

**Programa de Doctorado Interuniversitario en  
Ciencias de la Salud**

**Tesis Doctoral**



**CESÁREA HUMANIZADA  
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO Y EXPERIMENTAL  
DEL  
CONTACTO PIEL CON PIEL**

Humanized cesarean section  
Phenomenological and experimental study of skin-to-skin contact

**Doctorando:  
José Miguel Pérez Jiménez**

**Directores:  
Dr. Cleofás Blanco Rodríguez (Tutor)  
Dr. Manuel Luque Oliveros**

**Dpto. de Enfermería  
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
Universidad de Sevilla**

**Sevilla, 2022**





**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

Programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud  
FACULTAD EN ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

CESÁREA HUMANIZADA  
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO Y  
EXPERIMENTAL DEL  
CONTACTO PIEL CON PIEL

Tesis presentada por D. José Miguel Pérez Jiménez, para optar al grado de  
Doctor por la Universidad de Sevilla, dirigida por los doctores:  
Prof. D. Cleofás Rodríguez Blanco y Prof. Dr. Manuel Luque Oliveros

En Sevilla, a 11 de Noviembre de 2022

El Doctorando

Fdo. D. José Miguel Pérez Jiménez

Director y Tutor

Fdo. Dr. Cleofás Rodríguez Blanco

Director

Fdo. Dr. Manuel Luque Oliveros

TESIS DOCTORAL





El Dr. **Cleofás Rodríguez Blanco**, Profesor Titular de Universidad adscrito al Departamento de Fisioterapia, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, en calidad de tutor y Director de esta Tesis Doctoral, y el Dr. **Manuel Luque Oliveros**, Profesor Asociado CIS adscrito al Departamento de Enfermería, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla en calidad de Director de esta Tesis Doctoral,

INFORMAN QUE:

El trabajo titulado "CESÁREA HUMANIZADA ESTUDIO FENOMENOLÓGICO Y EXPERIMENTAL DEL CONTACTO PIEL CON PIEL", presentado por D. **José Miguel Pérez Jiménez**, para obtener el grado de Doctor, se ha llevado a cabo bajo nuestra dirección en el marco del programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud (Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública), y cumple todos los requisitos de la normativa vigente para ser presentado y defendido como Tesis Doctoral. También hacemos constar que durante la dirección de este trabajo se ha informado al doctorando sobre su deber de evitar el fraude académico y las desviaciones en el ejercicio de la investigación. Tras la lectura de la versión final de esta Tesis Doctoral, hemos comprobado que sus resultados y conclusiones son originales, y ello supone que el doctorando no incurre en fraude académico ni en desviación en el ejercicio de la investigación.

En Sevilla, a 11 de Noviembre de 2022.

Fdo. Dr. Cleofás Rodríguez Blanco

Fdo. Dr. Manuel Luque Oliveros



**A mi madre.** *“Cuando no sepas por dónde empezar empieza por el amor...”*



Anna Rose Bain, 1985. Pintora clásica realista

**Nota:** Este documento utiliza lenguaje no sexista. Las referencias a personas o colectivos citados en los textos en género masculino, por economía del lenguaje, debe entenderse como un género gramatical no marcado. Cuando proceda, será igualmente válida la mención en género femenino (Guerra, Peña & Viveros, 20)



## RESUMEN

Un estudio reciente demostró que iniciar el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento mejora las tasas de supervivencia. De hecho, el comité garantista de los derechos bioéticos tuvo que paralizar la investigación cuando advirtió tal suceso. En los casos de cesárea es aún peor, ya que la separación de la madre y su hijo es una práctica bastante extendida.

### **Objetivos**

Determinar si el contacto piel con piel en cesáreas tiene efectos positivos en la madre y en el recién nacido y conocer las barreras y elementos facilitadores para la realización de esta técnica.

### **Metodología**

Estudio de metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. Por un lado, se realizó un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), prospectivo, sin cegamiento, en pacientes de cesárea del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Virgen Macarena de Sevilla, del 1 mayo de 2017 a 31 de mayo de 2019. La muestra se seleccionó por un muestreo aleatorio simple. Del grupo de pacientes con indicación de cesárea (n=359), se aleatorizaron durante el periodo de estudio el 23,2% (83 mujeres), el 2,2% (8 mujeres) decidieron no participar en la investigación. Hubo 3 pérdidas, el 0,8%, 2 en el grupo control y 1 en el grupo experimental, por bajo nivel de conciencia a causa de la anestesia. Se analizaron a 40 mujeres que realizaron el contacto piel con piel y a 40 que no. La segunda parte se fundamentó a partir de entrevistas semiestructuradas a los 40 profesionales sanitarios implicados, conformando un estudio cualitativo, en el que se analizaron los datos desde una perspectiva fenomenológica.

## **Resultados**

Se apreció una tendencia muy positiva en la disminución de los periodos de llanto del recién nacido que realiza contacto piel con piel con su madre, con mejor adaptación a la vida extrauterina. Así mismo, se observó como resultado, que la tasa en la lactancia materna precoz y su mantenimiento durante el primer mes, estaba más elevada en las madres que realizaban este contacto. De igual manera se obtuvieron datos que mostraron elevada significación estadística en la disminución de la sensibilidad del dolor, en el aumento de la contracción uterina y en la recuperación de los niveles maternos de hemoglobina plasmática al alta hospitalaria.

## **Conclusiones**

Las técnicas como la cesárea no deben evitar llevar a cabo el contacto piel con piel, puesto que como hemos demostrado se puede realizar sin ninguna dificultad desde el quirófano, consiguiendo importantes beneficios en la madre y en su recién nacido. Es necesario habilitar un espacio compartido para la madre y el acompañante para facilitar el contacto piel con piel con su hijo y la recuperación de estos tras la cesárea. Es imprescindible formar a los profesionales sanitarios implicados en la realización de esta técnica.

## **Palabras claves**

Cesárea; Método Madre-Canguro; Apego; Contracción uterina; Lactancia materna, Parto Humanizado.

## **ABSTRACT**

A recent study showed that initiating skin-to-skin contact immediately after birth improves survival rates. In fact, the bioethics rights committee had to stop the research when it found this to be true. In cases of caesarean section, it is even worse, as separation of mother and child is a widespread practice.

### **Aims**

To determine whether skin-to-skin contact at caesarean section has positive effects for mother and baby and to determine the barriers and facilitators of this technique.

### **Methodology**

A mixed-method, quantitative-qualitative study. On the one hand, a prospective, prospective, unblinded, Randomized Clinical Trial (RCT) was conducted in cesarean section patients of the gynecology and obstetrics service of the Virgen Macarena hospital in Seville, from May 1, 2017 to May 31, 2019. The sample was selected by simple random sampling. Of the group of patients with indication for cesarean section (n=359), 23.2% (83 women) were randomized during the study period, 2.2% (8 women) decided not to participate in the research. There were 3 losses, 0.8%, 2 in the control group and 1 in the experimental group, because of low level of consciousness due to anesthesia. Forty women who performed skin-to-skin contact and 40 who did not were analyzed. The second part was based on semi-structured interviews with the 40 health professionals involved, forming a qualitative study, in which the data were analyzed from a phenomenological perspective.

### **Results**

A very positive trend was observed in the reduction of crying periods in newborns who have skin-to-skin contact with their mothers, with better adaptation to extrauterine life.

Likewise, it was observed that the rate of early breastfeeding and its maintenance during the first month was higher in mothers who had this contact. Similarly, data were obtained that showed high statistical significance in the decrease of pain sensitivity, in the increase of uterine contraction and in the recovery of maternal plasma hemoglobin levels at hospital discharge.

### **Conclusions**

Techniques such as cesarean section should not prevent skin-to-skin contact, since, as we have shown, it can be performed without any difficulty from the operating room, achieving important benefits for the mother and her newborn. It is necessary to provide a shared space for the mother and her companion to facilitate skin-to-skin contact with the baby and their recovery after cesarean section. It is essential to train the health professionals involved in performing this technique.

### **Key words**

Caesarean section; Kangaroo-Mother Care Method; Attachment; Uterine contraction; Breastfeeding; Humanizing Delivery.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
TEORÍA DE LA ALOSTASIS .....	24
TEORÍA DEL APEGO .....	25
¿CÓMO SE INICIA EL DEL CPP?.....	27
BENEFICIOS DEL CPP .....	32
RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL DEL CPP .....	34
HUMANIZACIÓN PARTO - ACOMPAÑAMIENTO .....	36
¿QUÉ SUCEDE EN LAS CESÁREAS? .....	39
<i>Definición.....</i>	<i>39</i>
<i>Partos-Cesáreas.....</i>	<i>41</i>
<i>Dolor - Cesárea.....</i>	<i>42</i>
<i>Lactancia- cesárea .....</i>	<i>44</i>
<i>Hemorragia- Contracción Uterina- CPP: .....</i>	<i>45</i>
<i>Cesárea Humanizada, CPP y Violencia Obstétrica: .....</i>	<i>46</i>
CPP SEGURO .....	48
<i>Factores de Riesgo .....</i>	<i>49</i>
<i>Prevención de Complicaciones .....</i>	<i>50</i>
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>52</b>
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	54
POSICIÓN DEL INVESTIGADOR.....	56
ESCENARIOS DE OBSERVACIÓN .....	56

<b>INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....</b>	<b>57</b>
HIPÓTESIS .....	57
OBJETIVO GENERAL.....	57
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	57
METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA .....	58
<i>Evaluaciones</i> .....	58
<i>Intervenciones</i> .....	66
<i>Aspectos ético-legales</i> .....	69
<i>Registro del estudio de investigación – Publicación del artículo</i> .....	71
RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA .....	71
DISCUSIÓN INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	92
<i>Limitaciones del estudio</i> .....	102
<i>Utilidad práctica</i> .....	103
<i>Prospectiva del estudio</i> .....	104
CONCLUSIONES INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA .....	105
<b>INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....</b>	<b>106</b>
OBJETIVO GENERAL.....	106
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	106
METODOLOGÍA CUALITATIVA .....	106
<i>Principios de los estudios de investigación cualitativa</i> .....	109
<i>Unidad de observación</i> .....	110
<i>Unidad de análisis</i> .....	110
<i>Estrategias para la obtención de información</i> .....	110
<i>Muestreo</i> .....	113
<i>Papel del entrevistador</i> .....	115
<i>Análisis de la información</i> .....	116
RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	118

<i>Perfil de los participantes</i> .....	118
<i>Análisis por Categorías</i> .....	125
DISCUSIÓN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....	136
CONCLUSIONES INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....	141
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>142</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>152</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b> .....	<b>65</b>
VARIABLES DE ESTUDIO.....	65
<b>TABLA 2</b> .....	<b>73</b>
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES POR GRUPOS .....	73
<b>TABLA 3</b> .....	<b>74</b>
DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE REFERENCIA POR GRUPOS .....	74
<b>TABLA 4</b> .....	<b>119</b>
METODOLOGÍA CUALITATIVA. DATOS DEMOGRÁFICOS.....	119

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> .....	<b>31</b>
FASE 6. ARRASTRE. EL BEBÉ SE MUEVE HACIA EL PECHO .....	31
<b>FIGURA 2</b> .....	<b>31</b>
FASE 6. LA MIRADA SE CENTRA EN EL PECHO DE LA MADRE .....	31
<b>FIGURA 3</b> .....	<b>32</b>
FASE 7. FAMILIARIZACIÓN CON EL PECHO .....	32

<b>FIGURA 4</b> .....	<b>68</b>
COLOCACIÓN DEL NIÑO SOBRE EL PECHO DE LA MADRE DURANTE LA INTERVENCIÓN .....	68
<b>FIGURA 14</b> .....	<b>75</b>
NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES.....	75
<b>FIGURA 15</b> .....	<b>76</b>
PROBLEMAS MÉDICOS DE LAS PACIENTES.....	76
<b>FIGURA 16</b> .....	<b>77</b>
ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	77
<b>FIGURA 17</b> .....	<b>78</b>
EFECTO DEL CPP EN LA CONTRACCIÓN ÚTERINA.....	78
<b>FIGURA 18</b> .....	<b>79</b>
EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA PLASMÁTICA MATERNA .....	79
<b>FIGURA 19</b> .....	<b>81</b>
EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DISMINUCIÓN DE HEMOGLOBINA PLASMÁTICA MATERNA HBD.....	81
<b>FIGURA 22</b> .....	<b>82</b>
CORRELACIÓN ENTRE DISMINUCIÓN DE HBD (HB1-HB3) Y CONTRACCIÓN ÚTERINA. ....	82
<b>FIGURA 23</b> .....	<b>84</b>
SENSACIÓN DE DOLOR MATERNO POST. CESÁREA QUIRÓFANO (EVA 1) .....	84
<b>FIGURA 24</b> .....	<b>85</b>
SENSACIÓN DE DOLOR MATERNO POST. CESÁREA LLEGADA SALA RECUPERACIÓN (EVA 2) .....	85
<b>FIGURA 25</b> .....	<b>86</b>
SENSACIÓN DE DOLOR MATERNO POST. CESÁREA SALIDA SALA RECUPERACIÓN (EVA 3).....	86

<b>FIGURA 26</b> .....	<b>87</b>
LACTANCIA MATERNA AL INICIO .....	87
<b>FIGURA 27</b> .....	<b>88</b>
LACTANCIA MATERNA MES .....	88
<b>FIGURA 28</b> .....	<b>90</b>
<i>SENSACIÓN DE CONFORT DE LA MADRE</i> .....	<b>90</b>
<b>FIGURA 29</b> .....	<b>91</b>
LLANTO DEL RECIÉN NACIDO.....	91
<b>FIGURA 5</b> .....	<b>120</b>
EDAD DE LOS PARTICIPANTES .....	120
<b>FIGURA 6</b> .....	<b>121</b>
SEXO DE LOS PARTICIPANTES .....	121
<b>FIGURA 7</b> .....	<b>121</b>
NIVEL DE ESTUDIOS, UNIVERSITARIOS .....	121
<b>FIGURA 8</b> .....	<b>122</b>
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS .....	122
<b>FIGURA 9</b> .....	<b>122</b>
NÚMERO DE HIJOS.....	122
<b>FIGURA 10</b> .....	<b>123</b>
MIEMBROS EN LA FAMILIA .....	123
<b>FIGURA 11</b> .....	<b>123</b>
PROFESIÓN DE LOS ENTREVISTADOS .....	123

<b>FIGURA 12</b> .....	<b>124</b>
RELACIÓN LABORAL CON LA EMPRESA EN LA QUE TRABAJAN .....	124
<b>FIGURA 13</b> .....	<b>124</b>
LUGAR DONDE DESEMPEÑA SU TAREA ASISTENCIAL .....	124
<b>FIGURA 20</b> .....	<b>165</b>
EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA PLASMÁTICA MATERNA. MEDIANAS Y PERCENTILES	165
<b>FIGURA 21</b> .....	<b>167</b>
EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA PLASMÁTICA MATERNA. MEDIANAS.....	167

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

- AAP:** American Academy of Pediatrics
- AWHONN:** Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses
- CPP:** Contacto Piel con Piel
- DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud
- DOHaD:** Developmental Origins of Health and Disease
- ECA:** Ensayo Clínico Aleatorizado
- EVA:** Escala visual analógica (dolor percibido)
- Hb:** Hemoglobina
- HPP:** Hemorragia Postparto
- IHAN:** Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
- IMC:** Índice de masa corporal
- LM:** Lactancia materna
- MM:** Mortalidad Materna
- NICE:** National Institute for Health and Care Excellence
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- RN:** Recién Nacido

**RNAO:** Registered Nurses' Association of Ontario

**SAS:** Servicio Andaluz de Salud

**SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**URPA:** Unidad de Recuperación Postanestésica

## INTRODUCCIÓN

El contacto precoz piel con piel (CPP) consiste en la colocación del recién nacido (RN) desnudo en posición decúbito prono sobre el torso, también desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. El fundamento para el contacto piel a piel se basa en estudios realizados en animales, en 1994, por el investigador J.R. Alberts; en los que demostró que ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat (Moore ER. et al., 2016).

Se ha demostrado que existe relación entre la realización de esta técnica y la tasa de supervivencia de los RN. Sabemos que en los partos normales mueren más bebés prematuros / nacidos con bajo peso (<2,0 kg) si no hacen el CPP desde el nacimiento (WHO Immediate KMC Study Group, 2021). Incluso en casos de Covid la tendencia es clara, ya que separar a las madres de sus recién nacidos por esta enfermedad tiene efectos negativos. En un estudio reciente, la investigadora concluye que los bebés que tuvieron contacto piel con piel, aunque sus madres estuvieran diagnosticadas de Covid, no enfermaron más que los que no lo hicieron. Sin embargo, en referencia a la lactancia materna, los bebés separados tuvieron menores tasas de esta a los 3 meses y muchas madres que intentaron amamantar después de la separación no lo consiguieron (Bartick Melissa C., et al., 2021).

La mortalidad materna (MM) es una de las principales preocupaciones de la asistencia sanitaria, permite establecer las diferencias socioeconómicas entre los países. La hemorragia postparto (HPP), pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea, constituye el 35% del total de las MM. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP (OMS, 2019). La HPP sucede en las primeras 24 horas del posparto y está

relacionada con el 80% de los casos con atonía uterina, pérdida del tono de la musculatura del útero, generalmente la más grave. Se presenta en uno de cada 20 partos y es responsable del 50% de las muertes maternas en países pobres (Kalkal N., 2016, Chandraharan et al., 2017).

En los partos normales, tras el nacimiento, se produce una fuerte contracción uterina para cerrar los vasos sanguíneos. Gracias a esto el sangrado es mínimo en la madre (López-García et al, 2017). En cambio, en las cesáreas no ocurre de esta forma ya que hay una disminución de liberación de la hormona oxitocina, encargada entre otras funciones de la contracción uterina, por lo que se produce una contracción inadecuada de las células del miometrio y un retraso en la involución del útero. Esto influye de manera negativa en la recuperación de la madre ya que el riesgo de sangrado es mayor (Fernández-Cañadas A., 2018).

Sabemos que el contacto piel con piel (CPP) y la succión del pecho provocan un aumento de oxitocina y de las beta-endorfinas que favorece la contracción uterina y la eyección de calostro (Boyd MM, 2017). Actualmente es una práctica habitual el acto de separar a la madre de su recién nacido después de una cesárea, por tanto, el CPP inmediato no se realiza (Llúncor Rodríguez, et al., 2015).

Niveles altos de oxitocina plasmática promueven comportamientos sociales interactivos, la vinculación y el apego en la madre. También estimula comportamientos maternos más complejos reduciendo los niveles de ansiedad, miedo y dolor (Moberg K, Handlin L & Petersson M., 2020).

Se han encontrado cambios epigenéticos en los sistemas de regulación del estrés en el recién nacido a consecuencia de la separación de la madre tras el nacimiento (Moore ER. et al., 2016). El hecho de interponerse al contacto en esta primera hora de vida puede intervenir

con la regulación hormonal y el sistema neuroendocrínológico, ya que existe un proceso natural e innato el cual se está entorpeciendo, y puede tener efectos negativos sobre la creación de respuestas maternas que facilitan el vínculo seguro. (Buckley, 2015). Se relaciona con un aumento de la expresión de los genes que sintetizan ciertas moléculas y hormonas (cortisol, adrenalina...) producidas en el cerebro y glándula suprarrenal en ambos, de ahí que esta separación influya en la disminución de la probabilidad de beneficios fisiológicos y neurocomportamentales (Bergman N., 2019). Este retraso en el reconocimiento de la madre puede crear un vínculo débil con su hijo, que puede ser evitable con un ambiente de cariño y arropamiento, gracias al CPP. (Joan L., et al., 2020). Todos estos sucesos se engloban en un concepto llamado DOHaD (*Developmental Origins of Health and Disease*), el cual explica que eventos precoces en la vida pueden determinar distintas formas de comportamiento, mentales y biológicas a largo plazo, incluso favorecer el desarrollo de enfermedades (Hanson M., & Gluckman PHadson M., 2016).

Para llevar a cabo el CPP, lo primero que hay que hacer es colocar al bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento. Esta práctica se hace de forma sistemática en los partos normales (vía vaginal), pero se queda sin aplicación en la mayoría de los partos por cesárea, aunque la madre esté despierta y el RN sea un niño sano y a término. Por tanto, el contacto piel con piel inmediato después del quirófano no se realiza y el primer acercamiento con su madre se produce unas tres horas después del nacimiento, en los mejores casos y en los peores puede retrasarse debido a los efectos residuales de la anestesia epidural u otras complicaciones. Durante este tiempo el RN está en la cuna o en casos excepcionales haciendo piel con piel con su padre. (Costa Romero M. et al., 2020, Kollmann et al., 2017).

Actualmente desconocemos el motivo que impide que madre y recién nacido permanezcan juntos, creando un alojamiento de apego tras el parto por cesárea, si el ambiente es seguro para la madre por qué no la va a ser para su hijo. Hoy día sabemos que, las madres cuyo parto ha sido mediante cesárea refieren vivir esta situación de forma violenta, debido a la separación durante un tiempo de su hijo (Canevari, 2015). En algunos países la no realización de esta técnica está considerada como violencia obstétrica, como veremos más adelante. La necesidad de parto por cesárea aumenta la ansiedad de las familias, ejerce una presión adicional sobre la relación materno-recién nacido y hace la recuperación postparto más difícil para la mujer y la familia. Muchas mujeres que dan a luz mediante cesárea tienen deseos sostenidos de contacto con sus recién nacidos (Peralta Obispo, L. M., 2021).

En España, se carece de información de base poblacional sobre el grado de implementación del contacto precoz en los servicios sanitarios. Se sabe que algunas instituciones adoptan una política de promoción del contacto temprano mientras que otras carecen de dicha política. En la Comunidad Autónoma de Andalucía, de manera más concreta en el Servicio Andaluz de Salud, se apuesta por la transformación de la gestión sanitaria centrada en las personas ante este entorno cambiante. Humanizar la atención sanitaria significa apostar por un trato amable, por una asistencia centrada en la persona y en sus derechos, que escucha y acompaña, que prioriza la participación, que avanza en su compromiso y responsabilidad social en el seno de un diálogo permanente con la ciudadanía. Apostando por ti, apostando por todos (SAS, 2022). No es de extrañar, que en la propuesta de objetivos del Contrato Programa del año 2020 para la Unidad de Gestión Clínica de Anestesia y Reanimación de este hospital apareciese el contacto piel con piel en cesáreas.

En este Hospital, donde se realizó este estudio, se sigue el circuito de seguridad del paciente quirúrgico. Los pacientes que reciben anestesia general y/o regional, como es el caso de las cesáreas, son trasladados a la URPA (unidad de recuperación postanestésica), en cambio el RN sano no precisa cuidados concretos, y es llevado a una habitación en la unidad de maternidad, en compañía de su padre u otro familiar. Por eso tampoco existe un protocolo de atención a la madre y al niño en un mismo lugar físico. Este estudio ha propiciado que se diseñe este protocolo, para que madre e hijo puedan compartir un mismo espacio (ver anexo 11), el cual será puesto en marcha en los próximos meses.

Hasta la fecha, los estudios sobre el CPP temprano de los RN recogen escasos datos cuantitativos. Hay autores que señalan que sería muy recomendable hacerlo con un diseño experimental ECA, como es este trabajo. Por ejemplo, en una revisión sistemática de Moore, Anderson, Bergman y Dowswell en 2016, se evidencia que el CPP debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento en partos vaginales y tan pronto como la madre esté alerta y responda después de un parto por cesárea. En el apartado de implicaciones para la investigación, señalan que "...es preciso realizar más investigaciones sobre los efectos del contacto piel a piel temprano en las madres que tienen el parto por cesárea (Moore et al., 2016).

El CPP temprano en cesáreas no se ha adoptado todavía como estándar de la práctica de la salud para los bebés sanos a término; las razones hasta ahora, no se comprenden bien, a pesar de las recomendaciones de las sociedades científicas y de las numerosas ventajas del CPP descritas en la literatura (Brimdyr K., et al., 2018).

Actualmente, teniendo en cuenta las investigaciones que versan sobre el contexto del proceso quirúrgico de cesárea, existe poca evidencia sobre la relación entre el CPP en este

tipo de partos y la óptima recuperación de la madre y su recién nacido, sobre todo en relación con la contracción uterina y la HPP. Proporcionar oportunidades para las madres para participar en el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento por cesárea es una práctica de la enfermería basada en la evidencia que representa un nuevo modelo experto de la atención al paciente para las madres y sus recién nacidos (Ariza-Salamanca, M.C., 2020).

En base a lo expuesto, la justificación y pertinencia de este estudio radica en demostrar si es posible realizar el CPP inmediatamente tras el nacimiento del recién nacido, tras una cesárea, desde la mesa quirúrgica y si tiene efectos positivos en la madre y el recién nacido. Así mismo, conoceremos que piensan los profesionales sanitarios implicados, las sensaciones de las mujeres y el por qué el CPP en cesáreas no está instaurado en los hospitales.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Teoría de la Alostasis**

Existe una teoría descrita por Bruce McEwen, la Teoría de la Alostasis, que estudia la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad. Para este autor el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso vegetativo y el sistema inmune sirven como mediadores para la adaptación a los retos de la vida diaria, es decir, alostasis frente a homeostasis, significa alcanzar la estabilidad por medio del cambio de estado (MC., Ewen et al., 2012).

A corto plazo, estos procesos son esenciales para la adaptación, el mantenimiento de la homeostasis, y la supervivencia (alostasis). Sin embargo, en intervalos de tiempo más largos, exigen un costo, la carga alostática, que puede acelerar los procesos de enfermedad.

En un RN cuando nace y se separa de su hábitat sufre este proceso adaptativo con su consiguiente carga alostática.

### **Teoría del Apego**

La teoría del Apego y el concepto de vínculo madre-hijo, está desarrollada por el psicoanalista británico John Bowlby. En 1948 la Organización Mundial de la Salud le encomendó la tarea de investigar las necesidades de los niños sin hogar, huérfanos y separados de sus familias, producto de la Segunda Guerra Mundial. Tras su estudio, Bowlby enfatizó que la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y el desarrollo saludable del menor, tanto, como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina, “el bebé y el niño pequeño deberán haber sido criados en una atmósfera cálida y haber estado unidos a su madre (o persona que hace función de madre) por un vínculo afectivo íntimo y constante, fuente de satisfacción y de alegría para ambos” (Reubins, B.M., 2020).

El ser humano, como todos los animales, en el momento de su nacimiento, sólo cuenta con el 25% de su cerebro. Es el que más depende de su madre y de su padre para sobrevivir, crecer y llegar a la edad adulta. Por este motivo, los bebés nacen con las habilidades imprescindibles para su supervivencia, para que se establezca el vínculo entre madre e hijo y para facilitar la futura relación de apego con su madre y con su padre.

El vínculo afectivo es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie. Es algo instintivo e inconsciente. No se provoca, ocurre sin más. Son los lazos emocionales que se establecen entre la madre y su hijo y que la capacitan para que se sacrifique y le cuide (Jiménez Luna, A., 2019).

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad: ser aceptado y protegido incondicionalmente. El estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. El apego también se puede definir como la regulación madre-bebé de las emociones con el objeto de conseguir una autorregulación afectiva, y el perfeccionamiento de ésta da lugar al desarrollo normal. Las respuestas de la madre que calman las emociones desagradables del bebé y las que potencian las agradables, una y otra vez los primeros años de vida, son las que permiten una autorregulación afectiva y hacen posible el desarrollo de un apego seguro. Por tanto, los bebés no aprenden a autorregularse solos, lo hacen gracias a la relación emocional con su madre. El apego seguro es la piedra angular del crecimiento independiente (Cyrulnik, B., 2020).

Esta teoría argumenta que un vínculo físico y emocional fuerte con un cuidador primario, por lo general la madre, durante los primeros momentos de la vida es indispensable para nuestro desarrollo. Si nuestra unión es fuerte nos da seguridad para explorar el mundo y nos sentimos preparados para ello, seremos personas con confianza, podremos conectarnos con los demás y seremos exitosos. Si nuestro vínculo es débil, nos sentimos vinculados con inseguridad. Sentimos miedo de salir o explorar un mundo que se percibe como amenazante, porque no estamos seguros de regresar al refugio. En resumen, la teoría del apego determina en el ser humano tres esferas importantísimas: la regulación emocional, la función cognitiva (base de los procesos cognitivos básicos, aprendizaje y adquisición de habilidades) y las capacidades básicas que conformaran el comportamiento social (empatía, compasión social). Fomentar un apego adecuado dota de habilidades al ser humano para enfrentarse con mayor

éxito en situaciones estresantes como la pandemia actual, y capacita a si mismo de gestión emocional para controlar la impulsividad, la violencia y las conductas de riesgo (Guerrero, R., 2018).

Esta teoría del apego está muy desarrollada actualmente por infinidad de asociaciones. En España tenemos la Asociación de Profesionales Interesados en el Apego: IAN-E.

### **¿Cómo se Inicia el del CPP?**

Hoy sabemos que existe un periodo de tiempo conocido como “periodo sensible”, que es el tiempo de contacto entre padres e hijos, de minutos, horas o días, y que puede alterar el comportamiento posterior entre éstos, es decir, el vínculo afectivo y la relación de apego del bebé con su madre y con su padre. Guarda similitud con el periodo de establecimiento de la impronta, concepto descrito por Konrad Lorenz en las aves en 1935. Se desconoce la duración exacta de este periodo sensible en el ser humano. Pero si hay un momento imprescindible en ese acercamiento madre-hijo, este es el inmediatamente posterior al parto, la primera hora fundamentalmente. Durante este periodo se desarrolla un apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y su hijo en los primeros momentos de relación (Arévalo Oliva, M. D., 2020).

Tomando en cuenta que el desarrollo normal del recién nacido depende en gran parte de estas respuestas afectivas entre la madre y el hijo, así como de la unión fisiológica y psicológica, investigaciones al respecto han demostrado que el éxito del método piel a piel inmediato depende del tiempo del contacto, el cual beneficia al binomio madre-hijo. Se recomienda que permanezcan en estrecho contacto y de manera ininterrumpida, al menos, las dos primeras horas tras el nacimiento (Jiménez Luna, A., 2019).

El recién nacido viene preparado para esta primera interacción, en la que ocurren muchos fenómenos interesantes. Tras el trabajo de parto, madre e hijo están en alerta tranquila, pendientes de lo que pasa a su alrededor. Si se deja al RN en decúbito prono (boca abajo) entre los pechos desnudos de su madre, este permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión de su puño, que conserva el olor del líquido amniótico, huele la piel de su madre (que huele como su puño) y se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor. Nota el pezón en su mejilla y, espontáneamente, comienza a succionar. El contacto del bebé con la piel de su madre, que tiene aumentada la sensibilidad en ese momento, da lugar a un aumento de la secreción de oxitocina. Es la hormona del comportamiento maternal, que contribuye al acceso de amor hacia el bebé. La madre, con un pico de oxitocina, en alerta, sintiendo a su hijo tan deseado y que la mira fijamente con los ojos abiertos, embelesado, experimenta el momento mágico del establecimiento del vínculo. Este periodo llamado “período de alerta tranquila” o de “reconocimiento sensible”, es alterado por multitud de rutinas hospitalarias que pueden ser pospuestas (Widström, A. M., et al., 2020).

El contacto piel con piel precoz se realiza precisamente durante el periodo neonatal inmediato, que fisiológicamente, representa uno de los mayores desafíos de nuestra existencia.

Este periodo le supone al recién nacido un esfuerzo fisiológico muy complejo. Describamos a continuación de manera más detenida como se desarrolla este proceso. Clásicamente se considera que se compone de tres fases bastante diferenciadas:

- El estadio inicial o periodo de reactividad, corresponde a los primeros 30 minutos de vida.
- El segundo estadio es un periodo de respuesta disminuida y va desde los 30 minutos hasta las 2 horas de vida.
- El tercer estadio corresponde a un segundo periodo de reactividad y engloba desde las 2 horas hasta las 8 horas de vida (Desmond, 1966).

Respecto al problema que nos ocupa, el periodo más complicado es el segundo, puesto que se caracteriza por una tendencia a dormir, con respuesta de la actividad motora disminuida y que se inicia generalmente entre los 30-60 minutos de vida. Termina frecuentemente entre las 2-3 horas de edad con el segundo periodo de reactividad. La tercera fase se describe como una etapa de labilidad simpático-parasimpática, que recuerda a la situación post-anestésica clásica y que termina con la estabilización del neonato. Esta clásica descripción de Desmond es de gran relevancia porque plantea la necesidad de tener que prestar una atención experta al recién nacido, en especial en este segundo periodo que tiene lugar en el transcurso de la primera a la segunda hora.

Actualmente contamos con trabajos más recientes que tratan de visualizar este comportamiento innato de los bebés de manera más específica, detallado en 9 etapas (Madero Noguera, M., et al., 2016):

- El llanto de nacimiento es un llanto específico y diferenciado que ocurre cuando los pulmones del bebé se expanden por primera vez.
- La relajación es el momento que sigue al llanto de nacimiento, cuando el bebé se queda quieto, sin hacer movimientos visibles.

- El despertar comienza cuando el bebé abre los ojos por primera vez, parpadea, y hace pequeños movimientos con la boca, las manos y los hombros.
- La etapa de actividad implica movimientos corporales más amplios. Incluye movimientos de todo el brazo, los dedos y los hombros; además, el bebé levanta la cabeza y mantiene los ojos abiertos.
- El descanso puede ocurrir en cualquier momento durante la primera hora, intercalado entre las distintas etapas o como una transición entre ellas.
- El gateo o arrastre ocurre cuando el bebé se mueve intencionalmente hacia el pecho y el pezón. Lo puede lograr por medio de deslizamiento, salto, balanceo o empuje. Figura 1 y 2.
- Durante la etapa de familiarización el bebé lame, prueba, toca y se mueve alrededor del área del pezón y la areola. Figura 3
- En la etapa de amamantamiento o succión el bebé se acopla al pezón e inicia la lactancia.
- Por último, está la etapa de sueño. Dormir es una actividad involuntaria del bebé, que ocurre de 1.5 a 2 horas después del nacimiento.

## Figura 1

*Fase 6. Arrastre. El bebé se mueve hacia el pecho*



Madero Nogueras, M., Castro Menéndez, A., & Rodríguez Castilla, F. (2016). Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*, 10(2), 0-0.

## Figura 2

*Fase 6. La mirada se centra en el pecho de la madre*



Madero Nogueras, M., Castro Menéndez, A., & Rodríguez Castilla, F. (2016). Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*, 10(2), 0-0.

### **Figura 3**

#### *Fase 7. Familiarización con el pecho*



Madero Nogueras, M., Castro Menéndez, A., & Rodríguez Castilla, F. (2016). Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*, 10(2), 0-0.

### **Beneficios del CPP**

La base fundamental de este contacto piel a piel se basa en estudios realizados en animales, en los que se demostró que existe una relación entre ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos y el hábitat. En la biología de los mamíferos, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a una lactancia satisfactoria, y por lo tanto a la supervivencia. La separación de este medio produce un llanto inmediato por angustia y una conducta de “protesta o desesperación” (Mandujano Trujillo, E., 2019).

Históricamente la relación madre-lactante ha proporcionado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. Sin embargo, el manejo médico asistencial

perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana entre madre y recién nacido. En los hospitales españoles tras el parto el niño se separa inmediatamente de la madre, se le valora, se le seca, se le viste y sólo entonces se lo devuelve a la madre (Esteves Lecaros, S. J., 2018).

La realización de este contacto presenta numerosas ventajas y beneficios. En el recién nacido estabiliza las funciones vitales, mejora los niveles de saturación de oxígeno, mantiene estable la temperatura corporal, disminuye la percepción de dolor y de niveles de cortisol salivar tras el parto, además confiere períodos más largos de sueño, (Gonzales E., 2019). Varios estudios afirman con un grado de evidencia A, según la Canadian Task Force on Preventive Health Care, que los recién nacidos a los que se les realiza el CPP no precisan ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre (Cabello Acevedo, G., 2019).

En las madres se observa que se estabilizan las funciones vitales, mejora los niveles de saturación de oxígeno, mantiene estable la temperatura corporal, y también disminuye los niveles de cortisol salivar tras el parto (Salomé Olivera, E. C., 2022). Así mismo se produce un acortamiento del periodo de alumbramiento, mejora en la percepción de este, fortalecimiento del vínculo madre-hijo y reducción de los niveles de depresión y ansiedad puerperal. Las madres presentan menos estrés, con mayores sentimientos de confianza y competencia por el manejo de sus bebés (Costa Romero M. et al., 2020). Es una praxis aconsejable realizar CPP inmediato, ya que se produce un aumento de oxitocina y betaendorfinas en la madre, que favorece la eyección del calostro (Boyd MM., 2017).

## **Reconocimiento Internacional del CPP**

Diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Guía NICE, American Academy of Pediatrics (AAP), Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), recomiendan el CPP precoz tras los partos vaginales y cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo lo permitan (Costa M., et al., 2020).

La OMS y UNICEF identifican esta técnica como parte del proceso de apoyo a la lactancia materna en su Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). En 1989 se realizó la Declaración Conjunta de OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, con las implicaciones que suponen: no separar al recién nacido de su madre al momento de nacer. Es en 1996, en Ginebra, cuando la OMS publica Cuidados en el Parto (OMS, 1996). (Stevens J., et al., 2019). Es importante destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya en 1985, aprobó Las Recomendaciones sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé, en Fortaleza, Brasil, donde además de enumerar los derechos, se destaca que se facilite la participación y la decisión de la mujer en todo el proceso de parto al mismo tiempo que se pide revisar la tecnología y medicalización usada en los partos.

El contacto precoz se practica en Estados Unidos y en el norte de Europa desde 1970, pero ha sido la norma de la humanidad hasta principios del siglo XX, cuando empezaron a separarse los bebés de sus madres en los hospitales de los países desarrollados. Esta práctica, pues, diverge de la historia evolutiva, donde la supervivencia del neonato dependía del contacto materno íntimo y prácticamente continuo (Ramos Yujra, L. M., 2019).

Son numerosos los organismos y guías internacionales que aconsejan el CPP en los casos de cesárea. Es el caso del Ministerio de Sanidad (2017), que señala en el Plan de Parto y Nacimiento que:

En el parto instrumental o cesárea, si el proceso de parto se complica, o se requiere intervención desde el inicio por una causa justificada, se respetarán siempre el resto de buenas prácticas que facilitan el óptimo estado de salud de madre y bebé, tales como el acompañamiento continuado, la intimidad, o el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento. (p.21)

Actualmente se recomienda que inmediatamente después del parto, el recién nacido vigoroso se coloque en contacto piel con piel sobre el pecho y el abdomen materno. Esta recomendación ha sido apoyada por la Sociedad Española de Neonatología, en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y en las guías clínicas australianas (Clínical Guidelines, y canadiense (Public Health Agency of Canada. (Mandujano Trujillo, E., 2019).

El parto por cesárea puede afectar negativamente al desarrollo del CPP en el quirófano (Costa Romero et al.), que presenta una barrera significativa para la implementación del paso 4 de la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), lanzada por la OMS y Unicef, que recomienda colocar a los recién nacidos en CPP con sus madres después del nacimiento por lo menos una hora y alentar a las mujeres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar y ofrecer ayuda si es necesario (World Health Organization & UNICEF 2018).

## **Humanización Parto - Acompañamiento**

Se ha investigado mucho sobre cómo la separación de la madre y el hijo condiciona los cuidados posteriores. Con el desarrollo de la incubadora por Tarnier en 1880, se observó que algunas madres que no habían cuidado de sus hijos perdieron el interés por ellos; la vida del niño se salvaba, pero a costa de la relación con la madre. Otro ejemplo es la disminución de la tasa de abandono infantil en Tailandia, Rusia, Filipinas o Costa Rica tras la introducción del contacto precoz (Gribble K., et al., 2020).

Los servicios sanitarios tienen la obligación de observar y respetar los derechos de las usuarias, los RN y familiares. Todo este carácter de protección está recogido en la legislación sanitaria vigente y, en particular, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y en la Carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados.

Nuestro ordenamiento jurídico sanitario otorga la máxima protección a la dignidad e intimidad de los usuarios y su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles (Alonso Colás, C. M., 2018). Ya en 2009, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró, con una amplia participación institucional de sociedades científicas, de personas expertas y de asociaciones ciudadanas, la guía de Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. En el apartado, Contacto Precoz Madre-RN, especifica que el RN sano y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite. También el manual recoge una serie de puntos para realizar correctamente el contacto piel con piel. Recomienda que inmediatamente después del parto, el RN se coloque sobre el abdomen de la madre, se seque y se cubra con una toalla seca. Así

se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre. Específicamente se detalla que los únicos procedimientos que se realizarán al RN durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar. Así mismo, se debe informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel, posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar dicho contacto, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres y tras su consentimiento. Otro punto importante de este manual es que no deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo. Por último, resaltar que hace mención a las cesáreas y recomiendan en estos casos, siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz madre-RN (Ministerio de Sanidad y Política Social, Sanidad 2010).

En 2007, en el Instituto Karolinska de Suecia, se realizó un estudio demostrando que el contacto piel con piel con el *padre* hace que los bebés entren en estado de relajación y se duerman, ya que muchas veces no es posible realizar el CPP con la madre, por lo que el padre ocupa el lugar. La presencia del acompañante en el embarazo y el parto fue visto como una forma de humanización del nacimiento medicalizado, al reducir el miedo y proporcionar un mayor apoyo para las mujeres, aportándole confianza y seguridad (Hildingsson et al., 2014).

La Guía de Práctica Clínica (RNAO) de Buenas Prácticas Clínicas en Lactancia Materna-Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños, recomienda facilitar el

acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección (Ariza-Salamanca, M., 2020).

Por otra parte, aquellas mujeres que estuvieron acompañadas durante el parto quedaron mucho más satisfechas que las que estuvieron solas. La importancia que han otorgado a poder estar acompañada es 4,94 de puntuación media sobre 5,00. El hecho de ofrecer apoyo empático y continuo durante el trabajo de parto es comprobadamente útil y debe ser proporcionado a las parturientas. Es un trabajo que puede ser plenamente desempeñado por los acompañantes.

Un ensayo controlado de Chan y Paterson demuestra que los padres de hijos nacidos por cesárea, que han estado presentes y han colaborado en algún cuidado temprano o en contacto piel con piel, sienten un efecto emocional positivamente mayor, fortalecen el vínculo padre/hijo, participan más activamente en el cuidado y se encuentran más satisfechos con dicha relación que los padres de hijos nacidos vaginalmente (Mandujano Trujillo, E. 2019).

Existe un marco legal que garantiza el derecho al acompañamiento. Aparece en el BOJA 101/1995 Sobre los Derechos de la madre: "...a estar acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto, salvo causa suficientemente justificada".

Por tanto, será fundamental que la madre, el padre y el hijo permanezcan juntos desde el momento del nacimiento. Si no pudiera ser así, lo ideal es que se reúnan lo antes posible para permitir el establecimiento del vínculo afectivo. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía ,1995).

Hoy en día, en las cesáreas, una vez terminado el proceso, los padres pueden participar del nacimiento de su hijo, a través del CPP que facilita el comportamiento de

búsqueda en las primeras horas de vida antes de mamar. El desarrollo de la valoración de los reflejos innatos tales como movimientos de boca o reflejo de succión, es similar a la de aquellos niños que han tenido contacto piel con piel con la madre; como así lo explica Robles Hurtado:

esto hace que el niño se prepare para su primera toma cuando esté en contacto con la madre, en contraposición con el cuidado convencional en la que el niño se encuentra en cuna durante las primeras dos horas después de nacer (Robles Hurtado, I., et al.,2019, p.31).

### **¿Qué Sucede en las Cesáreas?**

#### ***Definición***

Este estudio se realiza atendiendo al tipo de parto abdominal, cesárea. Podemos encontrar múltiples definiciones de este término, aunque en todas ellas podemos ver que lo esencial de la intervención es la incisión uterina o histerotomía; así, se define la cesárea como el parto del feto a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía) (Usandizaga, J. de la Fuente, P., 2004). Con lo cual, estamos ante una intervención quirúrgica de cirugía mayor, con anestesia, en la que se realiza la apertura de la pared abdominal y el útero, que conlleva riesgos e implica un postoperatorio inmediato más controlado (Martínez et al.12). Una vez finalizada esta técnica, como cualquier intervención de cirugía mayor, se traslada a la madre a una sala de reanimación o Unidad de Recuperación Post anestésica (URPA). Allí se valoran parámetros como el riesgo de hemorragia, la contracción uterina, la estabilización hemodinámica y el dolor, entre otros.

La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) divide las cesáreas en cuatro categorías (Baque Valdiviezo, S. C., et al., (2020):

- Categoría I – Cesárea urgente de realización inmediata que incluye aquellas situaciones que entrañan una grave amenaza para la salud de la madre o del feto. Ej.: prolapso de cordón. También se las denomina cesáreas emergentes.

- Categoría II – Cesárea urgente de realización no inmediata en la que existe un riesgo que aumenta a medida que el tiempo pasa.

- Categoría III – Cesárea no urgente (programada) que se pone de parto antes de la fecha prevista para su realización.

- Categoría IV – Cesárea programada.

Con la finalidad de simplificar las indicaciones actuales de la cesárea admitidas por la SEGO, recurrimos, habitualmente, a dividir a las mismas en 2 grupos: cesárea intraparto (independientemente de si es urgente o emergente) y la cesárea programada o electiva.

Debemos tener en cuenta que este tipo de intervenciones están rodeadas de circunstancias especiales, en estos casos la paciente se encuentra en el quirófano, siendo este entorno percibido como más frío, y existiendo un menor contacto con el personal sanitario, en especial enfermeras.

A todo esto, hay que sumar el hecho de que la mujer suele tener un sentimiento de frustración por no haber podido tener un parto vaginal y además tener la percepción de la falta de cuidado necesario para conseguir que el nacimiento se produjese de la mejor manera posible por parte del profesional. Esta circunstancia puede generar una vivencia negativa y estresante de la experiencia de parto y puede tener un efecto adverso sobre el desarrollo de sentimientos de confianza, competencia, adaptación a la maternidad, el establecimiento de la lactancia materna e incluso el riesgo de aumentar la depresión postparto (Cobeta García, C., et al., 2020).

### ***Partos-Cesáreas***

En lo que se refiere a la atención al parto, está considerado como una de las causas más frecuentes de ingreso en los hospitales españoles. En la actualidad, esta práctica está en auge, existiendo numerosos casos que se realizan por encima de lo estrictamente necesario a nivel médico. En 2017 hubo un aumento del 20% de los partos por cesárea a nivel mundial, (Cozma-Petru A., et al., 2019) muy por encima del 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Una nueva investigación de esta organización evidencia que el uso de cesáreas continúa aumentando a nivel mundial y, de hecho, ahora representa más de 1 de cada 5 (21%) de todos los partos. Este crecimiento no se ha estancado, sino que se esperan que aumente en la próxima década. Según calculan, para 2030 el 29% de todos los nacimientos serán por cesárea. Si bien una cesárea puede ser una cirugía esencial y que salve vidas, puede poner a las mujeres y los bebés en un riesgo innecesario de problemas de salud a corto y largo plazo si se realiza cuando no hay una necesidad médica (Organización Mundial de la Salud 2019).

En España en el año 2017 se practicaron un total de 388.908 partos, de los cuales 95.367 fueron por cesárea, lo que equivale a un 24,52% del total. Los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social indican que a fecha de 2017 en los hospitales privados se realizaron 20.060 cesáreas de 79.465 partos que asistieron, lo que equivale a un 36,57%, mayor porcentaje de cesáreas con respecto a los hospitales públicos que asistieron 309.443 partos, de los cuales el 21,46% fueron cesáreas. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, 2017).

Desde hace más de un siglo, las técnicas y las indicaciones de la intervención “cesárea” han ido modificándose al ritmo de las ideas de la época, los adelantos de la

instrumentación quirúrgica, las posibilidades de la reanimación materno-fetal o los parámetros médico legales que pesaban sobre los médicos (Delotte et al., 2012).

En 1937 se registraban unas tasas en torno al 3%, según un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine*, que hacía una descripción de los partos ocurridos en 10 años en el Boston City Hospital (Duncan and Doyle, 1937).

En España, el porcentaje de cesáreas se elevó del 19,8% en 1997 al 21,7% en el año 2000. Las diferencias por regiones en ese año fueron notables: el País Vasco y Navarra ocupaban las posiciones de menor uso de esta práctica, con tasas del 14,6% y 17% respectivamente, mientras que Valencia mantenía la posición de mayor porcentaje con 25,4% ([www.INE.es](http://www.INE.es)).

Los datos más actuales, muestran que el porcentaje de cesáreas ha pasado del 15% al 25% en veinte años, aunque durante los últimos cinco años se ha estancado gracias a la concienciación de los Servicios de Salud (Borrego et al., 2015).

Según un artículo publicado en Diciembre de 2015, un análisis de los datos de la OMS de los estados miembros sugiere que una tasa de cesárea de aproximadamente el 19% se asoció con niveles óptimos de la mortalidad materna y neonatal. Los resultados sugieren que las tasas actuales recomendadas pueden ser demasiado bajas (Medscape Medical, 2016).

### ***Dolor - Cesárea***

La Atención Hospitalaria a la cesárea se articula alrededor del bloque obstétrico. En la inmensa mayoría de los hospitales españoles, este servicio está dispuesto en locales, salas de dilatación, paritorios, quirófanos, y habitaciones en hospitalización obstétrica, en los que se atiende a las diferentes fases del parto. En los procedimientos quirúrgicos que se desarrollan se siguen las prácticas de seguridad quirúrgica. Existe un documento del Ministerio de

Sanidad y Consumo, “Bloque Quirúrgico: Estándares y Recomendaciones”, que contiene un conjunto de estas prácticas. En cuanto al dolor en este tipo de partos, como un objetivo de la mejor práctica, más del 95% de las mujeres deberían recibir anestesia regional para la cesárea programada y más del 85% para la cesárea urgente, al ser más segura la anestesia regional que la general (recuperado de [www.msc.es](http://www.msc.es)). Se tenderá a garantizar la disponibilidad de un especialista en anestesiología que realice la analgesia epidural a las mujeres parturientas que lo soliciten u otras técnicas de analgoanestesia, así como atender a las urgencias/emergencias del parto que precisen analgesia/anestesia.

El dolor crónico tras una cesárea presenta una alta incidencia en pacientes que recibieron una analgesia deficiente post cirugía. El manejo del dolor postoperatorio es muy importante, ya que además de disminuir las complicaciones postquirúrgicas, les permite a las pacientes iniciar la lactancia y el cuidado del recién nacido de forma precoz, roles que se ven dificultados si es que el control de este dolor es insatisfactorio. La analgesia post operación cesárea ideal debe ser eficaz, sin impedir la habilidad de la madre de cuidar a su recién nacido y con mínimo traspaso de medicamentos por la lactancia materna (Domke, R., et al., 2018).

Un grupo de investigadores del Hospital Universitario de Valme de Sevilla, en el año 2016, realizó un estudio preliminar que aseguraba que la lactancia materna ayuda a disminuir el dolor crónico tras la cesárea al liberarse hormonas que producen un efecto placentero. Los anestesiólogos de este centro sevillano constataron en un primer estudio la existencia de determinados factores que influyen en la conversión del dolor agudo en crónico tras una cesárea, tales como el trabajo del parto y el tipo de incisión quirúrgica. Sin embargo, el estudio actual aporta como novedad que la lactancia materna más allá de los dos meses puede proteger frente a la presencia de dolor crónico tras una cesárea. (Echevarría, 2016).

## ***Lactancia- cesárea***

Son numerosos los investigadores que indican con una sólida evidencia que los comportamientos óptimos de lactancia están fuertemente asociados con una menor incidencia de infecciones gastrointestinales y del tracto respiratorio, así como con la supervivencia infantil (Sankar et al.2015). Además, la lactancia materna puede proteger a los niños contra la otitis media (Bowatte et al.2015), las maloclusiones dentales (Peres et al.2015), la caries dental (Tham et al.2015), la obesidad y la diabetes tipo 2 (Horta et al.2015) y se ha asociado sistemáticamente con un mejor desarrollo cognitivo (Horta et al.2015). Los beneficios para la madre incluyen amenorrea de la lactancia prolongada, cáncer de ovario y de mama y diabetes tipo 2 (Chowdhury et al.2015). Por lo tanto, no es sorprendente que la Estrategia mundial de la OMS sobre nutrición del lactante y del niño pequeño exija específicamente un fuerte compromiso del gobierno para proteger, promover y apoyar la lactancia (OMS / UNICEF, 2017).

Existen metaanálisis con recién nacidos a término en partos normales donde el contacto temprano se asocia con una lactancia materna continua, demostrando que el simple hecho de alterar rutinas hospitalarias puede aumentar los niveles de lactancia en el mundo desarrollado (León Pontigo, M. I., 2019). Ésta última es la medida más investigada hasta el momento.

Es importante encontrar maneras de mejorar las tasas de lactancia después de una cesárea porque el nacimiento por este procedimiento quirúrgico se sabe que reduce el inicio de esta (Pachón Muñoz, V., 2020). Nosotros demostramos que no tiene cabida este retardo.

En las guías nacionales e internacionales recomiendan el inicio precoz de la lactancia materna, es decir, durante la primera hora tras el parto (IHAN, 2022).

### ***Hemorragia- Contracción Uterina- CPP:***

La hemorragia obstétrica es una complicación anormal, considerada una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y neonatal (Rivera Fumero et al., 2020) y la causa más influyente de casi una cuarta parte de las muertes maternas en todo el mundo (Mogrovejo C., 2021). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde uno de los principales problemas de salud pública. Esta organización estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP (OMS, 2019).

Por lo general, la mujer pierde alrededor de medio litro de sangre en total durante y después del parto vaginal. Esto sucede porque algunos vasos sanguíneos se desgarran cuando la placenta se desprende del útero. Las contracciones del útero ayudan a cerrar estos vasos hasta que puedan curar. Generalmente, en una cesárea se pierde casi el doble de sangre que, en un parto vaginal, en parte porque es necesario realizar una incisión en el útero y durante el embarazo se bombea una gran cantidad de sangre hacia este. Cuando el útero no comienza a contraerse después del alumbramiento, los vasos sanguíneos que se abrieron tras el desprendimiento de la placenta siguen sangrando (López-García et al, 2017).

El diagnóstico de hemorragia posparto se basa en la observación cercana de la cantidad de sangrado. La vagina y el perineo se examinan para comprobar la presencia de desgarros que puedan necesitar cura. El médico puede presionar suavemente el abdomen de la madre para palpar el útero y comprobar su firmeza. Un útero blando puede significar que no se contrae como debería y está acumulando sangre en su interior (Julie S., Moldenhauer, 2020).

En una cesárea adquiere un papel fundamental el CPP, es necesario la liberación temprana de la hormona oxitocina que actúa a nivel de las fibras musculares uterinas, por

donde han quedado los vasos sangrantes al desprenderse la placenta (Fernández-Cañadas A., 2018). Esta relación entre el CPP y la HPP, adquiere mayor importancia cuando la mujer presenta niveles de hemoglobina más bajo de lo normal antes de la cesárea, previniendo futuras complicaciones.

La atonía uterina es la pérdida del tono de la musculatura del útero por una contracción inadecuada de las células del miometrio en respuesta a la oxitocina endógena que se libera durante el parto vaginal provocando un retraso en su involución. Cuando la madre expulsa el bebé y la placenta, se produce una fuerte contracción uterina para cerrar los vasos sanguíneos del útero. Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre (Luis Felipe L, 2017).

Las mujeres que tienen cesárea tienen menos oxitocina circulante, hecho que influye en el retraso de la recuperación de la contractilidad uterina. Por tanto, el CPP inmediato es aún más importante para esta cohorte de mujeres, ya que esta unión con su hijo provoca un aumento de oxitocina (hormona que ayuda en el proceso de unión) y de beta-endorfinas que favorecen la contracción uterina y la eyección de calostro (Fernández-Cañadas A., 2018).

### ***Cesárea Humanizada, CPP y Violencia Obstétrica:***

Si bien es cierto que el parto por cesárea supone una alternativa favorable ante la complicación de un parto vaginal, esta conlleva unos riesgos asociados propios de una intervención quirúrgica. Por ello, la recomendación general se mantiene en que se deberá realizar el parto por cesárea tan solo cuando los beneficios sean mayores que los riesgos que supone (Cámara R., et al., 2016).

La gravedad de estas complicaciones y el alarmante aumento en la incidencia de cesáreas a nivel mundial ha llevado a entender la cesárea como una operación

quirúrgica instrumentalizada, dejando de lado la naturalidad del proceso de dar a luz. De ahí surge la necesidad de humanizar este proceso, para equipararlo lo más posible a un parto natural en el que la mujer junto con la familia, sean el centro de los cuidados. El contacto piel con piel es considerado para la mayoría de los autores como la intervención principal de la humanización de la cesárea (Costa Romero, M., et al., 2020) La cesárea humanizada tiene como base centrar los cuidados en la mujer, respetando en todo momento sus derechos humanos. Esto implica evitar cualquier acto que incurra en violencia obstétrica, siendo ésta definida como:

La violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en el género que implica la pérdida de poder sobre el propio cuerpo de las mujeres en los procesos de embarazo y parto y que, además, implica un abuso injustificado de la medicalización. Es un trato degradante y deshumanizador que, como consecuencia, deriva en la pérdida de autonomía de las mujeres y de su poder de decisión durante todo el proceso (C Cerdán-Jiménez MD., et al., 2019, p. 104).

En la comunidad internacional también aparece el término de Violencia Obstétrica. Concretamente en Argentina en el año 2009, en la Ley Nacional N°. 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta Ley afirma que violencia obstétrica es “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (p.4).

Esta ley sanciona específicamente a médicos y personal de salud que realicen actividades como obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica

justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

La abogada Fernández Guillen recoge en su estudio una serie de prácticas como actos de violencia obstétrica ejercidos sobre las mujeres por parte de los especialistas en el momento previo y durante el parto dentro de las cuales incluye: “*Separación de los hijos e hijas al nacer*” (Guillen F., 2015).

En el año 2019, la investigadora Benlloch- Domenech, hace referencia en su definición de violencia obstétrica como un tipo de violencia basada en el género:

La violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en el género que implica la pérdida de poder sobre el propio cuerpo de las mujeres en los procesos de embarazo y parto y que, además, implica un abuso injustificado de la medicalización. Es un trato degradante y deshumanizador que, como consecuencia, deriva en la pérdida de autonomía de las mujeres y de su poder de decisión durante todo el proceso. (p.104)

### **CPP Seguro**

Un estudio realizado a cerca del CPP surgió de la preocupación que presentaron un grupo de investigadores ante la inquietud de saber si los recién nacidos que son expuestos al contacto de piel a piel, especialmente después de un parto por cesárea, podrían sufrir de hipotermia. Realizaron una investigación con 34 parejas de madres y recién nacidos después de una cesárea electiva y los compararon con recién nacidos a quienes se les proporcionó un contacto rutinario, no piel a piel. Los resultados indicaron que los recién nacidos que recibieron contacto piel a piel no estaban en riesgo de hipotermia, y los autores concluyeron que el contacto piel a piel se podría implementar con seguridad después de un parto por cesárea (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Uno de los comportamientos para la supervivencia del recién nacido es el contacto directo o inmediato piel a piel con su madre y por supuesto la lactancia materna temprana y exclusiva, además ayuda enormemente la regulación de la temperatura corporal. Por ello la oportunidad de supervivencia del neonato depende entre otras intervenciones, del contacto inmediato piel con piel con su progenitora (Ríos Mori C., 2017).

### ***Factores de Riesgo***

El contacto piel con piel precoz se realiza durante el periodo neonatal inmediato, que fisiológicamente, representa uno de los mayores desafíos de nuestra existencia. En apartados anteriores explicamos de forma muy detallada las fases por las que pasa el recién nacido tras su nacimiento. El periodo que nos ocupa es el que clásicamente se denomina periodo de transición-adaptación neonatal, que le supone al recién nacido un esfuerzo fisiológico muy complejo.

Se considera, por tanto, que este periodo de adaptación se compone de tres fases diferenciadas. El segundo estadio es un periodo de respuesta disminuida y va desde los 30 minutos hasta las dos horas de vida. La fase más complicada es la segunda, puesto que se caracteriza por una tendencia a dormir, con respuesta de la actividad motora disminuida y que se inicia generalmente entre los 30-60 minutos de vida. Como mencionamos anteriormente, esta clásica descripción de Desmond es de gran relevancia porque plantea la necesidad de tener que prestar una atención experta al recién nacido, en especial en este segundo periodo. (Desmond et al., 1966).

En cuanto a seguridad, si hacemos referencia al síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL), del cual no se conoce la causa, algunos investigadores exponen diferentes hipótesis, pero ninguna confirmada. Las dos primeras horas tras el parto son importantísimas,

porque es un periodo crítico para el recién nacido. En este tiempo serían más vulnerables a un factor estresante tipo hipóxico, que podría precipitarse, por ejemplo, por una obstrucción de la vía aérea cuando el niño está boca abajo sobre el pecho de la madre o cuando está mamando. Para otros investigadores estos niños tendrían un compromiso prenatal, aunque no lo manifiesten desde el principio (Agüera-Arenas, J. J., et al., 2022).

Otra teoría posible es que presenten un tono vagal aumentado durante el amamantamiento, o a la poca experiencia de madres primíparas. Algunos autores lo identifican con un exceso de temperatura asociado a la posición en prono, como sucede con el síndrome de la muerte súbita durante el descanso del bebe. Analizando los diferentes casos encontrados, se observa que con frecuencia se repiten ciertas circunstancias. Fueron más frecuentes en mujeres sin acompañante, primíparas, que se encontraban cansadas o adormiladas tras el parto, sin una vigilancia adecuada durante el contacto piel con piel o mientras daban de mamar, encontrándose colocado en una postura potencialmente asfixiante, tumbado en prono sobre el abdomen o sobre el pecho de su madre (Izquierdo Macián, M. I. (2020).

### ***Prevención de Complicaciones***

Las recomendaciones que se han publicado, a falta de más datos científicos que puedan ayudar, son las siguientes (Kanopa, V., et al., 2022, Ponce Díaz, E. 2021).

-Los profesionales sanitarios deben saber que existen estos episodios y deben conocer los factores de riesgo. De este modo podrán informar y enseñar a la madre y al acompañante cómo evitar que la boca y la nariz del recién nacido se obstruya durante el contacto piel con piel, mientras esté en la cama junto a la madre y cuando esté mamando. Es muy importante que los profesionales se aseguren de que dicha información ha sido entendida.

-Las mujeres, tras el parto, deberían estar acompañadas en todo momento por quien ellas deseen, para garantizar la seguridad del recién nacido. Así el acompañante puede ayudar a la madre o, si ella está muy cansada, quedarse vigilando al bebé aun cuando esté encima de ella.

-Cuando la madre esté despierta, en las primeras 24 horas, sobre todo, debe comprender la necesidad de ir observando la actividad del bebé y el color, y de prevenir la obstrucción de la nariz. En caso de que esté muy cansada o adormilada, se aconsejará al padre o a otro adulto que vigile al recién nacido, o incluso que sea el padre quien coja al bebé para tenerlo en contacto piel con piel. Si no hubiera ningún acompañante cercano y la madre esté muy cansada o adormilada, no se dejará al bebé en decúbito prono sobre el abdomen o el pecho de la madre, sino en una cuna y en decúbito supino.

-Se recomienda que la madre no se distraiga, llamando por teléfono o enviando mensajes, mientras tenga al bebé en contacto piel con piel o cuando el niño esté acostado junto a ella o mamando, sobre todo si no está acompañada de alguien que pueda vigilar al niño mientras ella lo hace.

- La posición ideal de la madre podría ser semiincorporada entre 30 y 45°, con una almohada bajo la cabeza. Al parecer de este modo es más complicado que pueda haber complicaciones con el bebé, parece ser que, en esta posición de la madre, es más difícil que se den situaciones de obstrucción de la vía aérea.

-Lo que suele suceder con el bebé es que primero haga una apnea, luego se quede hipotónico, sin fuerza, sin tono muscular y que finalmente sufra un cambio de color en la piel. Los padres deben saber que ante cualquier respiración irregular o cambio de color han de avisar rápidamente.

-Los profesionales de la salud también deben tener como protocolo la valoración intermitente del niño y de la madre, para comprobar que el niño está bien, que la madre está vigilando al niño o que un acompañante está pendiente de él. Si la madre está sola, los profesionales deberán asumir esa función si fuera posible, o bien valorar suspender de manera transitoria el piel con piel en caso de que la vigilancia no fuera posible.

-Medidas como que la mujer esté acompañada en todo momento y que tanto ella como su acompañante estén adecuadamente informados de lo que tienen que vigilar durante las primeras horas tras el parto es fundamental y no conlleva ningún incremento del gasto.

-Durante la realización del estudio, el investigador principal y el acompañante estuvieron en todo momento junto a la madre con su RN, haciendo el CPP y siguiendo las recomendaciones anteriormente detalladas, atentos ante cualquier adversidad.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En recién nacidos sanos por cesárea, el contacto piel con piel con la madre vs la actuación hospitalaria habitual ¿Tiene efectos positivos para la madre y su bebé?

¿Qué barreras y que elementos facilitadores están presentes en la realización del CPP en cesáreas en un hospital de tercer nivel?

### ***Revisión Bibliográfica***

#### ***Literaria***

Se realizó una revisión literaria de los artículos y documentos técnicos de organismos oficiales más relevantes en relación con el tema que nos ocupa. Se analizaron trabajos estadísticos en relación con la tasa de cesáreas y protocolos de actuación en los distintos hospitales a nivel local, comarcal, nacional e internacional.

Así también, se consultaron las bases de datos y publicaciones de la OMS, Ministerio de Sanidad y Política Social, diversos servicios de salud de las comunidades autónomas, hospitales españoles y las principales sociedades científicas relacionadas con la obstetricia y pediatría.

Se examinó la existencia de protocolos instaurados en las áreas de obstetricia referentes al contacto piel con piel en varios hospitales de nuestro país.

Así mismo se revisó los circuitos de seguridad hospitalaria que siguen las mujeres a las que se les ha practicado una cesárea y los RN desde que salen de quirófano hasta que llegan a la sala de recuperación y/o a la habitación de maternidad.

### ***En bases de datos***

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, en las bases de datos de MedLine, Lilacs, PubMed, Cochrane, Cinahl y Cuiden.

El objetivo perseguido fue cuantificar, seleccionar, clasificar, y posteriormente analizar los distintos trabajos de investigación encontrados en dichas bases de datos y así conocer la producción científica contrastada que existe hasta el momento sobre el objeto de estudio.

En el DeCS, (Descriptores en Ciencias de la Salud), no existía un término específico para la búsqueda de contacto piel con piel, aparecía Método Madre-Canguro y numerosas referencias a enfermedades de la piel. Existía una expresión, empleada por numerosos investigadores, de manera más genérica: “relaciones madre-hijo”. Por tanto, para las bases de datos en español, como Dialnet, se utilizaron las siguientes estrategias:

“Contacto piel AND cesárea”

“Relaciones madre-hijo AND cesárea”

“Método Madre-Canguro AND cesárea”

“Parto Humanizado AND cesárea”

Se utilizó la misma estrategia en la base de datos latinoamericana Lilacs. Se encontraron numerosos artículos, la gran mayoría en portugués.

Se buscó en los descriptores la palabra cesárea, y se encontró que aparece como “caesarean section” en Inglés y “cesarean section” en Inglés-americano, por tanto, se decidió incluir los dos en la estrategia. Así mismo se tradujo al inglés “piel con piel” y nos resultó “Skin to Skin”, sin usar los descriptores porque no existe un término tal cual. Se realizó una primera búsqueda general con la siguiente estrategia:

“Early skin-to-skin contact” AND cesarean section”

“Skin to skin” AND (cesarean OR caesarean)”

“Humanizing Delivery AND cesarean section”

Por último, se utilizó el Mesh (Medical Subject Headings), empleándose la siguiente estrategia: (“mother-child relations”) AND “Kangaroo-Mother Care Method” AND cesarean section”. Se enfrentaron las dos búsquedas para excluir los artículos repetidos.

### **Diseño de Investigación**

Se trató de un trabajo de corte cuantitativo, en el que la parte principal de análisis consistió en un estudio piloto de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), sin cegamiento (Pallás, J.M.A., et al., 2019). Se realizó en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante los meses de mayo de 2017 a mayo de 2019. Por lo tanto, esta investigación requirió de un examen que englobó dos brazos de estudio; la parte cuantitativa, para medir el efecto del CPP sobre la madre (dolor, sangrado postoperatorio, satisfacción, contracción uterina...) y sobre el RN (lactancia, llanto, test Apgar...). El otro brazo del

estudio fue desde una perspectiva cualitativa que identificó si era posible o no la realización de esta técnica desde el quirófano y que barreras y elementos facilitadores se presentaron en el desarrollo de esta. Además, durante el proceso de esta investigación aparecieron ciertos inconvenientes por parte de los profesionales sanitarios para la realización del CPP, por tal motivo se añadió como categoría emergente a esta parte cualitativa la opinión que tenían sobre dicho procedimiento. Se describió la vivencia personal de los profesionales implicados, el grado de conocimientos de esta técnica y el interés que despertaría en ellos la implantación de un protocolo que reuniera las condiciones necesarias para la realización de este método en el hospital donde trabajan. De esta manera, supimos por qué el CPP en cesáreas no está instaurado en todas las maternidades.

En esta segunda parte se hizo referencia a la teoría del conocimiento que el investigador elige para estudiar un determinado fenómeno y se realizó en base a la metodología cualitativa (Torres, R. H., 2019). La muestra se seleccionó por muestreo intencional o de conveniencia. La recogida de datos se llevó a cabo mediante una entrevista individual en ambiente hospitalario, así como la observación y recogida de notas durante la realización de ésta.

Se realizaron entrevistas individuales, semiestructuradas, con preguntas abiertas. Siendo el objetivo principal el diagnosticar la situación real del nivel de conocimientos en cuanto al tema que nos ocupa, CPP.

El presente estudio se definió en base a la guía CONSORT para la comprobación de ensayos clínicos, con el fin de conseguir ciertos estándares de calidad, ética y rigor científico, (recuperado de <http://www.consort-statement.org/>).

Se redactó siguiendo las normas APA en su 7ª edición.

## **Posición del investigador**

El investigador pertenecía al grupo de doctorandos del programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud de la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

Su tarea asistencial era la de referente de cuidados en el área de anestesia y reanimación, concretamente en la sala despertar y unidad de recuperación postquirúrgica. Durante el desarrollo de sus funciones de organización de cuidados surgió una preocupación, al conocer como sufrían las mujeres que se les practicaba una cesárea y pasaban horas en la sala de recuperación separadas de su recién nacido. Este hecho motivó la necesidad de analizar con este estudio el efecto que produciría si no separamos al hijo de la madre con cesárea.

## **Escenarios de observación**

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Virgen Macarena, situado en la provincia de Sevilla, Andalucía. Era uno de los hospitales regionales mejor clasificados dentro del Sistema Sanitario Público andaluz. Tenía una función de atención médica, investigación y enseñanza y brindaba atención médica a una población total de 481.296 personas (Memoria HUV Macarena, 2018). Dependía del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Pertenecía al Área hospitalaria norte de Sevilla y daba cobertura a los Distrito Sevilla-Norte, Guadalquivir y Sevilla.

En 2016 se atendieron un total de 2.948 partos, cesáreas 677, de las cuales 168 fueron programadas.

El hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla contaba con un área de quirófanos en la cuarta planta destinado a las intervenciones de cesáreas, junto a la sala de partos. La recuperación de estas mujeres se realizaba en la sala despertar situada en la tercera

planta. Debido a que en la sala despertar no existía un protocolo de acogida a niños recién nacidos que no se las haya practicado ninguna operación, estos no entraban en la sala despertar con la madre. Por tanto, se habilitó una habitación en la cuarta planta, postparto, que reunía todas las condiciones para vigilar y cuidar tanto a la madre, al niño y al padre u otro acompañante al terminar la cesárea. Todo este proceso se aprobó por la dirección del hospital y por la unidad de gestión clínica de anestesia, obstetricia y ginecología y pediatría.

Los profesionales entrevistados fueron matronas, pediatras, neonatólogos, ginecólogos, auxiliares, enfermeras de sala despertar y anestesiistas.

## **INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

### **Hipótesis**

#### **H0. Hipótesis nula**

El contacto piel con piel inmediato en cesáreas no tiene beneficios sobre la madre y su recién nacido.

#### **H1. Hipótesis Alternativa**

El contacto piel con piel inmediato en cesáreas tiene beneficios sobre la madre y su recién nacido.

### **Objetivo General**

- Analizar si existen beneficios para la madre y el recién nacido si se practica el contacto piel con piel inmediato en cesáreas.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar si la contracción del útero a la salida de la sala de recuperación tiene relación con el contacto piel con piel.

- Valorar la evolución de los niveles de hemoglobina plasmática previa al proceso de cesárea, a la salida de la madre a la sala de recuperación y en el tercer día de hospitalización. Observar relación con la contracción uterina.
- Comprobar la relación entre el CPP y el nivel de dolor materno en el quirófano, desde la llegada a la sala de recuperación y al alta de esta.
- Evaluar el correcto establecimiento de la lactancia materna tras el contacto precoz madre e hijo y comprobar relación al mes de duración.
- Verificar si existe aumento de la satisfacción y el confort de la madre en el parto vía cesárea mediante el contacto piel-piel precoz y comparar la experiencia con episodios de cesáreas anteriores sin CPP.
- Analizar el nivel de satisfacción materna por la presencia de un acompañante en la sala de recuperación.
- Comprobar si aparece una disminución del llanto del recién nacido en términos de duración en intensidad al realizar el piel con piel inmediato.

## **Metodología Investigación Cuantitativa**

### ***Evaluaciones***

La población de este estudio era la de mujeres y sus futuros recién nacidos que ingresaron en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, desde el mes de mayo de 2017 hasta el mes de mayo de 2019, para realizarse una cesárea. Se aleatorizaron a mujeres del parte quirúrgico de cesárea y se distribuyeron en dos grupos: 40 en el grupo experimental que realizó el contacto piel con su recién nacido desde el quirófano, y 40 en el grupo control que siguieron su curso normal y no realizaron el piel con piel (Anexo 8).

## **Análisis estadístico y cálculo del tamaño de la muestra**

Para calcular el tamaño de la muestra, los investigadores se basaron en un estudio cuasi experimental previo realizado en otro hospital con pacientes sometidas a cesáreas. En este estudio, se analizaron las variables "estabilidad fisiológica" y "estrés materno/neonatal" (Crenshaw et al., 2019). Se utilizó un modelo de ajuste multivariante con un modelo de regresión logística para determinar el número de sujetos que debían participar en el estudio e identificar posibles factores de confusión utilizando Epidat 4.2® y SPSS® 25.0. El tamaño se calculó aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral. Se asumió una desviación estándar común de 0,16 y un coeficiente de correlación entre la medición inicial y la final de 0,61.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas con intervalos de confianza. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar o como mediana y rango intercuartil, dependiendo de si seguían una distribución normal. En la segunda etapa, se realizó un análisis bivariante entre las variables que podían influir en los resultados, con intención de tratar. Para las variables cualitativas se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher y para las cuantitativas se empleó la prueba de la t de Student y ANOVA o las pruebas de la U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis, dependiendo de si presentaban una distribución normal. Para explorar la relación entre las variables dependientes y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, se utilizaron las pruebas apropiadas en cada situación (prueba t de Student, ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson o sus alternativas no paramétricas en caso necesario [U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman]). Para el análisis comparativo entre los

dos grupos de intervención se utilizaron pruebas de contraste para muestras independientes y relacionadas, respectivamente. El nivel de significación estadística se fijó en un valor  $p$  inferior a 0,05. El análisis estadístico se realizó con los programas de software estadístico IBM SPSS 21 y R Studio. Los gráficos se generaron en GraphPad Prism 8.

### **Métodos de aleatorización y cegamiento**

La selección de la muestra se estableció mediante un muestreo aleatorio simple. Las pacientes con diagnóstico de cesárea fueron reclutadas para el ensayo clínico cuando se encontraban en la consulta de alto riesgo para la preevaluación de su proceso. Fueron informadas del estudio por los miembros del equipo de investigación y se les ofreció participar en el mismo. Se incluyeron en el estudio las pacientes que cumplían los criterios de inclusión, que fueron informadas, aceptaron voluntariamente participar y dieron su consentimiento firmado. En la Unidad de Investigación se anonimizaron mediante una tabla en la que se asignó un número de orden a su historia clínica, que sirvió de identificación.

Las participantes fueron asignadas mediante aleatorización permutada de bloques con un tamaño de bloque de 4, es decir, se clasificaron aleatoriamente para un grupo control o experimental mediante permutaciones de dos elementos (el número de grupos) tomados de cuatro en cuatro: AABB, ABAB, ABBA, BAAB, BABA y BBAA. Por último, los bloques se ordenaron aleatoriamente del uno al seis y las participantes se asignaron sucesivamente a la opción correspondiente, completando los bloques en el orden establecido por el azar. De este modo, cada cuatro participantes asignadas era igual al número de participantes de los dos grupos. Las embarazadas fueron informadas de los resultados de la aleatorización al entrar en el quirófano, momento en el que fue imposible continuar con el cegamiento.

### **Criterios de Inclusión**

- Mujeres de 20-40 años insertadas en el listado quirúrgico de los meses de Octubre de 2018 a Octubre de 2019, para cesárea del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (presentaciones fetales no compatible con parto vaginal, desproporción céfalo pélvica que impidiese parto vaginal, mujeres con placentas previas o marginales que impidan el parto vaginal, cesáreas anteriores o iterativas que contraindiquen parto vaginal, fallos en la progresión).
- Embarazadas cuyo recién nacido no precisara la asistencia de un pediatra (el RN sería valorado inmediatamente tras la cesárea por el neonatología como un niño sano y la valoración del test de Apgar a los 5 minutos será  $\geq$  a 9.)
- Cesárea entre la 37 y 41 semanas de gestación.
- Embarazo controlado donde no se apreciaran posibles alteraciones o malformaciones fetales.

La madre tenía decidido inicialmente amamantar a su bebé y debía firmar el consentimiento informado manifestando su deseo de participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres que por diversos motivos (por decisión propia, por complicaciones.) no realizaran el contacto piel con piel inmediato.
- Embarazadas con complicaciones durante la operación de cesárea.

### **Variables de Estudio**

Distinguimos cuatro grupos de variables (Tabla 1).

### ***Variable Independiente***

- *Contacto piel con piel*: Establecimiento del CPP con la madre. Variable cualitativa dicotómica (sí/no). Se considera sí, cuando el bebé pase en el torso de la madre, al menos, una hora después de la cesárea, desde el quirófano.

### ***Variables Sociodemográficas o de Control:***

- *Edad*: Cuantitativa continua. Expresa la edad en número de años enteros.
- *Nivel de estudios*: Cualitativa ordinal. Valores: sin estudios, primarios, secundarios, Formación Profesional (FP), universitarios.
- *Peso madre y RN*: Cuantitativa continua. Expresada en kilogramos.
- *Altura*: Cuantitativa continua. Expresada en centímetro.
- *Sexo del RN*: Cualitativa ordinal. Varón – Hembra.
- *Cesárea anterior*: Cuantitativa dicotómica Si/No.

### ***Variables Dependientes***

- *Grado de satisfacción de la madre- CPP*: Variable cualitativa ordinal. Referente a la satisfacción en la realización del CPP. Utilizamos la Escala Likert, Muy insatisfecha – Insatisfecha - Ni satisfecha ni insatisfecha – Satisfecha - Muy Satisfecha. Cualquier cuestionario o escala más precisa, como por ejemplo el cuestionario Confort, compilado durante el postoperatorio inmediato con o sin el CPP, no reúne las condiciones óptimas para ser cumplimentada por la madre debido a su estado.
- *Grado de Confort de la madre*: Variable cualitativa ordinal. Expresa la comodidad que ha sentido la madre, en la sala de recuperación. Utilizamos la misma escala Likert para la satisfacción, pero referida al confort.

- *Grado de satisfacción de la madre- Acompañante:* Variable cualitativa ordinal. Referente a la satisfacción de la madre por la presencia del padre u otra persona que ella elija en la sala de recuperación, hasta el alta médica a la planta. Utilizamos la misma escala Likert para la satisfacción del CPP.
- *Comparación con cesárea anterior:* Cualitativa nominal dicotómica. Valores: Sí, No. Preguntamos, en el caso que haya tenido alguna cesárea anterior y nos diga si esta ha sido mejor experiencia indicando grado de satisfacción con escala tipo Likert.
- *Dolor postoperatorio:* Variable cualitativa ordinal. Manifestación del dolor en el quirófano (EVA 1), al llegar a la sala de recuperación (EVA 2) y al salir de la sala de recuperación para ingresar en la sala (EVA 3). La escala VAS (EVA) (Visual-Analog Scale) va de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es dolor insoportable. Los valores se agruparon para establecer 3 niveles de dolor, a saber: de 1 a 3, dolor leve; de 4 a 6, dolor moderado; y de 6 a 10, dolor intenso.
- *Contracción Uterina:* Variable cualitativa ordinal. Infraumbilical-umbilical-supraumbilical. Valorado por el anestesista a la palpación al alta de la madre de la sala de recuperación.
- *Sangrado postoperatorio:* Variable cuantitativa continua. se expresa en g/dL. Los niveles de hemoglobina en sangre se miden antes de la cesárea (Hb1), después de la cesárea en el momento del alta de la sala de recuperación (Hb2) y en el tercer día de hospitalización (Hb3). También se mide la diferencia entre la Hb3 y la Hb1 (disminución de Hb<sub>a</sub>). Las dos primeras determinaciones se realizan con sangre capilar venosa con un sistema HemoCue Hb 201+, que cumple los criterios de

calidad del hospital donde se realizó el estudio. El análisis previo al alta hospitalaria, el del tercer día, es de sangre venosa enviada al laboratorio del hospital. Asimismo, se mide el número de compresas ginecológicas utilizadas para absorber el sangrado.

- *Llanto del recién nacido*: Variable cualitativa dicotómica, SI-NO. Si el RN llora realizando el CPP o llora cuando esta con el padre en la habitación sin el CPP con la madre.
- *Lactancia materna*: Variable cualitativa dicotómica. Expresa si el acto de amamantar fue efectivo, evaluado en dos momentos: durante la primera hora después del nacimiento (al menos una hora seguida) y al mes (el único método de alimentación es la lactancia materna).
- *Test de Apgar Del RN*: Variable cuantitativa discreta. Medida a los 1 y 5 minutos del nacimiento del bebe. Expresada en números enteros. Prueba rápida al nacer mediante la cual el pediatra evaluó la Apariencia, el Pulso, la Irritabilidad, la Actividad y la Respiración.

#### ***Otras variables***

- *Alergias*: Variable cualitativa dicotómica, SI-NO. Presencia de alergias.
- *Patología médica*: Variable cualitativa dicotómica, SI-NO. Presencia de enfermedades crónicas.
- *Patología obstétrica*: Variable cualitativa dicotómica, SI-NO. Antecedentes de patología obstétrica.
- *Motivo Cesárea*: Variable cualitativa nominal. Iterativa, falta de progresión, anomalías en la presentación.

**Tabla 1***Variables de Estudio*

<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>
<b>Variables Independientes</b>		
<i>CPP</i>	Cualitativa Dicotómica	SI/NO
<b>Variables Sociodemográficas</b>		
<i>Edad materna</i>	Cuantitativa Continua	Años
<i>Nivel estudios maternos</i>	Cualitativa Ordinal	Sup. -Med.-Bas.-Sin
<i>Peso madre</i>	Cuantitativa Continua	Kilogramos
<i>Altura Madre</i>	Cuantitativa Continua	Metros
<i>Peso RN</i>	Cuantitativa Continua	Kilogramos
<i>Sexo RN</i>	Cualitativa Dicotómica	SI/NO
<i>Cesárea Anterior</i>	Cualitativa Dicotómica	SI/NO
<b>Variables Dependientes</b>		
<i>Satisfacción CPP</i>	Cualitativa Ordinal	Escala Likert
<i>Satisfacción Confort</i>	Cualitativa Ordinal	Escala Likert
<i>Satisfacción Acompañante</i>	Cualitativa Ordinal	Escala Likert
<i>Cesara Anterior</i>	Cualitativa Dicotómica	SI/NO
<i>Dolor Postoperatorio</i>	Cualitativa Ordinal	Escala EVA
<i>Sangrado Postoperatorio</i>	Cuantitativa Continua	Mg/dl
<i>Lactancia Materna</i>	Cualitativa Dicotómica	SI/NO
<i>Llanto RN</i>	Cualitativa Dicotómica	SI/NO
<i>Test Apgar RN</i>	Cualitativa Ordinal	0-10

---

 Metodología Cuantitativa. Variables

## *Intervenciones*

### **Protocolo de Actuación**

#### **Grupo experimental**

- Información del circuito y de las medidas de seguridad que deben seguir la madre y el acompañante para realizar un CPP sin riesgos, seguro.
- Una vez nace el bebé se pinza y corta el cordón.
- La matrona recibe al bebé directamente del cirujano.
- Enseñar el bebé a su madre y permitir que lo vea y lo bese.
- Durante un breve período de observación, unos cinco minutos, el pediatra confirma su bienestar. La auxiliar puede coger un instante al niño, pesarlo y la enfermera medirlo.
- La auxiliar destapa el pecho de la madre.
- La matrona prepara a la madre para el CPP y coloca al niño en el pecho, donde permanece al menos una hora. Figura 4.
- La matrona se coloca en la parte superior de la cama junto a la cabeza de la madre.
- El bebé se coloca boca-abajo sobre el pecho de la madre, se cubre con una toalla o paño caliente.
- El bebé se coloca de modo que pueda empezar a mamar, cruzado sobre el tórax, evitando molestar a los cirujanos en el cierre de la herida quirúrgica.
- La colocación de las pulseras identificativos se lleva a cabo con el bebé en el pecho de la madre, se evitan las demás actividades de rutina hasta que él bebe comienza la primera toma.

- Se permite y se anima a la madre a tocar a su hijo y acariciarlo directamente por debajo del paño que lo cubre.
- La matrona permanece cerca de la cabecera para ayudar en la medida de lo posible.
- El bebé irá en la cama con su madre a la sala de recuperación postanestésica, en este caso ubicada en una habitación de postparto en la cuarta planta, junto al padre.
- Al bebé se le administrará la vitamina K y el colirio en brazos de la madre, siempre dejando estos procedimientos para el final.
- Si en algún momento la madre refiere estar molesta realizando el CPP lo continuará el padre, previo consentimiento.
- En todo momento se siguen las recomendaciones de seguridad detalladas en el marco teórico, en el apartado CPP seguro.

## Figura 4

*Colocación del niño sobre el pecho de la madre durante la intervención*



Costa Romero, Marta, Lalaguna Mallada, Paula, & Díaz Gómez, Nuria Marta. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006.

### **Grupo control**

- Este grupo sigue el protocolo del hospital en relación las cesáreas. La madre ingresa en la sala de despertar hasta su recuperación, momento en el que se reúne con el niño y el padre, que le esperan en una habitación de la planta de maternidad.

### **Medidas para el Acompañante**

- Solo un acompañante podrá estar con la madre, para ofrecerle apoyo.
- Cuando tanto la madre como el niño estén sanos y no se prevean complicaciones importantes.
- El acompañante debe de estar sin relojes ni joyas.
- Cuando pase a la zona quirúrgica debe tener precaución y evitar tocar el equipamiento.
- Durante la estancia en el área de reanimación, el acompañante debe quedarse junto a la madre y el niño y continuar el contacto piel con piel cuando la madre no pueda.

### ***Aspectos ético-legales***

En este estudio se respetaron las normas éticas y legales aplicables, en particular los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos que se recogen en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), y Seúl (2008), en la Declaración de Fortaleza (Brasil) y en el Convenio de Oviedo. Se siguieron las Normas de Buenas Prácticas en investigación en seres humanos.

Antes de la puesta en marcha de este estudio, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética para la Investigación del Hospital Virgen Macarena (Anexo 3), perteneciente al Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía. Así mismo se presentó en dicho comité el modelo de consentimiento informado de esta investigación (Anexo 4 y 5).

La dirección de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla también admitió la realización del presente estudio.

Todos los datos fueron tratados acorde a los términos de la Ley Orgánica 5/1992 de 29 de Octubre (Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Autorizado de los Datos de Carácter Personal), garantizando la confidencialidad de estos, bajo el marco de la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

La inclusión en el proyecto fue voluntaria y la solicitud de participación se realizó como una propuesta de investigación de salud, informando sobre los objetivos, riesgos y consecuencias del estudio, así como del derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Se informó verbalmente a los participantes de las características del estudio y se solucionaron todas las dudas planteadas.

Los datos recogidos estuvieron protegidos cumpliendo la ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, cuyo objetivo es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Este estudio, por tratarse de una recogida de datos totalmente anónimos y sin acceder a ningún dato del paciente, no implicó vulnerar el honor ni la intimidad personal. Las entrevistas grabadas fueron desprovistas de cualquier elemento que las identificara y una vez transcritas los audios se destruyeron.

El investigador principal custodió debidamente los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada participante que estaba identificado únicamente por el

número asignado de caso, cumpliendo la legislación española sobre protección de datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

### ***Registro del estudio de investigación – Publicación del artículo***

Este ensayo clínico cumplió los estándares y requisitos de transparencia del Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (ReBEC), que pertenece a la Plataforma Internacional de registro de ensayos clínicos (ICTRP) de la Organización Mundial de la Salud, con código RBR-67gq6k y número de identificación UTN: U1111-1238-8710. Así mismo, ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla con el número 0428-N-17.

Se confeccionó un artículo científico que fue publicado en agosto de este año en la revista Nursing Open (ver anexo 10), con el título: “Does immediate skin- to- skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial”. Esta revista cubre las tecnologías, campos y categorías relacionadas con la Enfermería (Q2). Está publicada por Wiley-Blackwell Publishing Ltd. La clasificación general de Nursing Open es 10090. Según el SCImago Journal Rank (SJR), esta revista ocupa el puesto 0,496.

### **Resultados Investigación Cuantitativa**

Se evaluó la elegibilidad de un total de 359 mujeres embarazadas con indicación de cesárea y se aleatorizaron durante el periodo de estudio el 23,2% (83 mujeres), reclutadas por cumplir los criterios de inclusión y asignadas al azar al "Grupo Experimental de CPP" (n = 41) o al "Grupo Control" (n = 42). El 2,3% (n=8), no desearon participar en el estudio (Anexo 8). Hubo dos perdidas en el grupo de casos y una en el de controles, en todas ellas el motivo

fue que la lenta recuperación postanestésica impidió continuar con la recopilación de datos (Anexo 8). Esta investigación ha llevado al desarrollo de un protocolo en este hospital que incluye a todos los tipos de cesáreas (Anexo 11).

El análisis descriptivo de las variables por grupos se presentó en la Tabla 2 y las características sociodemográficas de las pacientes en la Tabla 3.

Así mismo, se recogieron datos del proceso de cesárea, referentes a la madre y al recién nacido (Anexo 6).

**Tabla 2***Análisis Descriptivo de variables por grupos*

Variable		Control	CPP	p
<b>Hb (g/dL) <sup>a</sup></b>	Hb1	12.787(1.92)	12.087(0.98)	0.274
	Hb2	11.785(1.26)	11.63(/1.06)	0.593
	Hb3	10.522(1.24)	11.075(0.99)	<b>0.017</b>
	Hb <sub>d</sub> *	2.265(1.28)	1.01(0.49)	<b>0.0001</b>
<b>Contracción Útero</b>	Supraumbilical	3(7.5%)	0%	<b>0.0001</b>
	Umbilical	28(70%)	3(7.5%)	
	Infraumbilical	9(22.5%)	37(92.5%)	
<b>Lactancia Inicio</b>	Yes	13(32.5%)	37(92.5%)	<b>0.0001</b>
<b>Lactancia mes</b>	Yes	5(12.5%)	37(92.5%)	<b>0.0001</b>
<b>Dolor <sup>a</sup></b>	VAS 1	0.78(1.901)	0.58(1.796)	0.890
	VAS 2	6.23(2.118)	1.48(2.112)	<b>0.0001</b>
	VAS 3	5.23(1.776)	0.60(1.172)	<b>0.0001</b>
<b>APGAR 1<sub>b</sub>**</b>		9 [2]	10 [3]	<b>0.008</b>
<b>APGAR 5<sub>b</sub>**</b>		10[1]	10 [1]	0.694
<b>Cesárea Anterior</b>	Si	10(25%)	9(22.5%)	0.793
<b>Satisfacción Madre<sup>a</sup></b>		6.5(2.407)	9.98(0.158)	<b>0.0001</b>
<b>Llanto RN.</b>	No	22(55%)	36(90%)	<b>0.001</b>

*<sup>a</sup> Media y Desviación Estándar M (SD). Consideramos muestra homogénea.**<sup>b</sup> Media[rango]**\*Diferencia entre disminución de Hb3 y Hb1.**\*\*Test de Apgar a RN. Después del nacimiento (al 1 minuto, a los 5 minutos). Todos los RN. Están sanos para realizar el CPP.*

**Tabla 3***Datos demográficos y de referencia por grupos*

<b>Variable</b>	<b>Control</b>	<b>CPP</b>	<b>p</b>
<b>Edad (años)<sub>a</sub></b>	33.125(3.57)	33.2(3.16)	0.921
<b>Altura (cm)<sub>a</sub></b>	166.25(6.77)	163.25(5.86)	<b>0.037</b>
<b>IMC<sub>a</sub></b>	31.69(4.59)	32.59(5.5)	0.430
<b>Nivel Estudios</b>	Básico	23(57.5%)	9(22.5%)
	Medio	5(12.5%)	25(62.5%)
	Universitario	12(30%)	6(15%)
<b>Peso Madre (Kg)<sub>a</sub></b>	87.23(11.16)	86.55(13.27)	0.840
<b>Peso RN, (g)<sub>a</sub></b>	3,512(812.34)	3,616(466.95)	<b>0.025</b>
<b>Genero RN.</b>	Varón	31(77.5%)	20(50%)
	Hembra	9(22.5%)	20(50%)
<b>Otras variables</b>			
<b>Patología Medica*</b>	31(77.5%)	25(62.5%)	0.143
<b>Patología Obstétrica**</b>	9(22.5%)	15(37.5%)	0.823

*a Media y Desviación Estándar M (SD). Consideramos muestra homogénea.*

*\* Hipotiroidismo, bocio, psoriasis, migrañas.*

*\*\* Legrado o aborto, diabetes gestacional, complicaciones obstétricas anteriores, ovarios poliquísticos.*

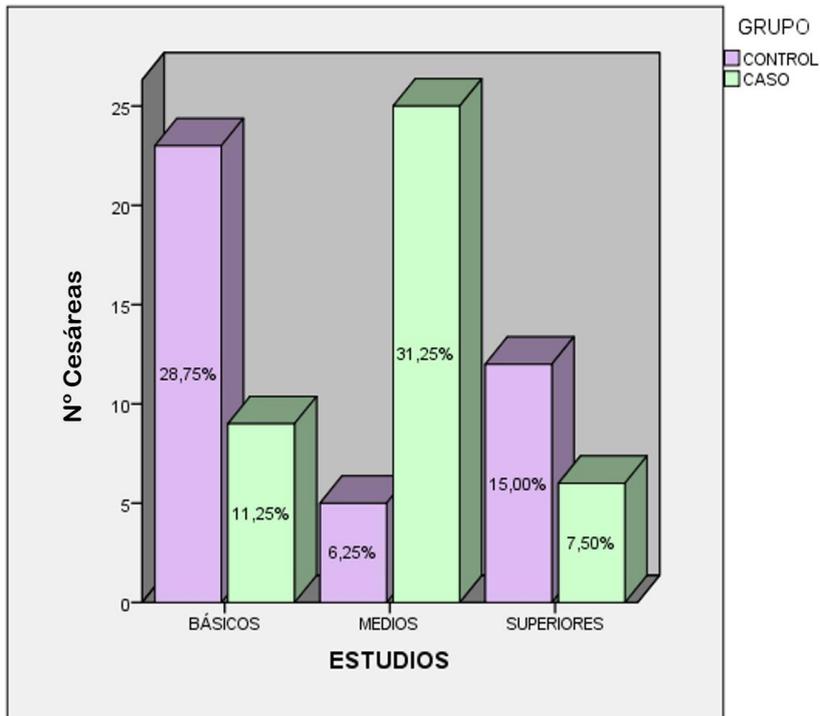
Nos pareció muy interesante desarrollar algunas variables de especial interés:

### ***Nivel de Estudios de las Pacientes***

En la figura 14, se presentó el nivel de estudios de las gestantes. En el grupo de controles hubo una diferencia significativa ( $p > 0.05$ ), en cuanto que el 57,5% de las mujeres tenían estudios básicos y en el grupo experimental solo el 22.5%. Refiriéndonos a los estudios medios, de igual manera, aparecieron diferencias ya que en el grupo de controles el 12.5% tenía estudios medios y en el grupo experimental el 62.5%. En cambio, en el nivel de estudios universitarios, hubo un acercamiento, ya que el grupo control presentó un 30% y el de casos un 15%.

**Figura 14**

*Nivel de estudios de las mujeres*

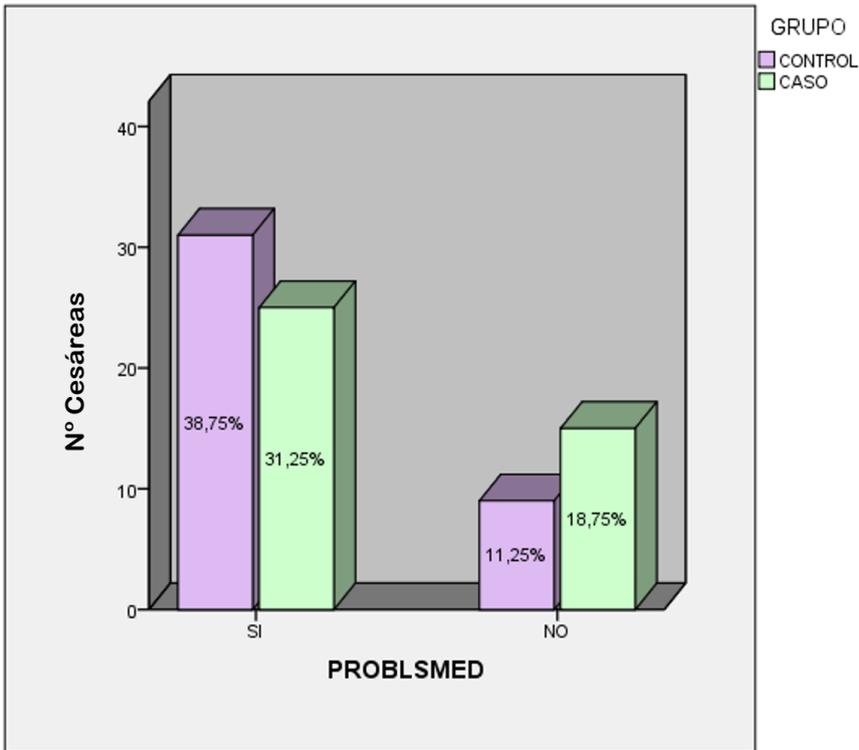


### ***Problemas Médicos***

En el apartado de problemas médicos, figura 15, hicimos referencia a la presencia de alguna patología importante de salud, tipo crónica, en las gestantes. El 77,5% en el grupo control, refirieron tener alguna afección, el más nombrado fue el hipotiroidismo. Otras enfermedades que aparecieron fueron, bocio, psoriasis, migrañas, entre los más comentados. En el grupo experimental el 62.5% contestaron que padecían algún tipo de enfermedad.

**Figura 15**

*Problemas Médicos de las Pacientes*

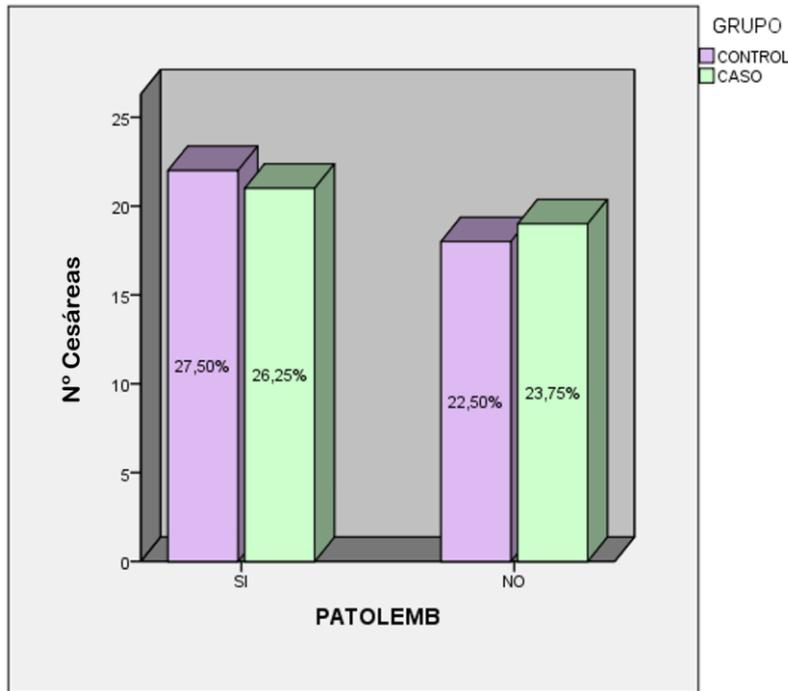


***Patologías del Embarazo***

Las gestantes fueron preguntadas acerca de si habían padecido alguna complicación obstétrica, problemas en embarazos anteriores o enfermedades del aparato ginecológico. El más nombrado fue el legrado o aborto. Otros episodios señalados fueron diabetes gestacional, mal antecedente obstétrico y ovarios poliquísticos. En el grupo control, el 22,5% refirió haber padecido este tipo de trastornos y en el grupo de casos el 37,5%. Figura 16.

**Figura 16**

*Antecedentes de Patología del Embarazo de las pacientes*



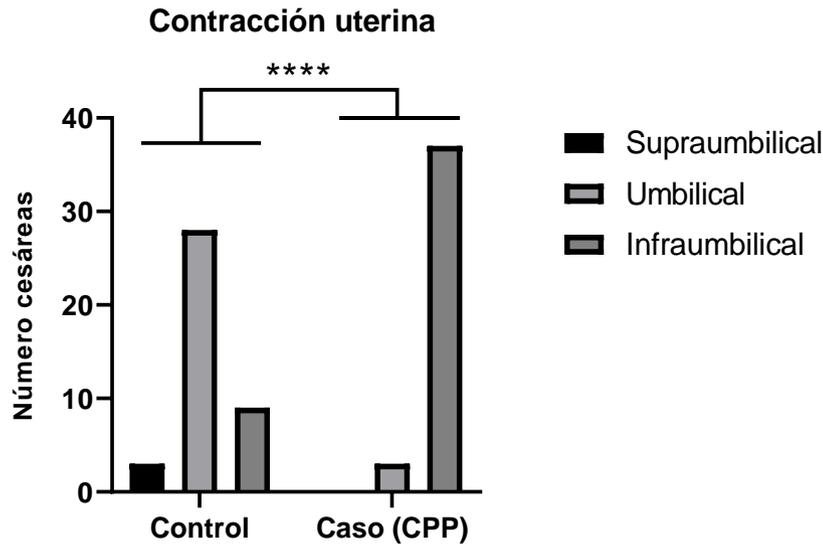
Los resultados fueron presentados en función de los objetivos planteados:

**Objetivo específico:** *Determinar si la contracción del útero a la salida de la sala de recuperación tiene relación con el contacto piel con piel*

Se analizó el nivel de contracción del útero antes del alta de la madre de la sala despertar (Figura 17). Se observa mayor contracción del útero en cesáreas con CPP. El anestesista valoró si el útero estuvo muy bien contraído a nivel infraumbilical, medio a nivel umbilical o poco contraído a nivel supraumbilical. Aparecieron diferencias ( $p < 0,0001$ ), ya que en el grupo casos el 92,5% presentó el útero a nivel infraumbilical, muy bien contraído y en el grupo control solo el 22,5%. La tendencia de la contracción del útero en el grupo de mujeres que no realizaron el CPP es a nivel medio, umbilical, en el 70 %.

**Figura 17**

*Efecto del CPP en la Contracción Uterina*



Comparación del nivel de contracción uterina de la mujer con cesárea entre el grupo de casos (CPP) y controles. Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. n= 40 en cada grupo. \* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\*\* $p \leq 0.0001$ .

**Objetivo Específico:** *Valorar la evolución de los niveles de hemoglobina plasmática previa al proceso de cesárea, a la salida de la madre a la sala de recuperación y en el tercer día de hospitalización. Observar relación con la contracción uterina.*

En cuanto a la hemoglobina sérica (Figura 18), el grupo control presentó valores de Hb1 más elevados antes de la cirugía (Hb1 media 12,787 vs 12,087; Control vs Intervención CPP). Aun así, las diferencias en la mediana de Hb3 (antes del alta) entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas, siendo menores en el grupo control:

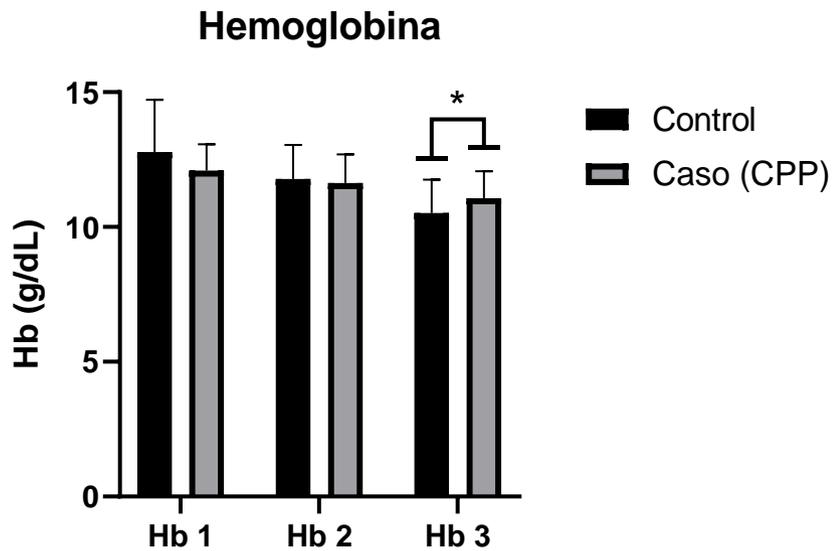
Hb3 Control=10,25 (Rango Intercuartílico: 9,65-11,18)

Hb3 CPP=11,1 (RI: 10,23-11,8).

Los valores de Hb disminuyen a lo largo del proceso quirúrgico, siendo más evidente al final de este proceso en las mujeres que no realizan el CPP. Ambos grupos presentaron sangrado posparto con disminución de los niveles de Hb tras la cesárea, pero se observó que los niveles de Hb se recuperaron antes en el grupo CPP.

**Figura 18**

*Evolución de los Niveles de Hemoglobina Plasmática Materna*



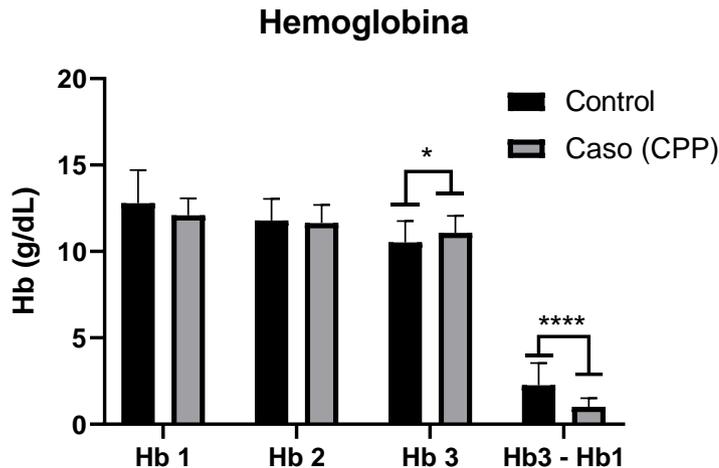
Evolución de la hemoglobina sérica materna durante el proceso hospitalario de cesárea. Hb1: concentración plasmática de hemoglobina previa a la cesarea. Hb2: concentración de Hb a la salida de sala de recuperación. Hb3: concentración de Hb al alta hospitalaria. Se realiza la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Se muestra la media y la desviación estándar. n= 40 en cada grupo. \*p ≤ 0.05.

Se calculó una nueva variable denominada "Disminución de Hb" (Figura 19), que indica la diferencia entre la media de Hb antes de la cirugía e inmediatamente antes del alta hospitalaria. Esta disminución media de Hb<sub>a</sub> (Hb<sub>3</sub>-Hb<sub>1</sub>) fue significativamente mayor en el grupo control (2,265/ 1.28 {media/desviación estándar}), lo que indicó mayores niveles de "anemia" que en el grupo de CPP (1,01/0.49) y, por tanto, mayor sangrado en el postoperatorio en el grupo que no realizó el CPP, con significación de  $p < 0,0001$ . Se apreció una significancia mayor en el grupo control  $p < 0,0001$ , que recupera antes los valores de Hb sérica.

Así mismo, se realizó un análisis más, relacionando el nivel de sangrado con el conteo de compresas ginecológicas usadas como método de absorción. En este sentido aparecieron diferencias con relevancia clínica. Para controlar dicha hemorragia, a la llegada a la sala de recuperación, en las mujeres que realizaron el CPP, con dos compresas puestas a la vez, fue suficiente. En cambio, en el grupo control, fue necesario utilizar cuatro o más, para controlarlo. Esto tiene relación con la contracción uterina, que estuvo aumentada en el grupo experimental, como señalamos en el apartado anterior.

**Figura 19**

*Evolución de los Niveles Disminución De Hemoglobina Plasmática Materna Hbd*



Comparación de la Disminución de Hb entre los dos grupos (diferencia entre la media de Hb antes de la cesárea y antes del alta hospitalaria). Se realiza la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Se muestra la media y la desviación estándar. n= 40 en cada grupo.

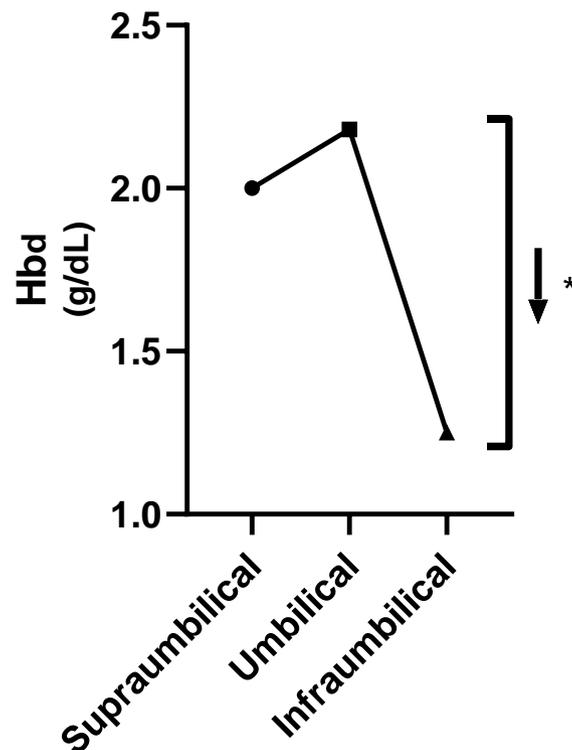
Uno de los grandes hallazgos de esta investigación fue ver como la evolución de los niveles de hemoglobina plasmática era diferentes en cada grupo, por ello, se continuó realizando análisis estadísticos para reforzar esta evidencia. Se plasmaron los datos en los siguientes diagramas de caja (Figura 20) y de líneas (Figura 21), ver anexo 9. Recordamos que los niveles de hemoglobina se recuperaron antes en el grupo que realizaron el CPP que en las que no lo realizaron, siendo más evidente en la Hemoglobina Post., con una significación p: 0,017.

Debido al hallazgo más evidente en la hemoglobina post, nos pareció interesante relacionar el nivel de disminución de Hbd (Hb1-Hb3) de forma inversa con el nivel de

contracción uterina (Figura 22). Al comparar las medias de pérdida de Hb entre los grupos, ajustando por los niveles de contracción uterina, las diferencias siguieron siendo estadísticamente significativas, con menores pérdidas en el grupo de CPP. Es decir, se apreció que niveles más altos de contracción uterina se identificaban con niveles más bajos de pérdida de Hb durante el postoperatorio de cesárea ( $p < 0,05$ ), los valores más bajos corresponden al nivel infraumbilical, que corresponden al grupo sometido a CPP. La pérdida de Hb fue mayor en los niveles de contracción supraumbilical y umbilical.

### Figura 22

*Correlación entre Disminución de Hbd ( $Hb_1 - Hb_3$ ) y Contracción Uterina.*



Los niveles de disminución de Hb dependen del nivel de contracción uterina. La

prueba utilizada fue ANOVA de un solo factor.

**Objetivo específico:** *Comprobar la relación entre el CPP y el nivel de dolor materno en el quirófano, desde la llegada a la sala de recuperación y al alta de esta.*

Se valoró a continuación las diferencias que se encontraron en cuanto al dolor en el quirófano (EVA1, Figura 23), a la llegada a la sala despertar (EVA2, Figura 24) y a la salida de esta (EVA3, Figura 25). Recordemos que la intensidad del dolor estuvo medida por la escala EVA, donde 0 era ausencia de dolor y 10 un dolor insoportable. Se realizaron secciones por grupos de dolor, de 1 a 3 dolor leve, 4 a 6 dolor moderado y 6 a 10 dolor intenso.

En el quirófano, tanto en el grupo control como en el experimental, aparecieron diferencias desde el punto de vista clínico, ya que la mayor parte de la muestra se concentra en dolor leve, en tanto que EVA de 0-3 lo presentaron 63,6% controles y el 70% casos.

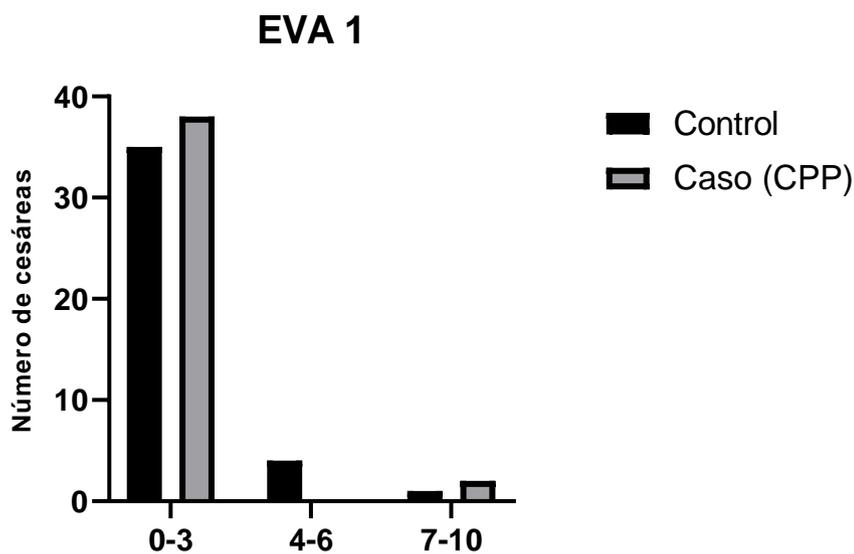
Si tenemos en cuenta la valoración del dolor a partir de Eva 2, llegada a sala de recuperación, se acentuaron las diferencias. Se aprecia como la muestra se concentra en sensación de dolor intenso en las mujeres que no realizan CPP. Lo más destacable es que en el grupo experimental aparecieron un 52,5% con Eva de 6 a 10, es decir dolor intenso y solo un 2,5% en el grupo de casos. De la misma forma, estas diferencias quedaron reflejadas en el dolor mínimo de 0 a 3, donde las mujeres que realizaron el CPP fueron el 80% y las que no el 10%, con una significación de  $p < 0,0001$ .

Al salir de la sala de despertar, también hubo diferencias significativas ( $p < 0,005$ ) en la frecuencia de ausencia de dolor o dolor mínimo entre los dos grupos (grupo de CPP 92,5%

frente al grupo de control 17,5%). Se aprecia como la sensación de dolor es moderado en las mujeres que no realizan CPP.

**Figura 23**

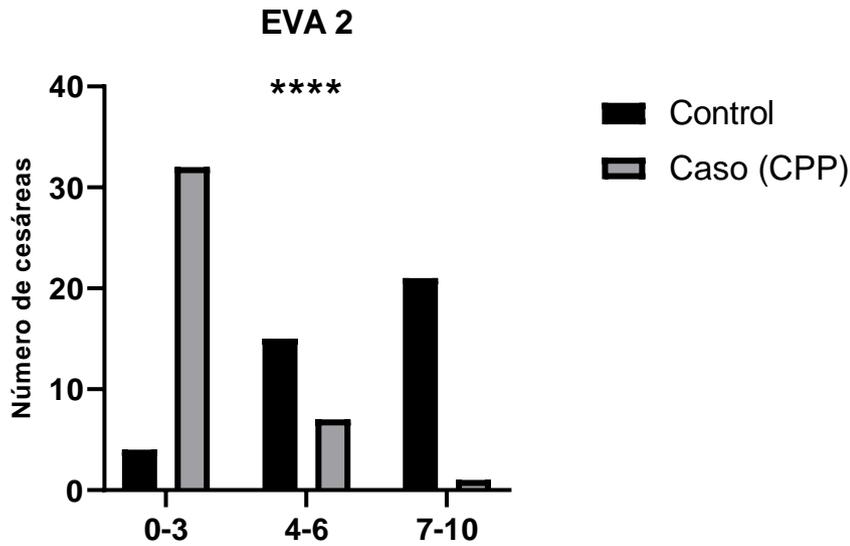
*Sensación de Dolor Materno Post. Cesárea Quirófano (EVA 1)*



Comparación de la Sensación de dolor medido con Escala EVA (escala visual analógica) en el quirófano entre grupo de casos (CPP) y controles. Se agrupan los valores en tres intervalos numéricos: 0-3(dolor leve), 4-6(dolor moderado), 7-10 (dolor intenso). Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. N= 40 en cada grupo.

**Figura 24**

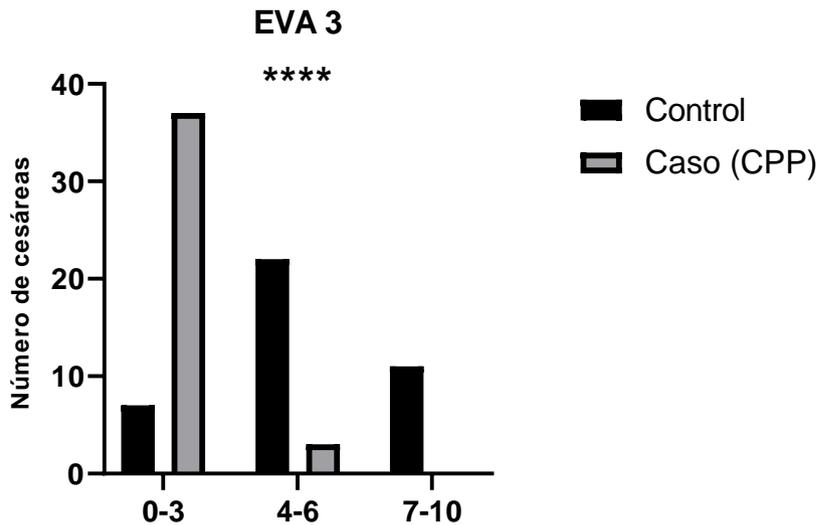
*Sensación de Dolor Materno Post. Cesárea Llegada Sala Recuperación (EVA 2)*



Comparación de la Sensación de dolor medido con Escala EVA (escala visual analógica) a la llegada a sala de recuperación, entre grupo de casos (CPP) y controles. Se agrupan los valores en tres intervalos numéricos: 0-3(dolor leve), 4-6(dolor moderado), 7-10 (dolor intenso). Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. n= 40 en cada grupo. \* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\*\* $p \leq 0.0001$ .

**Figura 25**

*Sensación de Dolor Materno Post. Cesárea Salida Sala Recuperación (EVA 3)*



Comparación de la Sensación de dolor medido con Escala EVA (escala visual analógica) a la salida a sala de recuperación, entre grupo de casos (CPP) y controles. Se agrupan los valores en tres intervalos numéricos: 0-3(dolor leve), 4-6(dolor moderado), 7-10 (dolor intenso). Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. n= 40 en cada grupo. \* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\*\* $p \leq 0.0001$ .

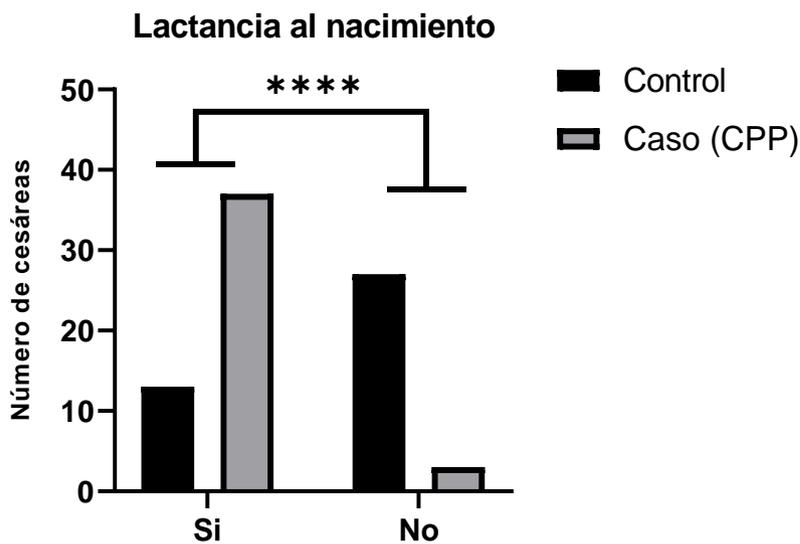
**Objetivo específico:** *Evaluar el correcto establecimiento de la lactancia materna tras el contacto precoz madre e hijo y comprobar relación al mes de duración.*

Se estudió la lactancia materna (LM) en el momento de iniciar el contacto del recién nacido con la madre, desde el quirófano en el caso del grupo CPP y a las 4-6 horas en el caso del grupo control (Figura 26). Se aprecia como la lactancia materna es más efectiva en el grupo de mujeres que realizan el CPP. Se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ), ya que en el grupo control la LM en el primer momento fue muy inferior al del grupo experimental. Sólo el 32,5% de los RN del grupo control iniciaron la lactancia en su primer

contacto con la madre, frente al 92.5% del grupo CPP. La Odds Ratio muestra que la proporción de mujeres que amamantaron en la primera hora tras el parto fue 25,64 (1/0,039) veces mayor entre las que se sometieron al CPP en comparación con las que no lo hicieron, un número muy bajo de recién nacidos del grupo de control inició la lactancia materna en su primer contacto con la madre, en comparación con los del grupo de CPP.

**Figura 26**

*Lactancia Materna al Inicio*



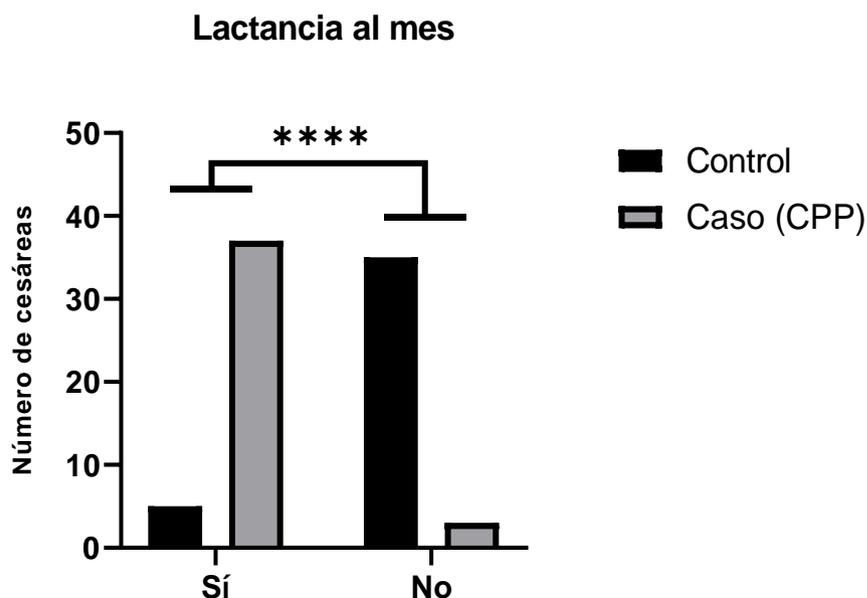
Análisis de la efectividad de la lactancia materna en la primera hora desde el nacimiento. Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. n= 40 en cada grupo. \*p ≤ 0.05, \*\*p ≤ 0.01, \*\*\*p ≤ 0.001, \*\*\*\*p ≤ 0.0001.

Así mismo se analizó la lactancia al mes (Figura 27), para ver si influía el hecho del CPP en el mantenimiento de esta práctica y también aparecieron diferencias significativas

( $p < 0,001$ ), ya que es más efectiva en el grupo de mujeres que realizan el CPP. En este grupo, el 92.5% de los RN continuaron con la LM, mientras que en el grupo de control el porcentaje fue sólo del 12.5%. En el grupo control también hubo una disminución en el mantenimiento de la LM al mes en los RN que sí tuvieron LM efectiva al nacer (32,5% de LM al inicio vs. 12,5% de LM al mes). La proporción de mujeres que amamantaron al mes del nacimiento fue 83,33 (1/0,012) veces mayor entre las que tuvieron CPP que en las que no se sometieron a ella. Las mujeres que tuvieron un inicio efectivo de LM y realizaron el CPP, mantuvieron esta tendencia al mes.

**Figura 27**

*Lactancia Materna Mes*



Análisis de la efectividad de la lactancia materna al mes del nacimiento. Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado.  $n = 40$  en cada grupo.  $*p \leq 0.05$ ,  $**p \leq 0.01$ ,  $***p \leq 0.001$ ,  $****p \leq 0.0001$ .

**Objetivo específico:** *Verificar si existe aumento de la satisfacción con el CPP, el confort de la madre en el parto vía cesárea y comparar la experiencia en episodios similares anteriores sin CPP.*

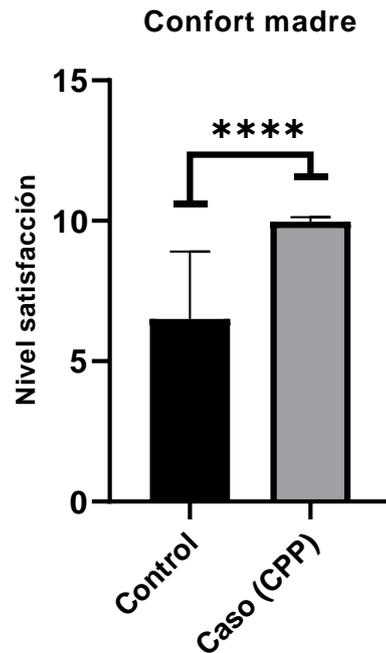
Se pidió a las mujeres que valoraran, mediante una escala tipo Likert, el grado de confort en la sala de recuperación. Donde 0 es muy insatisfecho y 10 es muy satisfecho. En este caso el nivel de confort es superior en el grupo de casos. Como se muestra en la Figura 28, el 90% de las mujeres del grupo de CPP indicaron una calificación de 10, muy satisfechas, en comparación con el 36,3% del grupo de control, con una diferencia significativa de  $p > 00001$  (Figura 28).

En cuanto a la satisfacción en general, en la realización del CPP, se les preguntó a las mujeres que lo realizaron, las del grupo casos, y puntuaron de igual forma su experiencia vivida con la máxima puntuación, dieron un 10 al respecto, muy satisfechas.

En el caso de gestantes que han tenido algún episodio de cesárea anterior, vemos como en el grupo experimental, el porcentaje es del 22.5 % y en el grupo control del 25%. Se les preguntó a las gestantes del grupo experimental que valorasen esta técnica del CPP comparándola con la cesárea anterior, vivida en el pasado sin CPP y todas puntuaron con 10, muy satisfechas.

**Figura 28**

*Sensación de Confort de la madre*



Comparación del nivel de confort que ha sentido la madre en la sala de recuperación. Escala Likert (0-2 muy insatisfecha, 2-4 insatisfecha, 4-6 ni satisfecha ni insatisfecha, 6-8 satisfecha, 8-10 muy satisfecha). Se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. n= 40 en cada grupo. \* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\*\* $p \leq 0.0001$ .

**Objetivo específico:** *Analizar el nivel de satisfacción materna por la presencia de un acompañante en la sala de recuperación.*

Recordemos que las mujeres que realizaron el CPP lo hicieron en presencia del acompañante que ellas eligieron y le preguntamos qué tal fue la experiencia. Se les pidió que

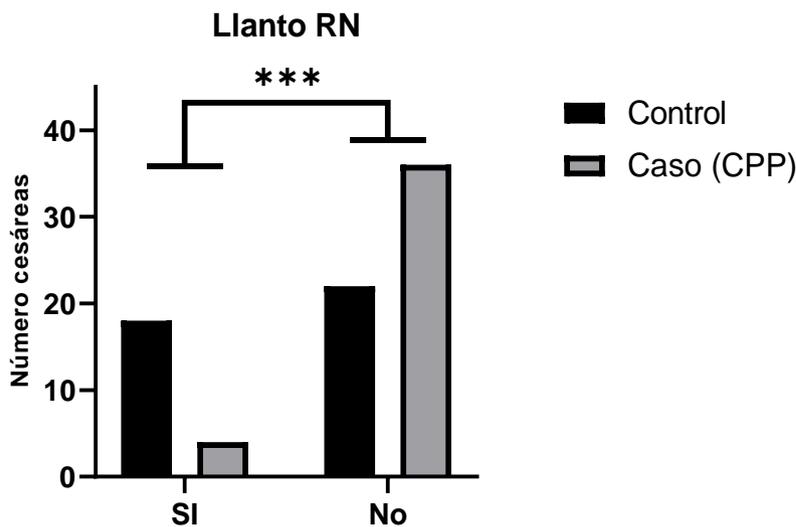
hicieran referencia en cuanto al nivel de satisfacción y todas puntuaron con 10, muy satisfechas.

**Objetivo específico:** *Comprobar si aparece una disminución del llanto del recién nacido en términos de duración e intensidad al realizar el piel con piel inmediato.*

El estado de bienestar del recién nacido se evaluó mediante el llanto, en presencia de los padres que realizaron el CPP o a solas con el padre/acompañante, en el grupo de control, hasta que la madre llegó de la sala de recuperación. Se observa que la ausencia de llanto es más evidente en los RN del grupo de intervención. Como puede verse en la figura 29, aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos ( $p > 0,001$ ). El 90% de los recién nacidos no lloraron en el grupo de CPP, frente al 55% del grupo de control. Cabe mencionar que estos recién nacidos del grupo de CPP tampoco lloraron cuando recibieron vitamina K intramuscular, durante el CPP y la LM.

**Figura 29**

*Llanto del Recién Nacido*



Análisis del nivel de llanto del Recién Nacido: (Sí, No). Durante el CPP en el grupo de intervención o cuando está con el padre en la habitación en el grupo control. Se realizó la prueba estadística de Chi-Cuadrado.  $n=40$  en cada grupo.  $*p\leq 0.05$ ,  $**p\leq 0.01$ ,  $***p\leq 0.001$ .

## **Discusión Investigación Cuantitativa**

En todos los objetivos específicos, el resultado es positivo en cuanto a los beneficios del CPP. Por tanto, el objetivo general es la suma de todos estos resultados específicos. Se confirma la hipótesis alternativa, “El contacto piel con piel inmediato en cesáreas si tiene beneficios sobre la madre y su recién nacido”, por ende, se rechaza la hipótesis nula. Queda demostrado que el contacto precoz se puede realizar fácilmente en las intervenciones por cesárea y los grandes beneficios que conlleva.

Los resultados de este estudio muestran que el contacto piel a piel inmediato proporciona mayores índices de éxito en la lactancia materna inmediata y al mes. Se relaciona con mayores sentimientos de satisfacción de la madre, en relación con la experiencia vivida con esta técnica, con el confort, con la presencia del acompañante y mejora su percepción sobre la experiencia del parto comparándolo con cesáreas anteriores. Disminuye la sensación de dolor en la sala de recuperación y aumenta la contracción uterina consiguiendo una recuperación más efectiva de los valores maternos de hemoglobina sérica.

En su artículo, Costa, M. y colaboradores, indican que el contacto piel con piel precoz o inmediato es considerado un criterio de buenas prácticas, cuya ausencia puede llevar a alteraciones en la recuperación, comportamiento e incluso el desarrollo de enfermedades maternas y del recién nacido. El hecho de proporcionar oportunidades para las madres para

participar en el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento por cesárea es una práctica de la enfermería basada en la evidencia que representa un nuevo modelo experto de la atención al paciente para las madres y sus recién nacidos. Si las maternidades no proporcionan CPP inmediato después de una cesárea, muchas mujeres y sus recién nacidos pueden perder los posibles beneficios conferidos por CPP (Stevens et al, 2019).

En el inicio de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció una serie de recomendaciones, que se ha ido actualizando, y que incluyen la realización del contacto piel con piel con la madre en la misma habitación durante la estancia hospitalaria después de dar a luz. Consecuentemente, se posiciona en contra del distanciamiento o separación de la madre y del bebé, incluso si alguno de los dos miembros es positivo por coronavirus. En EE. UU y China, las prácticas como los partos instrumentalizados con fórceps, la inducción del parto y las cesáreas se han llevado a cabo ampliamente, independientemente del estado de la infección por SARS-CoV-2 en la madre y de la decisión de esta (John Ryan, 2020).

En relación con la contracción uterina, el presente estudio muestra que todas las mujeres que se sometieron al contacto piel con piel lograron una contracción uterina más rápida en la sala de recuperación y tuvieron una mejor recuperación de los niveles de hemoglobina en plasma tres días después de la hospitalización. Este hecho influyó en la aceleración de la recuperación del estado de salud tras la cesárea. Hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones publicadas sobre el CPP se han realizado en partos normales o teniendo en cuenta otras variables en las cesáreas. Un estudio de Kollmann y colaboradores, cuyo objetivo era investigar el impacto de la vinculación intraoperatoria (contacto precoz piel con piel) tras las cesáreas en la adaptación neonatal y la respuesta al estrés, señala que existe una

relación causa-efecto con el CPP; sin embargo, no hacen referencia a datos que relacionen esta técnica con los niveles séricos de Hb y la contracción uterina (Kollmann et al., 2017),

Este estudio muestra que la relación entre el CPP y la contracción uterina es muy significativa, como señala Boyd en 2017: que el contacto piel con piel aumenta los niveles de oxitocina y beta-endorfinas maternas, y que esto favorece la contracción uterina (Boyd, 2017). Un equipo de su institución realizó un proyecto de mejora de la calidad para implementar un estándar de atención, pero no demuestran que favorezca la recuperación del estado de salud de la madre en cuanto a la contracción uterina y su consecuente efecto en la prevención de la hemorragia obstétrica al favorecer la recuperación de los valores de Hb. Sin embargo, este estudio sí lo hace, lo cual es muy importante, sobre todo para aquellas embarazadas que parten de niveles de Hb más bajos de lo normal.

Otro estudio de Espinoza Quinteros, en 2021, se refiere a la prevención de la hemorragia obstétrica con el CPP, pero en partos normales; además, su estudio es de tipo exploratorio y de enfoque cualitativo, en el que se utilizaron entrevistas para conocer la satisfacción respecto a la experiencia (Espinoza Quinteros, et al., 2021). Sabemos que las mujeres sometidas a cesárea presentan menos oxitocina circulante, hormona que ayuda en el proceso de vinculación y recuperación, por lo que el CPP inmediato se hace más necesaria para esta cohorte de mujeres. Esta evidencia es apoyada por Costa Romero, en 2019, aunque no se basa en datos cuantitativos; sólo señalan la importancia de esta técnica y proponen un modelo de actuación (Costa Romero et al., 2019).

En cuanto al dolor postoperatorio materno, la percepción es menor para las mujeres que experimentan CPP desde el quirófano, cuando se compararan con mujeres en las que no se realiza el CPP. (Sundin and Mazac, 2015). Este hecho también fue estudiado por

Kollmann y colaboradores, pero solo dentro del quirófano y los datos no fueron concluyentes (Kollmann M., et al., 2017). Este hecho también fue observado mucho antes, pero después del parto vaginal en un estudio de Walters y col., (2007), que afirmaron que las madres se distraían del dolor con la reparación perineal cuando tenían CPP, mientras que los resultados de otro estudio afirman que no existe reducción en el dolor de sutura cuando las madres tenían CPP (Gabriel et al. 2010).

Un grupo de investigadores del Hospital Universitario de Valme de Sevilla, en el año 2016, realizó un estudio preliminar que asegura que la lactancia materna ayuda a disminuir el dolor crónico tras la cesárea al liberarse hormonas que producen un efecto placentero (Echevarría, 2016). Sería interesante determinar si el causante de esta disminución de la sensación de dolor de la madre es a causa del CPP o de la Lactancia.

Los datos obtenidos en la muestra del estudio confirman que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre con cesárea. De igual manera defienden los investigadores Stevens y col., (2019), en una revisión de la literatura científica. También se demuestra en este estudio que existe dependencia entre el CPP y la lactancia materna al mes del nacimiento y su efecto sobre la contracción uterina. En una revisión de Cochrane de 2016, señalan que las mujeres que practican CPP después de un parto por cesárea son probablemente más propensas a amamantar con éxito, pero los análisis se basaron en solo dos ensayos y pocas mujeres. La evidencia fue insuficiente para determinar si el contacto piel a piel podría mejorar la lactancia materna en otros momentos después de la cesárea (Moore ER., 2016). Por tanto, recomiendan seguir investigando sobre el tema, debido a la calidad metodológica y variaciones en la implementación de la intervención y resultados (Moore et al., 2016). En un trabajo de Pachón Muñoz describen que

a lo largo de la realización de este, se había identificado la carencia de más estudios específicos acerca de las cesáreas y sus efectos negativos sobre la LM, por ello recomiendan realizar un estudio de casos y controles para observar cual sería el resultado de aplicar el contacto piel con piel inmediato a un grupo de mujeres con parto por cesárea y cuál sería el resultado en el grupo control que no realiza el contacto piel con piel y hacer un seguimiento hasta por lo menos 6 meses postparto para identificar su efecto sobre la LM. (Pachón Muñoz, V., 2020). De aquí se desprende lo justificado que está nuestro trabajo, en referencia a la LM.

Desde hace un tiempo se evidencia que el inicio precoz del CPP supone un beneficio no solo en la consecución del logro de la lactancia, sino también en el aumento de la satisfacción materna. Así mismo queda recomendado por las guías nacionales e internacionales, que el inicio precoz de la lactancia materna sea durante la primera hora tras el parto (IHAN, 2022).

Es, por tanto, innegable, que las madres tras un parto de cesárea desean estar con sus hijos, en lugar de que el personal se encargue de ellos. Los motivos que interfieren en el establecimiento de la LM varían si esta se inicia de forma precoz o de forma tardía, en relación con la separación del RN.

Algunas de las frases de las madres en este aspecto consolidan esta evidencia: ... *“no es lo mismo te arrancan algo tuyo...es dramático no le pude dar el pecho en cuatro horas...me hubiera gustado estar con ellos...es duro separarte de tu hijo... cuando llego a la habitación, lo encontré muy dormido y no amamantó fácilmente...”*

A las autoridades sanitarias se les debe hacer ver como una adecuada infraestructura puede permitir que la experiencia de estas madres realizando el CPP con sus hijos sea muy satisfactoria y aumente el deseo de continuar con la lactancia materna.

El nivel de satisfacción y confort, en cuanto al CPP, evidencia que la iniciativa es altamente gratificante para las mujeres como para sus acompañantes. En general, los resultados muestran que el grado de satisfacción es mayor en aquellas mujeres que establecieron un CPP precoz con su RN tras una cesárea. Hay autores que apoyan esta idea de que las mujeres que realizan el CPP precoz lo viven como una experiencia positiva (Cobeta García, C., & Pérez Talavera, C. 2020).

Pachón Muñoz recomienda en su investigación sobre la lactancia materna en cesáreas que sería conveniente realizar un estudio sobre el grado de satisfacción de las madres con cesárea que han practicado el CPP dentro del quirófano frente a las madres que se les ha realizado una cesárea y no han practicado el CPP en el quirófano (Pachón Muñoz, V., 2020). Como ha quedado demostrado en este trabajo.

Si revisamos la literatura, encontramos que hay alguna evidencia de que existe relación entre tener una cesárea y la sintomatología depresiva (Xie et al., 2011; Zainal et al. 2012); sin embargo, Sword y col., (2011) proporcionan en su trabajo contradicciones.

La separación de las madres y los recién nacidos después del parto por cesárea se asocia con la disminución de la satisfacción materna, la disminución de la probabilidad de beneficios neurocomportamentales y fisiológicos para las mujeres y los recién nacidos. En un estudio en el hospital Baylor Scott & White - Fort Worth's Andrews Women's en Fort Worth, Texas, quedó demostrado que la satisfacción materna es mayor y la percepción materna de dolor es menor para las mujeres que experimentaron CPP en el quirófano cuando se compararon con mujeres en las que no se realizó el CPP (Sundin and Mazac, 2015).

Todas las mujeres que tuvieron una cesárea anterior sin CPP manifestaron mejor experiencia con la cesárea más reciente debido al contacto con el bebé después del

nacimiento, y señalaron que esto mejoró la relación con el mismo. En relación con sus experiencias anteriores, estas mujeres estaban felices de tener la oportunidad de vincularse inmediatamente con su recién nacido.

Esta tendencia queda reforzada por los comentarios que hacían las madres: “...*para mí ha sido la mejor experiencia de mi vida...muchísimo mejor que en la cesárea anterior...me vine abajo al ver que estaba sola... nerviosa y ansiosa, solo lo vi un segundo...lo normal es que habiliten un espacio... ya que es una alegría...me hubiera gustado estar con ellos...es mucho mejor y más relajante que el primero*”.

En cuanto a la satisfacción por la presencia de un acompañante, hemos evidenciado que se consiguen altos niveles. La experiencia de la cesárea vivida por la madre va a estar muy influida por el apoyo y soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato. De ahí, la incorporación del acompañante (generalmente el padre), como soporte continuo.

Potencialmente se estima que las madres, al estar acompañadas, se sienten más seguras y se manejan mejor con el recién nacido, equiparándose a las madres que han tenido un parto vaginal, de manera que la cesárea no sea una barrera para que la madre y su hijo puedan estar juntos en el inicio de su vida. Existe una tendencia impulsada en relación con las cesáreas, por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Federación de Asociaciones de Matronas de España y el Observatorio de la Mujer, que abogan por la atención natural al parto en las maternidades de los hospitales públicos, debido al elevado número de cesáreas registradas en los últimos años. En este sentido el acompañamiento tiene máxima importancia. Se permite la presencia dentro del quirófano del padre o cualquier otra persona que la mujer determine durante la realización de este procedimiento quirúrgico y que

se vaya a implicar a dicha persona en el cuidado del recién nacido. Concluyen que esta estrategia de mejora no se relaciona con una mayor morbilidad materna o neonatal y, sin embargo, implica una mayor satisfacción y mejor percepción del acto quirúrgico que supone la cesárea (Farías, C., et al., 2018).

Ofrecer apoyo empático y continuo es comprobadamente útil y debe ser proporcionado a las parturientas. Es un trabajo que puede ser plenamente desempeñado por los acompañantes. La presencia del padre u otro acompañante en la sala de recuperación y su colaboración en algún cuidado temprano o en contacto piel con piel, provoca un efecto emocional positivamente mayor, fortalece el vínculo padre/hijo, hace participar más activamente en el cuidado y se encuentran más satisfechos con dicha relación que los padres de hijos nacidos vaginalmente.

Existe un marco legal que garantiza el derecho al acompañamiento. Aparece en el BOJA 101/1995 Sobre los Derechos de la madre: a estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto, parto y postparto, salvo causa suficientemente justificada. (Andalucía. Ley 2/1998, de 15 de junio). De igual manera el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recomienda en el Plan de Parto y Nacimiento:

En el parto instrumental o cesárea, si el proceso de parto se complica, o se requiere intervención desde el inicio por una causa justificada, se respetarán siempre el resto de buenas prácticas que facilitan el óptimo estado de salud de madre y bebé, tales como el acompañamiento continuado, la intimidad, o el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento (p., 21).

Por tanto, es fundamental que la madre, el padre y el hijo permanezcan juntos desde el momento del nacimiento. Si no pudiera ser así, lo ideal es que se reúnan lo antes posible para

permitir el establecimiento del vínculo afectivo. La presencia del acompañante en el embarazo y el parto fue visto como una forma de humanización del nacimiento medicalizado, al reducir el miedo y proporcionar un mayor apoyo para las mujeres, aportándole confianza y seguridad (Hildingsson et al., 2014).

Los padres tienen la necesidad de estar involucrados, tanto en el acompañamiento de la madre como en el cuidado del RN. Los comentarios de los padres han sido reveladores de esta evidencia:” *esto es lo mejor que te puede tocar...mejor incluso de que gane el Betis...es una experiencia alucinante...no me lo esperaba...pensaba que estar con el niño es muy bueno, pero además quería estar con mi mujer... esto es maravilloso, mi marido estaba allí conmigo*”

Respecto al llanto de los recién nacidos queda demostrado que los que realizan el CPP en el quirófano alcanzan un nivel de tranquilidad total, comparándolo con los que esperan a su madre en la habitación. Mientras permanecen con su padre, las mujeres comentan que ha estado intranquilo y llorando en la mayoría de los casos. Esta afirmación está respaldada por varios autores que detallan que en los recién nacidos a término sanos se ha mostrado que el CPP se relaciona con una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna y que parece tener un efecto beneficioso en el tiempo del llanto y en la estabilidad cardiorrespiratoria (Robles Hurtado, I. J., et al., 2019). Algunos comentarios de las madres “*me lo pusieron y dejó de llorar inmediatamente.*” El llanto y el CPP están relacionados, incluso en el momento de administrar la vitamina K, la gran mayoría de RN no lloran.

Mantener a las madres y los recién nacidos juntos después de un parto por cesárea promueve la atención centrada en la familia, como centro de autocuidados y aumenta la

satisfacción entre las mujeres, enfermeras y proveedores de obstetricia, todo ello sin incurrir en grandes costes.

A tenor de los resultados obtenidos en este estudio, existen pocos motivos por los que se continúe justificando la separación del neonato de sus progenitores durante una cesárea.

El nacimiento de un hijo es un momento crucial y está cargado de gran emotividad. El hecho de que el parto sea por cesárea no es motivo para que privemos a las familias de la posibilidad de vivir juntas una experiencia tan conmovedora. Es responsabilidad de todos los profesionales velar por que el nacimiento sea vivido y recordado en toda su plenitud y que, de este modo, la tríada hijo-madre-padre (acompañante) se vea favorecida y reforzada en el aspecto emocional. Esta observación se encuentra también en otros trabajos.

Proporcionar oportunidades para que las madres puedan participar en el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento por cesárea, es una práctica de la enfermería basada en la evidencia que representa un nuevo modelo experto de la atención al paciente para las madres y sus recién nacidos (Dalby et al., 2011). A la vista de la evidencia parece fundamental poner en marcha estrategias que permitan instaurar CPP tras las cesáreas. No se debe olvidar que el nacimiento es un momento único que debe ser compartido por la madre, el padre y el recién nacido, por eso debemos minimizar los efectos de la cirugía siempre que la situación lo permita, intentando que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vagina. El contacto precoz madre e hijo es un tema de vital importancia para la madre, para el RN y para el padre, debido a los múltiples beneficios que conlleva el procedimiento, por lo que debemos priorizarlo siempre que el estado de los dos lo permita y realizarlo de forma segura.

### *Limitaciones del estudio*

La principal limitación ha sido la de no disponer de la sala de recuperación postanestésica de este hospital y tener que adaptar una habitación en postparto para que la madre, su recién nacido y el acompañante permanezcan juntos. Este motivo ha derivado en la elección de una muestra más pequeña, ya que era preciso que numerosos estamentos sanitarios de anestesia, ginecología, neonatología...estuvieran de acuerdo. Todo esto ha provocado la pérdida de algunas gestantes que habían prestado su conformidad para participar en el estudio. La recogida de datos resultó más laboriosa de lo previsto inicialmente, debido a que era preciso contar con la aprobación de los profesionales implicados.

El hecho de que las participantes escogidas no fueran del total de cesáreas se debe a que todas parten de una misma situación inicial basal, propicia para el estudio. Por tanto, no podemos extrapolar los datos a todas las mujeres, ni a todos los tipos de parto.

La tónica general de los profesionales del hospital donde se desarrolla el estudio ha sido de actitud expectante. Presentan un arraigo en las actuaciones y técnicas llevadas a cabo desde siempre.

Otro desafío importante que se encontró durante el desarrollo de la investigación ha sido en paritorio, en el momento de poner al RN en el pecho de la madre y mantenerlo mientras cierran la herida quirúrgica. El investigador ha sido el responsable de vigilar al bebé.

Podría ser interesante contar con la presencia de un observador durante las entrevistas para disminuir los sesgos.

### ***Utilidad práctica***

Este trabajo tiene una implicación para la práctica clínica, la de romper rutinas innecesarias en cuanto a la separación de los recién nacidos de sus progenitores en el parto por cesárea. Con esta investigación pretendemos fomentar que los centros sanitarios otorguen la importancia que merece el diseño de una guía del contacto piel con piel en cesáreas basada principalmente en la información. Es primordial, que los profesionales sanitarios y las madres conozcan las ventajas del contacto piel con piel, de esta manera todas ellas podrán ser capaces de decidir que creen mejor para sus hijos y para ellas mismas. La madre nunca debe percibirlo como una obligación, si no como una decisión.

Actualmente en España no se dispone de información del número de plantas que aconsejan el contacto precoz piel con piel, es por esto, que, gracias a este estudio, queremos concienciar al personal sanitario para que entienda la importancia de formarse en la valoración del niño sobre el pecho materno para no romper el vínculo.

Alentamos a que todas las maternidades proporcionen contacto piel con piel inmediato después de una cesárea, de lo contrario muchas mujeres y sus recién nacidos pueden perder los beneficios conferidos por este. Dar un paso más e implementar el contacto piel a piel en todas las instituciones maternas e infantiles, no requiere de altos costos y sus beneficios tendrán un alto impacto en el desarrollo físico y psicosocial del niño.

Haber concienciado a los profesionales y usuarios, en el nuevo cambio de rutina que se ha llevado a cabo en este hospital, permite la motivación de algunos profesionales para seguir adelante y que sean más los casos en los que se realiza.

### *Prospectiva del estudio*

Esta investigación ha propiciado la creación del Protocolo Contacto Piel con Piel en Cesáreas, que será implantado en este hospital una vez sea aprobado por la comisión de Documentación del mismo. Este procedimiento sigue las recomendaciones internacionales en la humanización de atención al parto por cesárea y justifica la necesidad de acondicionar un espacio en el hospital para atender a las gestantes, a sus recién nacidos y a sus acompañantes, de manera adecuada y contribuir a la mejora de ciertos aspectos de su asistencia.

Continuaremos recopilando información de todos los tipos de cesáreas, ya que existe una necesidad urgente de nuevas investigaciones en relación con elementos facilitadores, barreras, resultados y experiencias de CPP inmediato después de este tipo de partos. Es preciso la recopilación de más pruebas sobre cómo proporcionar con seguridad CPP en el quirófano y obtener resultados a corto y largo plazo.

Partiendo de los resultados obtenidos de este trabajo, y en pro de continuar realizando estudios que engloben este tipo de procedimientos, sería de gran valor establecer una Comisión de Intervención con un equipo multidisciplinar de la que formen parte todos aquellos profesionales que directa o indirectamente estén implicados, que asesore a los demás profesionales, que evalúe el proceso de instauración del protocolo y elabore guías didácticas para informar a las embarazadas. Es recomendable que este equipo vele por la seguridad del procedimiento, analice que se ejecute de manera correcta y que se sigan las recomendaciones precisas para evitar la aparición de eventos adversos.

Otro aspecto importante es el de divulgar los resultados del estudio para que las familias conozcan la posibilidad de tener una cesárea, realizar el CPP y estar acompañada de la persona que elijan. Así mismo, analizar en más estudios, la influencia del contacto piel a

piel entre el padre y el binomio madre-hijo, ya que las evidencias permitirán direccionar la realización de políticas de salud que beneficien al niño y a la familia.

### **Conclusiones Investigación Cuantitativa**

- El contacto piel a piel inmediato en cesáreas proporciona múltiples beneficios, por tanto, es más ventajoso la no separación madre-hijo, en las primeras horas tras esta operación. El contacto piel con piel desde el quirófano puede realizarse sin ninguna dificultad.

- La lactancia materna está relacionada de manera positiva con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre con cesárea, ya que favorece el inicio precoz y el mantenimiento de esta lactancia, durante el mes posterior al nacimiento.

- El contacto piel a piel en mujeres cuyo parto es por cesárea disminuye el nivel de dolor postoperatorio de la madre.

- La realización del contacto piel con piel favorece la recuperación de los niveles de hemoglobina en plasma tres días después de la intervención. Este hecho influye en la aceleración de la recuperación del estado de salud tras la cesárea.

- La contracción del útero en los momentos posteriores a la operación de cesárea es más efectiva cuando madre e hijo realizan contacto piel a piel, reduciendo el sangrado postoperatorio. Niveles más altos de contracción uterina se identifican con niveles más bajos de pérdida de hemoglobina plasmática materna durante el postoperatorio de cesárea.

- Existe un aumento del nivel de satisfacción y confort, en las gestantes con cesárea que realizan el contacto piel a piel. Así mismo, estas vivencias son más satisfactorias al compararlas con episodios de cesáreas anteriores sin CPP.

- La presencia y acompañamiento del padre en la sala de recuperación y su colaboración en algún cuidado temprano, provoca alto grado de satisfacción en las gestantes que han tenido una cesárea.

- Los recién nacidos que realizan contacto piel con piel con sus madres desde el quirófano están más tranquilos y lloran menos.

## **INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

### **Objetivo General**

- Identificar cuáles son las barreras y los elementos facilitadores en la realización del CPP en cesáreas en un hospital de tercer nivel.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar el grado de conocimientos y formación de esta técnica en los profesionales implicados.
- Analizar si el CPP, teniendo en cuenta los partos eutócicos (vaginales) y las cesáreas, presenta beneficios para la madre y para el niño.
- Identificar el grado de aceptación e interés de los profesionales implicados en la realización de este procedimiento.

### **Metodología Cualitativa**

La parte cualitativa tuvo un enfoque fenomenológico, por lo que no partió de una hipótesis, se buscó la descripción de las cualidades de un fenómeno y conceptos que pudieran abarcar una parte de la realidad. No se buscó precisión sino un entendimiento lo más profundo posible, en su contexto natural. Se pretendió encontrar el sentido o la interpretación

de estos a partir de los significados que las personas les concedían. Nos situamos en la perspectiva del otro, enfatizando en el contexto y en la valoración holística del fenómeno. Esta metodología nos ofreció la posibilidad de investigar múltiples aspectos relacionados con la atención al parto por cesárea, la formación del vínculo afectivo madre-hijo y el apego, cuyo conocimiento era inabarcable con tan solo la medición numérica.

Esta pluralidad metodológica en la investigación en la atención al parto supuso por un lado reconocer las fortalezas y limitaciones de las diferentes perspectivas, y por otro, apostar por el rigor y la calidad de los estudios cualitativos.

La justificación de la metodología cualitativa vino dada por el enfoque teórico de partida y por la naturaleza de la pregunta de investigación, que recordemos que fue:

*“¿Qué barreras y que elementos facilitadores están presentes en la realización del CPP en cesáreas?”. “¿El CPP en cesáreas tiene efectos positivos en la madre y en el RN?”*

Se analizó cuáles eran los conocimientos y el grado de aceptación de los profesionales implicados, para establecer el contacto piel con piel en cesáreas y qué elementos identificaron los profesionales que favorecían o perjudicaban la instauración de esta técnica.

Los hábitos y las creencias en la atención postparto constituyen una realidad amplia, compleja y dinámica cuyo conocimiento requirió también de enfoques y métodos que posibilitasen comprender mejor aquello que no era cuantificable, no porque no existía o porque su relevancia fuera menor, sino fundamentalmente porque tenía que ver con lo humano.

Por estas razones, se recurrió al enfoque fenomenológico, ya que desde éste se entiende el mundo como algo no acabado, en constante construcción en tanto que los sujetos

que lo viven son capaces de modificarlo y darle significado, como lo expresaron López, E. M., y colaboradores:

Si el conocimiento es construido, entonces el conocedor no puede separarse totalmente de lo que es conocido. No es posible estudiar un fenómeno de manera objetiva, porque el investigador interactúa modificando lo que estudia, y otro tanto porque los sujetos que viven los fenómenos son quienes le dan sentido (López, E. M., et al., 2018, p.9).

En este paradigma no era posible analizar un fenómeno social sin aceptar que estaba anclado en el significado que le dan quienes lo vivían, así este enfoque pretendió entender el significado que tenían los eventos para las personas que fueron estudiadas. Los sujetos y su manera de ver el mundo, el significado que éstos atribuían a los fenómenos de estudio, era lo que constituyó la realidad y lo que era importante estudiar.

El contexto del estudio cobró especial importancia en tanto se consideró que un fenómeno social se produce en una situación y un medio específico, con características únicas. Además, se reconoció que esta realidad es compleja, los eventos y los factores relacionados tenían múltiples dimensiones y estaban siempre en constante cambio. Es decir, no hubo relaciones causa-efecto unívocas, los elementos que un día se relacionaban entre sí pudieron no estarlo en otro momento, o pudieron acompañarse de otros factores aumentando las relaciones y su complejidad (Montenegro, G., & Schroeder, I., 2020).

En lo referente a la utilización de la metodología mixta, se pensó que era una ventaja que complementaba este tipo de estudios, argumento que quedó reforzado por Chaves Montero en su obra “La utilización de una metodología mixta en investigación social”, ejemplo de exposición comparada de las características de los enfoques cualitativos y cuantitativos, pero desde planteamientos de complementariedad y no de oposición (Chaves

Montero, A., et al 2018). Dado que cada una presentaba sus fortalezas y sus limitaciones, en este estudio se recurrió a ambas para conseguir “la complementariedad por deficiencia” (Cáceres, R. A. C., 2018). Así la complementariedad de los enfoques cualitativo y cuantitativo no se entendió como dos formas de responder a la misma pregunta. Ambos enfoques representaron dimensiones distintas de comprensión de la problemática objeto de investigación. Y es que cada forma de mirar conllevaba una forma de buscar y de preguntarse necesariamente diferentes, y las respuestas iban a corresponderse con planos del fenómeno también diferentes. De ahí que la complementariedad no estuvo reñida con la autonomía de cada modo de conocer tanto en lo temporal como en lo espacial (Mendoza, M., & Ángel, M. 2000).

Es por esto por lo que se recurrió a la metodología cualitativa como modelo complementario al estudio cuantitativo que pretendió conocer si existían beneficios para el niño y para la madre con cesárea si practicaban el CPP.

### ***Principios de los estudios de investigación cualitativa***

El presente estudio se definió en base a la guía COREQ (criterios consolidados para informar y publicar sobre investigaciones cualitativas), con el fin de conseguir ciertos estándares de calidad, ética y rigor científico, (Tong A., et al., 2007). Para el diseño del estudio cualitativo se tuvieron en cuenta los principios básicos de las investigaciones cualitativas: La flexibilidad, la circularidad del proceso y la reflexividad. (Conejero, J. C., 2020).

#### **Flexibilidad**

A lo largo del tiempo de desarrollo de este proyecto se optó por un diseño flexible, abierto y cambiante, pasándose incluso en ocasiones por la indeterminación metodológica,

dado que las preguntas de la investigación y los objetivos se iban concretando y enriqueciendo con el proceso.

### **Reflexibilidad**

La reflexión en la ejecución del proyecto permitió concretar las preguntas del estudio, controlar el proceso de investigación y completar el diseño. La actitud tuvo que estar abierta al cambio, a la continua reflexión en torno a los objetivos, el método y el tipo de estudio, la muestra elegida y las técnicas de recogidas de datos. El propio rol del investigador en el proceso fue variando en función de su desarrollo

### **Circularidad**

La realización de cada fase pudo modificar la anterior y la siguiente en un proceso de interrelación circular durante todo el estudio.

### ***Unidad de observación***

Profesionales sanitarios relacionados con la atención del parto en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.: ginecólogos, matronas, anestesistas, pediatras, residentes, auxiliares y enfermeras implicados en el proceso de atención a las cesáreas.

### ***Unidad de análisis***

Las categorías de análisis iban enfocadas a las creencias y conocimientos de los profesionales respecto a la técnica del contacto piel con piel, a los efectos que provocaba en la madre y en el RN, al grado de aceptación para instaurar dicho procedimiento y a los elementos que favorecían y perjudicaban dicha instauración en el hospital donde trabajan.

### ***Estrategias para la obtención de información***

Las técnicas se definieron como los procedimientos específicos de recogida de información o de producción de la información. Estos no eran en sí mismos cualitativos o

cuantitativos, sino que su definición vino determinada principalmente por su encuadre en una metodología cualitativa o cuantitativa (Íñiguez, 1999).

Por su parte, los métodos cualitativos pretendieron buscar la comprensión de los fenómenos a partir de la perspectiva de los participantes, mientras que los métodos cuantitativos basaron sus conclusiones en el análisis estadístico de los datos numéricos, por lo cual en la investigación cualitativa fue más adecuado utilizar todos aquellos instrumentos de recogida de información que descansaban en la interpretación.

### **Entrevista Cualitativa**

La entrevista se desarrollaba en una situación construida o creada con el fin específico de que un individuo pueda expresar, al menos en una conversación, ciertas partes esenciales sobre sus referencias pasadas y/o presentes, así como sus anticipaciones e intenciones futuras. En este sentido, la entrevista cualitativa era una alternativa a los procesos de investigación con cuantificación de los datos, que asumían la elaboración estadística como el único criterio de validez y que convertían a los sujetos en objetos pasivos sin consideración del contexto social en el que se desenvolvían. Asimismo, ésta se ubicó en el plano de la interacción entre individuos cuyas intenciones y símbolos estaban muchas veces ocultos y donde el empleo de la entrevista cualitativa permitió descubrirlos. (Piza Burgos, N. D., et al., 2019).

Dicha entrevista proporcionó una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, a través del cual los entrevistados expresaron sus pensamientos y deseos en general. En ella se encontraron presentes dos tiempos y espacios diferentes: en primer lugar, el tiempo del entrevistado, quien aceptó “contar sus vivencias, sus intimidades”, para construir sus experiencias pasadas con los ojos del presente; en segundo lugar, el tiempo del investigador, quien elaboró y sistematizó la información a partir de las hipótesis e interpretaciones

orientadoras del proceso de conocimiento y de su propia percepción. Con estos dos momentos se entrelazó el tiempo histórico, es decir, las diversas épocas en que se desarrollaron los acontecimientos, cuyo reconocimiento permitió contextualizar tanto a los protagonistas como sus vivencias. No obstante, como cualquier otra técnica de investigación, la entrevista cualitativa tuvo al mismo tiempo riqueza y limitaciones. Riqueza, porque en ella confluyeron las experiencias, sentimientos, subjetividades e interpretaciones que cada persona hizo de su vida en sociedad, fenómeno por naturaleza multidimensional. Limitaciones porque, al tener un carácter único, no siempre pudo afirmarse con plena seguridad el descubrimiento de los aspectos claves que conducirían a un conocimiento generalizable. (Sánchez, M. J., et al., 2021).

La tipología de entrevista que se utilizó fue la entrevista semiestructurada. Se optó por este tipo ya que combinaba parte de las dimensiones asociadas a la profundidad y libertad que se observaban en las entrevistas no estructuradas con las características de las sí estructuradas. En la semiestructurada, el entrevistador mantuvo la conversación enfocada sobre un tema particular y le proporcionó al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión. El entrevistador asumió una posición directiva conduciéndola a un área limitada o materia de interés. Así, las respuestas podían ser más libres; pero si el entrevistado se alejaba demasiado del tema apuntado, el entrevistador podía regresarlo al foco de atención. (Henaó Morales, L. Y., 2018).

Para ello, fue necesario el análisis previo que el entrevistador efectuaba sobre la situación a la que se enfrentaba y mediante el cual se pudo descubrir, entre otras cosas, los bloqueos del entrevistado, la profundidad en la que se situaban sus respuestas o la lógica y el simbolismo que dominaban los tipos de reacciones del entrevistado en relación con el tema.

## **Recogida de la información**

Previo al inicio de la entrevista se les hizo leer a los participantes el consentimiento informado (anexo V), donde se esclarecía el propósito del estudio, riesgos, beneficios, costo, confidencialidad y requisitos, así como el número de contacto del investigador para cualquier duda que les pudiera surgir.

Una vez que se expresó la conformidad de los entrevistados se les solicitó firmar el documento con nombre completo y fecha. Asimismo, una vez aceptada la participación compilaron una ficha de recogida de datos (anexo I), donde cumplimentaron el nombre y apellidos del entrevistado, edad, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, número de integrantes de la familia y número de hijos.

Para la recogida de la información se establecieron los ítems que conformaron la entrevista semiestructurada (anexo II), a partir del análisis de la pregunta de investigación. En todo momento se les aseguró la confidencialidad de la información obtenida y el uso de estas únicamente para fines divulgativos científicos.

## ***Muestreo***

El muestreo que se eligió fue el intencional. Para la realización de las entrevistas era requisito ser profesional sanitario relacionado con la asistencia del parto en el hospital Virgen Macarena de Sevilla.

La logística del muestreo en la parte cualitativa de este estudio se realizó teniendo en cuenta que fuera intencionado y razonado. Las unidades de muestreo, personas, fueron elegidas por el investigador siempre teniendo en cuenta el requisito anteriormente nombrado.

El poder de la muestra no dependió del tamaño, que en general iba a ser pequeño en este tipo de estudios, sino de en qué medida las unidades de muestreo aportaban una

información rica, profunda y completa. Para determinar la suficiencia de la muestra para la parte cualitativa del estudio se midió la cantidad de la información. Por tanto, para el tamaño muestral no se recurrió a un dato numérico sino a la calidad y cantidad de la información recibida. Si el conjunto de la información obtenida fue completo para los objetivos del estudio se estimó que la muestra era suficiente. Para llegar a esta conclusión se recurrió a la saturación o redundancia: las informaciones se repetían, eran redundantes y no aportaban aspectos nuevos, constatándose el agotamiento de nuevos datos por parte de los diferentes participantes y de los diferentes contextos.

Como tipo de muestreo se siguió el conocido como opinático en el que la selección de contextos y/o informantes se realizó siguiendo criterios pragmáticos y de factibilidad. También estuvieron presentes los muestreos por criterios de acceso y tiempo, ya que la disponibilidad para participar en el estudio también podía condicionar la participación.

#### **Criterios de homogeneidad**

Los integrantes de la muestra eran homogéneos en cuanto al lugar donde desempeñaban su tarea asistencial.

Todos los profesionales que integraron la muestra pertenecían al personal sanitario del área de atención al parto del hospital Virgen Macarena de Sevilla.

#### **Criterios de heterogeneidad**

La muestra de profesionales entrevistados fue heterogénea en cuanto a la condición de ginecólogo, matrona, pediatra, anestesista, residente, auxiliar de enfermería y enfermera de sala de recuperación.

No obstante, el sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, n°. de integrantes de la familia, n°. de hijos y la situación laboral (fijo, interino, eventual) eran también variables, lo que aportó mayor riqueza.

### **Captación y selección**

La muestra en estudios cualitativos es una de las claves de la investigación y de ella depende, en gran parte, la validez de los resultados de un estudio.

Para la captación de los profesionales se recurrió a la ayuda del personal sanitario del área obstétrica. Se realizaron las entrevistas a las 9.00 am, 9.30 am, 10 am y 10.30 am, para asegurar la disponibilidad de los profesionales, llevándose a cabo 4 entrevistas diarias.

El motivo que se expresó al abordar al profesional era la realización de una entrevista para un estudio sobre los beneficios del contacto piel con piel en cesáreas, en el que era necesario conocer su grado de conocimientos sobre el tema, por lo que se rogaba su asistencia a una entrevista, aunque aclarando el carácter voluntario. Cabe añadir que en alguna ocasión los profesionales no se presentaban a las entrevistas, por lo que el tiempo determinado para la realización de las entrevistas tuvo que alargarse.

Durante varias semanas de los meses de Abril y Mayo, de lunes a jueves, se siguió convocando sanitarios para obtener información hasta que esta empezó a repetirse, por lo que se decidió finalizar la realización de entrevistas con la muestra que se tenía.

### ***Papel del entrevistador***

El rol del entrevistador se basó fundamentalmente en lanzar las preguntas previstas y reconducir la conversación en casos de dispersión. En primer lugar, se llevaron a cabo pequeñas introducciones para contextualizar la entrevista y posteriormente se realizaron desde preguntas primarias, ítems previstos en la entrevista semiestructurada, a preguntas de

indagación según se requiso (Anexo 2). En ningún momento se emitieron juicios de valor de los comentarios vertidos por los entrevistados y se mantuvo la autoridad moral al respecto. En todo momento se pretendió obtener la información en un ambiente agradable, sin presionar a los entrevistados, creando un ambiente de confianza y limitando la participación del entrevistador a la realización de las preguntas.

Se ofreció la posibilidad que las entrevistas se realizaran en un lugar en el que el participante se encontrara cómodo, a solas con él, asegurando su intimidad y ninguna interrupción. La duración de la entrevista era de 30 minutos aproximadamente.

### ***Análisis de la información***

En el análisis estuvieron implicadas múltiples tareas cuyo objetivo era descomponer, resumir, descubrir e interpretar el sentido y el significado que subyacía en el texto poniéndolo en relación con el contexto en el que se produjo. Se clasificaron y/o codificaron los diversos elementos de un mensaje en categorías y subcategorías, con el fin de hacer aparecer de la mejor manera el sentido. Estas categorías englobaron la experiencia vivida del entrevistado y facilitaron el análisis, tratando de integrar los datos tal cual fueron expresados por él, respetando su lenguaje, opiniones y creencias. Teniendo en cuenta que las categorías de las descripciones correspondieron a las maneras diferentes de entender la relación lógica que podían establecerse entre ellas, lo cual constituyó el principal resultado de este estudio fenomenológico (Sanguino, N. C., 2020).

### **Categorías de análisis**

Las categorías se definieron como conceptos más abstractos que agruparon “acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideraron

conceptualmente similares en su naturaleza o relacionadas con el significado” (Strauss and Corbin, 2002).

Inicialmente se diseñaron unas categorías que, aplicando el principio de circularidad propio de las investigaciones cualitativas, fueron ampliadas con otras categorías emergentes que fueron apareciendo durante el desarrollo de las entrevistas:

***Relación con el contacto piel con piel:***

- Conocimientos de la técnica
- Grado de formación
- Interés en su aplicación

***Beneficios del CPP:***

- Relación con la lactancia materna

***CPP vs Cesáreas:***

- Conocimiento proceso cesárea. Separación madre hijo.
- Beneficios CPP- madre cesárea- RN.

***Instalaciones hospitalarias cesáreas y CPP:***

- Sala despertar

***Implantación de esta técnica en el hospital***

**Triangulación de las estrategias metodológicas utilizadas**

Para la triangulación de los datos se recurrió a la bibliografía consultada, a los resultados aportados por la metodología cualitativa y a lo resultante de la aplicación de la metodología cuantitativa.

El análisis de las categorías se realizó a nivel semántico y pragmático. El primero se hizo analizando el significado que las personas confirieron a los temas o categorías de

análisis que fueron objetos de interés, y poniendo en relación los fragmentos de textos categorizados con el contexto, alcanzando así el nivel pragmático.

### **Resultados Investigación Cualitativa**

En este apartado se describieron los resultados generados tras el análisis detallado de las 40 entrevistas que se realizaron durante el estudio. Se confeccionó un cuadro resumen donde se mostró el perfil de los entrevistados (Tabla 4), junto con las variables de tipo objetivo que se recogieron en el Anexo 1. A continuación, se analizaron las diferentes categorías a medida que se iban transcribiendo las entrevistas y que respondían en su conjunto a la pregunta de investigación, referida a los conocimientos y el grado de aceptación de los profesionales implicados para establecer el contacto piel con piel en cesáreas, identificando que factores favorecían o perjudicaban la instauración de esta técnica, en el hospital donde trabajan.

#### ***Perfil de los participantes***

Los entrevistados fueron personal sanitario implicado en el recorrido que realizaba una mujer a la que se le practicó una cesárea. Eran anestesistas, ginecólogos, neonatólogos, residentes, matronas y enfermeras y auxiliares de sala de despertar. (Gráficos 5 a 13).

**Tabla 4***Metodología Cualitativa. Datos Demográficos*

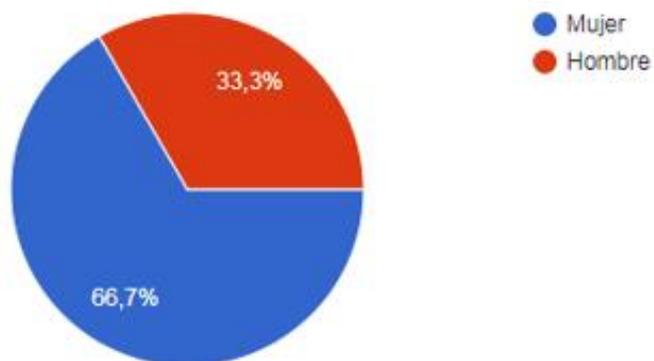
	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estudio Univers</b>	<b>Estad o civil</b>	<b>Hijos</b>	<b>Unidad familiar</b>	<b>Profesión</b>	<b>Situación laboral</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<b>E1</b>	29	Mujer	Si	Soltera	0	2	Anestesista	Eventual	Quirófano
<b>E2</b>	47	Mujer	Si	Casada	3	4	Ginecólogo/ obstetra	Fijo	Maternidad Paritorio Alto riesgo
<b>E3</b>	63	Mujer	Si	Casada	2	4	Matrona	Fijo	Paritorio
<b>E4</b>	28	Hombre	Si	Soltero	0	1	Anestesista	Residente	S. Despertar
<b>E5</b>	59	Mujer	Si	Casada	3	5	Ginecólogo/ obstetra	Fijo	Alto riesgo
<b>E6</b>	25	Mujer	Si	Soltera	0	5	Neonatólogo	Residente	Paritorio
<b>E7</b>	64	Mujer	Si	Soltera	0	1	Matrona	Fijo	Paritorio
<b>E8</b>	61	Mujer	Si	Casada	3	5	Enfermera	Fijo	S. Despertar
<b>E9</b>	42	Hombre	Si	Casado	2	4	Enfermero	Interino	S. Despertar
<b>E10</b>	46	Mujer	No	Casada	1	3	Tcae	Fijo	S. Despertar
<b>E11</b>	50	Hombre	No	Casado	4	6	Tcae	Interino	S. Despertar
<b>E12</b>	28	Hombre	Si	Soltero	0	2	Anestesista	Eventual	Quirófano
<b>E13</b>	51	Mujer	Si	Casada	2	4	Ginecólogo/ obstetra	Fijo	Maternidad Paritorio Alto riesgo
<b>E14</b>	63	Mujer	Si	Casada	2	4	Matrona	Fijo	Paritorio
<b>E15</b>	29	Hombre	Si	Soltero	1	3	Anestesista	Residente	S. Despertar Quirófano
<b>E16</b>	27	Mujer	Si	Casada	0	2	Ginecólogo/ obstetra	Eventual	Alto riesgo
<b>E17</b>	25	Mujer	Si	Soltera	0	1	Neonatólogo	Residente	Paritorio
<b>E18</b>	64	Mujer	Si	Soltera	0	1	Matrona	Fijo	Paritorio
<b>E19</b>	58	Mujer	Si	Casada	3	5	Enfermera	Fijo	S. Despertar
<b>E20</b>	42	Mujer	Si	Casada	2	4	Enfermera	Interino	S. Despertar
<b>E21</b>	53	Mujer	No	Casada	4	6	Tcae	Fijo	S. Despertar
<b>E22</b>	50	Hombre	No	Casado	1	3	Tcae	Fijo	S. Despertar
<b>E23</b>	29	Hombre	Si	Soltero	0	1	Anestesista	Eventual	Quirófano
<b>E24</b>	51	Mujer	Si	Casada	2	4	Ginecólogo/ obstetra	Fijo	Maternidad Paritorio Alto riesgo
<b>E25</b>	61	Mujer	Si	Casada	2	4	Matrona	Fijo	Paritorio
<b>E26</b>	28	Hombre	Si	Soltero	0	2	Anestesista	Residente	S. Despertar Quirófano
<b>E27</b>	56	Mujer	Si	Casada	3	5	Enfermera	Fijo	S Despertar
<b>E28</b>	25	Mujer	Si	Soltera	2	4	Neonatólogo	Residente	Paritorio
<b>E29</b>	38	Mujer	Si	Soltera	0	1	Matrona	Interino	Paritorio
<b>E30</b>	61	Hombre	Si	Casado	3	5	Enfermero	Fijo	S. Despertar
<b>E31</b>	39	Mujer	Si	Soltera	0	1	Enfermera	Interino	S. Despertar

<b>E32</b>	53	Mujer	No	Casada	1	3	Tcae	Fijo	S. Despertar
<b>E33</b>	50	Hombre	No	Casado	4	6	Tcae	Interino	S. Despertar
<b>E34</b>	32	Hombre	Si	Soltero	0	1	Anestesista	Eventual	Quirófano
<b>E35</b>	54	Mujer	Si	Casada	2	4	Ginecólogo/ obstetra	Fijo	Maternidad Paritorio Alto riesgo
<b>E36</b>	63	Mujer	Si	Casada	2	4	Matrona	Fijo	Paritorio
<b>E37</b>	35	Hombre	Si	Soltero	0	2	Anestesista	Residente	S. Despertar Quirófano
<b>E38</b>	37	Mujer	Si	Casada	0	2	Enfermera	Interino	S Despertar
<b>E39</b>	37	Hombre	Si	Soltero	0	2	Neonatólogo	Residente	Paritorio
<b>E40</b>	61	Mujer	Si	Soltera	0	1	Matrona	Fijo	Paritorio

Variables sociodemográficas o de control

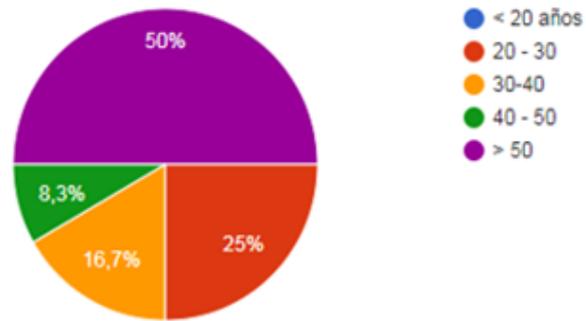
### Figura 5

*Edad de los participantes*



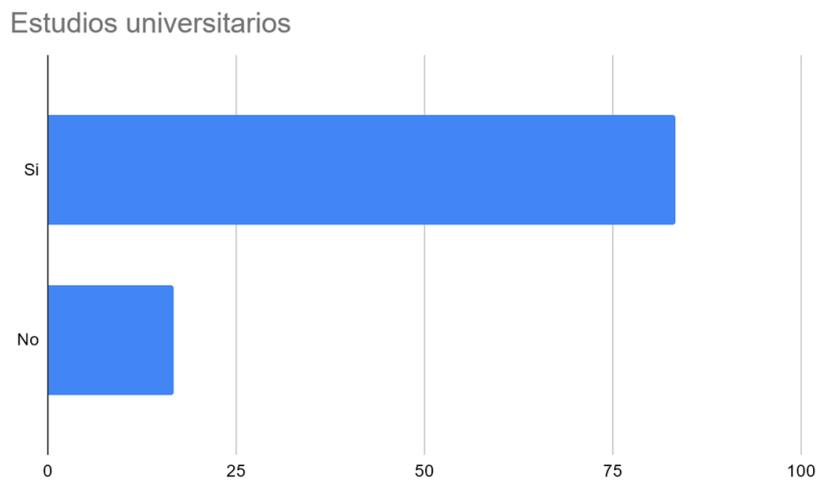
**Figura 6**

*Sexo de los participantes*



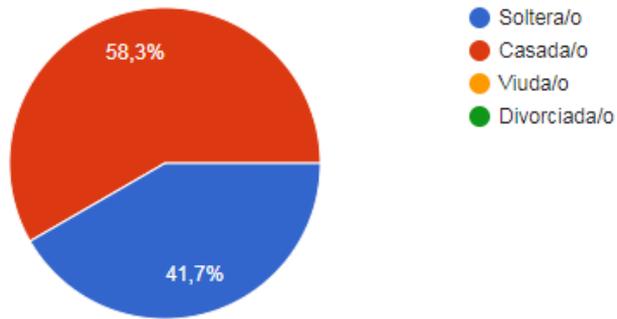
**Figura 7**

*Nivel de estudios, universitarios*



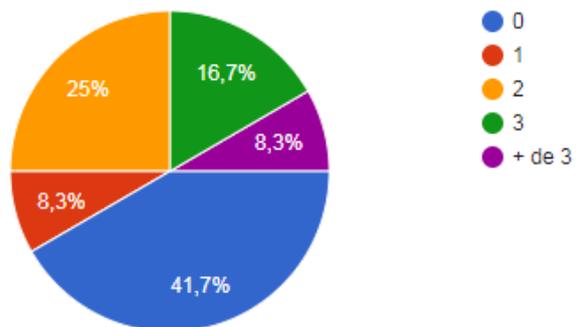
**Figura 8**

*Estado civil de los entrevistados*



**Figura 9**

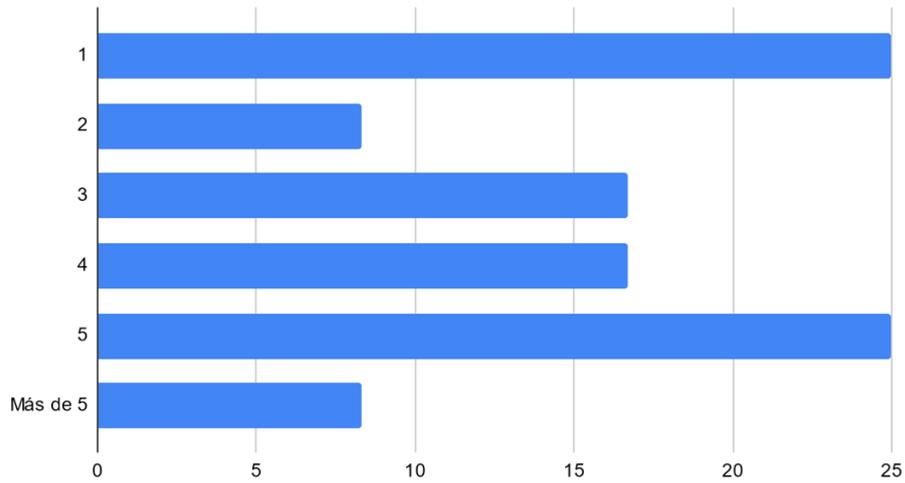
*Número de hijos*



**Figura 10**

*Miembros en la familia*

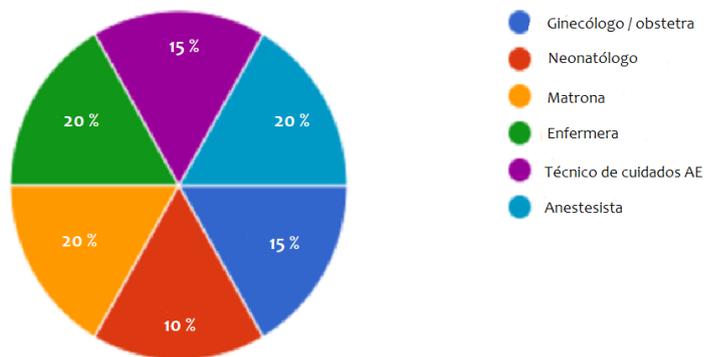
Número unidad familiar



**Figura 11**

*Profesión de los entrevistados*

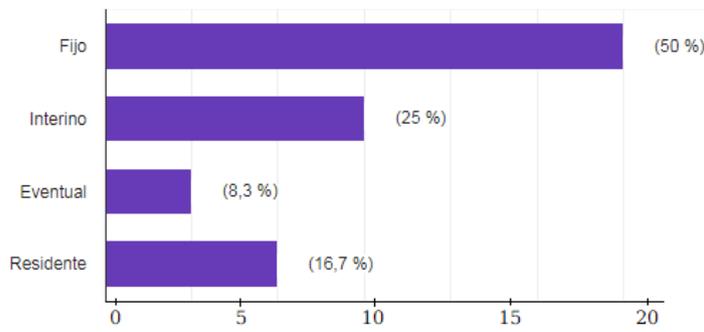
Su profesión es:



**Figura 12**

*Relación laboral con la empresa en la que trabajan*

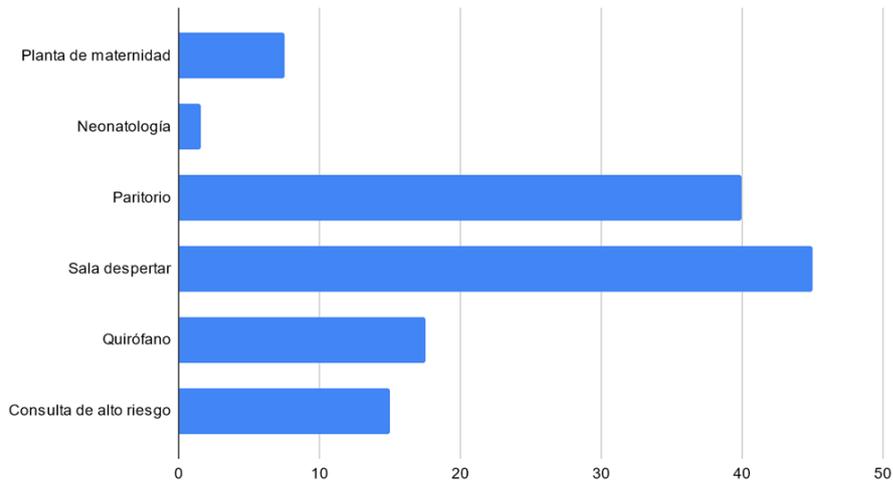
Situación laboral



**Figura 13**

*Lugar donde desempeña su tarea asistencial*

Su lugar de trabajo es:



## *Análisis por Categorías*

### **Categoría Relación con el Contacto Piel con Piel**

**Objetivo: Identificar el grado de conocimiento de esta técnica en los profesionales implicados.**

Esta categoría de análisis nos permitió conocer el grado de información y formación que tenían los profesionales con la técnica del contacto piel con piel.

#### *Conocimientos de la técnica*

En cuanto al grado de conocimientos de este proceso, a partir del análisis de todas las entrevistas, se evidenció que todos ellos conocían el significado de la técnica, aunque no en todos sus aspectos. La mayoría de entrevistados hicieron referencia a la definición del proceso y a la colocación del RN en el pecho de la madre al nacer y de algunos beneficios. No todos comentan las medidas de seguridad que se deben seguir ni el tiempo necesario de CPP para que sea efectivo. Tampoco mencionan cuando es aconsejable realizar las tareas de identificación del RN ni de la administración de medicamentos como profilaxis. Pocos destacan que a veces lo realiza el padre.

*“pues...no se mucho...la verdad es que no”. (Ent. 10).*

*“poca cosa...creo...que...favorece el cuidado temprano del recién nacido... una relación con los padres y además disminuye la ansiedad”. (Ent. 11).*

*“hasta lo que yo se...se trata de la no separación entre madre y bebé en el momento inmediatamente posterior al parto”. (Ent. 3).*

*“cuando nace el niño se lo pone en el pecho a la madre y está varias horas”. (Ent.9).*

Algunos profesionales conocían como se desarrolla este procedimiento, pero plasmaron en sus opiniones que tenían miedo, que las mujeres no estaban contentas o que era muy poco el tiempo que duraba dicho método.

*“tener al niño en el pecho... estuve en un curso... las madres hacían la incubadora humana... (Ent. 19).*

*hay señoras que no las puedes atosigar, lo rechazan...luego...tenemos que tener cuidado” (Ent. 4).*

*“al principio te alegra...sabes...pero luego de repente... es poco tiempo cinco o diez minutos... y mucho estoy dejando... pasa al pediatra y no te lo dejan mucho tiempo...por la experiencia que yo tengo” (ent. 7).*

*“para mí lo más importante en el nacimiento... tener a tu hijo en el pecho... a mí no me lo pusieron, me lo quitaron pronto...” (ent. 6)*

### ***Grado de formación del CPP***

Esta pregunta no se propuso en el diseño primario, pero durante la realización de las entrevistas semiestructuradas se detectó, como categoría emergente, que uno de los factores que más les influenció en la relación con el CPP era la escasa formación que recibieron en este tema. Por este motivo se decidió incluirla y verificar si en las respuestas quedaba implícito que el personal no estaba preparado porque no tenía formación en este aspecto. C

Casi el total de profesionales comentaron que no recibieron formación sobre este procedimiento. Este factor era un dato a tener en cuenta al estar íntimamente relacionado con el interés y la aceptación de los profesionales en la realización de esta técnica.

*“bueno...a mí nunca me han hablado de estas cosas...solo lo que he leído en manuales...” (Ent. 1).*

*“formación nada de nada... de boca a boca” (Ent. 36).*

*“que va... pues por iniciativa propia...revisando algunos protocolos de algunos servicios... muy pocos, en los que está implantado” (Ent. 29).*

*“ninguno, habladurías de unos y otros...pero hacer un curso o algo así no” (Ent. 9).*

*“favorecido o promocionado por la institución ninguno” (Ent.13).*

*“ninguna...que va... vamos nadie me ha hablado, ni en la preparación al parto” (Ent. 6).*

*“poco, nada” (Ent. 37).*

***Objetivo: Identificar el grado de aceptación e interés de los profesionales implicados en la realización de esta técnica.***

#### ***Aceptación e Interés en su aplicación***

Con el objetivo de conocer el nivel de interés personal en relación con esta técnica, se les preguntó a los entrevistados si el tema en cuestión les despertaba inquietud. La mayoría de ellos mostraron un nivel medio de interés. Este grado de aceptación estaba ligado a cierta preocupación en asegurar que tanto la madre como su hijo, debían reunir condiciones necesarias para que el CPP se desarrollara de forma segura. No estaban tranquilos en poder atender a la madre y al recién nacido adecuadamente. Es en esta pregunta donde apareció una idea que se repitió durante todas las entrevistas y que se hizo presente en casi todas las respuestas; la de que faltaba personal para realizar un CPP seguro. La otra cuestión que aparece en casi todas las respuestas es que el hospital no presenta las instalaciones apropiadas.

*“verás...me parece una técnica aconsejable... siempre que las condiciones maternas o fetales no lo impidan” (Ent. 2).*

*“me parece fundamental siempre que sea posible...claro... es que se fomenta la alimentación precoz y la relación madre hijo” (Ent 11).*

*“interés interés.... pues bueno, sí...pero los niños están mejor en la cuna que no pierde calor... no se puede reanimar al niño si le pasa algo...además la madre tantas horas en el quirófano no tiene ganas... a veces hay que llamar corriendo al pediatra...y donde y quien los atiende...yo?” (Ent 15).*

### **Categoría Beneficios del CPP**

**Objetivo: Analizar si el CPP en partos eutócicos (vaginales) presenta beneficios para la madre y para el niño.**

También se les preguntó a los profesionales sobre sus creencias en cuanto a los beneficios del CPP en la madre y en el niño. Todos los entrevistados coincidieron en que este hecho era importante para la madre, su hijo y para la familia en general, pero con algunas reticencias.

*“hombre...si to lo que no sea perjuicio tiene beneficios” (Ent 24).*

*“mira...sabes lo que yo siempre digo...que no se...que científicamente no me lo ha demostrado nadie... yo personalmente con los pelos del padre, sudando” (Ent. 35).*

*“se está investigando la relación piel con piel con el aumento de la muerte súbita en lactante” (Ent. 3).*

*“pues...es una sensación...no te sabría explicar...es lo más grande... esa piel... ese cuerpo tuyo tenerlo aquí, hueso de mi hueso, carne de mi carne... una cosa muy íntima... sangre de mi sangre” (Ent 26).*

*“claro que sí...es el momento más importante como mujer... como persona fuera en tu piel... es un milagro” (Ent 8).*

*“para el recién nacido mejor estabilidad térmica cardiorrespiratoria...favorece el proceso de apego o vinculación” (Ent 2).*

*“calor protección afecto, si... pienso que para el niño se siente más a gusto y la madre por supuesto” (Ent 19).*

*“beneficios en la adaptación extrauterina el recién nacido...mejor termorregulación...potencia la unión...” (Ent.12).*

### **Relación con la lactancia materna**

Con el objetivo de conocer si existía relación entre el CPP y la lactancia materna, se planteó esta pregunta. Como es norma general en este estudio cualitativo siempre aparecía un sector que no encontraba relación ante los beneficios o presentaban ciertas dudas, pero por lo general hubo bastante unanimidad, casi toda las respuestas eran positivas en esta unión, destacando que cuanto antes se iniciara el CPP antes comenzaría el proceso de lactancia.

*“creo que sí” (ent 10).*

*“me parece fundamental siempre que sea posible... se fomenta la alimentación precoz... favorece reflejo de succión y la subida de la leche” (Ent 1).*

*“mejora la efectividad de la mamada” (Ent 3).*

*“puede favorecer el establecimiento de la lactancia materna y la duración de esta” (Ent 20).*

*“si...por qué el niño toma el primer contacto piel con piel y favorece la lactancia...el niño si no le cuesta más”. (Ent 17).*

*“mi hijo cogió la teta después por la noche súper bien, y yo no lo hice...yo no me lo planteo... (Ent 26).*

*“tiene que ver regular... si la madre está en buenas condiciones...puede ser... tengo una sobrina que no lo hizo y luego mamó durante dos años” (Ent 14).*

*“no lo sé... va por modas... lo que hoy es bueno mañana es malo... como lo de cortar el chorro de la orina...ahora boca abajo no porque es muerte súbita... no se aclaran...a las mujeres no se las puede culpabilizar de no dar el pecho... todo el mundo no tiene la baja en el trabajo... no tienes facilidades” (Ent 35).*

### **Categoría Contacto Piel con Piel vs Cesáreas**

**Objetivo General: Determinar si en los casos de cesáreas aparecen beneficios si se realiza el CPP.**

Una vez que se analizó toda la información referente al contacto piel con piel en general, el nivel de conocimientos de los sanitarios a cerca del CPP, el interés en la realización de la técnica y los beneficios que esta aportaba a la madre y al recién nacido, se les pregunto a los profesionales, si en los casos de cesáreas pensaban lo mismo. Se centró el tema en las cesáreas, que era el objeto principal de nuestro estudio.

#### ***Conocimiento proceso cesárea separación madre hijo***

En este hospital donde se desarrolló el estudio, las mujeres que son operadas de cesárea, una vez terminada la operación, siguen un circuito diferente al del recién nacido. Lo primero que se les preguntó a los entrevistados era si conocían este proceso. Tras el análisis de las respuestas, todos los profesionales eran sabedores que la paciente es trasladada a una unidad de reanimación y su hijo va a una habitación con su padre.

*“sí sé el circuito...se les separa” (Ent 6).*

*“si... les separan los niños a las madres mientras dura la anestesia” (Ent. 19). “en el quirófano no le he visto nunca...que le pongan el niño a la madre... hay separación madre hijo...por lo menos dos horas... (Ent. 7).*

*“no se produce piel con piel...ocurre la separación de la madre del recién nacido...” (Ent 16).*

*“puede afectarse al retrasar el contacto madre hijo” (Ent 11).*

*Algunos profesionales que no están de acuerdo con el CPP tampoco lo están con que lo realice el padre, y lo dejan explícito en algunas respuestas de la entrevista.*

*“van al despertar y el niño a chupar los pelos al padre...sudando”. (Ent 5).*

### ***Beneficios madre cesárea y rn del CPP***

Al igual que dieron su opinión en si el CPP tenía beneficios para la madre y el recién nacido en general, ahora se intentó saber qué relación tenía en los casos en que la madre era una cesárea. La opinión más repetida fue que no lo consideraron beneficioso, alegando que una cesárea era una operación muy molesta, que lo debían permitir solo los profesionales que la atendían o que la madre estaba muy incómoda, entre otros comentarios. Algunos sanitarios destacaron en que era necesario que se tuviera en cuenta ciertos aspectos antes de realizar el CPP, uno de los más repetidos es que había que contar con la aprobación de los profesionales.

Hubo un claro acuerdo generalizado en que el CPP en partos normales era beneficioso, pero en cesáreas no: *“considero que solo en algunos casos...siempre que la madre y los profesionales implicados lo consideren oportuno” (Ent 2).*

*“no... para ninguno de los dos...pues... creo que... precisamente... de manera inmediata tras una intervención mayor como es la cesárea, sea beneficioso el piel con piel...”*

*es más... creo que... muchas mujeres se sentirían coaccionadas... la información cada vez mayor y la presión social que hoy día... existente... en relación con este tema y otros similares... a pesar de encontrarse doloridas y no poder hacerse cargo del recién nacido”.* (Ent 30).

*“imagino que sí... habrá que preguntar a la madre...depende de lo fatigada que este... hay mujeres muy molestas”.* (Ent 15).

*Otros en cambio muestran dudas:*

*“podría ser... si especialmente...digamos... por la peligrosidad del parto... una cesárea es más peligroso que un parto...siempre y cuando la madre no tenga una complicación... sangre...no sé... hasta qué punto....me refiero que le puede beneficiar por todo lo que ha pasado la cesárea”* (Ent7).

*“todo es bueno... pero que si no... por que la mujer está incomoda... no es beneficioso”.* (Ent 40).

### **Categoría Instalaciones hospitalarias cesárea vs CPP: Objetivo General:**

**Establecer que elementos identifican los profesionales que favorecen o perjudican la instauración de esta técnica en un hospital.**

#### ***Infraestructura del Hospital***

Durante la realización de las entrevistas se les pregunto a los participantes si consideraban que la infraestructura del hospital reunía las condiciones óptimas para la realización de un CPP seguro. Se preguntó por la percepción general que tenían de la organización del espacio en áreas ginecológicas y de recuperación y que de algún modo lo calificaran. Al analizar las respuestas nos dimos cuenta de que una de las razones más

repetidas que expresaron para justificar que no estaban de acuerdo con el CPP en cesáreas, era que la infraestructura del hospital no estaba preparada. Así mismo, volvía a aparecer como comentario justificador el que el personal no estaba preparado para tal efecto y no habían recibido formación necesaria.

*“no...aún no existe personal entrenado para ello” (Ent30).*

*“no... infraestructura ni posibilidad... a la matrona le colocas todo... el niño la madre y todo... yo no soy pediatra... no puedo atender al niño si le pasa algo... (Ent 5).*

La mayoría no estaban de acuerdo con la implantación del CPP, por falta de personal y falta de acondicionamiento de un espacio adecuado para atender a la madre con el recién nacido.

*“de momento no...” (Ent 12).*

*“no... como lo haces...en parto sí, pero... en cesárea no... nadie se ha ofrecido... ningún estudio” (Ent 6).*

*“se podría hacer una serie de adaptaciones... actualmente no” (Ent 27).*

*“todo depende de lo que queramos...en una cama y sola... es voluntad. (Ent 4).*

*“no existen... puesto que tras una cesárea... la madre y el niño deben permanecer separados hasta el alta de esta en la habitación”. (Ent. 11).*

*“no... debería habilitarse en posparto” (ent 10).*

### ***Sala despertar***

Se aprovechó el tema en cuestión y se preguntó también si consideraban apropiada la sala despertar, que es donde va la madre cuyo parto es de cesárea, como lugar para atenderla con su hijo para realizar el CPP. Todos los entrevistados, excepto uno, opinaron que no

estaba preparada para tal efecto dicho espacio. Las principales opiniones fueron dirigidas a la incomodidad y falta de seguridad del niño y de la madre y por supuesto a la falta de personal.

*“no...existen otros enfermos con múltiples patologías...que... por ejemplo... que podrían ser de origen infeccioso...exponemos al recién nacido...además la temperatura suele ser más baja y enfriamos a la criatura...además de por el resto de los enfermos que tras la operación necesitan tranquilidad y con un recién nacido llorando... es difícil” (Ent 11).*

*“no me parece... uno con una cosa otro con otra... gérmenes...desnudito... ni vestimenta” (Ent 14).*

*“la conozco poco la sala despertar... no me parece bien la verdad...en otros hospitales hay un box... la asistencia inmediata es en sala despertar” (Ent. 15).*

*“no sinceramente no... no puedes poner un niño al lado de un paciente... una sala vip... si lo habilitan... una zona...pues bien” (Ent 26).*

*“no... pienso peligro de infecciones... necesitaría un aislamiento...el niño está indefenso” (Ent 18).*

*“no es el lugar más indicado... se comparte con otros pacientes y el ambiente no es el más deseable” (Ent 9).*

*“no... es pequeño...no hay intimidad...habría que aumentar la cifra de personal...y que pudieran responsabilizarse del recién nacido” (Ent 10).*

*“creo que un niño recién nacido no debería pasar por sala despertar, ya que pasan muchos pacientes...son flacuchos...miedo de ellos... con infecciones” (Ent 31).*

*“todo es posible si se quiere...si existe buena voluntad y ganas de trabajar...” (Ent 2).*

### **Categoría Implantación de esta técnica en el hospital**

Por último, se decidió constatar si mantuviesen una actitud proactiva si implantaran esta técnica en el hospital donde trabajan. El desacuerdo fue bastante generalizado, alegando en su mayoría, que el hospital no estaba preparado y que faltaba personal sanitario.

*“solo en casos seleccionados” (Ent 12).*

*“en desacuerdo” (Ent 3).*

*“sí poner un chiringuito para ellas...quien va a atender a esas mujeres... y al niño... porque yo no... todo para nosotros no” (Ent 40).*

*“en sala despertar... aquí no... si aumentan el personal” (Ent 5).*

*“totalmente de acuerdo...siempre que se plantee la forma...que habiliten un sitio en sala despertar” (Ent 16).*

*“estaría de acuerdo...siempre y cuando...solo en el caso...se dieran medidas higiénicas...que el contacto piel con piel fuera sano...no diera unas patologías a la madre y al niño... especialmente al niño” (Ent 8).*

*“muy de acuerdo...pero...si lo acondicionarán...siempre que tuviese una vigilancia postoperatoria adecuada...si estuviese de acuerdo” (Ent 11).*

No existe un acuerdo generalizado entre los profesionales sanitarios en que el CPP en cesáreas programadas sea beneficioso para la madre y el niño. Algunos hacen referencia a que la dinámica general ha sido así desde siempre, “que por qué se va a cambiar ahora”, “que esta técnica no se ha realizado nunca y que no está demostrado”.

La escasa formación en cuestión, la escasez de personal y la falta de una infraestructura hospitalaria apropiada, son los comentarios que más aparecieron en las respuestas para justificar que no estaban de acuerdo en que se desarrollara este procedimiento en el hospital donde trabajan.

### **Discusión Investigación Cualitativa**

Tras analizar en profundidad la información recibida por los entrevistados, aparece una idea común que es la de que el CPP temprano es importante y beneficioso (objetivo específico), aunque existen reticencias, que iremos detallando, identificando que barreras y que elementos facilitadores están presentes en la realización de esta técnica.

Las descripciones sobre la técnica son muy variadas y a veces incorrecta. Estas se alejan de las recomendaciones de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez, Baby Friendly Hospital Initiative (Pérez-Escamilla, R., et al., 2021). En una investigación sobre la lactancia materna en cesáreas de Pachón Muñoz se recomienda como una futura línea de investigación la de valorar los conocimientos de los profesionales sanitarios que trabajan en los quirófanos de obstetricia sobre el CPP y su aplicación a las mujeres con partos por cesárea, que es precisamente lo que hemos analizado en este estudio, entre otras variables (Pachón Muñoz, V., 2020).

La resistencia (objetivo específico) del personal debido a la falta de conocimientos (objetivo específico), acerca del CPP, con un cambio en su rutina, es uno de los impedimentos que más ha aparecido. El hábito de seguir los mismos procedimientos en la práctica diaria dificulta la adaptación de otros nuevos, por tanto, en los partos por cesárea, el CPP temprano no se realiza. La falta de experiencia, junto con la necesidad de formación, son

barreras importantes que dificultan la implementación del CPP temprano después de este tipo de parto. Es concluyente que la escasez de conocimientos dificulta su uso como una práctica estándar de cuidados de la salud. Un estudio realizado por Koopman y col., (2016), coincide con estos aspectos. Nuestra investigación apoya la de Koopman y colaboradores ya que la muestra que seleccionamos fue más numerosa y representativa. Para instaurar esta técnica los centros sanitarios es importante recopilar datos de la influencia del entorno, de los elementos relacionados con el lactante, del apoyo de los profesionales sanitarios, y de las preocupaciones de seguridad y las limitaciones de tiempo y conocimiento (Zwedberg et al., 2015).

En cuanto a las barreras por categorías profesionales, cabe mencionar que las matronas suelen hacer comentarios que aluden a que el CPP no se había realizado nunca de ese modo desde el quirófano. Muestran preocupación en la falta de seguridad. Alegan que, si ocurre algún evento adverso al niño o la madre, son ellas las que tienen que asumir la responsabilidad y que siempre tienen que encargarse de todo.

El personal de quirófano, en concreto, las técnicas auxiliares de enfermería, hacen referencias que, a la hora de colocar al niño sobre el pecho de la madre, temen que este pase frío, y comentan que esa manera de actuar no es la de siempre. Los neonatólogos, enfermeras del quirófano y enfermeras y técnicos de la sala de recuperación, están de acuerdo en la realización de la práctica, pero siempre que exista una zona adecuada para continuar el CPP durante la recuperación de la madre. Algunos ginecólogos resaltan la falta de seguridad del recién nacido y la incomodidad de la madre, al tratarse de una cirugía mayor.

De todo esto se considera que conseguir el apoyo de todo el equipo implicado en una cesárea es una de las barreras más importantes. Es imprescindible la colaboración de todos

los profesionales de la salud para realizar el CPP desde el quirófano, destacando la necesidad de personal adicional con formación en la técnica (Lorenzo Viso, K. A., 2019).

Otro de los impedimentos más mencionados por los participantes, ha sido la insuficiencia de personal. En varios estudios encontramos que la falta de personal y tiempo son indicados por los sanitarios como obstáculos para la implementación de CPP temprano. Aluden a que no pueden asegurar la estabilidad y seguridad del bebé mientras está sobre el pecho de la madre (Koopman et al., 2016). Sobre todo, las matronas creen que la falta de personal, tiempo y espacio interfiere con la práctica de CPP (Zwedberg et al. (2015).

Otra barrera importante que ha surgido de las entrevistas es la falta de disposición física en el hospital de una infraestructura adecuada para realizar el CPP y permanecer con un acompañante en un espacio hasta la recuperación de la madre. Esto es compatible por otros autores que afirman que, con la pre-planificación, se puede proporcionar con éxito el CPP, desde la sala de operaciones (Boyd MM., 2017). En el hospital St. Vincent's Medical Center de Bridgeport, Connecticut de Nueva Inglaterra, lograron superar las barreras del quirófano en las cesáreas e implementaron plenamente el Cuarto Paso de la Baby-Friendly: ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto (Brady et al., 2014). Esta investigación está basada en la lactancia materna. Nosotros analizamos más variables, como la contracción uterina y los niveles sanguíneos de hemoglobina materna.

Otro de los obstáculos encontrados es la preocupación sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el recién nacido frío. Los sanitarios tienen temor a la hora de no poder controlar las condiciones médicas del bebé y de la madre. La seguridad del recién nacido es importante; por lo tanto, deben ser observados por los padres y el personal mientras realizan el CPP en las primeras horas después de la cesárea, debido al riesgo de apnea. Una revisión

de siete documentos de cuatro países sobre CPP inmediato o precoz tras una cesárea ha demostrado que puede ser realizado de manera segura en el quirófano y que resulta beneficioso tanto para la madre como para el niño. La revisión proporciona cierta evidencia de que el CPP inmediato o precoz tras una cesárea mejora el bienestar materno y del recién nacido, aumenta la comunicación entre los padres y el niño, reduce el dolor y la ansiedad materna, ayuda en la estabilización fisiológica de la madre y el niño y también mejora los resultados en cuanto a la lactancia materna (Stevens J., et al., 2018). En este sentido, nuestro estudio demuestra que puede realizarse con toda seguridad siguiendo las pautas descritas en el marco teórico.

Así mismo, actúa como barrera, la opinión de los sanitarios de que la madre puede sentirse atada al infante y puede experimentar estrés si no se siente capaz de proporcionar CPP, debido a su estado por la cirugía, por una disminución de la movilidad y del dolor posquirúrgico (Morelius and Anderson, 2015). El nivel de confort y satisfacción de las mujeres que participan en esta investigación realizando esta técnica siempre es muy elevado.

En cuanto a los factores facilitadores (objetivo específico) circundantes al CPP, numerosos participantes destacan la satisfacción y felicidad del recién nacido al recibir el CPP temprano y la sensación de bienestar, apoyo y seguridad que experimentan las madres al sostener al recién nacido en su piel. Así mismo destacan la alegría que experimenta el padre al poder participar desde el principio de los cuidados del RN. Esta idea esta reforzada por los comentarios de la gestantes: "me ha encantado...lo mejor que hay en el mundo..."

Un aspecto muy destacable como elemento facilitador ha sido la ausencia de complicaciones tanto en la madre como en el RN. Por tanto, para conseguir el éxito en la ejecución de este procedimiento el primer paso es establecer comités multidisciplinares

integrados por los médicos y enfermeras implicados en las cesáreas para unificar criterios y consensuar un protocolo de actuación. Es imprescindible animar a los profesionales a comprender la importancia de este momento único, entendiendo la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el periodo de alerta del recién nacido (Boyd MM., 2017). En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en el quirófano y también en la sala de reanimación, siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan y siempre que exista colaboración y formación del personal que lo realiza. El objetivo es no separar a la madre y el recién nacido a lo largo de todo el proceso y favorecer la participación del padre. Dada la repercusión del CPP sobre el establecimiento del vínculo madre-hijo, debe ofertarse a todas las madres, independientemente del tipo de alimentación que hayan elegido para el niño. Como hemos mencionado en apartados anteriores, haciendo referencia al personal implicado, además de enfermeras, ginecólogos obstétricos y pediatras, los anestesiólogos también necesitan estar de acuerdo con la práctica de CPP temprana.

Las autoridades sanitarias deben responsabilizarse y resolver aspectos de infraestructura y falta de recursos humanos para conseguir que madre e hijo tras una cesárea puedan establecer el vínculo con un apego adecuado, ya que este aspecto comporta una dificultad para la aceptación por parte de los profesionales. En cualquier maternidad que se practiquen cesáreas, no deben existir impedimentos de espacio, ya que es imprescindible que exista un mismo lugar compartido para el recién nacido, madre y acompañante, que facilite la recuperación de estos tras la cesárea y favorezca el contacto piel con piel. Es fundamental que la madre, el padre y el hijo permanezcan juntos desde el momento del nacimiento.

## **Conclusiones Investigación Cualitativa**

- La falta de conocimientos y formación del personal sanitario en cuanto a la técnica del contacto piel a piel en mujeres con cesárea, la escasez de tiempo en el desarrollo de sus actividades profesionales y aspectos relacionados con el mantenimiento de la seguridad de la madre y del RN, conforman una barrera que se relaciona con la falta de interés y motivación para que el personal sanitario se implique en el desarrollo de este procedimiento. El hábito de seguir las rutinas de práctica diaria, aspectos de espacio e infraestructura del hospital y la falta de recursos humanos dificulta la motivación de los profesionales que atienden el parto por cesárea en la realización del contacto piel a piel y la adaptación a nuevos protocolos.

- La ausencia de complicaciones en la ejecución del contacto piel con piel en cesáreas, la felicidad que aporta esta técnica en la familia y el grado de apego, confort y confianza que experimentan las madres al realizarlo, son elementos facilitadores para la implementación de este método en el hospital.

- Los profesionales sanitarios reconocen que el contacto piel con piel presenta mayores beneficios en partos eutócicos (vaginales) que en partos por cesáreas.

- Para la realización del contacto piel con piel en mujeres con cesárea es imprescindible mayor implicación y formación del personal sanitario, para que sea una práctica recomendada, beneficiosa y segura.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agüera-Arenas, J. J., Ballesteros-Meseguer, C., Celdrán-García, M. D., Fernández-Fructuoso, J. R., García-García, J. M., Harillo-Acevedo, D., & Navarro-Ruiz, I. (2022). Protocolo regional de contacto precoz "Piel con piel".
- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
- Alberts, J. R., (1994). Learning as adaptation of the infant. *Acta paediatrica. Supplement*, 397,77–85.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. doi:10.1542/peds.2011-3552.
- Alonso Colás, C. M. (2018). Responsabilidad patrimonial de la administración en el ámbito sanitario.
- Andalucía. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 4 Julio 1998; 74: 8302-8315 [consultado 2 Noviembre 2015]. Disponible en: [http://ws003.juntadeandalucia.es/docs/ayuda/norma\\_LEY\\_2\\_1998\\_DE\\_15\\_06\\_1998.pdf](http://ws003.juntadeandalucia.es/docs/ayuda/norma_LEY_2_1998_DE_15_06_1998.pdf).
- Arevalo Oliva, M. D. (2020). Plan de intervención para la atención inmediata de recién nacidos de madres en trabajo de parto expulsivo con saars-cov-2/covid-19 que acuden al servicio de emergencia del centro materno infantil Los Sureños. Puente Piedra. 2020.
- Ariza-Salamanca, María del Carmen. (2020). Guía RNAO de Buenas Prácticas Clínicas en Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños. *Ene*, 14(3), e14316. Epub 05 de abril de 2021. Recuperado en 23 de julio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000300016&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300016&lng=es&tlng=en).
- Baby-FriendlyUSA. (2010). Guidelines and evaluation criteria for facilities seeking baby friendly designation. Sandwich, MA: Author. Retrieved from [www.babyfriendlyusa.org/get-started/the-guidelines-evaluation-criteria](http://www.babyfriendlyusa.org/get-started/the-guidelines-evaluation-criteria).
- Baque Valdiviezo, S. C., & Cobos Vera, M. D. (2020). Factores de riesgo maternos y criterios que requieren cesárea de urgencia (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- Bartick, M. C., Valdés, V., Giusti, A., Chapin, E. M., Bhana, N. B., Hernández-Aguilar, M. T., Duarte, E. D., Jenkins, L., Gaughan, J., & Feldman-Winter, L. (2021). Maternal and Infant Outcomes Associated with Maternity Practices Related to COVID-19: The COVID Mothers Study. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 16(3), 189–199. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0353>
- Benlloch-Doménech, C., Barbé-Villarubia, M. J., & Ribera, J. C. (2019). Reflexiones al final de un inicio: Estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 98-119.

- Bergman NJ. (2019). Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Research.*;1–23. <https://doi.org/10.1002/bdr2>.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA. Boletín número 72 de 17/5/1995.
- Borrego Pastor, R., Lara Dominguez, M., Marin Martin, E., Pineda Reyes, B., Nieto Pascual, L., & López Jiménez, A. (2011). Valoración de nuestras tasas de cesáreas. Propuestas de mejora. 31 Congreso Nacional SEGO Sevilla.
- Bowatte G., Tham R., Allen KJ, Tan DJ, Lau M. & Dai X. (2015) Lactancia materna y la otitis media aguda infantil: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica. Supplementum 104 (467)*, 85 - 95.
- Boyd MM. (2017). Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. *AORN J.* 2017 Jun;105(6):579-592. doi: 10.1016/j.aorn.2017.04.003. PMID: 28554355.
- Brady, K., Bulpitt, D., & Chiarelli, C. (2014). An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(4), 488-496.
- Brimdyr K., Cadwell K, Stevens J., & Takahashi Y. (2018). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr.* 2018; 14:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12571>
- Buckley, Sarah J. (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care.* Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, January.
- Bueno Bruque, L. E. (2021). Ventajas y desventajas de la técnica Joel-Cohen y Pfannenstiel en cesáreas según duración, pérdida sanguínea y dolor posquirúrgico (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados).
- Cabello Acevedo, G. (2019). Proyecto de intervención educativa en el Centro de Salud de Atención Primaria de Icod de Los Vinos para fomentar el contacto piel con piel madre/padre-recién nacido.
- Cáceres, R. A. C. (2018). La educación inclusiva y su configuración desde los imaginarios sociales y la hermenéutica reflexiva. *Revista Reflexión e Investigación Educativa*, 1(2), 55-69.
- Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim Junior J. & Braga A. (2016). Cesariana a pedido materno. Vol. 43, *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes.* Colegio Brasileiro de Cirurgioes; 2016. p. 301-10.
- Canevari, C. (2015) El camino a la innecesária. Un avance que muta en retroceso. Los relatos de las mujeres. Libro de Actas del Encuentro de Jóvenes Investigadores/13. Santiago del Estero.
- Canevari, C., Arenas, P., Isac, R., & Palazzi, V. (2016) Grietas y tensiones dentro del Estado. Las trampas patriarcales para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Acceso a la justicia: escenarios, procesos y actores en la region NOA. UNT. San Miguel de Tucumán.
- Cerdán-Jimenez, M. D., Carballo-Aliseda, M. D., Gómez-Fernández, M. A., Prim, F. H., Salgado-Poveda, I., & Cayuela-Font, E. (2017). Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: Instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en el quirófano. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(1), 42-56.
- Cerdán-Jiménez MD, Carballo-Aliseda MD, Gómez-Fernández A, Prim FH, Poveda IS. & Cayuela-Font E. (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *MUSAS.* 2019;2019(v):42-56.

- Chan, G. J., Valsangkar, B., Kajeepeta, S., Boundy, E. O., & Wall, S. (2016). What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. *Journal of global health*, 6(1).
- Chandrarahan, E. and Krishna, A. (2017). Diagnosis and management of postpartum haemorrhage. *BMJ*, p.j3875.
- Chaves Montero, A. (2018). "La utilización de una metodología mixta en investigación social". En: Kenneth Delgado, Santa Gadea, Walter Federico Gadea, Sara Vera - Quiñonez, coordinadores. Rompiendo barreras en la investigación. 1ª ed. en español. Machala: UTMACH. p. 164-184
- Chowdhury R., Sinha B., Sankar MJ, Taneja S., Bhandari N. & Rollins N. (2015) Resultados de la lactancia materna y la salud materna: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica. Supplementum 104 (467)*, 96 - 113.
- Cobeta García, C., & Pérez Talavera, C. (2020). Humanización del proceso de cesárea (Bachelor's thesis).
- Cobo Aguilar, D. (2015). Estrategias para disminuir la tasa de cesáreas en nuestro medio [Internet]. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2011\\_estrategias\\_disminuir\\_cesareas.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_estrategias_disminuir_cesareas.pdf).
- Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Plan de Parto y Nacimiento. (2012). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>. Contacto precoz madre-criatura recién nacida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007;
- Conejero, J. C. (2020). Una aproximación a la investigación cualitativa. *Neumología Pediátrica*, 15(1), 242-244.
- Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., & Díaz Gómez, N. M. (2020). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006.
- Cozma-Petruț A, Badiu-Tișa I, Stanciu O, Filip L, Banc R, Gavrițaș L, Ciobârcă D, Hegheș SC. & Miere D. (2019). Determinants of Early Initiation of Breastfeeding among Mothers of Children Aged Less than 24 Months in Northwestern Romania. *Nutrients*. 2019 Dec 6;11(12):2988. doi: 10.3390/nu11122988. PMID: 31817702; PMCID: PMC6950271.
- Crenshaw, J. T., Adams, E. D., Gilder, R. E., DeButy, K., & Scheffer, K. L. (2019). Effects of skin-to-skin care during cesareans: A quasiexperimental feasibility/pilot study. *Breastfeeding Medicine*, 14(10), 731-743.
- Cyrułnik, B. (2020). Bajo el signo del vínculo: una historia natural del apego. Editorial Gedisa.
- Delotte, J., Bouaziz, J., Verger, S. & Bongain, A. (2012). Césariennes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-900.
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Department of Health. Government of Western Australia. (2022). [http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G\\_guidelines/sectionb/1\\_O/b\\_10.1.1.pdf](http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/1_O/b_10.1.1.pdf). de Parto, P. Nacimiento, [monografía en internet]. Ministerio de Sanidad, acceso: Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/planPartoIntro.htm>.
- Desmond, M. & Rudolph, A., Phitaksphraiwan, P. (1966). The transitional care nursery. *Pediatr Clin North Am.*; 13:651.

- Domínguez Montoya, W. A., & Calvopiña Riera, K. M. (2022). Enfoque del cuidado humanizado de enfermería durante el trabajo de parto (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo).
- Domke, R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., & Carbonell-Bellolio, P. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6), 635-642.
- Duncan, C. J., & Doyle, J. B. (1937). Cesarean section: a ten-year study of 703 cases at the Boston City Hospital. *New England Journal of Medicine*, 216(1), 1-5.
- Echevarría, M., (2016). ¿Protege la lactancia materna de la cronificación del dolor postcesárea? Estudio prospectivo preliminar. Recuperado de [http://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-lactancia-materna-reduce-dolor-cronico-tras-cesarea-201612050716\\_noticia.html](http://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-lactancia-materna-reduce-dolor-cronico-tras-cesarea-201612050716_noticia.html).
- Epidat, (2014): programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.1, outubro. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana da saúde (OPS-OMS); Universidade CES, Colombia. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>
- Espinoza, J.A., Asanza, S., & Malo, M.J. (2021). Contacto piel con piel en épocas del COVID – 19: experiencias maternas en el Hospital Universitario del Río, Cuenca Ecuador, Repositorio institucional de la Universidad del Azuay
- Esteves Lecaros, S. J. (2018). Factores que impiden el contacto precoz entre la puérpera inmediata con el recién nacido a término en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Enero-Junio del 2016.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, (2007). Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
- Farías, C., & Gómez, A. L. (2018). Experiencia de mujeres con cesárea en Uruguay: el derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en su cumplimiento. *Cadernos de Saúde Pública*, 34.
- Fernández-Cañadas A. (2018). Administración de oxitocina y vía del parto: asociación con el cese de la lactancia materna. Tesis Doctoral. [Internet] Universidad Autónoma De Madrid, Facultad De Medicina, Departamento de Cirugía. Available in: <http://hdl.handle.net/10486/684182>
- Gabriel M., Martín, I., Escobar A., Villalba, E., Blanco, I. & Pol P. (2010) Randomized controlled trial of early skinto-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* 99, 1630–1634.
- Gobierno Ministerio de España de Sanidad y Política Social (2009). Informes, estudios e investigación de la Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. [www.msps.es](http://www.msps.es).
- Gonzales E. (2019). Beneficios del Contacto Precoz Piel a Piel. *Rev Fed Centroam Obstet Ginecol* [Internet]. 2019;23(3). Available from: <http://www.revcog.org/index.php/revcog/article/view/785>
- González Gil, T., (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. *Index de Enfermería versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296. Index Enferm vol.18 no.2 Granada abr./jun. 2009.*
- Gribble K, Marinelli KA, Tomori C. & Gross MS. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. *J Hum Lact*, 2020.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan 26 de Calidad para el Sistema

- Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf).
- Guerra M, Peña S, Viveros S. (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. 6ª ed. México: Editorial Manual Moderno
- Guerrero, R. (2018). Educación emocional y apego. Pautas prácticas para gestionar las emociones en casa y en el aula.
- Guía práctica de la OMS. (1996). Cuidados en el parto normal. Grupo técnico de trabajo OMS, Departamento de Investigación y salud reproductiva Ginebra.
- Guillén, F. F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113-128.
- Hanson M. & Gluckman P. (2016). Commentary: Developing the future: life course epidemiology, DOHaD and evolutionary medicine. *International Journal of Epidemiology*, 2016, 45: 993-996.
- Hena0 Morales, L. Y. (2018). Percepciones sobre el fenómeno social de trabajo infantil desde la experiencia vital de niños y niñas en la plaza de mercado " La 14" de la ciudad de Ibagué.
- Hildingsson, I., Haines, H., Johansson, M., Rubertsson, C., & Fenwick J. (2014). Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. *Midwifery*. 30: 248-254.
- Horta BL, Loret de Mola C. & Victora CG (2015) Consecuencias a largo plazo de la lactancia materna sobre el colesterol, la obesidad, la presión arterial sistólica y la diabetes tipo 2: una revisión sistemática y un meta-análisis. *Acta Paediatrica Supplementum* 104 (467), 30 - 7.
- Horta BL, Loret de Mola C. & Victora CG (2015) Lactancia materna e inteligencia: una revisión sistemática y un meta-análisis. *Acta Paediatrica Supplementum* 104 (467), 14 - 9.
- Hospital Universitario Virgen Macarena, 2018. Memoria de actividad del Área Hospitalaria Virgen Macarena. Recuperado de <https://www.hospitalmacarena.es/memoria/>.
- Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. (2022). Recuperado de <http://www.ihan.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2012). [www.ine.es](http://www.ine.es).
- Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 108-122.
- Izquierdo Macián, M. I. (2020). Estudio multidisciplinar de la Muerte Súbita e Inesperada del Lactante en la Comunidad Valenciana. 2006-2017. Estrategia de análisis y prevención.
- Jiménez Luna, A. (2019). Factores asociados al vínculo afectivo en una unidad de recién nacidos de puertas abiertas.
- Joan L.Luby, Tallie Z., Baram, Cynthia E., Rogers. & Deanna M., Barch. (2020). Neurodevelopmental Optimization after Early-Life Adversity: Cross-Species Studies to Elucidate Sensitive Periods and Brain Mechanisms to Inform Early Intervention. *Trends in Neurosciences*. Volume 43, Issue 10, Pages 744-751.
- John Ryan/Flickr, 2020.Preventing early skin to skin contact potentially disrupts newborn physiology., CC BY-SA. The Conversation. <https://theconversation.com/separating-mothers-with-covid-19-from-their-newborns-does-more-harm-than-good-141291>.
- Julie S. Moldenhauer, 2020. Hemorragia posparto.Manual MSD, Children's Hospital of Philadelphia. Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ., USA

- Kalkal N. & Sarmalkar M. (2016). The effectiveness of b-lynch sutures in management of atonic postpartum haemorrhage during caesarean section. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2016;2915-2920.
- Kanopa, V., Pérez, W., Rubio, I., Mogni, A., Hermida, N., & Cabo, E. (2022). Sueño seguro, lactancia y colecho. Recomendaciones del Comité de Lactancia y el Comité de Estudio y Prevención de la Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. *Sociedad Uruguaya de Pediatría. Archivos de Pediatría del Uruguay*, 93(1).
- Kollmann M, Aldrian L, Scheuchenegger A, Mautner E, Herzog SA, Urlesberger B, Raggam RB, Lang U, Obermayer-Pietsch B. & Klaritsch P. (2017). Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study. *PLoS One*. 2017 Feb 23;12(2): e0168783. doi: 10.1371/journal.pone.0168783. PMID: 28231274; PMCID: PMC5322896.
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H., & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9–10), 1367–76. <https://doi.org/10.1111/jocn.13227>.
- León Pontigo, M. I. (2019). Factores que dificultan la práctica de la lactancia materna en un hospital público (Master's thesis, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas).
- Ley N° 26.485 (2010). Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales Decreto Reglamentario 1011/. Argentina.
- López, E. M., del Carmen Suárez, M., & Vélez, A. (2018). Ni más ni menos... ¡diferentes! Aplicativo web para enseñar, evaluar y aceptar la diversidad. *Comité Técnico*, 846.
- López-García, L. F., Ruiz-Fernández, D. P., Zambrano-Cerón, C. G., & Rubio-Romero, J. A. (2017). Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 218-227.
- Llúncor Rodríguez, S. N., & Romero Montenegro, M. N. (2015). Interacción padre–recién nacido: experiencias del contacto piel a piel desde el enfoque de Kathryn Barnard, Chiclayo, 2015.
- Lorenzo Viso, K. A. (2019). ¿Es posible la implantación de un protocolo de actuación para favorecer el contacto piel con piel en la unidad de reanimación post-anestésica del hospital general de La Palma?
- Luis Felipe L. (2017). Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 68 No. 3, Julio-Septiembre 2017, (218-227). [http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es\\_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf)
- Madero Nogueras, M., Castro Menéndez, A., & Rodríguez Castilla, F. (2016). Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*, 10(2), 0-0.
- Mandujano Trujillo, E. (2019). Actitudes de la madre sobre el contacto piel a piel en recién nacido del hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis-Huánuco 2018.
- McEwen, B.S., Wingfield, J.C. & Bruce (2010). What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones & Behavior* 57, 105-11.
- McEwen, BS, Nasveld, P., Palmer, M. & Anderson, R. (2012). Carga alostática. Una revisión de la literatura. Australia: Departamento de Asuntos de Veteranos.

- McKeever, J., & Fleur, R. S. (2012). Overcoming barriers to Baby-Friendly status: one hospital's experience. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 312-314.
- Mendoza, M., & Ángel, M. (2000). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Sanidad 2010. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva". [https://msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/EN\\_SSR.Pdf](https://msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/EN_SSR.Pdf).
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Estadística nacionales de hospitales año 2017. Gobierno de España; 2017. Disponible en:
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Sistema de información de atención especializada (SIAE): Indicadores hospitalarios evolución 2010-2017. Gobierno de España; 2017. Disponible en:
- Moberg K, Handlin L. & Petersson M. (2020). Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact – With a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2020;61. Available <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638320301107>.
- Mogrovejo, CA. (2021). Proceso de atención de enfermería según la teoría de Marjory Gordon en paciente con hemorragia posparto inmediato (examen complejo). UTMACH, Facultad De ciencias Químicas Y De La Salud, Machala, Ecuador. 2021.
- Montenegro, G., & Schroeder, I. (2020). Dimensiones del pensamiento sistémico aplicado: un estudio de casos múltiple desde la perspectiva de sistemas complejos y el aprendizaje organizacional. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(2), 51-68.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
- Mörelis, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, 91(1). <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005>.
- OMS (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo organización mundial de la salud. Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
- Organización Mundial de la Salud 2015. Human Reproduction Programme. HRP. WHO/RHR/15.02
- OMS,2019. Mortalidad materna, Nota descriptiva N°348. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>].
- Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. [Internet]. España:Organización Mundial de la Salud. 2019. [cited 2018 Dec 14]. p. 5. Available from: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
- OMS, 2017.Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services Guideline\*.
- Pachón Muñoz, V. (2020). Promoción de la lactancia materna tras la cesárea (Bachelor's thesis).
- Pallás, J. M. A., & Villa, J. J. (2019). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier Health Sciences.
- Pallás Alonso, C. R., & Rodríguez López, J. (2014). Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. In *Anales de Pediatría* (Vol. 80, No. 4, pp. 203-205).

- Peralta Obispo, L. M. (2021). Nivel de ansiedad de las pacientes gestantes que van a ser sometidas a una operación por cesarea del Hospital de Essalud II Ramon Castilla Cercado de Lima.
- Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG & Victora CG (2015) Efecto de la lactancia materna en las maloclusiones: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica. Supplementum* 104 (467), 54 - 61.
- Pérez-Escamilla, R., Vilar-Compte, M., Rhodes, E., Sarmiento, O. L., Corvalan, C., Sturke, R., & Vorkoper, S. (2021). Implementación de políticas de prevención y control de la obesidad infantil en Estados Unidos y Latinoamérica: lecciones para la investigación y la práctica transfronterizas. *Obesity Reviews*, 22, e13347.
- Piza Burgos, N. D., Amaiquema Márquez, F. A., & Beltrán Baquerizo, G. E. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado*, 15(70), 455-459.
- Ponce Díaz, E. (2021). Lactancia materna como prevención ante la muerte súbita infantil. recuperado de: <https://dspace.uib.es> › Ponce\_Díaz\_Estefaní.
- Public Health Agency of Canada, 2000. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. [www.publichealth.gc.ca](http://www.publichealth.gc.ca) and <http://www.pha-aspc.gc.ca/hpps/dca->
- Ramos Yujra, L. M. (2019). Nivel de conocimiento en madres primiparas sobre los cuidados del recién nacido, Hospital Materno Infantil Caja Nacional de Salud La Paz-Bolivia, Primer Semestre 2019 (Doctoral dissertation).
- Rengel, C., Labajos, M.T., & Morales, J. (2012). Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna. Tesis Doctoral.
- Reubins, B.M. (2020). *Los Pioneros del Psicoanálisis de Niños: Teorías y técnicas que influyen el desarrollo normal del niño* (M.S. Reubins, Ed.) (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429203503>
- Rios Mori C. & Lias Cuervo M. (2017). Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. *Cuid Y Salud/Kawsayninchis* [Internet]. 2017;2(2):177. Available from: <http://www.eeplt.edu.pe/revista/>
- Robles Hurtado, I. J., & Ramírez Castillejo, C. M. (2019). Efectividad del contacto piel a piel padre-hijo en la adaptación del recién nacido por cesárea.
- Salomé Olivera, E. C. (2022). Influencia del método mamá canguro en los parámetros fisiológicos de los recién nacidos prematuros.
- Sánchez, M. J., Fernández, M., & Díaz, J. C. (2021). Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. *Revista científica UISRAEL*, 8(1), 107-121.
- Sanguino, N. C. (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, (20), 7-18.
- Sankar MJ, Sinha B., Chowdhury R., Bhandari N., Taneja S. & Martines J. (2015) Prácticas óptimas de lactancia materna y mortalidad infantil: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica. Supplementum* 104 (467), 3 - 13.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Humanización Positiva Compartida. Recuperado de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/humanizacion-positiva-compartida>

- Stevens J, Schmied V, Burns E. & Dahlen HG. (2019). Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. *Midwifery*. 2019; 74:140–146. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.020>
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456–73. <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia
- stress. *Birth Defects Res*. 2019;111(15):1087–109.
- Sundin, C. S., & Mazac, L. B. (2015). Implementing Skin-to-Skin Care in the Operating Room After Cesarean Birth. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(4). <https://doi.org/10.1097/NMC.000000000000142>.
- Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(8), 966-977.
- Tham R., Bowatte G., Dharmage SC, Tan DJ, Lau M., Dai X. et al. (2015) Lactancia materna y el riesgo de caries dental: una revisión sistemática y un metanálisis . *Acta Paediatrica Supplementum* 104 (467), 62 - 84.
- Tong A, Sainsbury P. & Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357.
- Torres, J. A., Domingues, R. M. S. M., Sandall, J., Hartz, Z., Gama, S. G. N. D., Filha, M. M. T., & Leal, M. D. C. (2014). Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. *Cadernos de saude publica*, 30, S220-S231.
- Torres, R. H. (2019). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. ISBN: 978-1-4562-6096-5
- Usandizaga, J. De La Fuente, P. (2004). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 2.
- Walters, M.W., Bogs, K.M., Ludington-Hoe, S., Price, K.M., & Morrison, B. (2007). Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing* 32,375-381.
- WHO Immediate KMC Study Group,2021. Immediate “Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight. *The New England Journal of Medicina*. *N Engl J Med* 2021; 384: 2028-2038. DOI: 10.1056 / NEJMoa2026486.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2020). A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Medical Hypotheses*, 134, 109432.
- World Health Organization & UNICEF. (2018). *Implementation and guidance: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services—the revised Newborn-friendly Hospital Initiative*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). *Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0

- Xie, R., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M. & Wen, S. (2011) Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high caesarean delivery rate. *Journal of Women's Health* 20, 1881–1886.
- Zainal, N., Kak, a A., Ng, C., Jawan R. & Singh Gill J. (2012) Prevalence of postpartum depression in a hospital setting among Malaysian mothers. *Asia-Pacific Psychiatry* 4, 144–149.
- Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: "fighting an uphill battle". *Midwifery*, 31(1), 215–20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.014>.

## ANEXOS

### **Anexo 1: Guion entrevista a profesionales. Cuestionario Datos Demográficos**

- Edad:      años      Fecha de Nacimiento:
  
- Sexo:
  - Hombre
  - Mujer
  
- Nivel de estudios universitarios:
  - Si
  - No
  
- Estado civil:
  - Soltero
  - Casado
  - Viudo
  - Divorciado
  
- Número de hijos:
  - 0
  - 1
  - 2
  - 3
  - + de 3
  
- Numero unidad familiar
  - 1
  - 2

- 3
- 4
- 5
- + de 5
- Su profesión es:
  - Neonatólogo
  - Gineco/obstreta
  - Anestesista
  - Residente
  - Matrona
  - Enfermera
  - Tcae
- Situación laboral:
  - Fijo
  - Interino
  - Eventual
- Su lugar de trabajo es:
  - Planta de maternidad
  - Hospitalización pediátrica
  - Paritorio
  - Sala despertar
  - Otros: Alto riesgo...

## **Anexo 2. Entrevista Cualitativa**

1. *¿Podría contarme que sabe sobre el contacto piel con piel con el recién nacido?*
2. *¿Me hablarías un poco del interés que despierta en ti esta técnica?*
3. *Hábleme del grado de formación que ha recibido de este procedimiento.*
4. *¿Cree que proporciona beneficios para la madre y el recién nacido? Explique cuales*
5. *El contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, ¿cree que es importante para el establecimiento de la lactancia materna?*
6. *¿Sabe qué ocurre en los casos de cesárea?*
7. *Después de una cesárea, ¿considera beneficioso para la madre ofrecerle el niño para tenerlo en contacto piel con piel antes de media hora? ¿Y para el niño?*
8. *¿Considera que en el hospital donde trabaja existen las medidas oportunas para llevar a cabo esta práctica? Explique*
9. *¿Considera que la sala despertar está preparada para recibir a la madre con su recién nacido realizando el CPP?*
10. *Si implantaran esta medida en su servicio, ¿en qué grado estaría de acuerdo? ¿Por qué?*

### Anexo 3. Informe Comité Bioética



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**Informe Dictamen Favorable Proyecto Investigación Biomédica**  
**C.P. jopeji002 - C.I. 0428-N-17**  
**30 de agosto de 2017**  
**CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío**

Dr. Víctor Sánchez Margalet  
Presidente del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío  
**CERTIFICA**

**1º. Que el CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío en su reunión del día 31/05/2017, acta 06/2017 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:**

Título: *Contacto piel con piel en cesáreas. Utopía o realidad.*

Código Promotor: jopeji002      Código Interno: 0428-N-17

Promotor: Investigador

Considera que

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

**2º. Por lo que este CEI emite un DICTAMEN FAVORABLE**

**3º. Este CEI acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEI/Centros por los Investigadores: JOSE MIGUEL PEREZ JIMENEZ**

(Obstetricia y Ginecología) Hospital Universitario Virgen Macarena

Lo que firmo en Sevilla, a 30 de agosto de 2017

Fdo: Dr. Víctor Sánchez Margalet

Presidente del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

## **Anexo 4: Hoja de Información y Consentimiento Informado al Paciente**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Antes de firmar este documento, lea detenidamente la información que a continuación se le facilita y no dude en preguntar cualquier duda o aclaración que estime oportuno.

#### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

El nombre de este estudio es “Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.

Estudios anteriores han demostrado que el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento es la forma óptima de cuidado para un bebé sano a largo plazo y su madre. La madre con cesárea sigue un protocolo de separación de su hijo en pro de su recuperación a una sala destinada a tal efecto. El objetivo de este estudio es explorar las experiencias de cuidado de piel a piel en madres sanas con cesárea y con niños sanos a término en las primeras horas después del nacimiento. El resultado establecerá si existen beneficios en la madre con cesárea y en los recién nacidos, al practicar el contacto piel con piel inmediato.

Exclusivamente se va a tratar datos en relación con su problema de salud y el de su hijo, bajo el marco de privacidad y protección de:

- la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.
- Ley 14/2007 de investigación biomédica.

A continuación, se explica cómo se desarrolla el estudio:

Realizaremos una entrevista inicial y algunas de seguimiento con usted sobre su grado de confort y el de su recién nacido, toda esta información en relación con su proceso de postparto.

Este trabajo será llevado a cabo en el Hospital Virgen Macarena. Los datos serán compilados por mi persona, enfermero asistencial y colegiado, desempeño mi tarea asistencial en el mismo hospital. Una vez recopilada la información tras la fase de entrevista, los datos referidos a su persona y a su hijo serán eliminados, en ningún momento utilizado para ningún otro fin distinto del análisis de los datos agrupados (sin datos personales). El resultado del estudio servirá como bien a la Comunidad Científica.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto conmigo: JOSE MIGUEL PEREZ JIMENEZ en el teléfono fijo: 954064045, en el móvil 654114336 o en el correo electrónico: [jmiguel.perez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:jmiguel.perez.sspa@juntadeandalucia.es). Le agradecemos gentilmente la colaboración prestada.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

“Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.

Yo (Nombre y Apellidos):

---

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente).
- Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He aclarado cualquier duda y he realizado todas las preguntas que he necesitado sobre el estudio “Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.
- He recibido toda la información pertinente sobre este estudio.  
Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos de este.
- He hablado con el profesional sanitario informador: JOSE MIGUEL PEREZ JIMENEZ.
- Reconozco que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- Se me ha informado que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio ““Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.

Firma del paciente o firma del representante legal en su caso y firma del sanitario informador.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 5: Hoja de Información y Consentimiento Informado a Profesionales

### CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN A LOS PROFESIONALES

Antes de firmar este documento, lea detenidamente la información que a continuación se le facilita y no dude en preguntar cualquier duda o aclaración que estime oportuno.

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El nombre de este estudio es ““Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel””.

Estudios anteriores han demostrado que el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento es la forma óptima de cuidado para un bebé sano a largo plazo y su madre. La madre con cesárea sigue un protocolo de separación de su hijo en pro de su recuperación a una sala destinada a tal efecto. El objetivo de este estudio es explorar las experiencias de cuidado de piel a piel en madres sanas con cesárea y con niños sanos a término en las primeras horas después del nacimiento. El resultado establecerá si existen beneficios en la madre con cesárea y en los recién nacidos, al practicar el contacto piel con piel inmediato y el grado de aceptación de los profesionales implicados. Este estudio se realiza bajo el marco de privacidad y protección de:

- la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.
- Ley 14/2007 de investigación biomédica

A continuación, se explica cómo se desarrolla el estudio:

Realizaremos una entrevista inicial y algunas de seguimiento con usted sobre el grado de conocimientos y aceptación de la técnica contacto piel con piel en cesáreas. Este trabajo será llevado a cabo en el Hospital Virgen Macarena. Los datos serán compilados por mi persona, enfermero asistencial y colegiado, desempeño mi tarea asistencial en el mismo hospital. Una vez recopilada la información tras la fase de entrevista, los datos referidos a su persona serán eliminados, en ningún momento utilizados para ningún otro fin distinto del análisis de los datos agrupados (sin datos personales).

El resultado del estudio servirá como bien a la Comunidad Científica.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto conmigo: JOSE MIGUEL PEREZ JIMENEZ en el teléfono fijo: 954064045, en el móvil 654114336 o en el correo electrónico: [jmiguel.perez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:jmiguel.perez.sspa@juntadeandalucia.es). Le agradecemos gentilmente la colaboración prestada.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PROFESIONAL**

“Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.

Yo (Nombre y Apellidos):

---

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (información al profesional).
- Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Profesional y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He aclarado cualquier duda y he realizado todas las preguntas que he necesitado sobre el estudio “Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.
- He recibido toda la información pertinente sobre este estudio. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos de este.
- He hablado con el profesional sanitario informador: José Miguel Pérez Jiménez
- Reconozco que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- Se me ha informado que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio “Cesárea Humanizada. Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel”.

Firma del paciente o firma del representante legal en su caso y firma del sanitario informador

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Anexo 6: Hoja Recogida Datos Madre y Recién Nacido**

### **HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE EN CESÁREAS**

#### **0. FECHA:**

#### **1. DATOS DEMOGRAFICOS:**

-Edad: Pegatina

-Peso:

-Talla:

-Raza:

-Estudios: Bajo, Medio, Alto      Teléfono:

-Historia obstétrica:

#### **2. ANTECEDENTES PERSONALES:**

-Alergias:

-Patología médica:

-Patología obstétrica:

#### **3. DATOS DE LA CESÁREA (de hoja de anestesia y hoja quirúrgica):**

-Motivo:      -Clasificación SEGO: I, II, III, IV

-Incisión: Pfannenstiel      media infraumbilical      media infra-  
supraumbilical

-Duración:

-Complicaciones:

-Datos RN: Apgar 0': 5': 10':      Líquido:      Peso:

#### 4. ANESTESIA:

-Analgésia epidural previa:    -Sí      No

-Hora de colocación:

-Eficaz? (bolos, EVA, ...):

-Hora de la cesárea:      Duración infusión previa:

-Dolor al llegar a quirófano (EVA 0-10)\*:

-Anestesia:    -Intradural: AL:      Opioide:

-Epidural: AL:      Opioide:

-Gral: Fármacos:

-Dolor intraoperatorio\*:

-Otros fármacos intraoperatorios:

#### 5. DATOS EN SALA DE DESPERTAR:

-Dolor: EVA llegada:      EVA máximo:      EVA salida:

-Analgésicos administrados (vía):

-Sangrado: Transfusión:    Sí      No      Hb. Hemocue:

-Náuseas y vómitos: Si    No      Tto:

-Duración bloqueo motor (si hubiera):

-Tiempo de estancia en Sala Despertar:

-Protocolo analgésico pautado:

-Epidural:      5 ml/h      10ml/h

-Intravenoso: Opioides      Aines

-Según Ginecología (ver hoja de tto):

## **6. DATOS DE LA MADRE Y RN DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL**

### **CPP PRECOZ:**

LM: Marcar el momento de inicio de la LM

PC: Precisa cuidados

## **7. SATISFACCIÓN MATERNA (0 muy insatisfecha, 10 muy satisfecha):**

- Con el CPP
- Con el confort
- Con el acompañante

Escala de satisfacción tipo Likert: Marque con una cruz el valor que mejor refleje su opinión en cada una de las cuestiones que se plantean, teniendo en cuenta que:

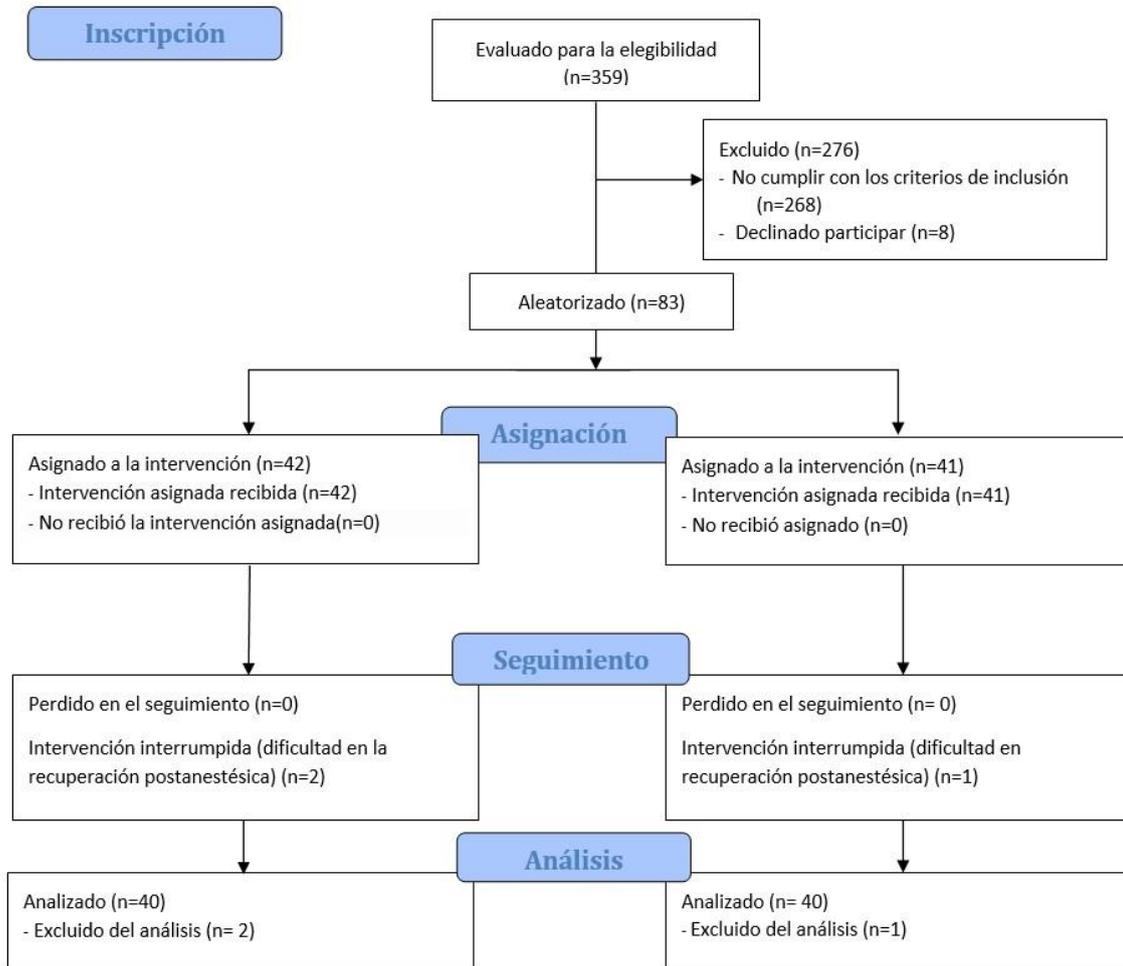
- 0-2 Muy insatisfecha
- 2-4 Insatisfecha
- 4-6 Ni satisfecha ni insatisfecha
- 6-8 Satisfecha
- 8-10 Muy Satisfecha

## Anexo 7: Datos Obstetricia año 2019

		OBSTETRICIA AÑO 2019													
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	
N A C I M I E	PARTOS														
	PARTOS VAGINALES SIMPLES	168	120	167	154	149	124	131	0	0	0	0	0	0	1.013
	PARTOS VA. MÚLTIPLES	0	1	3	2	3	1	4	0	0	0	0	0	0	14
	VENTOSAS	21	19	27	24	19	21	24	0	0	0	0	0	0	155
	FORCEPS	4	5	6	10	4	4	3	0	0	0	0	0	0	36
	ESPÁTULAS	4	1	2	8	6	1	1	0	0	0	0	0	0	23
	PARTOS EN PELVIANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	<b>TOTAL PARTOS</b>	<b>168</b>	<b>121</b>	<b>170</b>	<b>156</b>	<b>152</b>	<b>125</b>	<b>135</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.027</b>	
N T O S	CESAREAS														
	URGENTES	44	20	32	32	36	42	61	0	0	0	0	0	0	267
	SPBF	22	10	20	16	16	16	30	0	0	0	0	0	0	130
	FALTA PROGRESION	20	8	7	14	20	20	26	0	0	0	0	0	0	115
	PELVIANA URG	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	5
	OTROS	2	1	4	2	0	4	4	0	0	0	0	0	0	17
	PROGRAMADAS	16	18	18	14	8	11	7	0	0	0	0	0	0	92
	PELVIANA	4	7	8	4	5	8	5	0	0	0	0	0	0	41
	MÚLTIPLE	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	ITERATIVA	5	4	3	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	18
	OTROS	6	7	6	9	1	2	0	0	0	0	0	0	0	31
	CESAREA SIMPLE	59	36	48	45	40	49	62	0	0	0	0	0	0	339
	CESAREA GEMELAR	1	2	2	1	3	4	3	0	0	0	0	0	0	16
	CESAREA TRIPLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL CESAREAS</b>	<b>60</b>	<b>38</b>	<b>50</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>53</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>359</b>	
	VARONES	123	89	106	117	112	86	105	0	0	0	0	0	738	
	HEMBRAS	106	73	119	88	90	97	104	0	0	0	0	0	677	
	epidurales en partos vaginales	134	75	126	117	119	96	106	0	0	0	0	0	773	
	epidurales en cesarea	58	30	43	38	43	41	57	0	0	0	0	0	310	
	INDUCCIONES	69	59	71	76	65	53	76	0	0	0	0	0	469	
	B.ROTA	23	14	23	23	19	15	26	0	0	0	0	0	143	
	EPRO	18	16	17	24	17	20	21	0	0	0	0	0	133	
	CAUSA FETAL	9	10	17	20	16	14	19	0	0	0	0	0	105	
	CAUSA MATERNA	19	19	14	9	13	4	10	0	0	0	0	0	88	

## Anexo 8: Guía Consort para Ensayos Clínicos Aleatorizados

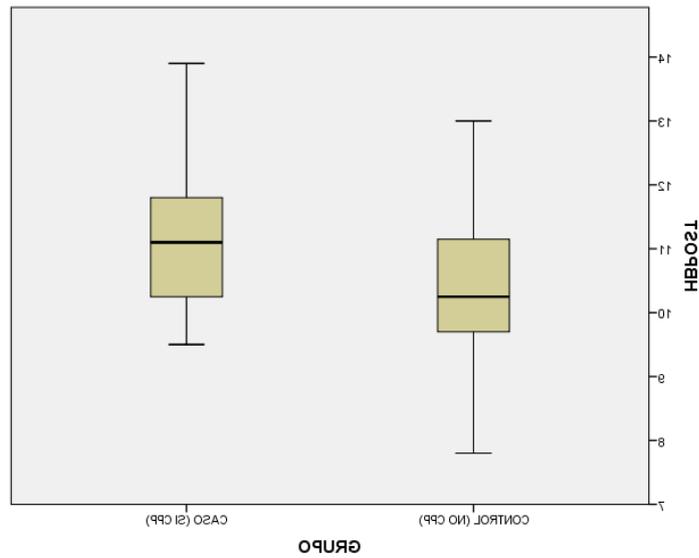
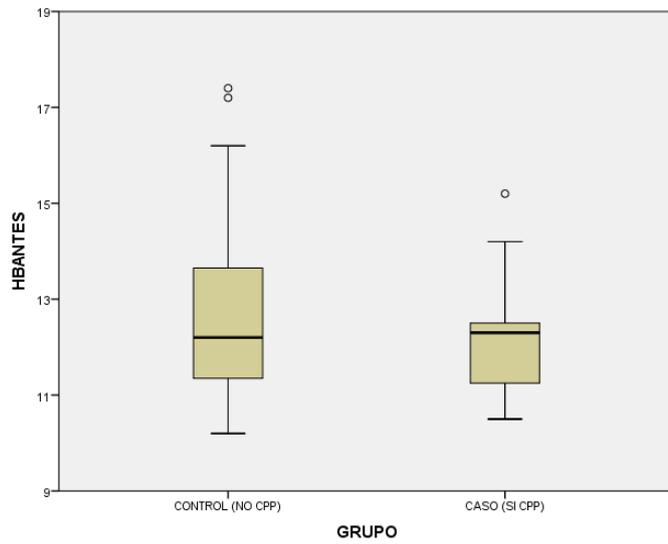
Diagrama de flujo CONSORT

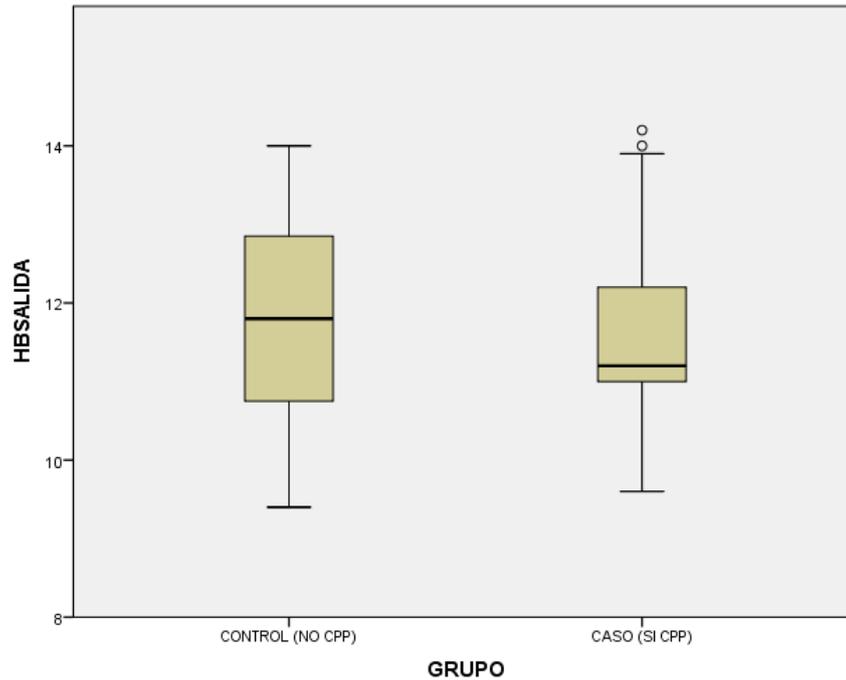


## Anexo 9

### Figura 20

*Evolución de los Niveles de Hemoglobina Materna. Medianas y Percentiles*





Niveles de Hb en el postoperatorio de cesárea. Los cuatro primeros gráficos, son de cada una de las distribuciones de las variables, donde la caja contiene el 50% de los casos centrales. Se pueden observar las medianas, el Percentil 25, el Percentil 75 y algún caso atípico. Observamos como en la Hemoglobina Post., aparecen las diferencias

**Figura 21**

*Evolución de los Niveles de Hemoglobina Plasmática Materna. Medianas*

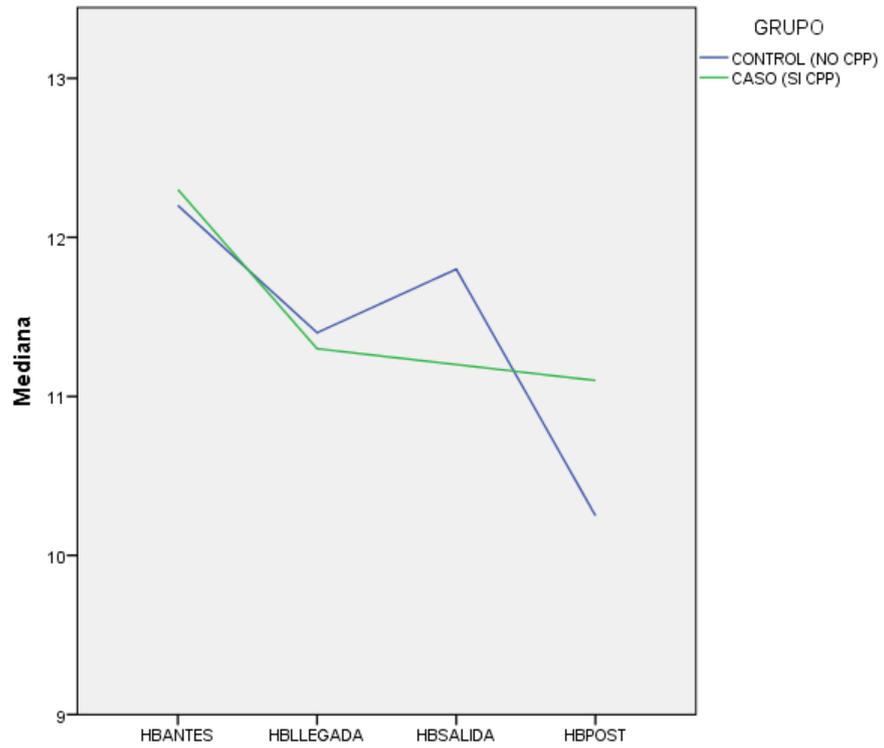


Figura de líneas que representan las medianas de cada variable en los casos y en los controles. Apreciamos mayor diferencia en la HB post.

## RESEARCH ARTICLE

# Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial

José Miguel Pérez-Jiménez<sup>1</sup>  | Manuel Luque-Oliveros<sup>2</sup>  | Diego Gonzalez-Perez<sup>3</sup>  |  
Adriana Rivera-Sequeiros<sup>4</sup>  | Cleofás Rodríguez-Blanco<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería, Faculty of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, Hospital Universitario Virgen Macarena, University of Sevilla, Sevilla, Spain

<sup>2</sup>Universidad de Sevilla, Sevilla, Spain

<sup>3</sup>Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, Spain

<sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain

## Correspondence

José Miguel Pérez-Jiménez, Departamento de Enfermería, Faculty of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, Hospital Universitario Virgen Macarena, University of Sevilla, Sevilla, Spain.  
Email: [jjjimenez@us.es](mailto:jjjimenez@us.es)

## Abstract

**Aim:** We analysed whether immediate skin-to-skin contact between the healthy newborn and the mother after a caesarean section has a modulatory role on postpartum haemorrhage and uterine contraction.

**Design:** Unblinded, randomized clinical trial, simple random sampling, conducted in women undergoing caesarean sections.

**Methods:** Of the population identified, the caesarean section total ( $N = 359$ ), 23.2% ( $N = 83$ ) met the inclusion criteria: scheduled caesarean section, accepting skin-to-skin contact, good level of consciousness. They were randomly allocated to the intervention group, skin-to-skin contact ( $N = 40$ ), and to the control group, usual procedure ( $N = 40$ ). There were three losses. Clinical variables: plasma haemoglobin, uterine contraction, breastfeeding, postoperative pain, were measured, and subjective variables: maternal satisfaction, comfort, comparison with previous caesarean section and newborn crying.

**Results:** Women with skin-to-skin contact had greater uterine contraction after caesarean section. The maternal plasma haemoglobin levels at discharge were significantly higher. It was associated with higher breastfeeding rate, satisfaction, comfort levels and with less maternal pain and less crying in the newborn.

## KEYWORDS

caesarean section, erythrocyte index, newborn, postpartum haemorrhage, skin-to-skin contact, uterine contraction

## 1 | INTRODUCTION

The caesarean section practice is increasing exponentially, accounting for 21% of all deliveries (WHO, 2019). In total, 35% of all maternal deaths (MDs) are caused by postpartum haemorrhage (PPH), blood loss >500 ml in vaginal deliveries and >1000 ml in caesarean

deliveries (Rivera Fumero et al., 2020). The caesarean group is the highest risk group, due to the type of abdominal surgery and for having a lower amount of circulating oxytocin, a hormone that favours uterine contractility (Mogrovejo, 2021). In 80% of the cases, early postpartum haemorrhage, which occurs in the first 24 h, is related to

Trial registration: RBR-67gq6k <https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-67gq6k/> Trial identification number: UTN: U1111-1238-8710

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2022 The Authors. *Nursing Open* published by John Wiley & Sons Ltd.

uterine atony, generally the most severe (loss of uterine muscle tone due to inadequate contraction of the myometrial cells in response to lack of endogenous oxytocin released after the caesarean section, causing a delay in involution of the uterus). In normal deliveries, a strong uterine contraction occurs to close its blood vessels. Thanks to this contraction, bleeding is minimal in the mother (López-García et al., 2017).

Currently, it is a common practice to separate the mother from her newborn after a caesarean section; therefore, immediate Skin-to-skin (SSC) is not performed (Kollmann et al., 2017). This exerts a negative influence on the recovery of uterine contractility and causes an increased risk of postpartum haemorrhage (PPH) (Fernández-Cañadas, 2018). It is therefore advisable to perform an immediate SSC, as there is an increase in oxytocin and beta-endorphins in the mother, which favours uterine contraction and colostrum ejection (Boyd, 2017). Immediate early skin-to-skin contact consists of placing the naked newborn in prone position on the mother's naked torso as soon as it is born or shortly after that moment (Moore et al., 2016). Epigenetic changes in stress regulation systems have been found in newborns due to separation from the mother after birth (Moore et al., 2016). This fact is related to an increase in the expression of genes that synthesize certain molecules and hormones (cortisol, adrenaline, etc.) from the brain and adrenal gland. This explains why it slows the recovery of the mother and baby, delays recognition of the mother and can create a weak bond between mother and child which, however, can be reversible with a loving and nurturing environment, thanks to SSC (Luby et al., 2020). Currently, considering the weight of the existing evidence and in the context of the caesarean surgical process, there are few data on the relationship between immediate CSS in caesarean sections and postpartum haemorrhage. In this sense, our main objective is to analyse whether immediate skin-to-skin contact between the healthy newborn and the mother after a scheduled caesarean section favours uterine contraction on leaving the postanesthesia room and recovery of the maternal blood haemoglobin levels on the third hospitalization day. We will also study the relationship of this technique with other variables such as breastfeeding, pain, maternal satisfaction and newborn crying.

## 2 | METHOD

This study has been designed following the CONSORT guideline for clinical trials (Cobos-Carbó & Augustovski, 2011). A randomized, unblinded and randomized clinical trial was conducted with women subjected to caesarean sections in the Gynaecology and Obstetrics service of a tertiary-level public hospital.

Was approved by the hospital's Ethics and Clinical Research Committee and by the Bioethics Committee. The study complied with the principles set forth in the Declaration of Helsinki, with Organic Law 3/2018, of December 5th, on Personal Data Protection and Guarantees of Digital Rights, and with Law 41/2002, of November 14th, Basic Regulatory Law on Patient Autonomy and Rights and

### HIGHLIGHTS

- Skin-to-skin contact reduces morbidity and mortality at cesarean section
- At cesarean section, skin-to-skin contact accelerates uterine contraction
- Skin-to-skin contact prevents obstetric hemorrhage at cesarean section
- Skin-to-skin contact increases cesarean section satisfaction and comfort levels
- Skin-to-skin contact at cesarean section decreases newborn crying

Obligations about Clinical Information and Documentation. All patients were informed in writing by means of an informed consent form. The study was conducted in accordance with the requirements of Law 14/2007, of July 3, 2007, on Biomedical Research, and is pertinent. It is aimed at women who are to undergo caesarean sections; therefore, we do not consider sex/gender differences. The authors were committed to sharing the research data in any of the necessary cases to provide openness, transparency and reproducibility of the research. The assay registration number was RBR-67gq6k and the assay identification number: UTN: U1111-1238-8710. The research is developed in patients with caesarean section from January 1, 2019 through November 31, 2019, at the Hospital Universitario Virgen Macarena, a public hospital located in the Spanish city of Seville. It is one of the highest-ranking regional hospitals in the Andalusian Public Health System. It has a health care, research and teaching function and provides health care to a total population of 480,000 people.

Inclusion criteria: Pregnant women aged from 20–40 years old, with fetal presentations not compatible with vaginal delivery (breech), cephalopelvic disproportion that would prevent vaginal delivery, with the previous placenta that prevent vaginal delivery, caesarean sections that must be repeated due to persistence of the previous indication or to the emergence of a new one, different from the one that motivated the previous intervention. - Women whose newborns are immediately assessed by the neonatologist as healthy children and with Apgar test assessment at 5 minutes  $\geq 9$ . - Caesarean section between 37–41 gestational weeks. - Pregnancy and immediate postpartum without fetal alterations or malformations, of any nature and aetiology, must be recorded in the clinical history.

Exclusion criteria: Women whose caesarean section process has been complicated by a serious pathology (cardiac, metabolic, respiratory disease, etc.). Urgent caesarean sections (umbilical cord prolapse, premature placental detachment, previous placenta with abundant bleeding, suspected fetal distress, suspected uterine rupture).

The main limitation of this study was that we were not able to attend to urgent caesarean deliveries, since we did not have a place that would give us the security to avoid serious complications in this type of caesarean delivery.

## 2.1 | Randomization and blinding methods

The selection of the sample was established through simple random sampling. Patients with a diagnosis of caesarean section were recruited for the clinical trial when they were in the high-risk consultation for pre-evaluation of their process. They were informed of the study by the research team members and were offered to participate in the study. Patients who met the inclusion criteria, who were informed, voluntarily agreed to participate, and gave their signed consent were included in the study. In the Research Unit, they were anonymized by means of a table in which an order number was assigned to their clinical history, which served as identification.

Participants were assigned by permuted randomization of permuted blocks with a block size of 4. Pregnant women were informed of the results of the randomization upon entering the operating room, at which time they were informed of the results of the randomization.

The pregnant women were informed of the results of the randomization upon entering the operating room, at which time it was impossible to continue with the blinding.

## 3 | INTERVENTION

Study arms: A or Control Group (no SSC), with the conventional intervention according to the hospital's protocols. After the caesarean section, the mother was transferred to the postanesthesia recovery room while the newborn was taken in a crib to the maternity room with the father or companion. B or Intervention Group (SSC), in which skin-to-skin contact with the newborn was performed from the operating room and continued in a room located in the postpartum unit, in the companion's presence.

### 3.1 | Experimental group

All members of the surgical team were informed and communicated the circuit to perform a safe SSC. When the baby was born, the cord was clamped and cut. The midwife received the newborn directly from the surgeon. She showed the baby to the mother and allowed her to see and kiss him. The paediatrician confirmed the newborn's good health. The assistant weighed the baby and the nurse measured the baby. The midwife prepared the mother for the SSC and placed the baby on her chest, where he remained for at least 1 h. The midwife positioned herself at the top of the bed. The newborn was positioned so that he could start suckling, crossed on the chest, covered with a warm towel or cloth, avoiding any discomfort to the surgeons to close the surgical wound. The placement of the identification bracelets was performed with the baby on the mother's chest, avoiding other routine activities until the newborn started its first feeding. The baby went in bed with the mother to the postanesthesia recovery room, in this case, located in a postpartum room on the fourth floor, next to the father. The newborn was given vitamin K

and eye drops in the mother's arms, always leaving these procedures until last. If at any time the mother reported that she felt uncomfortable with the SSC, the father continued with the SSC, with her prior consent. Always controlling that everything was performed safely.

### 3.2 | Control group

This group followed the normal protocol in relation to caesarean sections. The mother had no contact with the newborn at the time of delivery, being admitted to the recovery room. Once she was stabilized, she was transferred to the maternity ward to be reunited with the child and the father, who were waiting for her.

The following variables were studied:

Skin-to-skin contact (SSC): when the infant spent at least 1 h after the caesarean section on the mother's torso, from the operating room. Dependent variables: Uterine contraction: uterine contraction level prior to the mother's discharge from the awakening room. The anesthesiologist gently pressed on the mother's abdomen to palpate the uterus, check its firmness and assess whether the uterus is very well contracted at the infraumbilical level or if, on the contrary, it remains at the umbilical or supraumbilical levels. Plasma haemoglobin: it is expressed in g/dl. Blood haemoglobin levels were measured before the caesarean section (Hb1), after the caesarean section at recovery room discharge (Hb2) and on the third hospitalization day (Hb3).

We also measured the difference between Hb3 and Hb1 (Hb loss). The first two determinations were performed with venous capillary blood with an HemoCue Hb 201+ System, that met the quality criteria of the hospital where the study was conducted. The analysis prior to hospital discharge, that of the third day was from venous blood sent to the hospital laboratory. The number of gynecologic pads used to absorb bleeding was also measured. Breastfeeding (BF): it expresses whether the breastfeeding act was effective, evaluated at two points in time: during the first hour after birth (at least 1 h in a row) and at 1 month (the only feeding method is breastfeeding).

Postoperative pain: pain manifestation in the operating room (VAS 1), when the mother arrived in the recovery room (VAS 2) and when she left the recovery room for admission to the recovery room (VAS 3). The VAS scale (Visual-Analog Scale) ranges from 0–10, where 0 is no pain and 10 is unbearable pain. The values were grouped to establish three pain levels, namely: from 1–3, mild pain; from 4–6, moderate pain and from 6–10, severe pain.

Mother's satisfaction degree – SSC: satisfaction with the performance of SSC. A five-point Likert scale was used: Very dissatisfied, Dissatisfied, Neither satisfied nor dissatisfied, Satisfied, Very satisfied. Comparison with previous caesarean section: (Yes, No). In the case of having had a previous caesarean section, the patient was asked to rate whether this was a better experience or not. Newborn crying: (Yes, No). If the newborn cried during SSC in the intervention group or when with the father in the room in the control group.

Newborn Apgar test at 1 and 5 min: expressed in whole numbers. Rapid test at birth by which the paediatrician evaluated Appearance, Pulse, Irritability, Activity and Respiration.

Sociodemographic and clinical variables: Age (in years old). Schooling level (no schooling, elementary school, high school, vocational training [VET], university studies). Mother's and NB's weight: (in kilograms). Height: (in cm). Newborn's gender: (Male or Female). Previous caesarean section: (Yes/No).

Other variables: Medical pathology: The presence of chronic diseases. YES-NO. Obstetric pathology: history of obstetric pathology. YES-NO. Reason for caesarean section: previous caesarean section, anomalies at presentation.

### 3.3 | Statistical analysis and sample size calculation

To calculate the sample size, the researchers relied on a previous quasi-experimental study conducted in another hospital with patients subjected to caesarean sections. In this study, the 'physiologic stability' and 'maternal/neonatal stress' variables were analysed (Crenshaw et al., 2019). A multivariate adjustment model with a logistic regression model was used to determine the number of participants to participate in the study and to identify potential confounders using Epidat 4.2® and SPSS® 25.0. The size was calculated accepting an alpha risk of .05 and a beta risk of .2 in a bilateral contrast. A common standard deviation of .16 and a correlation coefficient between baseline and final measurement of .61 were assumed.

First, a descriptive analysis of all variables was performed. The qualitative variables were presented by absolute and relative frequencies with confidence intervals. The quantitative variables were presented as mean and standard deviation or as median and interquartile range, depending on whether they followed a normal distribution. In the second stage, a bivariate analysis was performed between the variables that could influence the results, with intention-to-treat. Chi-square or Fisher's exact tests were used for the qualitative variables and the Student's t-test and ANOVA or Mann-Whitney's U and Kruskal-Wallis tests were employed for the quantitative variables, depending on whether they presented normal distribution. To explore the relationship between the dependent variables and the patients' sociodemographic and clinical characteristics, the appropriate tests were used in each situation (Student's t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient or their non-parametric alternatives if necessary [Mann-Whitney's U, Kruskal-Wallis and Spearman's correlation]). Contrast tests for independent and related samples, respectively, were used for the comparative analysis between the two intervention groups. The statistical significance level was set at a *p*-value below .05. The statistical analysis was performed with the IBM SPSS 21 and R Studio statistical software programs. The graphs were generated in GraphPad Prism 8.

## 4 | RESULTS

Of the total number of patients with indications for caesarean section ( $N = 359$ ) during the research period, 23.2% (83 women) were recruited because they met the inclusion criteria. There were three

losses due to difficulty in postanesthesia recovery, two in the control group and one in the experimental group, leaving 40 participants in each group. This investigation has led to the development of a protocol in this hospital that also includes emergency caesarean sections. The descriptive analysis of the variables by the group is presented in Table 1 and the characteristics of the patients included in the study are shown in Table 2. The results obtained show significant differences in the uterine contraction level between the groups, being greater in the SSC group (Figure 1). In the SSC group, women mostly presented uterine contraction at the infraumbilical level, while in the control group it was at the umbilical level.

Regarding serum haemoglobin (Figure 2), the control group presented higher Hb1 values prior to the surgery. Even so, the differences in median Hb3 (pre-discharge) between the two groups were statistically significant, being lower in the control group. Both groups present bleeding and Hb decrease after the caesarean section, but it can be observed how the Hb levels are recovered earlier in the SSC group. A new variable called 'Hb decrease' was calculated, which indicates the difference between the mean Hb before the surgery and immediately before hospital discharge. The mean Hb decrease (Hb3-Hb1) was significantly higher in the control group, indicating higher anaemia levels than in the SSC group and, therefore, more bleeding in the postoperative period in the control group, with significance. To assess bleeding, a count of the gynaecological compresses used as a method to absorb bleeding was also performed. In this regard, differences with clinical relevance emerged. To control bleeding, it was found that, in the women who underwent SSC, two compresses at a time were sufficient, while in the control group, it was necessary to use four or more compresses to control bleeding. The level of Hb decrease (Hb1-Hb3) correlated inversely with the uterine contraction level, relating higher levels of uterine contraction to lower levels of Hb decrease during postoperative caesarean section. The women's Hb decrease according to the uterine contraction level presented differences, being greater at the supraumbilical and umbilical levels. When comparing the Hb decrease means between the groups, adjusting for the uterus contraction levels, the differences remained statistically significant, with a lower decrease in the SSC group, as shown in Figure 3.

Below we show the relationship between skin-to-skin contact and other variables such as breastfeeding, postoperative pain, degree of maternal satisfaction, degree of satisfaction compared to previous caesarean sections and newborn crying.

Pain assessment after arrival in the recovery room (VAS 2), is different in each group. The control group reported severe pain (VAS 6-10) in a higher percentage than the CSS group (see graph 4). Minimal pain (VAS 1-3) was identified in 80% of the women undergoing CSS. Upon leaving the awakening room, there were also significant differences in the frequency of no pain or minimal pain between the two groups (Figure 4).

Breastfeeding (BF) was studied at the initiation of the newborn's contact with the mother, from the operating room in the case of the SSC group and at 4-6 h in the case of the control group. Significant differences were found, as a very low number of newborns in the

TABLE 1 Descriptive analysis of variables by groups

Variable		Control	SSC	<i>p</i>
Hb (g/dL)	Hb1 <sup>a</sup>	12.787 (1.92)	12.087 (0.98)	.274
	Hb2 <sup>a</sup>	11.785 (1.26)	11.63 (1.06)	.593
	Hb3 <sup>a</sup>	10.522 (1.24)	11.075 (0.99)	.017
	*Hb decrease <sup>a</sup>	2.265 (1.28)	1.01 (0.49)	.0001
Uterine contraction	Supraumbilical	3 (7.5%)	0%	.0001
	Umbilical	28 (70%)	3 (7.5%)	
	Infraumbilical	9 (22.5%)	37 (92.5%)	
Breastfeeding at birth	Yes	13 (32.5%)	37 (92.5%)	.0001
Breastfeeding at 1 month	Yes	5 (12.5%)	37 (92.5%)	.0001
Pain	VAS 1 <sup>a</sup>	0.78 (1.901)	0.58 (1.796)	.890
	VAS 2 <sup>a</sup>	6.23 (2.118)	1.48 (2.112)	.0001
	VAS 3 <sup>a</sup>	5.23 (1.776)	0.60 (1.172)	.0001
APGAR 1 <sup>b</sup>		9 [2]	10 [3]	.008
APGAR 5 <sup>b</sup>		10 [1]	10 [1]	.694
Previous caesarean section	Yes	10 (25%)	9 (22.5%)	.793
Mother's satisfaction <sup>a</sup>		6.5 (2.407)	9.98 (0.158)	.0001
**Newborn crying	No	22 (55%)	36 (90%)	.001

<sup>a</sup>Mean and standard deviation M (SD). We consider a homogeneous sample.

<sup>b</sup>Median [range].

\*Hb decrease difference between Hb3 and Hb1.

\*\*Newborn screening test after birth (at 1 min, at 5 min). All newborns are healthy to perform SSC.

## Whether it should be Newborn crying or Newborn screening

TABLE 2 Demographic and baseline data by groups

Variable	Control	SSC	<i>p</i>
Age (years old) <sup>a</sup>	33.125 (3.57)	33.2 (3.16)	.921
Height (cm) <sup>a</sup>	166.25 (6.77)	163.25 (5.86)	.037
BMI <sup>a</sup>	31.69 (4.59)	32.59 (5.5)	.430
Level of studies			
Basic	23 (57.5%)	9 (22.5%)	.0001
Medium	5 (12.5%)	25 (62.5%)	
High	12 (30%)	6 (15%)	
Mother's weight (kg) <sup>a</sup>	87.23 (11.16)	86.55 (13.27)	.840
Newborn's weight (g) <sup>a</sup>	3512.7 (812.34)	3616.2 (466.95)	.025
Newborn's gender			
Male	31 (77.5%)	20 (50%)	.011
Female	9 (22.5%)	20 (50%)	
Other variables			
Medical pathology <sup>b</sup>	31 (77.5%)	25 (62.5%)	.143
Obstetric pathology <sup>c</sup>	9 (22.5%)	15 (37.5%)	.823

<sup>a</sup>Mean and standard deviation M (SD). We consider a homogeneous sample.

<sup>b</sup>Hypothyroidism, goitre, psoriasis, migraines.

<sup>c</sup>Curettage or abortion, gestational diabetes, poor obstetric history, polycystic ovaries.

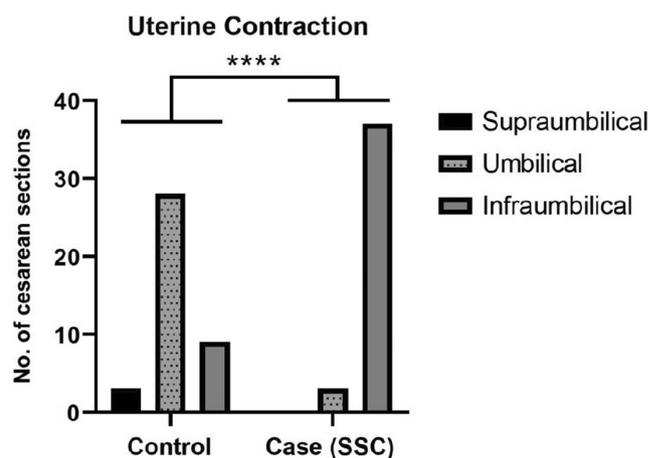
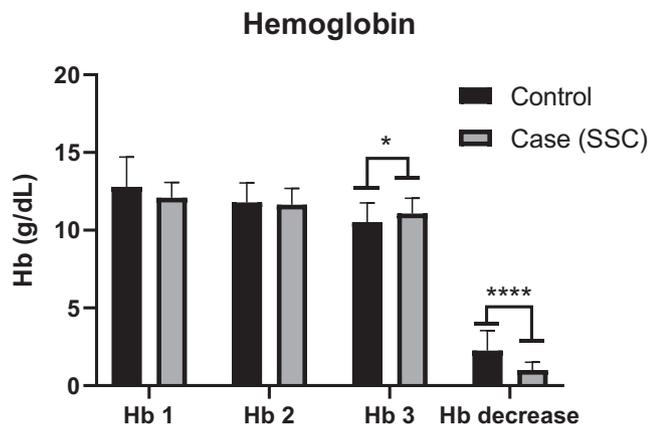
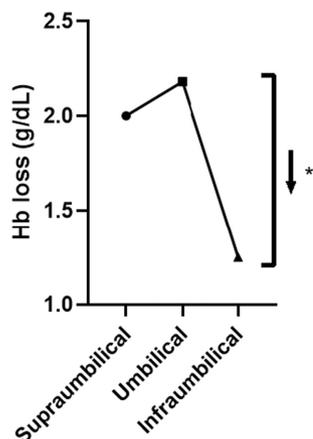


FIGURE 1 Effect of SSC on uterine contraction. Comparison of the uterine contraction level in women subjected to caesarean sections between the case group (SSC) and the controls. Greater uterine contraction is observed in caesarean sections with SSC. The Chi-square statistical test was performed.  $N = 40$  in each group. \*\*\*\* $p \leq .0001$

control group initiated breastfeeding at their first contact with the mother, compared to those in the SSC group. The odds ratio shows that the proportion of women who breastfed in the first hour after delivery is higher in those who undergo SSC compared to those who do not, as can be seen in Figure 5. Analysing BF at 1 month, significant differences also appear ( $p < .001$ ). In the SSC group, 80%

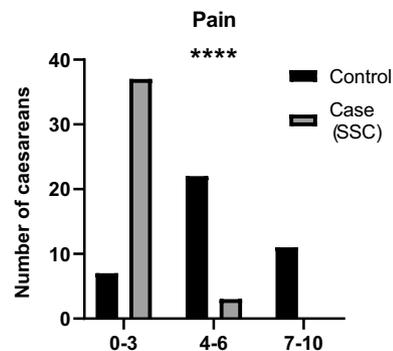


**FIGURE 2** Evolution of maternal plasma haemoglobin levels. Evolution of maternal serum haemoglobin during the hospital caesarean section process. Hb1: plasma haemoglobin concentration prior to caesarean section. Hb2: Hb concentration at recovery room discharge. Hb3: Hb concentration at hospital discharge. Hb values decrease throughout the surgical process, being more evident at the end of this process in women who do not undergo SSC. Mann-Whitney's U non-parametric test was performed. Mean and standard deviation are shown.  $N = 40$  in each group.  $p \leq .0001$

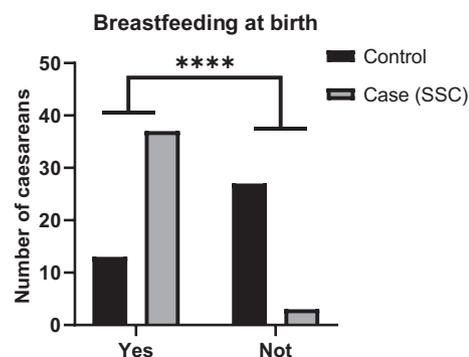


**FIGURE 3** Correlation between Hb decrease (Hb1-Hb3) and uterine contraction level. Haemoglobin loss depends on the uterine contraction level, with lower values corresponding to the infraumbilical level. Significant differences ( $p < .05$ ) in the total sample. If we divide the sample between the intervention and control groups, the difference in means is not significant. However, the haemoglobin loss levels in relation to uterine contraction, although not statistically significant, are still lower in the group undergoing SSC. The test used was one-factor ANOVA

of the newborns continued with BF, while in the control group the percentage was only 9%. Likewise, in the control group, there was also a decrease in BF maintenance at 1 month in the newborns that did have effective BF (32.5% BF at initiation vs. 12.5% BF at 1 month). The proportion of women breastfeeding at 1 month from birth was 83.33 (1/.012) times higher among those with SSC than in those not undergoing SSC. The newborn's good health status was assessed through crying, in the presence of the parents performing



**FIGURE 4** Comparison of the pain sensation measured with VAS (visual analog scale) at exit to the recovery room, between the case group (SSC) and the controls. The values are grouped into three numerical intervals: 0-3 (mild pain), 4-6 (moderate pain) and 7-10 (intense pain). The Chi-square statistical test was performed. It can be seen how the pain sensation is moderate in women who do not undergo SSC.  $N = 40$  in each group.  $****p \leq .0001$



**FIGURE 5** Analysis of the effectiveness of breastfeeding in the first hour after birth. The Chi-square statistical test was performed. It can be seen how breastfeeding is more effective in the group of women who undergo SSC.  $N = 40$  in each group.  $****p \leq .0001$

SSC or alone with the father/companion, in the control group, until the mother arrived from the recovery room. There are significant differences between the two groups ( $\chi^2 = .031$ ). In total, 90% of the newborns did not cry in the SSC group, when compared to 45.4% in the control group. It is worth mentioning that these newborns in the SSC group also did not cry when receiving intramuscular vitamin K, both during SSC and during BF. The women were asked to rate, using a Likert-type scale, the degree of satisfaction with the comfort felt in the recovery room, where 0 is very dissatisfied and 10 is very satisfied. In total, 90% of the women in the SSC group indicated a grade of 10, very satisfied, when compared to 36.3% in the control group, with a significant difference of  $p = .096$ . Regarding satisfaction in general, the women in the SSC group equally rated their experience with the highest score (satisfaction = 10, very satisfied). In the case of the women who have had a previous caesarean section (30% SSC group, 27.2% control group), they were asked to rate their current experience when compared to the previous one. All the pregnant women in the SSC group attributed a score of 10,

very satisfied, with this SSC technique when compared to the previous caesarean section, without SSC. The women were asked to rate, using a Likert-type scale, the degree of satisfaction, where 0 is very dissatisfied and 10 is very satisfied. The women in the SSC group indicated that they were very satisfied versus those in the control group, who were less satisfied. Women who had had a previous caesarean section (30% SSC group, 27.2% control group) were asked to rate their current experience compared to their previous experience. All pregnant women in the SSC group attributed a score of 10, very satisfied, to this SSC technique compared to the previous caesarean section, without SSC.

## 5 | DISCUSSION

The present study shows that all women who underwent skin-to-skin contact achieved faster uterine contraction in the recovery room and had better recovery of plasma haemoglobin levels 3 days after hospitalization. This fact influenced the accelerated recovery of the health status after the caesarean section. To date, most of the published research on SSC has been conducted on normal deliveries or on other variables. A study by Kollmann et al. (2017) whose objective was to investigate the impact of intraoperative bonding (early skin-to-skin contact) after caesarean sections on neonatal adaptation and stress response, points out that there is a cause-effect relationship with SSC; however, no data have been found relating this technique to serum Hb levels and uterine contraction. This study shows that the relationship between SSC and uterine contraction is significant, as Boyd points out in 2017: that skin-to-skin contact increases the levels of maternal oxytocin and beta-endorphins, and that this favours uterine contraction (Boyd, 2017). A team from their institution conducted a quality improvement project to implement a care standard, but they do not demonstrate that it favours the recovery of the mother's health status in terms of the uterine contraction and its consequent effect on the prevention of obstetric haemorrhage by favouring recovery of the Hb values. However, this study does, which is very important, especially for those pregnant women who start with lower-than-normal Hb levels. Another study by Espinoza Quinteros, in 2020, refers to the prevention of obstetric haemorrhage with SSC, but in normal deliveries; moreover, his study is of an exploratory type and qualitative approach, in which interviews were used to learn about satisfaction about the experience (Espinoza et al., 2021). We know that women subjected to caesarean sections presented less circulating oxytocin, a hormone that assists in the bonding and recovery process; therefore, immediate SSC becomes more necessary for this cohort of women. This evidence is supported by Costa Romero, in 2019, although not based on quantitative data; they only point out the importance of this technique and propose a model of action (Costa Romero et al., 2019). In this study, it is also shown that there was a dependence between SSC and breastfeeding in the first hour after delivery and at 1 month and their effect on uterine contraction. In a 2016 Cochrane review, it is also noted that women who undergo SSC after caesarean deliveries

are probably more likely to breastfeed successfully, although the analyses were based only on two trials and few women. The evidence was insufficient to determine whether skin-to-skin contact might improve breastfeeding at other times after a caesarean section (Moore et al., 2016). About the perception of maternal postoperative pain, it was lower for women who experience SSC, once they arrive at the recovery room. This fact was studied by Kollmann et al., although only inside the operating room, and the data were inconclusive (Kollmann et al., 2017).

We saw that the level of patient satisfaction, regarding SSC, is highly rewarding. These data were consistent with another paper noting that women who initiated skin-to-skin contact during the surgery were more satisfied with the experience and had lower salivary cortisol levels over time (Crenshaw et al., 2019). There is evidence of a relationship between undergoing a caesarean section and depressive symptomatology (Xie et al., 2011); however, Sword et al. (2011) provide conflicting results on this topic. All the women who underwent SSC in the presence of their companion and who had a previous caesarean section without SSC or companion stated that they had felt a better experience with the most recent caesarean section due to the contact with the infant after birth and that it improved their relationship with their newborn. They stated that they were happy to have the opportunity to immediately bond with their newborns. Brüggemann et al. point out that the presence of a companion during labour, intrapartum and immediate postpartum has been recommended by the WHO, although they do not mention SSC (Brüggemann et al., 2015). This tendency was reinforced by the comments made by the mothers: '...for me it has been the best experience of my life...much better than the previous cesarean section...I came down when I saw that I was alone...nervous and anxious, I only saw it for a second...it is normal that they provide a space...as it's a joy...I would've liked to be with them...it's much better and more relaxing than the first one'. About the crying of the newborns, it was shown that those who underwent SSC in the operating room reached a level of total tranquillity when compared to those who wait for their mother in the room. Infants who remained with their fathers, waiting for the mother to arrive from the recovery room, were restless and cried in most cases. This statement is supported by several authors who detail that, in healthy term newborns, SSC is associated with increased breastfeeding frequency and duration, and it appears to exert a beneficial effect on crying time and cardiorespiratory stability (Rivera Fumero et al., 2020; Sanchez et al., 2009). Our study has quantified and demonstrated this. The basis of our study is a randomized clinical trial, with quantitative data. To date, studies on early SSC of newborns collect little such data (Mörelis et al., 2015; Zwedberg et al., 2015). In a study that is not a clinical trial, conducted with caesarean sections, the author notes: '...it would be interesting to repeat this work with an experimental design (clinical trial) for further research...in hospitals where mother-infant separation routines still exist during cesarean sections (for whatever reason) and to assess whether the results are consistent with those of this study' (Rengel-Días, 2012). Early SSC has not yet been adopted as a healthcare practice standard for healthy term

infants in most scheduled caesarean sections, the reason why this occurs is currently unknown (Hanson & Gluckman, 2016). In a 2016 systematic review by Moore, Anderson, Bergman and Dowswell, it is stated that SSC should be initiated immediately after birth in vaginal deliveries and as soon as the mother is alert and responsive after the caesarean delivery. In the Implications for Research section, they note that '...more research is needed on the effects of early skin-to-skin contact in mothers who deliver by cesarean section', 'Women who deliver by cesarean section may benefit from early SSC, but more studies are needed to confirm this' (Moore et al., 2016). In this context, our study contributes to scientific knowledge with key information to reduce maternal morbidity and mortality rates in mothers who have undergone scheduled caesarean sections. This fact is related to greater stability in the mothers, as they reduce the risk of postpartum haemorrhage. Therefore, it is more advantageous not to separate mother and child in the first hours after this surgery. The authors, Dalbye et al. (2011), noted that providing opportunities for mothers to engage in skin-to-skin contact immediately after a caesarean birth is evidence-based Nursing practice and represents a new expert patient care model for mothers and their newborns (). If maternity hospitals do not provide immediate SSC after caesarean sections, many women and their newborns may miss out on the potential benefits conferred by SSC (Stevens et al., 2014). Techniques such as the caesarean section should not preclude performing SSC from the operating room since, as we have seen while conducting this study, it can be done with no difficulty. However, an important limitation we have had is that the hospital facilities were not 100% prepared to perform this technique. Skin-to-skin contact in women subjected to caesarean sections increases uterine contraction and favours the recovery of maternal plasma haemoglobin levels at the time of hospital discharge. It is possible to perform it from the operating room and facilitates higher success rates in immediate breastfeeding and in breastfeeding maintenance during the first month after the birth of the newborn. It is related to greater feelings of satisfaction for the mother; they feel less pain and their newborns are calmer because they cry less.

## 6 | LIMITATIONS

The main limitation has been the impossibility of having the hospital's postanesthesia recovery room available and the need to adapt a postpartum room so that the mother, her newborn and the companion could stay together.

### CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflicts of interest.

### ETHICAL APPROVAL

This article was approved by the hospital's Ethics and Clinical Research Committee and by the Bioethics Committee. The study complied with the principles set forth in the Declaration of Helsinki, with Organic Law 3/2018, of December 5th, on Personal Data Protection and

Guarantees of Digital Rights, and with Law 41/2002, of November 14th, Basic Regulatory Law on Patient Autonomy and Rights and Obligations regarding Clinical Information and Documentation. All patients were informed in writing by means of an informed consent form. The study was conducted in accordance with the requirements of Law 14/2007, of July 3, 2007, on Biomedical Research, and is pertinent. It is aimed at women who are to undergo cesarean sections; therefore, we do not consider sex/gender differences. The authors were committed to share the research data in any of the necessary cases to provide openness, transparency and reproducibility of the research. The assay registration number was RBR-67gq6k and the assay identification number: UTN: U1111-1238-8710

### DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

### PATIENT OR PUBLIC CONTRIBUTION

This study was designed following the CONSORT guideline for clinical trials. A randomized, unblinded clinical trial was conducted with women subjected to caesarean sections in the Gynaecology and Obstetrics service of a tertiary-level public hospital. The patients were divided into two groups: A or Control Group (no SSC), with the conventional intervention according to the hospital's protocols. After the caesarean section, the mother was transferred to the postanesthesia recovery room while the newborn was taken in a crib to the maternity room with the father or companion. B or Intervention Group (SSC), in which skin-to-skin contact with the newborn was performed from the operating room and continued in a room located in the postpartum unit, in the companion's presence.

### ORCID

José Miguel Pérez-Jiménez  <https://orcid.org/0000-0002-5648-9365>

Manuel Luque-Oliveros  <https://orcid.org/0000-0003-4346-617X>

Diego Gonzalez-Perez  <https://orcid.org/0000-0002-5029-2289>

Adriana Rivera-Sequeiros  <https://orcid.org/0000-0001-5950-5183>

Cleofás Rodríguez-Blanco  <https://orcid.org/0000-0002-8674-9180>

Cleofás Rodríguez-Blanco  <https://orcid.org/0000-0002-8674-9180>

### REFERENCES

- Boyd, M. M. (2017). Implementing skin-to-skin contact for cesarean birth. *AORN Journal*, 105, 579–592.
- Brüggemann, O. M., Ebele, R. R., Ebsen, E. S., & Batista, B. D. (2015). In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: Discourses of nurses and technical directors. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 152–158.
- Cobos-Carbó, A., & Augustovski, F. (2011). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Medicina Clínica*, 137(5), 213–215. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.034>
- Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., & Díaz Gómez, N. M. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación [Skin to skin contact after cesarean delivery.

- Theme update and actuation proposal]. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006.
- Crenshaw, J. T., Adams, E. D., Gilder, R. E., DeButy, K., & Scheffer, K. L. (2019). Effects of skin-to-skin care during cesareans: A Quasiexperimental feasibility/pilot study. *Breastfeeding Medicine*, 14(10), 731–743. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0202>
- Dalbye, R., Calais, E., & Berg, M. (2011). Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns—a phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 107–111.
- Espinoza, J.A., Asanza, S., & Malo, M.J. (2021). Contacto piel con piel en épocas del COVID – 19: experiencias maternas en el Hospital Universitario del Río, Cuenca Ecuador, Repositorio institucional de la Universidad del Azuay.
- Fernández-Cañadas, A. (2018). Administración de oxitocina y vía del parto: asociación con el cese de la lactancia materna. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma De Madrid, Facultad De Medicina, Departamento de Cirugía.
- Hanson, M., & Gluckman, P. (2016). Commentary: Developing the future: Life course epidemiology, DOHaD and evolutionary medicine. *International Journal of Epidemiology*, 45, 993–996.
- Kollmann, M., Aldrian, L., Scheuchenecker, A., Mautner, E., Herzog, S. A., Urlesberger, B., Raggam, R. B., Lang, U., Obermayer-Pietsch, B., & Klaritsch, P. (2017). Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study. *PLoS One*, 12(2), e0168783. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168783>
- López-García, L. F., Ruiz-Fernández, D. P., Zambrano-Cerón, C. G., & Rubio-Romero, J. A. (2017). Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 218–227.
- Luby, J. L., Baram, T. Z., Rogers, C. E., & Barch, D. M. (2020). Neurodevelopmental optimization after early-life adversity: Cross-species studies to elucidate sensitive periods and brain mechanisms to inform early intervention. *Trends in Neurosciences*, 43(10), 744–751. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.08.001>
- Mogrovejo, C. A. (2021). Proceso de atención de enfermería según la teoría de Marjory Gordon en paciente con hemorragia posparto inmediato (examen complejo). UTMACH, Facultad De ciencias Químicas Y De La Salud, Machala, Ecuador.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Mörelus, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, 91(1), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Nota descriptiva N°348. Mortalidad materna. [cited February 20, 2021]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Rengel-Días, C. (2012). Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga, RIUMA.
- Rivera Fumero, S., Chacón, G. C., & González, C. A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*, 5(6), 2–10. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.512>
- Sanchez, M., Alonso, C. P., Mussons, F. B., Urcelay, I. E., Conde, J. C., Narbona, E., & Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de pediatría*, 71(4), 349–361.
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: A review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456–473. <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>
- Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: A prospective cohort study. *BJOG*, 118, 966–977.
- Xie, R.-H., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2011). Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of Women's Health*, 20, 1881–1886. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2842>
- Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: "Fighting an uphill battle". *Midwifery*, 31(1), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.014>

## SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

**How to cite this article:** Pérez-Jiménez, J. M., Luque-Oliveros, M., Gonzalez-Perez, D., Rivera-Sequeiros, A., & Rodriguez-Blanco, C. (2022). Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial. *Nursing Open*, 00, 1–9. <https://doi.org/10.1002/nop2.1331>

## **CIRCUITO ASISTENCIA CUIDADOS EN CESÁREA Y CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-RN**

### **JUSTIFICACIÓN:**

En la línea de buenas prácticas en la “Atención humanizada al Proceso del Nacimiento”, la Continuidad de cuidados y Calidad asistencial, para garantizar la Seguridad de la madre y del bebé así como la adecuación del entorno físico; se establece el siguiente circuito de Atención a las gestantes tras la realización de cesárea favoreciendo el contacto piel con piel madre-RN.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Aumentar el nivel de satisfacción percibido por la gestante y las familias en relación a la calidad de la atención recibida, en el contexto de la humanización del nacimiento.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Garantizar la seguridad madre-RN.
- 2) Aumentar la calidad asistencial prestada y percibida.
- 3) Fomentar el trabajo en equipo multidisciplinar referente en la atención de las gestantes durante el proceso del nacimiento, favoreciendo la continuidad asistencial en las diferentes etapas del proceso.

### **CIRCUITO DE ASISTENCIA DE LAS GESTANTES:**

La gestante con necesidad de finalización de su gestación a través de una cesárea pasará a quirófano en cama, acompañada por su matrona referente y el celador de la unidad.

### **PROFESIONALES IMPLICADOS:**

Celador de la unidad.  
Matrona y TCAE referente del parto.  
Anestesiista de guardia

## DOCUMENTACIÓN:

- Etiqueta identificativa del paciente.
- Pulsera identificativa materna y del RN
- Consentimientos informados firmados.
- Documento identificación RN.
- Historia Pediátrica.
- Historia digital: Hoja Obstétrica de la gestante.
- Hoja Postquirúrgica Anestésica.

## PROCEDIMIENTO.

Funciones principales de los distintos profesionales en el circuito de asistencia en cesárea.

### **CELADOR de la unidad:**

- \* Trasladar a la gestante con indicación de cesárea, en cama, hasta el quirófano destinado a ello, colocando a la mujer sobre la mesa quirúrgica.
- Solicitar en admisión general o de urgencias la cama para su posterior ingreso en la sala de hospitalización.
- \* Trasladar a la puérpera con su RN en CPP desde el quirófano al parto 8 donde se realizarán los cuidados asistenciales postquirúrgicos.
- \* Trasladar a la puérpera con su RN en CPP desde el parto 8 hasta la habitación asignada en la sala de hospitalización.

## **TCAE referente de parto:**

### **Antes de pasar al área quirúrgica:**

- Rasurar si fuera necesario la zona púbica de la gestante previo al paso a quirófano.
- Comprobar la retirada de cualquier objeto metálico o móvil que pueda poner en riesgo a la gestante.
- Acompañar e instalar al familiar en el postparto 1, dejando previamente sus pertenencias en el parto 8 donde se realizarán los cuidados postquirúrgicos establecidos.

### **En el área quirúrgica:**

- Realización de las pulseras identificativas madre-hijo.
- Colaborar en todas las funciones propias de su categoría que sean necesarias durante la valoración pediátrica del RN.

### **En el parto 8:**

- Se interesará por el estado de la paciente observando y valorando junto a la matrona las necesidades de la paciente, tomando una actitud activa. Debe ofrecerse higiene en cama a la paciente.
- Control de la cantidad de sangre de las compresas ginecológicas que se van cambiando a la paciente.
- Revisión de la diuresis. En el caso que sea necesario controlará la diuresis horaria.
- Las llamadas/ timbres por parte de la paciente serán atendidas tanto por la TCAE como por la matrona.
- La TCAE estará pendiente de que la puérpera esté cómoda, acudiendo siempre que solicite su presencia.
- **Como pasan las cesárea arregladas a sala.**
- Colaborar en todas las funciones propias de su categoría que sean necesarias.
- La habitación quedará limpia, ordenada y repuesta para su siguiente uso.

### **MATRONA referente de parto:**

- Preparar la cuna de reanimación del RN con todo el material necesario, y avisar al pediatra, informándole telefónicamente del motivo de la cesárea.
- Recepcionar al RN en un paño estéril y colocarlo sobre la cuna de reanimación neonatal para su valoración pediátrica.
- Ayudar al pediatra en todas las funciones relacionadas con su categoría.
- Tras la valoración pediátrica, pesar al RN, pinzar el cordón umbilical, identificar al RN y prepararlo para el inicio del contacto piel con piel con la madre sobre la mesa quirúrgica tan pronto como sea posible y la situación de ambos lo permita.
- Si la situación materna y del RN lo permite mantener el contacto piel con piel durante toda la intervención quirúrgica.



- A la llegada de la púerpera al parto 8, se colocará a la madre la monitorización multifuncional para el control de las constantes vitales establecidas.

La paciente deberá permanecer bajo vigilancia estrecha y monitorización continua un mínimo de 90-120 min. La monitorización clínica es importante y debe realizarse de forma repetida para detectar la aparición de complicaciones precozmente.

La monitorización clínica se basará en:

- **Bloqueo sensitivo/motor:** Deberá confirmarse una ausencia de bloqueo motor según la escala de Bromage y una ausencia de bloqueo sensitivo (recuperación de sensibilidad, de dolor, presión, tacto y temperatura).

GRADO	DEFINICIÓN
0	Sin bloqueo motor
1	Incapacidad de elevar la pierna extendida; capaz de mover las rodillas y los pies
2	Incapacidad de elevar la pierna extendida y mover la rodilla; capaz de mover los pies
3	Bloqueo completo de la extremidad motora

- **Tono y altura uterina:** Se valorará de forma repetida durante su ingreso el tono del útero y su altura respecto al nivel del ombligo.
- **Valoración del sangrado:** Se cuantificará el sangrado vaginal y por la herida quirúrgica, manchado de apósitos o recogida en drenajes (si los hubiera) y compresas ginecológicas durante toda su estancia.
- **Diuresis:** Se medirá el volumen de diuresis. En determinadas ocasiones se utilizará un urinómetro para cuantificar la diuresis cada hora.

Monitorización durante el ingreso:

- La matrona será la responsable de la monitorización y vigilancia de la paciente durante la asistencia postquirúrgica inmediata hasta su posterior traslado a la sala de hospitalización.
- El anestesiólogo de referencia será el portador del busca de epidurales, que será avisado ante cualquier duda o evento. Será el responsable de autorizar el traslado de la paciente a la sala de hospitalización tras el 10/10 en el test de Aldrete.

**Test de Aldrete:**

Modalidad	Puntos	Criterio
Actividad	2	Mueve las 4 extremidades
	1	Mueve 2 extremidades
	0	No mueve las extremidades
Respiración	2	Respira y tose normalmente
	1	Disnea o respiración limitada
	0	Apnea
Circulación	2	TA $\pm$ 20% del nivel preanestésico
	1	TA $\pm$ 20-50% del nivel preanestésico
	0	TA $\pm$ 50% del nivel preanestésico
Saturación	2	Saturación >92% con aire ambiente
	1	Necesario oxígeno suplementario para SpO <sub>2</sub> >90%
	0	SpO <sub>2</sub> <92% con O <sub>2</sub> suplementario
Consciencia	2	Completamente despierto
	1	Despierta al llamarlo
	0	No responde

Al tratarse de pacientes con patología de bajo riesgo se recomienda realizar una monitorización no invasiva:

- \* Electrocardiograma de 3/5 derivaciones: frecuencia cardiaca, ritmo sinusal, alteraciones del ritmo no conocidas, alteraciones ST...
- \* Saturación por pulsioximetría: evitar desaturaciones, mantener SpO<sub>2</sub> > 94-96%, si se registra un dato menor administrar oxigenoterapia complementaria a través de gafas nasales a 2.5-3 lpm y avisar al anestesiólogo.
- \* Presión arterial no invasiva: mínimo cada 15 min.

La monitorización se mantendrá durante toda su estancia y se retirará de forma previa al alta.

- Durante toda la asistencia postquirúrgica inmediata la puérpera se mantendrá con dieta absoluta, iniciando la tolerancia oral cuando el anestesista deje indicado en la historia clínica de la paciente.
- Antes de ser trasladada a la sala de hospitalización la matrona retirará el catéter epidural por indicación facultativa.

## CRITERIOS DE ALARMA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

### Criterios de alarma en el postoperatorio inmediato (Maternal Early Warning Criterio)

Presión arterial sistólica	mmHg	<90 o >160
Presión arterial diastólica	mmHg	>100
Frecuencia cardíaca	lpm	<50 o >120
Frecuencia respiratoria	rpm	<10 o >30
Saturación de oxígeno	%	<95
Oliguria	ml/h durante $\geq 2$ h	<35

Neurológico: agitación, confusión o no respuesta a estímulos, paciente con preeclampsia con cefalea persistente o dificultad para respirar. Persistencia del bloqueo motor de MMII tras 3 h de su llegada a postparto.

## PROFILAXIS DE NAÚSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS (NVPO)

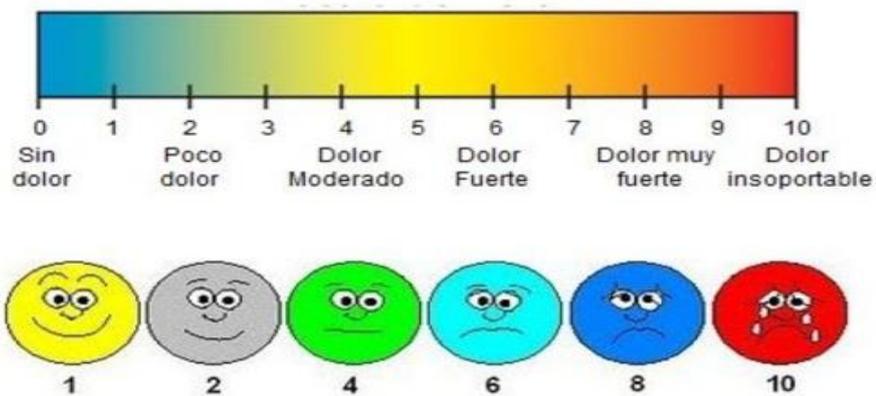
### Protocolo de administración de profilaxis para NVPO

[Redacted]
<b>Si riesgo moderado o aparición de NVPO:</b> dexametasona 4 mg (en 100ml de SSF 0'9%)
<b>Si riesgo alto o difícil control de NVPO: <u>Avisar anestesiólogo de guardia</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Droperidol 0'625 mg iv (no disponible en nuestro hospital).</li> <li>2. Repetir dexametasona 4 mg o granisetron 1 mg.</li> <li>3. Otros fármacos a valorar por anestesiólogo responsable</li> </ol>

## TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTCESÁREA. ESCALA DE VALORACIÓN NUMERICA O ESCALA VISUAL ANALÓGICA. PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO ANALGÉSICO

### Protocolo para el Tratamiento Analgésico

PAUTA HABITUAL
<b>1º PAUTA: ± TAP</b>
1. Paracetamol 1g iv
2. Dexketoprofeno 50 mg iv
<b>Rescate (Si EVA &gt;3)</b>
<b>2º PAUTA: tramadol 50-100 mg</b> (valorar a 2º dosis de granisetron 1 mg)
<b>3º PAUTA: morfina 3 mg iv.</b>



## PIEL CON PIEL TRAS LA CESÁREA

El CPP consiste en la colocación del RN desnudo, de forma precoz tras el nacimiento, en decúbito prono, directamente sobre el pecho y abdomen maternos libre también de ropa. Esta práctica se encuentra recomendada por numerosas sociedades científicas tanto en los nacidos por parto vaginal como en los nacidos por cesárea, dados los numerosos beneficios que supone para la madre y el neonato.

Las recomendaciones actuales hablan de hasta 120 min para poder beneficiar a madre y RN de todas sus ventajas aprovechando así el primer periodo sensitivo del RN.

### CPP seguro- Prevención de complicaciones

<b>PIEL CON PIEL</b>	<b>PACIENTE</b>
	Despierta
	Estabilidad hemodinámica
	Estabilidad respiratoria
	Ausencia de bloqueo anestésico excesivo
	Ausencia de contraindicación
	<b>NEONATO</b>
	Despierto, Apgar alto
	Valoración óptima por pediatra
	Ausencia de contraindicación

La matrona responsable debe proporcionar la siguiente información y asegurarse de que madre y acompañante la comprenden:

- El acompañamiento debe ser permanente.
- Deben observar la actividad del bebé y el color, y prevenir la obstrucción de la nariz. Los padres deben saber que ante cualquier respiración irregular o cambio de color han de avisar rápidamente.
- Si la madre está muy cansada o adormilada, se aconsejará al acompañante que vigile al recién nacido, o incluso que sea éste quien coja al bebé para tenerlo en contacto piel con piel. Si no hubiera ningún acompañante cercano y la madre esté muy cansada o adormilada, no se dejará al bebé en decúbito prono sobre el abdomen o el pecho de la madre, sino en una cuna y en decúbito supino.
- La posición recomendada para la madre es semi-incorporada entre 30 y 45°, con una almohada bajo la cabeza. Aparentemente, en esta posición de la madre, es más difícil que se den situaciones de obstrucción de la vía aérea.
- El uso de teléfonos móviles durante el CPP supone un peligro para el RN, al disminuir la atención sobre el mismo. Se debe valorar la interrupción del CPP si madre o acompañante están distraídos a pesar de estar informados.

<b>POSICIÓN SEGURA PARA EL RN EN CPP</b>
Posición de olfateo, sin nada que limite la posibilidad de que mueva espontáneamente la cabeza hacia atrás (brazo, manta...)
Cabeza girada hacia un lado. Cara visible, nariz y boca libres.
Hombros y pecho del RN enfrentan hombros y pecho de la madre. Cabeza, cuello, columna alineados verticalmente con la madre
Espalda cubierta (manta)
Piernas flexionadas
Madre reclinada (cama elevada en ángulo 30 - 45°)

