neonatal y episodios aparentemente letales y de muerte súbita** durante este procedimiento con una incidencia que varía entre: 2,6 a 133 casos por 100.000 nacidos vivos

### Causas atribuibles a manifestación de: colapso súbito neonatal, episodios aparentemente letales y de muerte súbita:

#### ❖ **Compromiso prenatal no detectado.**

Aunque, a priori, son niños aparentemente sanos, en un tercio de los casos puede encontrarse una posible etiología del evento colapso súbito neonatal durante la autopsia o después de las investigaciones clínicas de los sobrevivientes.

La existencia de causa subyacente es más frecuente entre los fallecidos. Así, de los recién nacidos que mueren de forma inesperada durante la primera semana, aproximadamente en el 60% de los casos se puede documentar una causa. Entre las causas encontradas, se han citado: las malformaciones congénitas (sobre todo cardíacas), infecciones bacterianas/sepsis, enfermedades metabólicas, trastornos neurológicos y neuromusculares, hipertensión pulmonar, hipoplasia suprarrenal congénita, síndrome de hipoventilación central congénita, trastornos cardíacos, lesión cerebral prenatal, anemia, hipoglucemia, hemorragia intracraneal, síndrome de aspiración meconial, hernia diafragmática congénita.

#### ❖ **Desconocida.**

Para explicar los casos en los que no se encuentra una causa evidente de colapso súbito neonatal algunos investigadores emiten algunas hipótesis, ninguna de ellas confirmada como son:

- **Obstrucción de la vía aérea.** La obstrucción de la vía respiratoria del recién nacido con el cuerpo de su madre parece ser la causa más probable (80% de los SUPC idiopáticos y 53% del total). Podría producirse cuando el recién nacido está en decúbito prono sobre el cuerpo de la madre o frente a ella en posición lateral y/o cuando está mamando.
- **Colapso alveolar en el pulmón neonatal:** Situación que provocaría una hipoxemia grave.



## SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Código: Neo  
Edición: 02  
Fecha: marzo 2021  
Página: 4/21  
Vigencia: 2021- 2026

### PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM

- **Mayor vulnerabilidad a factores estresantes de tipo hipóxico:** durante las 2 primeras horas tras el nacimiento (fase de adaptación crítica); por ejemplo, por una obstrucción de la vía aérea. La respuesta ventilatoria del RN a la hipoxemia es bifásica, con una hiperventilación inicial seguida de una disminución de la ventilación por debajo de la línea base, que puede llevarle a la apnea y muerte súbita. Además, los RN tienen una reserva cardíaca mínima y ante la hipoxemia desarrollan bradicardia, mientras que los lactantes y los niños presentan taquicardia.
- **Inmadurez:** del centro respiratorio, de los mecanismos para despertar y de los reflejos de la vía aérea.
- **Aumento del tono vagal:** Durante los primeros 15-30 minutos de vida, el recién nacido se encuentra en el primer periodo de reactividad, por efecto de la noradrenalina. A este periodo le sigue un intervalo variable de reposo hasta las 2 horas de vida, en el que es frecuente la tendencia al sueño y a las bajas respuestas y que está provocado por un aumento del tono vagal. El CPP supone para el RN un estímulo vagal (contrario al estímulo adrenal) y a ello se añade, que al iniciarse la succión del pecho también parece producirse un incremento del tono vagal. Por otra parte, es posible la presencia de síntomas de hiperactividad vagal en niños, asociados a un patrón de herencia autonómica dominante.
- **Mala tolerancia a la hipotermia/hipertermia.**
- **En posición prona:** Existen además otras hipótesis que hacen más probable estos episodios; entre ellas: retroproyección del maxilar inferior, resistencia aumentada de la vía aérea (por disminución de su luz) y reinspiración de CO<sub>2</sub> exhalado. Por otra parte, los RN en posición prona tienden a rotar o extender su cabeza para mantener libre la vía aérea. La compresión de las arterias vertebrales como consecuencia de estos movimientos, podría producir isquemia del tronco-encéfalo y muerte en RN con inadecuado flujo cerebral colateral o con pobre dilatación arterial compensatoria.

**Factores de riesgo:** Las publicaciones que existen hasta el momento sobre el colapso súbito neonatal son series de casos, en las que los autores hacen un análisis minucioso de los casos y de sus circunstancias. Así, en los colapsos súbitos neonatales idiopáticos, se identifican una serie de factores de riesgo, algunos de ellos son identificados en la mayoría de los casos:

- Dos primeras horas de vida.
- Primiparidad
- Mala posición del RN (obstrucción de la vía aérea)
- Primer intento de amamantamiento
- Falta de supervisión
- Obesidad materna
- Pechos de la madre excesivamente grandes o pendulares
- Parto vaginal
- Parto instrumental
- Parto nocturno
- Administración de sedantes a la madre en las 24h previas al nacimiento.
- Administración de analgesia con opiáceos o anestesia espinal a la madre en las 8 horas previas al colapso.
- Posición de la madre en litotomía o en decúbito supino.



## SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Código: Neo

Edición: 02

Fecha: marzo 2021

Página: 5/21

Vigencia: 2021- 2026

### PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM

- Madre dormida.
- Fatiga materna.
- Falta de capacidad para reconocer los signos clínicos de hipoxia.
- Falta de acompañamiento de persona significativa
- Distracción materna (uso de teléfonos móviles, visitas, dolor)
- Afectación de movilidad materna (por dolor, estado postoperatorio o anestesia espinal)
- RN dormido tras el amamantamiento. El sueño reduce la respuesta a la obstrucción de las vías respiratorias.
- Colecho
- Colchón| blando.
- Posición prono
- Cabeza cubierta
- Sobrecalentamiento

**De los factores anteriormente enumerados, son modificables la falta de supervisión, la falta de capacidad para reconocer los signos clínicos de hipoxia, la posición de la madre en litotomía o en decúbito supino, la ausencia de acompañamiento, la distracción materna, la cabeza cubierta y el sobrecalentamiento.**

#### OBJETIVOS:

- ❖ Garantizar la práctica correcta y segura del contacto piel con piel durante las primeras horas de vida de los recién nacidos.
- ❖ Unificar medidas en la práctica del contacto piel a piel, que garanticen sus beneficios y minimicen sus riesgos.
- ❖ Establecer funciones del personal clínico en relación del proceso de contacto piel a piel del recién nacido y su madre en partos vaginales y cesáreas producidos en Hospital Puerto Montt.



#### ALCANCE:

- A todo recién nacido, con condiciones clínicas que permitan establecer contacto piel a piel con su madre, producto de un parto ya sea vaginal o cesárea producido en Hospital de Puerto Montt.

		<b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>Código: Neo</b> <b>Edición: 02</b> <b>Fecha: marzo 2021</b> <b>Página: 6/21</b> <b>Vigencia: 2021- 2026</b>
<b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b>			

**DOCUMENTACION DE REFERENCIA:**

- ❖ <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/apego/>
- ❖ Protocolo De Apego Seguro En Parto Vaginal/Cesárea, Clínica Indisa.
- ❖ Protocolo contacto piel con piel seguro tras nacimiento en el Área Sanitaria Norte de Málaga M<sup>a</sup> Teresa de la Torre Palomo Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Servicio de Partos, Hospital de Antequera, Área Sanitaria.
- ❖ Riccardo Davanzo, Angela De Cunto, Giulia Paviotti, Laura Travan, Stefania Inglese, Pierpaolo Brovedani, Anna Crocetta, Chiara Calligaris, Elisa Corubolo, Valentina Dussich, et al. Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. J Hum Lact. 2015 Feb; 31(1): 47–52.
- ❖ Crenshaw J, Adams E, Gilder R, DeButy, Scheffer K. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. Breastfeeding Medicine 2019; number 10, vol 14: 1- 13
- ❖ Jeni Stevens, Virginia Schmied, Elaine Burns and Hannah Dahlen. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literatura. Maternal and Child Nutrition 2014; 10: 456- 473
- ❖ Barbaglia M, Finale E, Noce S, Vigo A, Arione C, Visentini R, Scurati-Manzoni E, Guala A and SUPC Piedmont and Aosta Valley Study Group Skin-to-skin contact and delivery room practices: a longitudinal survey conducted in Piedmont and the Aosta Valley . Italian Journal of Pediatrics (2019) 45:95
- ❖ Hughes Driscoll CA, Pereira N, Lichenstein R. In-hospital Neonatal Falls: An Unintended Consequence of Efforts to Improve Breastfeeding. Pediatrics. 2019;143(1):e20182488 Pediatrics 2019; :e20182488
- ❖ Jaspreet Loyal, MD, MS, a Christian M. Pettker, MD, b Cheryl A. Raab, et al. Newborn Falls in a Large Tertiary Academic Center Over 13 Years. Hospital Pediatrics September 2018, 8 (9) 509-514; DOI: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0021>
- ❖ Monson, S. A., Henry, E., Lambert, D. K., et al. In-Hospital Falls of Newborn Infants: Data From a Multihospital Health Care System. Pediatrics 2008; 122(2), e277–e280. doi:10.1542/peds.2007-3811.
- ❖ Observation of Mother and Baby in the Immediate Postnatal Period: Consensus statements guiding practice Ministry of health. New Zeland.
- ❖ Lori Feldman-Winter, Jay P. Goldsmith, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. Pediatrics Sep 2016, 138 (3) e20161889; DOI: 10.1542/peds.2016-1

 <p>Servicio de Salud Reloncaví</p> <p>Ministerio de Salud</p>	 <p><b>HPM</b> HOSPITAL PUERTO MONTT <i>Comprometidos con tu salud</i></p>	<p><b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b></p>	<p><b>Código: Neo</b></p> <p><b>Edición: 02</b></p> <p><b>Fecha: marzo 2021</b></p> <p><b>Página: 7/21</b></p> <p><b>Vigencia: 2021- 2026</b></p>
<p><b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b></p>			

**RESPONSABLES:**



- ❖ **Matrones supervisores:** De supervisar el cumplimiento del protocolo
- ❖ **Médicos ginecoobstetras y/o anestelistas:** De la indicación materna, en casos de partos cesárea y vaginales instrumentalizados.
- ❖ **Médicos Pediatras:** De la indicación en casos de recién nacidos evaluados inicialmente por ellos.
- ❖ **Matrones clínicos partos:** De la indicación materna en caso de partos vaginales fisiológicos. Y de la ejecución del protocolo.
- ❖ **Matrones clínicos Neonatología:** De la indicación en casos de recién nacidos evaluados inicialmente por ellos y de la ejecución del protocolo.
- ❖ **Técnicos Paramédicos:** De la ejecución del protocolo.

		<b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>Código: Neo</b> <b>Edición: 02</b> <b>Fecha: marzo 2021</b> <b>Página: 8/21</b> <b>Vigencia: 2021- 2026</b>
<b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b>			

**DEFINICIONES:**

- ❖ **RN:** Recién nacido
  
- ❖ **CPP:** Contacto piel a piel, consiste en la colocación del recién nacido (RN) en posición de decúbito ventral, piel con piel, sobre el abdomen o el pecho desnudo de su madre inmediatamente después del nacimiento.
  
- ❖ **Colapso súbito neonatal:** Es definido por la Asociación Británica de Medicina Perinatal, como cualquier suceso ocurrido en un RN, en la primera semana de vida, con edad gestacional mayor de 35 semanas con una puntuación en el test de Apgar normal en el quinto minuto de vida ( $\geq 8$ ), aparentemente bien y sano al nacimiento, considerándolo adecuado para su manejo normal, pero que presenta un repentino e inesperado colapso cardiocirculatorio y respiratorio, que requiere reanimación con ventilación y conduce a la muerte, cuidados intensivos o encefalopatía.  
El colapso súbito neonatal es inesperado, los RN con factores de riesgo conocidos, por ejemplo, prematuridad asfixia perinatal o malformaciones congénitas no se consideran. Esta definición incluye el episodio aparentemente letal grave (EAL grave) y la muerte súbita neonatal precoz; de forma que los casos de colapso súbito neonatal pueden identificarse como EAL grave, cuando el recién nacido sobrevive; y como casos de muerte súbita neonatal temprana, cuando conducen a la muerte.  
El colapso súbito neonatal se refiere a una situación clínica que siempre es grave, por lo que se excluyen los episodios leves de cianosis y apnea que simplemente se resuelven con la aspiración de las vías respiratorias y la estimulación táctil.
  
- ❖ **URNI:** Unidad de recién nacido inmediato



		<b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>Código: Neo</b> <b>Edición: 02</b> <b>Fecha: marzo 2021</b> <b>Página: 9/21</b> <b>Vigencia: 2021- 2026</b>
<b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b>			

## Desarrollo:

### Inicio

#### 1. INFORMACIÓN ANTES DEL NACIMIENTO

En la hospitalización de la madre, previo al nacimiento, se debe informar a la madre y si es posible al padre y/o acompañante significativos generalidades del CPP.

Esta información idealmente debe venir a complementar la entregada durante la atención prenatal y se debe realizar lo más precozmente posible post hospitalización de la madre. Debe quedar constancia escrita de la entrega de información en ficha clínica. Esta información debe ser entregada por Matrn/a Tratante (Partos).

#### La información dada debe incluir:

- ❖ Que el procedimiento de contacto piel a piel, que se realizará inmediatamente después del nacimiento o lo más pronto posible, siempre que el estado clínico de la madre y del RN lo permita y que están dadas las condiciones para garantizar la seguridad del recién nacido.
- ❖ Importancia de la interacción madre-RN para la recuperación del RN del estrés del nacimiento, el establecimiento del vínculo con la madre y la lactancia materna.
- ❖ Riesgos del CPP. Esta información debe darse con un lenguaje sencillo, de forma clara y sin alarmar. Podemos decir que: Su práctica conlleva ciertos riesgos para la vida de su bebé, ya que lo estamos colocando en una posición que incrementa el riesgo de muerte súbita al tiempo que está haciendo importantes adaptaciones a la vida postnatal.
- ❖ Posibilidad de pasar al RN a una cuna cuando no se pueda hacer el CPP con la madre, ni con el padre; bien sea porque el padre no esté presente, no desee hacerlo o no se pueda garantizar la seguridad del RN.
- ❖ En la cuna, el RN debe colocarse en decúbito supino, con la cabeza no cubierta.
- ❖ Posibilidad de pasar al RN a URNI o Servicio de Neonatología, porque su estado clínico lo requiera.
- ❖ Necesidad de acompañamiento (acompañamiento activo) de la persona que realiza el CPP y vigilancia continua del RN, por parte de los dos, durante el CPP. Las madres pueden estar acompañadas por quien ellas deseen. El acompañante puede ayudarla o incluso suplirla, si está muy cansada, en la función de vigilancia del RN.
- ❖ Importancia de evitar distracciones y particularmente, el uso de teléfonos móviles, durante el CPP y el amamantamiento.



## SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Código: Neo  
Edición: 02  
Fecha: marzo 2021  
Página: 10/21  
Vigencia: 2021- 2026

### PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM

- ❖ Cómo evitar que la boca y la nariz del RN queden obstruidas durante el CPP (con madre/padre), mientras está acostado en la cama junto a su madre o cuando esté tomando el pecho.

#### Posición segura, que consiste en:

- La cabeza del RN debe quedar siempre libre, sin nada que limite la posibilidad de que el RN mueva espontáneamente la cabeza hacia atrás (brazo, camión, manta...).
- La cara del RN debe estar visible, con nariz y boca despejada, si no está succionando.
- Si está en decúbito prono sobre el cuerpo de la madre o del padre: El tórax del adulto no debe estar en horizontal, sino **inclinado unos 30-45°**, para que la cabeza del RN quede también inclinada.
- La cabeza del RN debe estar girada hacia un lado; y el cuello, recto, no doblado hacia atrás.
- Los hombros del RN deben quedar rectos contra los de la madre.
- El RN debe estar en la porción superior del tórax. No debe estar entre los pechos, sobre la mama o sobre el abdomen. Si durante la toma es necesario apartar la mama con los dedos, para evitar que la nariz quede obstruida, debe modificarse la posición del RN y/o madre.

- ❖ Qué deben observar en el RN:

- Boca y nariz están no obstruidas.
- Movimientos respiratorios presentes.
- buen tono muscular y coloración sonrosada.

#### La secuencia que se describe en los episodios es apnea, seguido de hipotonía y cambio de color.

- ❖ Cuando llamar al personal clínico

- a. El RN muestra signos de disposición para mamar (movimientos con la lengua, chupeteo, búsqueda...). Personal clínico debe, estar presente en la primera toma. En primer lugar, para ayudar (si precisa); y, además, para comprobar que la nariz no queda obstruida y observar respuesta del RN al amamantamiento (posible aumento del tono vagal).
- b. Observación en el RN de: cambios en la respiración (dificultosa, con quejido o ausente), cambios de tono muscular (hipotonía o hipertonía) o en su coloración (palidez, cianosis, eritema o plétora).
- c. La persona que realiza el CPP se siente adormilada, no se encuentra bien o quiere interrumpirlo.
- d. Acompañante se siente adormilado, no se encuentra bien o abandona acompañamiento.

		<b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>Código: Neo</b> <b>Edición: 02</b> <b>Fecha: marzo 2021</b> <b>Página: 11/21</b> <b>Vigencia: 2021- 2026</b>
<b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b>			

## 2. Proceso de CPP con la madre

### ❖ **Valorar la historia clínica de la gestante.**

- No malformaciones fetales congénitas identificadas durante la gestación.
- Edad gestacional  $\geq$  37 semanas.
- Patrón de registro de latidos cardíofetales tranquilizador.
- Parto eutócico.
- Madre sin enfermedad infectocontagiosa activa. No se pondrán en CPP aquellos cuyas madres padezcan tuberculosis con menos de 15 días de tratamiento, infección por herpes simple o sífilis con lesiones en pecho o con varicela activa

### ❖ **Ambiente físico.**

- Silenciosa
- Iluminación adecuada baja, pero que permita ver el color del RN.
- Puertas cerradas (para preservar la intimidad y para facilitar el control térmico del RN).
- Mínimo N° de personal clínico posible y con un acompañante para la madre, (la madre no puede permanecer sola durante el CPP).
- Temperatura ambiental entre 24-28 °C.
- Paños tibios para cubrir al recién nacido.

### ❖ **Condiciones clínicas de la madre y el RN.**

- En parto vaginal atendido por profesional matrn/a: será profesional matrn/a que atiende el parto el responsable de visar a la madre para comenzar el proceso de contacto piel a piel con su recién nacido según sus condiciones clínicas.
- En partos vaginales instrumentalizados y/o atendidos por gineco obstetra: Medico que asiste el parto debe visar a la madre para comenzar proceso de contacto piel a piel con su recién nacido según sus condiciones clínicas.
- En partos cesárea será tanto medico gineco obstetra y/o Médico anestesista quienes deben visar a la madre para comenzar proceso de contacto piel a piel con su recién nacido según sus condiciones clínicas.
- En recién nacidos producto de nacimientos vaginales y/o cesárea, que no presentan factores de riesgos conocidos y que cumplen con: Edad gestacional de termino, llanto vigoroso y buen tono muscular, que son atendidos por Matrn/a al momento de nacimiento, será este el profesional responsable de visar al recién nacido para comenzar proceso de contacto piel a piel.
- En recién nacidos producto de nacimientos vaginales y/o cesárea, que no presentan factores de riesgos conocidos y que cumplen con: Edad gestacional de termino, llanto vigoroso y buen tono muscular, que son atendidos por Médico Pediatra al momento de nacimiento, será este el profesional responsable de visar al recién nacido para comenzar proceso de contacto piel a piel.



## SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Código: Neo

Edición: 02

Fecha: marzo 2021

Página: 12/21

Vigencia: 2021- 2026

### PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM

- Antes de la salida del expulsivo consultar a la madre si se les ofreció información sobre el procedimiento del CPP y si quiere realizarlo. Si no disponen de información previa, informarles del procedimiento, de sus beneficios y de sus riesgos. Se debe ofrecer a todas las madres, incluidas las que haya decidido no lactar.



#### ❖ Posición segura para el recién nacido

##### Parto vaginal

- Madre en posición 45°, para favorecer posición fowler del recién nacido.
- Hombros y pecho del RN enfrentan hombros y pecho de la madre.
- Cabeza, cuello, columna alineada verticalmente con la madre.
- Cabeza de RN en el pecho, no entre las mamas.
- Cabeza girada hacia un lado, cara visible, nariz y boca libres.
- Cuello recto, no doblado
- Piernas de recién nacido flectadas
- Espalda cubierta con paño tibio.

##### Parto cesárea

- Colocar recién nacido en posición transversal sobre el pecho desnudo de la madre
- Cabeza de RN en el pecho, no entre las mamas
- Cabeza girada hacia un lado, cara visible Nariz y boca libres
- Cuello recto, no doblado
- Recién nacido, permanentemente sujeto con ambas manos del acompañante.
- Madre acaricia a recién nacido, pero no es la responsable de la sujeción segura de este.

 <p>Servicio de Salud Reloncavé Ministerio de Salud</p>	 <p><b>HPM</b> HOSPITAL PUERTO MONTT <i>Comprometidos con tu salud</i></p>	<p><b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b></p>	<p><b>Código: Neo</b></p> <p><b>Edición: 02</b></p> <p><b>Fecha: marzo 2021</b></p> <p><b>Página: 13/21</b></p> <p><b>Vigencia: 2021- 2026</b></p>
<p><b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b></p>			

### Procedimiento CPP parto vaginal

1. Matrona de URNI, verificara estado clínico de Rn.
2. Matrona de URNI y/ o Pediatra asignara puntuación APGAR.
3. Matrona de URNI identificara al Rn y datos serán verificados con la madre.
4. Si madre y Rn, están en condiciones de iniciar CPP, Matrona de URNI posicionara al Rn, verificara y/ o reforzara educación de contacto piel a piel seguro tanto a la madre como el acompañante significativo.
5. Se posicionará en forma segura al recién nacido.
6. Se realizará primer control de temperatura del recién nacido, (15 minutos post nacimiento aprox). si este se encuentra termorregulando se seguirá con el CPP, de lo contrario se tomarán medidas como cambiar paños húmedos se vestirá con gorro y colocar al recién nacido en cuna con servocontrol o incubadora en URNI hasta que logre termorregular.
7. Matrón/a URNI Completara chek list de apego seguro. (anexo 1).
8. Si la madre y el RN se encuentran en condiciones para que este último comience amamantamiento, matrona de URNI posicionara al recién nacido. Si el inicio del proceso de lactancia se difiere, será Matrón/a tratante (partos), el responsable de la supervision del acomodo y supervision del primer amamantamiento.
9. Una vez que RN es posicionado e iniciado el contacto piel a piel, con la madre, y se ha verificado que se encuentra informada del procedimiento, la supervisión del proceso quedara a cargo de Matrona tratante y personal de partos. de tener necesidad de atención por alguna urgencia este personal deberá alertar a personal de Neonatología (URNI).
10. Matrona tratante (partos) deberá completar chek list de supervisión de CPP seguro (anexo 2), una vez terminado el proceso este registro debe quedar en registros de Rn.
11. control de primera y segunda hora de vida del recién nacido y cumplimiento de protocolos preventivos serán realizados por personal de Neonatología (URNI).

		<b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>Código: Neo</b> <b>Edición: 02</b> <b>Fecha: marzo 2021</b> <b>Página: 14/21</b> <b>Vigencia: 2021- 2026</b>
<b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b>			



### Procedimiento Cesárea

1. Matrona de URNI, verificara estado clínico de RN.
2. Matrona de URNI y/ o Pediatra asignara puntuación Apgar.
3. Se realizarán pasos iniciales de reanimación (proporcionar calor, secar, despejar vía aérea y estimular).
4. Se identificará al recién nacido por matrona de URNI.
5. Si condiciones clínicas tanto de la madre como del recién nacido lo permiten, Matrona de RNI posicionara y mostrará el recién nacido a la madre para que esta lo toque y reconozca, junto al acompañante significativo de encontrarse presente. Esto no constituye período de apego de 30 minutos.
6. Si recién nacido se encuentra estable y la madre no se encuentra consciente o inestable en su condición clínica, el recién nacido será mostrado al padre y/o acompañante significativo de estar presente.
7. Matrona de URNI verificara identificación del recién nacido con la madre y / o acompañante significativo.
8. Luego el recién nacido será llevado a Unidad de recién nacido inmediato, donde se llevará a cabo primer control de temperatura y demás procedimientos que requiera el paciente.
9. El recién nacido, será llevado junto a su madre cuando esta se encuentre en condiciones clínicas adecuadas y una vez que el recién nacido esté en condiciones de alta de unidad de recién nacido inmediato.

**Si en cualquier momento, se observan signos de dificultad respiratoria, apneas, “gasping”, alteración del tono muscular (hipotonía o rigidez) o alteración en la coloración (cianosis, palidez, plétora o eritema) se interrumpirá el CPP, se alertará a viva voz a personal de la unidad, se trasladará al RN a la cuna de reanimación, aspirará (si es necesario), estimulará, reposicionará cabeza, valorará frecuencia cardíaca y continuará con maniobras de reanimación según estado del RN. Se debe activar alarma de emergencia para alertar a pediatra.**

### CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA EL CPP CON LA MADRE

- No deseo materno.
- Enfermedad infectocontagiosa materna que requiera aislamiento de contacto con el RN.
- Estado clínico materno que le impida la atención al RN.
- Estado clínico del RN que requiera atención en otra localización.
- Madre somnolienta o dormida y sin acompañamiento activo continuo.
- Madre o acompañante distraídos con móvil, a pesar de las advertencias.
- Edad gestacional <35 semanas o peso < 2.000 gr. En estos casos el CPP no está contraindicado, pero no podremos realizarlo de forma inmediata porque estos RN, habitualmente, son evaluados por el pediatra en primera instancia. El pediatra determinará si se puede proceder con el apego una vez evaluado el RN.

 <p>Servicio de Salud Reloncavi</p> <p>Ministerio de Salud</p>	 <p><b>HPM</b> HOSPITAL PUERTO MONTT <i>Comprometidos con tu salud</i></p>	<p align="center"><b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b></p>	<p><b>Código: Neo</b></p>
			<p><b>Edición: 02</b></p>
			<p><b>Fecha: marzo 2021</b></p>
			<p><b>Página: 15/21</b></p>
		<p><b>Vigencia: 2021- 2026</b></p>	
<p align="center"><b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b></p>			

**CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA EL CPP CON LA MADRE**

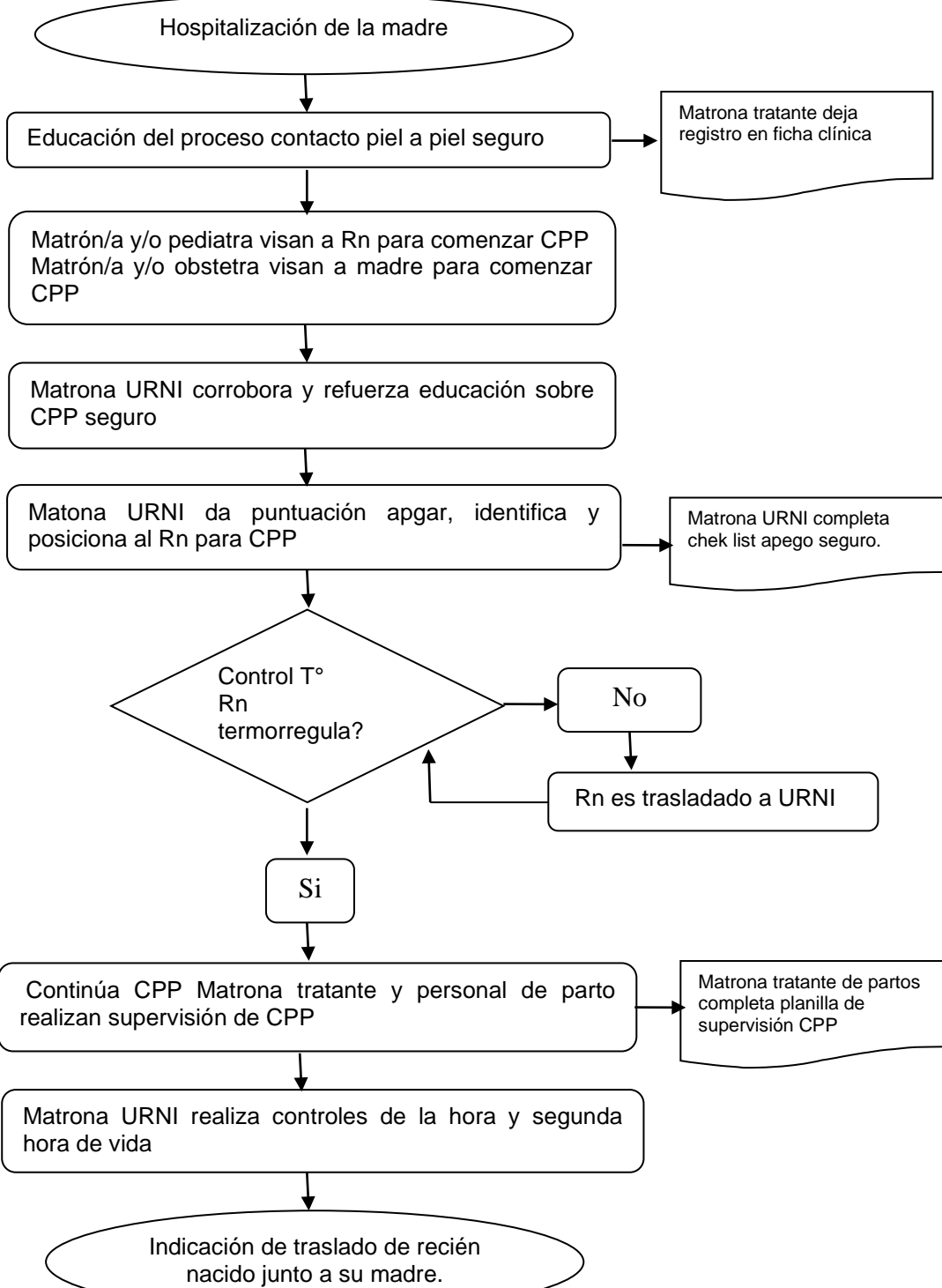
- Edad gestacional entre 35 – 36,6 de edad gestacional. o peso entre 2.000 – 2.499 gr. Debe ser autorizado por Médico pediatra.
- No garantía de vigilancia periódica por profesional clínico (c/15min.).

**DISTRIBUCIÓN**

- Servicio de Neonatología
- Servicio de Obstetricia y ginecología.
- Oficina calidad
- Dirección HPM

**PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA  
HPM**

**flujograma contacto piel a piel seguro**







**SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA**

**Código: Neo**  
**Edición: 02**  
**Fecha: marzo 2021**  
**Página: 17/21**  
**Vigencia: 2021- 2026**

**PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA  
HPM**

**• INDICADORES:**

1. % de Recién nacidos de 37 o más semanas de edad gestacional, sin patologías y con APGAR mayor a 8 a los 5 minutos de nacidos por parto vaginal, que realizan contacto piel a piel.

**• Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{N.º de RN } \geq \text{ de 37 semanas de edad gestacional, con APGAR } > \text{ a 8 a los 5 minutos, sin patologías, nacidos por parto vaginal en x 100}}{\text{Nº total de RN } \geq \text{ de 37 semanas de edad gestacional, con APGAR } > \text{ a 8 a los 5 minutos, sin patologías nacidos por parto vaginal en HPM.}} \cdot 100$$

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO: 85%

2. % de Recién nacidos de 37 o más semanas de edad gestacional, sin patologías y con APGAR mayor a 8 a los 5 minutos de nacidos por parto cesárea, que realizan contacto piel a piel.

**• Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{N.º de RN } \geq \text{ de 37 semanas de edad gestacional, con APGAR } > \text{ a 8 a los 5 minutos, sin patologías, nacidos por parto cesárea en x 100}}{\text{Nº total de RN } \geq \text{ de 37 semanas de edad gestacional, con APGAR } > \text{ a 8 a los 5 minutos, sin patologías nacidos por parto cesárea en HPM.}} \cdot 100$$

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO: 60%



**SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA**

**Código: Neo**  
**Edición: 02**  
**Fecha: marzo 2021**  
**Página: 18/21**  
**Vigencia: 2021- 2026**

**PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA  
HPM**

**Anexo 1**

Check list contacto piel a piel seguro en sala de parto y pabellón

Apellidos recién nacidos:

Fecha:

Hora:

<b>PARAMETROS</b>	<b>Si/NO</b>
Ausencia de patología neonatal o sospecha de ella.	
Se verifica identificación del recién nacido	
Rn de término (37 o más semanas de edad gestacional pediátrica)	
Apgar 1' > 7; APGAR 5' > 8	
Rn rosado	
Rn con patrón respiratorio normal	
Madre consciente y activa	
Rn en posición segura	
T° Rn ≥ 36.5 °c axilar al inicio del CPP	

Matrón/a URNI:

Firma:



**SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA**

**Código: Neo**  
**Edición: 02**  
**Fecha: marzo 2021**  
**Página: 19/21**  
**Vigencia: 2021- 2026**

**PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA  
HPM**

Anexo 2

Pauta supervisión contacto piel a piel seguro en sala de parto y pabellón

Apellidos recién nacidos:

Fecha:



Hora nacimiento:

PARAMETROS	MINUTOS DE VIDA						
	30	45	60	75	90	105	120
Rn en posición segura							
Cara visible, nariz y boca descubiertas							
Rn rosado							
Respiración Rn normal sin quejido o dificultad respiratoria							
Madre consciente y atenta							
Padres atentos, no están distraídos con el celular							
Rn está amamantando							

- T° axilar termino CPP:
- La vigilancia durante el Apego Seguro debe ser continua.
- Asegurarse de mantener luz adecuada para una correcta visualización del recién nacido, su color y su postura durante el apego.
- Los familiares, están menos capacitados para garantizar un entorno seguro para la madre y el recién nacido. **No debemos considerarlos un sustituto para la vigilancia durante el período de Apego Seguro.**

Nombre y Firma Matrona Tratante: \_\_\_\_\_



 <p>Servicio de Salud Bonaerense</p> <p>Ministerio de Salud</p>	 <p><b>HPM</b> HOSPITAL PUERTO MONTT <i>Comprometidos con tu salud</i></p>	<p><b>SERVICIO DE NEONATOLOGÍA</b></p>	<p><b>Código: Neo</b></p>
			<p><b>Edición: 02</b></p>
			<p><b>Fecha: marzo 2021</b></p>
			<p><b>Página: 21/21</b></p>
			<p><b>Vigencia: 2021- 2026</b></p>
<p><b>PROTOCOLO PROCESO CONTACTO PIEL A PIEL SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESAREA HPM</b></p>			