

CONTACTO PRECOZ

Adolfo Gómez Papí

El contacto estrecho entre la madre y su bebé recién nacido (RN) es la norma biológica de la especie humana. Históricamente, ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. Sin embargo, el manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé.

CONTACTO PRECOZ (O CONTACTO PIEL CON PIEL INMEDIATO)

Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel (CPP) entre el RN y su madre, nada más nacer. Dependiendo del momento, se habla de CPP inmediato (inmediato al nacimiento), o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

Brazelton describió 6 estados de conciencia en los recién nacidos según estén durmiendo o adormilados (pasan así la mayor parte del tiempo), despiertos pero inquietos o incluso llorando. Ocasionalmente, y en períodos cortos de tiempo, podemos encontrar al RN en alerta tranquila: con los ojos muy abiertos, despierto, sin moverse apenas, pendiente de los que pasa a su alrededor. Justo durante las 2 primeras horas después del nacimiento es cuando el bebé está en alerta tranquila durante más tiempo; es el llamado **período sensitivo** del RN, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo del parto (Porter, 2004).

Que el RN esté en período sensitivo durante 2 horas nada más nacer es fundamental de cara a la impronta (“imprinting”) que se ha de establecer con su madre. Konrad Lorenz, el padre de la etología, descubrió que los gansos recién nacidos reconocían a su madre por ser el primer ser vivo que veían nada más salir del cascarón. Los seres vivos recién nacidos dependen de su madre para sobrevivir y nacen con algunas habilidades que les permiten reconocerla. El cachorro humano es el ser más indefenso de la naturaleza. Pero durante los 9 meses de embarazo ha oído la voz de su madre (modificada y mezclada con otros sonidos) y ha estado en contacto con el olor materno (el del líquido amniótico, que lo distinguen y prefieren al de otros líquidos amnióticos). La secreción de noradrenalina en el encéfalo del RN facilita el aprendizaje olfatorio. El olor materno es particularmente llamativo para los RN y su reconocimiento temprano puede facilitar el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal (Porter, 2004). Si el bebé es colocado precozmente sobre su madre, en contacto piel con piel, se acelera el reconocimiento del olor materno: A los 4 días, los bebés que disfrutaron del contacto precoz reaccionan de forma significativamente diferente al olor de la leche de su madre en comparación al de otras madres (Mizuno et al, 2004).

Si se le deja en decúbito prono en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su puño, lengüetada), se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y, tras varios intentos, comienza a succionarla (Righard et al, 1990; Klaus 1998; Porter, 2004). A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta, lo que puede explicar los beneficios que

tiene el CPP inmediato sobre la duración de la lactancia materna. Por ello, el CPP forma parte de los 10 pasos de la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños", está incluido en la Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido (World Association of Perinatal Medicine, 2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (Comité de Estándares SEN, 2001), en las del Comité de Lactancia Materna de la AEP (Hernández et al, 2005) y en las de la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2005).

El trabajo del parto supone un estrés para el RN, del que le es más fácil recuperarse si se le coloca en contacto piel con piel (que es un estímulo vagal, opuesto al estímulo adrenal) y si succiona el pezón materno (la succión le produce relajación). También la madre se encuentra en un momento especial. En el posparto inmediato aumenta la sensibilidad de la piel de la areola y del pecho. El CPP precoz y la succión del bebé sobre esa zona tan sensible dan lugar a un aumento de la secreción de oxitocina, hormona que provoca la disminución del tamaño uterino y la eyección de calostro y que ejerce también un efecto antiestrés en la madre (Zetterström, 2003). A la oxitocina se le ha llamado hormona del comportamiento maternal, ya que contribuye al acceso de amor hacia el bebé (Porter, 2004). Aunque los sentimientos de amor de la madre hacia su hijo/a recién nacido/a no son instantáneos, la primera hora parece tener una especial importancia en el establecimiento del vínculo afectivo (Kennell, 1998).

RIESGOS DE LA SEPARACIÓN PRECOZ

Dificulta el vínculo afectivo

Las mamás que han sufrido la separación precoz de sus bebés obtienen peores puntuaciones en actitudes cariñosas durante las tomas los primeros días (4 trabajos, 314 participantes) y en comportamientos afectivos (6 trabajos, 396 participantes) (Moore et al., 2007). Alguna madre de nuestro hospital, que había tenido su primer hijo durante la época en que se les separaba precozmente, ha dicho respecto al segundo bebé: "tengo la impresión de haberlo querido antes".

La separación precoz enlentece y dificulta el desarrollo del reconocimiento del olor de la madre (Mizuno et al, 2004). La dificultad en el reconocimiento del olor materno puede explicar también que los bebés separados precozmente tengan más problemas para amamantar correctamente, ya que es precisamente durante la toma al pecho cuando la nariz del bebé está más en contacto con el olor de su madre (Porter, 2004).

En Tailandia, Rusia, Filipinas y Costa Rica, la combinación de contacto precoz y rooming-in redujo significativamente la frecuencia de abandonos (Kennell, 1998).

Lenta recuperación del estrés del parto

Aumenta el gasto energético y enlentece la adaptación metabólica del RN

Los bebés separados se recuperan más lentamente del estrés del parto, ya que mantienen el cortisol salivar aumentado a las 6 horas de edad, a diferencia de los que han permanecido en CPP (Anderson, 1998). Además, a las 4 horas duermen menos

(presentan menos períodos de sueño de reposo), y muestran más movimientos y actitudes en extensión y menos en flexión (Goldstein et al, 2004)

El grupo de RN separados de sus madres llora significativamente más que el grupo de bebés que disfrutaban del contacto precoz (Christensson et al, 1992). El llanto del bebé separado se ha comparado al llanto (de angustia-desesperación) que se aprecia en los cachorros recién nacidos de mamíferos con sistema termorregulador inmaduro, que aparece con la separación y sólo cesa cuando se les reúne con sus madres (Winberg, 2005).

En una cesárea electiva, sin trabajo del parto alguno, la actitud del bebé es diferente porque no ha sufrido el estrés del parto y no está sometido a la descarga de adrenalina (y, por tanto, no nace en alerta tranquila). Los niños nacidos tras cesárea electiva, en CPP con el padre lloran menos que los que permanecen en cuna, y se adormilan tras unos 60 minutos. Los RN en la cuna permanecen despiertos 110 minutos durante los cuales están más inquietos, manifestando reflejos de succión y búsqueda hasta que se duermen ().

Los bebés en contacto piel con piel no se enfrían si se tiene la precaución de haberlos secado previamente y de asegurarse de que existe un buen contacto entre madre y RN. No sólo no se enfrían, sino que su temperatura asciende progresivamente en el transcurso de la primera hora. Christensson y colaboradores compararon la evolución de un grupo de 25 recién nacidos que habían permanecido sobre su madre desde el nacimiento con otro grupo de 25 RN que se separó de su madre desde el principio y estuvo en una cuna. Fueron estudiados durante los primeros 90 minutos después del parto. El grupo que disfrutó del contacto piel con piel recuperó antes su glucemia y su equilibrio ácido-base. Las temperaturas axilares y cutáneas fueron significativamente más altas en el grupo piel con piel (Christensson et al, 1992). Las partes acras de los bebés separados permanecen más frías 23 horas después de su nacimiento (Bystrova et al, 2003).

En nuestro hospital, decidimos estudiar la evolución de la temperatura del RN a término durante el contacto precoz, preocupados porque descubrimos que era práctica habitual interrumpir el contacto precoz si el bebé estaba hipotérmico. Comprobamos que los RN hipotérmicos ($T^{\circ}\text{C} < 36.5^{\circ}\text{C}$) experimentan un ascenso lineal de su temperatura de 0.8°C en los primeros 60 minutos. Los bebés no hipotérmicos se calientan sólo 0.35°C en el mismo período de tiempo (Figuras 1 y 2) (Gómez Papí, 2002).

En resumen, la separación precoz provoca una hipotermia, que el bebé intenta minimizar haciendo vasoconstricción periférica. Las partes acras deben trabajar en condiciones de anaerobiosis, lo que da pie a un mayor consumo de glucosa y a una acidosis metabólica. El bebé llora para reunirse con su madre y recuperar la temperatura corporal (Winberg, 2005).

Dificulta el éxito de la lactancia materna

Si se desaprovecha el período sensitivo del bebé separándole de su madre nada más nacer, no tendrá la oportunidad de alcanzar el pecho de su madre por sí mismo, de reconocer su olor ni de hacer una toma espontánea y correcta, lo que explicaría que sea 1.8 veces menos probable que los bebés separados continúen con LM entre el mes y los 4 meses de edad (OR: 1.8; 95% IC 1.1-3.1) (10 trabajos, 552 participantes)

(Moore et al. 2007).

Todo este proceso requiere su tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos. Righard y Alade observaron durante las primeras 2 horas post-parto a 72 niños nacidos de partos normales. En el grupo de separación (n=34), el niño se colocaba sobre el abdomen de su madre inmediatamente después del parto pero se le separaba de allí tras unos 20 minutos para la antropometría, el baño y el vestido y se le volvía a situar sobre su madre. En el grupo de contacto (n=38) el bebé y la madre permanecían en contacto durante por lo menos una hora. Más niños del grupo de contacto emplearon la técnica de succión correcta (24/38 vs 7/34) (Righard et al, 1990).

En nuestro hospital, comprobamos que el contacto precoz era bien aceptado y tolerado por madres e hijos y sugeríamos que debía durar un mínimo de 50 minutos para permitir que el RN se cogiera al pecho espontáneamente (Gómez Papí y cols., 1998). Más adelante, para conocer el tiempo que tardaba en cogerse al pecho, estudiamos a 737 RN que fueron colocados en CPP precoz y que iban a ser amamantados, y registramos el momento de la primera toma. El 91% de los RN hizo la primera toma antes de los 60-69 minutos. Para cualquier duración superior de CPP, esta probabilidad sólo ascendía al 96% (Figura 3) (Gómez Papí y cols., 2002).

Aunque se reduce el tiempo necesario para hacer la primera toma, forzar al RN a coger el pecho puede abolir los reflejos de búsqueda y alterar la colocación correcta de la lengua lo que da lugar a una técnica de succión incorrecta y, por tanto, se pierde el efecto beneficioso del CPP inmediato sobre la lactancia materna (Widström et al, 1993).

El tipo de anestesia que ha recibido la madre puede alterar el comportamiento del bebé durante el período sensitivo, que presentará menos movimientos de masaje manual y será menos probable que se agarre al pecho espontáneamente (Ransjö-Arvidson et al., 2001). Los bebés cuyas madres han recibido dolantina están sedados y muchos de ellos no succionan el pecho (Richard et al, 1990). Existe una relación entre la dosis de fentanilo que ha recibido la madre durante la anestesia epidural y el paso de lactancia materna a artificial al alta del hospital (Jordan et al, 2005).

CONCLUSIONES

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación madre-lactante ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. Sin embargo, el manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé.

Colocado en contacto precoz nada más nacer, el recién nacido se recupera del estrés del parto y comienza a succionar de forma correcta el pecho de su madre cuando está preparado para ello.

La separación precoz provoca una hipotermia que el bebé intenta minimizar haciendo vasoconstricción periférica, que comporta un mayor consumo de glucosa y una acidosis metabólica. El bebé llora para reunirse con su madre y recuperar la temperatura corporal.

Si se desaprovecha el período sensitivo del bebé separándole de su madre nada más nacer, no tendrá la oportunidad de alcanzar el pecho de su madre por sí mismo, de reconocer su olor ni de hacer una toma espontánea y correcta, lo que dificulta el

éxito de la lactancia materna y el vínculo madre-bebé.

Bibliografía

AAP. Section of Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.

Anderson GC: Self-regulatory mothering vs nursery routine care postbirth: effect on salivary cortisol and interactions with gender, feeding and smoking. Personal communication. *II International Workshop on Kangaroo Mother Care*. Bogotá 1998.

Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, et al: Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": A study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003; 92: 320-326.

Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P et al.: Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81:448-493.

Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de mínimos para la asistencia del RN sano. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 141-145.

Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007 Jun;34(2):105-14.

Goldstein S, Makhoul IR: The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2004; 113: 858-865.

Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Batiste Fernández MT, Marca Gutiérrez MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 631-633.

Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Nieto Jurado A, y cols. Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término. *Comunicación personal, II Congreso Español de Lactancia Materna*. Sevilla 2002.

Gómez Papí A, Montoya Alcolea A, Barberán Oliet P, Jarrod Pàmies M: Evolución de la temperatura del recién nacido a término durante el contacto piel con piel inmediato. *Comunicación personal, II Congreso Español de Lactancia Materna*. Sevilla 2002.

Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Comité de Lactancia Materna de la AEP La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 340-356.

Jordan S, Emery S, Bradshaw C, Watkins A, Friswell W: The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *BJOG* 2005; 112: 927-934.

Kennell JH, Klaus MH. Bonding: Recent Observations That Alter Perinatal Care. *Pediatr Rew* 1998; 19: 4-12.

Klaus M, Klaus P. Your amazing newborn. Da Capo Press. Cambridge 1998.

Mikiel Kostyra K, Mazur J, Boltruszco I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;

91: 1301-1306.

Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M: Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1640-1645

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.

Porter RH: The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1560-1562.

Ransjö-Arvidson A-B, Matthiesen A-S, Lilja G, et al.: Maternal Analgesia During Labor Disturbs New-born Behaviour: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth* 2001; 28: 5-12.

Righard L, Alade M: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336:1105-1107.

Widström A-M, Thingström-Paulsson J: The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before de first suckle. *Acta Paediatr* 1993; 82: 281-3.

Winberg J: Mother and Newborn Baby: Mutual Regulation of Physiology and Behavior. A Selective Review. *Dev Psicobiol* 2005; 47: 217-229.

World Association of Perinatal Medicine, "World Congress of Perinatal Medicine, Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn", September 23-27, 2001 http://www.contraception-esc.com/declaration_of_barcelona.htm

World Health Organisation. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. *World Health Organisation* 1989.

Zetterström R: Initiation of breastfeeding. *Acta Paediatr Suppl* 2003; 441: 9-11.

Figura 1: Evolución de la temperatura en RN hipotérmicos durante el CPP

$$\Delta \text{ temperatura} = 0'0130 \cdot t \text{ (minutos)}$$

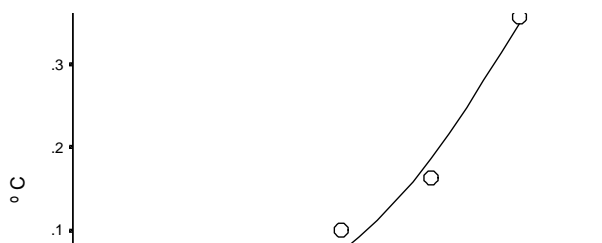
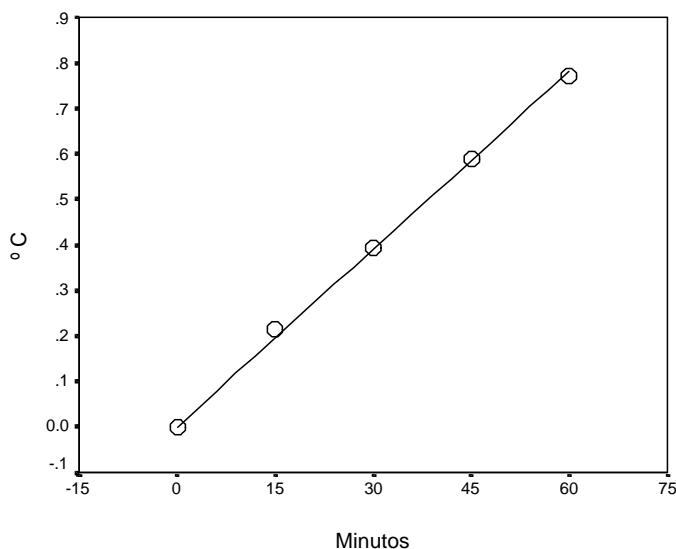


Figura 3.- Edad en minutos en la que el RN hizo la primera toma

