



universidad
de león

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico: 2014-2015

FACTORES IMPLICADOS EN EL CUIDADO PIEL CON PIEL: SITUACIÓN EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Factors involved in skin to skin care: situation in Asturias

Realizado por: Teresa Martín Fontecha
Dirigido por: Francisco Javier Pérez Rivera
Olga Arias Gundín

En León, 7 de Septiembre de 2015

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. ABSTRACT	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. CONCEPTO DE CUIDADO PIEL CON PIEL.....	11
3.2. CONCEPTO DE MODELO PRECEDE-PROCEDE	13
3.3. FACTORES IMPLICADOS EN EL CUIDADO PIEL CON PIEL.....	14
3.3.1. FACTORES PREDISPONETES	15
3.3.2. FACTORES FACILITADORES	18
3.3.3. FACTORES CAPACITANTES	20
3.4. EL CUIDADO PIEL CON PIEL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	22
4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	24
5. METODOLOGÍA	24
5.1. MUESTRA.	24
5.2. DISEÑO DEL CUESTIONARIO	25
5.3. MATERIAL Y MÉTODO.....	26
5.4. PROCEDIMIENTO.....	30
6. RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	30
6.1. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS POR OCUPACIÓN.....	31
6.2. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS POR HOSPITALES.....	33
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	38
REFERENCIAS	45
ANEXO I: RECOMENDACIONES NACIONALES DEL CUIDADO PIEL CON PIEL.....	54
ANEXO II: RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	57
ANEXO III CUESTIONARIO CPEP.....	61
ANEXO IV: DESCRIPCIÓN DE LOS ITEMS CREADOS.....	64
ANEXO V: COMITÉ ÉTICO	65

1. RESUMEN

El método *piel con piel* es un cuidado esencial, empleado desde la antigüedad, que consiste en depositar al bebé desnudo en contacto directo con el abdomen materno, tras su nacimiento. Como consecuencia de la medicalización del parto, los profesionales hemos restado importancia a los beneficios e implicaciones que tiene tanto para la nueva madre como para el recién nacido, dejándolo en un segundo plano y encontrándonos con una serie de obstáculos que dificultan su implantación.

El presente estudio tiene como objetivos desarrollar un cuestionario *ad hoc* que nos permita evaluar los factores implicados en este cuidado, para así poder analizar la situación en el Principado de Asturias. Para la construcción del cuestionario, nos basamos el modelo de educación para la salud PRECEDE-PROCEDE, guiándonos por estudios anteriores. Realizamos una descripción inicial y pilotaje del cuestionario entre los profesionales enfermeros y enfermeras que se ocupan de este cuidado en los distintos hospitales del Principado de Asturias.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS y Excel. Con los resultados del estudio valoramos los ítems y la utilidad del cuestionario, analizando las diferencias existentes entre las distintas ocupaciones que realizan el cuidado y los diferentes hospitales donde se implanta, argumentando la necesidad de políticas de promoción, que unifiquen criterios, proporcionando así cuidados de calidad, basados en la evidencia científica, beneficiando a todas las parejas que den a luz en los distintos hospitales Asturianos y a sus bebés. Queda pendiente la validación de la escala con una muestra mayor para poder aplicarlo en las distintas comunidades autónomas.

2. ABSTRACT

Skin to skin is an essential care, used for centuries. It consists on placing the baby in direct contact with the mother's abdomen after birth. As a consequence of the increasing of interventions in birth, professionals have underrated the benefits and implications for both the new mother and the newborn, placing "skin to skin" care in the background and finding obstacles for the implementation.



The aim of this document is to create an *ad hoc* questionnaire that will help us in evaluating the different factors involved and analyzing the current situation in Asturias. We used the PRECEED-PROCEED health educational model for developing the questionnaire as guided in previous studies. An initial description and pilot questionnaire was conducted between professional nurses who deal with this care in the hospitals of Asturias.

For statistical analysis, SPSS and Excel tools were used. Once obtained the results, they will help us to set the value and utility of the questionnaire by analyzing the differences between the professionals that deal with skin to skin care and the hospitals involved, claiming for the needs of new promoting policies, that should unify criterions, as well as a quality care, based on scientific evidence, that should benefit babies and those who give birth in the different Hospitals of Asturias. Validation of the scale with a larger sample is remaining to be applied in different regions.

3. MARCO TEÓRICO

A lo largo de las últimas décadas se ha producido una mejora en la atención sanitaria con repercusiones positivas en la salud materno-infantil, prueba de ello es la disminución de la mortalidad en esta población (González-González et al., 2006). Sin embargo, en muchas ocasiones, la tecnificación del proceso ha desplazado el protagonismo de la mujer y del recién nacido, implantándose unas rutinas innecesarias, que no sólo no aportan beneficios, si no que dificultan el proceso del parto y de la adaptación de la madre y el bebé a la nueva situación (Esteves, 2014).

Para mejorar esta asistencia, en los últimos años ha surgido una corriente que considera necesaria recuperar la dimensión más humana del proceso, combinando el respeto a la fisiología del parto con las intervenciones apropiadas que dicho proceso pueda requerir, contando con la autonomía y corresponsabilidad de la mujer, con el fin de administrar los cuidados de mayor calidad en el proceso, evitando intervenciones innecesarias y priorizando el contacto continuo del binomio madre-hijo. Todo ello basado en la evidencia científica (Goberna Tricas, 2012).

El inicio de este nuevo modelo tuvo lugar en el año 1985 en Brasil donde la Organización Mundial de la salud (en adelante OMS) expuso su: *Declaración de Fortaleza* (Moore, 1985), con lo que impulsó un movimiento a nivel mundial que daba mayor valor a la parte más humana del parto. Tras este manifiesto, fruto de un trabajo multidisciplinar, surgieron diferentes recomendaciones para la atención al parto (Albo, 2006).

A nivel nacional el Ministerio propuso unas líneas de actuación en lo que denominó como *Estrategia de atención al parto normal* que produjo un punto de inflexión en los cuidados del parto, materializando sus recomendaciones en distintas publicaciones que empujaban a los responsables de las políticas sanitarias de las distintas comunidades a realizar una reflexión sobre los cuidados que se llevaban a cabo. Dentro de estas se sitúa el cuidado piel con piel, que implicaría la no separación del binomio madre-hijo por las distintas implicaciones para ambos.

La última revisión Cochrane disponible sobre los beneficios del cuidado piel con piel (Moore, Anderson, & Bergman, 2012) tras incluir 34 ensayos controlados aleatorios (2177 diadas madre-hijo) muestra como resultados principales, los beneficios en lactancia materna, al mes y a los 4 meses tras el parto, la estabilidad cardio-respiratoria del recién nacido y la disminución del llanto, no encontrando efectos negativos a corto ni a largo plazo. Sin embargo en estos estudios se localizaron distintas limitaciones, como la calidad en la metodología y variaciones en implementación y resultados.

Otra de las revisiones disponibles, sobre los cuidados del recién nacido basados en la evidencia científica realizada por matronas inglesas, el cuidado piel con piel es reconocido como uno de los pilares básicos de la termorregulación y la atención del recién nacido (Mercer, Erickson-Owens, Graves, & Haley, 2007).

A pesar de estos beneficios, estrategias a nivel mundial y el apoyo por la comunidad científica, todavía vemos como en numerosos centros sigue sin aplicarse este cuidado (Nahidi, Tavafian, Heidarzadeh, Hajizadeh, & Montazeri, 2014). En España carecemos de datos que muestren los porcentajes de su implantación, pero sospechamos que están lejos de los estándares deseables.



En la comunidad autónoma donde ejercemos nuestra profesión, Principado de Asturias, los hospitales públicos tienen una amplia variabilidad de implantación del cuidado, alejada los criterios de calidad definidos por el Ministerio. Tomando como premisa que son los profesionales enfermeros del área de maternidad los que realizan ese cuidado, nos parece esencial investigar sobre los factores que impiden su realización, valorados desde su perspectiva, siendo ellos la pieza clave y los responsables de llevarlo a cabo.

Han sido pocos los estudios centrados en los profesionales que aplican este cuidado, La OMS dentro de su Biblioteca Virtual de Salud Reproductiva, justifica la necesidad de realizar estudios sobre "*cuál es el punto de vista (actitudes y respuestas, incluida la resistencia) de los prestadores de salud con respecto a la implementación de esta intervención*" (Saloojee, 2008), debiendo estar sensibilizados y concienciados de la necesidad de implementación del cuidado de que para sea efectiva (Bergh, Charpak, Ezeonodo, Udani, & Van Rooyen, 2012).

Nahidi et al. (2014) fueron los pioneros, según ellos mismos reconocen, en desarrollar un instrumento de medida para estos profesionales, realizando su trabajo en Irán, donde diseñaron y validaron un cuestionario que permitía conocer la perspectiva de las matronas sobre los factores que limitan la realización del método piel con piel, basándose en el modelo de educación para la salud PRECEDE-PROCEDE. Este modelo está avalado para evaluar las necesidades y factores implicados en las conductas saludables (Gielen, McDonald, Gary, & Bone, 2008; Khorsandi, Ghofranipour, Hidarnia, Faghihzadeh, & Ghobadzadeh, 2012; Ruiz & Antonia, 2013; Sato & Oda, 2011).

A través de nuestro estudio, respaldado por lo expuesto anteriormente, pretendemos desarrollar una herramienta que nos permita evaluar los distintos factores implicados en el cuidado piel con piel que tras su validación nos permita diagnosticar los dominios afectados para poder elaborar una estrategia de mejora.

Con esto se pretende establecer uniformidad en los criterios de actuación basados en la evidencia científica, y favorecer unos cuidados de mayor calidad a las madres y los recién nacidos, así como descubrir las posibles trabas que obstaculizan el trabajo de los profesionales.

3.1. CONCEPTO DE CUIDADO PIEL CON PIEL

El cuidado piel con piel, *contacto precoz madre-criatura recién nacida* o *método canguro*, ha sido históricamente una práctica habitual en los partos de la mayoría de las culturas, consistiendo en depositar al recién nacido desnudo en contacto directo con el abdomen materno tras el nacimiento. El concepto más actual viene dado por los médicos Martínez y Rey, que acuñaron este término en Bogotá en el año 1979, tras no disponer de incubadoras para todos los niños ingresados usaron esta técnica como tratamiento alternativo, mejorando así la evolución de los bebés (Papí, Alonso, & Maldonado, 2007).

La fundamentación de este cuidado tiene su base en las conductas innatas de los mamíferos, apoyándose en estudios como el de Alberts (1994) realizados en animales, en el que se advirtió que era indispensable que la criatura se mantuviera en contacto directo con la piel de su madre para su supervivencia y adaptación al medio. El recién nacido, es capaz de reconocer mediante su olor a su madre, y el pezón, especialmente en los primeros minutos tras el parto (Stevenson, 2010; Varendi, Porter, & Winberg, 2002).

Desde el punto de vista fisiológico, el parto en sí, podría ser considerado como una situación estresante, tanto para la madre como para el bebé, produciendo una serie de cambios hormonales que van a condicionar la correcta adaptación a su nuevo estado (Bystrova et al., 2003). El aumento de cortisol sanguíneo provocado por el estrés parece ser contrarrestado por el contacto precoz al estimular el nervio vago (sistema parasimpático) y la liberación de oxitocina. Esto favorece la relajación, interacción madre-hijo y el inicio de la lactancia.

Otro autor que estudió la interacción madre-recién nacido en el contacto piel con piel durante el periodo inmediato tras el nacimiento, asociado a la liberación de oxitocina fue Winberg (2005). Además de los descritos, encontramos otros efectos de esta hormona, aumentar la temperatura en los pechos maternos, lo cual proporciona calor al recién nacido (Bergström, Okong, & Ransjö-Arvidson, 2007; Gabriel et al., 2010) y disminución de la ansiedad materna (Dois, Lucchini, Villarroel, & Uribe, 2013).



Las dos primeras horas de vida, resultan un periodo clave en la transición ya que el bebé está en el llamado "periodo sensitivo", provocado además de por la oxitocina como ya vimos, por la descarga de noradrenalina durante el parto, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal, suponiendo una continuidad del útero materno, donde se encontraba en un ambiente térmico adecuado (Brennan & Kendrick, 2006; Crenshaw, 2014; Varendi et al., 2002).

Más allá del puerperio inmediato (primeras 24 horas tras el parto), este cuidado, podría ser beneficioso durante los primeros días tras el parto (Calais, Dalbye, Nyqvist, & Berg, 2010). El término método canguro, incluye el cuidado piel con piel en los bebés que se encuentran ingresados en las UCI pediátricas, principalmente por problemas de bajo peso al nacimiento, pudiendo las madres, compartir este cuidado con los otras personas, principalmente los padres, hasta que son dados de alta.

Cochrane, en una de sus revisiones (Conde-Agudelo, Belizán, & Diaz-Rossello, 2011) indica que en la actualidad hay suficientes pruebas que avalen el uso del método canguro como opción alternativa a la incubadora hospitalaria en los bebés de bajo peso estabilizados. La mayoría de los estudios encontrados, se sitúan en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, pero al estar relacionado, entre otros aspectos, con mayor tasa de éxito en lactancia materna, los países desarrollados también podrían verse beneficiados por este. La evolución de la implantación de este cuidado en España ha sido evaluada en varios estudios (López et al., 2006; Maestro et al., 2014), donde comparando los resultados obtenidos en 2006 y 2014 obtuvieron que *"el Método Canguro, en el 2012, se realizó sin limitaciones en un 82% frente al 31% en el 2006"*.

3.2. CONCEPTO DE MODELO PRECEDE-PROCEDE

Green y Kreuter desarrollaron este modelo en 1970 (Green, Lawrence, & Kreuter, 1999), estableciendo que con el fin de modificar un comportamiento, la persona no debe ser evaluada como ser individual si no como parte de un entorno, valorando los factores que condicionan su comportamiento (Nahidi et al., 2014).

El objetivo de este modelo, no es explicar la relación entre las distintas variables o conductas relacionadas con la salud. El modelo tiene como propósito planificar actividades para la promoción de la salud, basándose en que antes de la intervención es necesario un diagnóstico, de igual modo que antes del tratamiento médico debe preceder el diagnóstico (Ruiz & Antonia, 2013).

Green, Hreuter, Deeds, Patridge y Bartlett (1980) sentaron las bases del modelo de planificación en educación sanitaria PRECEDE partiendo de dos conceptos fundamentales:

- La multicausalidad en los comportamientos relacionados con la salud.
- Los esfuerzos en educación sanitaria deberán afectar a las distintas dimensiones, debido a que los comportamientos tienen causas múltiples.

El modelo PRECEDE se sustenta en la premisa de que antes de la realización de una intervención en salud es necesaria un diagnóstico previo, Pedrola y Rodríguez (1994) describieron los factores expuestos en dicha metodología como:

- **Factores predisponentes:** van a tener una relación directa con la motivación del profesional que realiza la conducta. Forman parte de estos factores los conocimientos del personal, las actitudes y las creencias.
- **Factores facilitadores:** guarda relación con la facilidad o dificultad que tiene el profesional para realizar el cuidado. Forman parte las habilidades, la accesibilidad de recursos para ponerlo en práctica.
- **Factores capacitantes:** una vez que el profesional ha aplicado el cuidado se siente *premiado o castigado* por ello. Se podría resumir como las consecuencias de la aplicación de dicho cuidado en los profesionales de su alrededor, quien recibe el cuidado y el profesional en sí.

Estos factores se muestran de una manera clara en las distintas fases expuestas por Rimer y Glanz (2005) citado por López González (2010) adaptadas en nuestro trabajo en la figura 1.

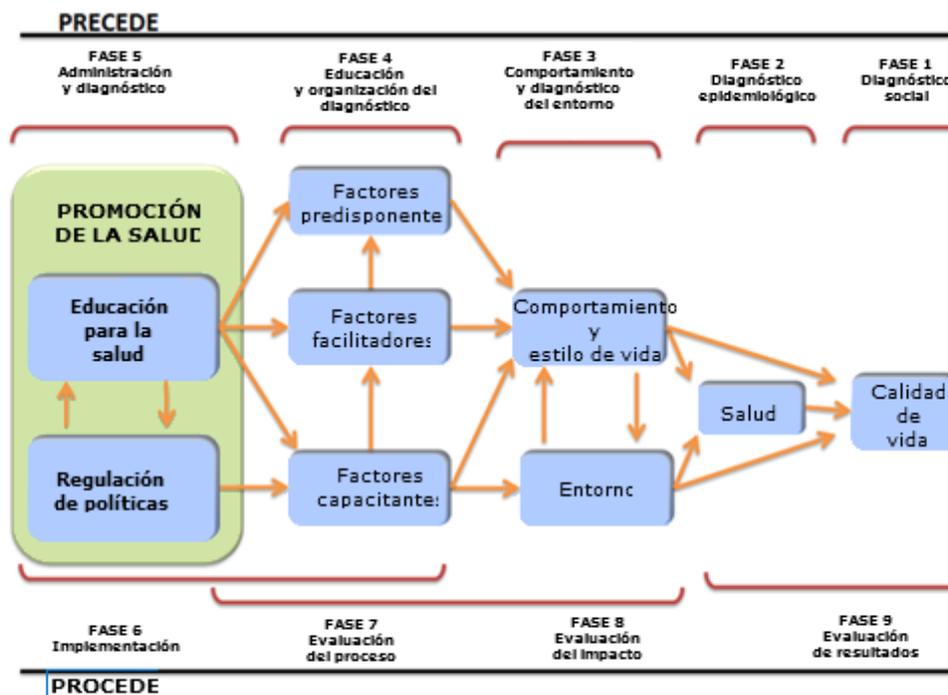


Figura 1: método PRECEDE-PROCEDE.

3.3. FACTORES IMPLICADOS EN EL CUIDADO PIEL CON PIEL.

Para facilitar la comprensión de la disposición de los factores obtenidos mediante la revisión bibliográfica, recogemos en la figura 2 las principales variables estudiadas dentro de los factores implicados en el cuidado piel con piel.



Figura 2: factores implicados en el cuidado piel con piel.

3.3.1. FACTORES PREDISPONENTES

La OMS dentro de su Guía de Práctica de cuidados en el parto normal revisó las prácticas de la atención al parto dividiéndolas según su grado de recomendación en cuatro categorías (ver tabla 1), incluyendo el cuidado piel con piel dentro de la categoría A, siendo de esta forma, una práctica que es claramente útil y debiera ser promovida.

Tabla 1:
Grados de recomendaciones

GRADO A	Prácticas que son claramente útiles y debieran ser promovidas
GRADO B	Prácticas de que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
GRADO C	Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema
GRADO D	Prácticas que con frecuencia se realizan inadecuadamente

Principales recomendaciones de la Organización Mundial de la salud en la atención al parto.



A nivel nacional realizamos una revisión de los documentos propuestos por el Ministerio para clasificar las principales recomendaciones disponibles sobre el cuidado piel con piel en las dos primeras horas tras el parto (ver anexo I). Las más pertinentes por ser de grado A son: que el bebé este desnudo, este el mayor tiempo posible en este contacto, ayudándole en la lactancia y la disminución de tiempo de llanto.

Los principales beneficios disponibles (Moore, Anderson, & Bergman, 2012) los beneficios en lactancia materna, al mes y a los 4 meses tras el parto, la estabilidad cardio-respiratoria del recién nacido y la disminución del llanto, no encontrando efectos negativos a corto ni a largo plazo.

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES.

Numerosos estudios (Castroagudín, López, Teijo, Marra, & Vidal, 2013; Martínez, Martín, Aguayo, & Sánchez, 2002; Sánchez-Erce, Traver, & Galbe, 2012) se han centrado en las actitudes de las enfermeras, como factor influyente de su actividad profesional. Según Patromo et al. (2012) la actitud de las enfermeras es uno de los puntos claves para la correcta implantación del método canguro.

La actitud o posicionamiento de los profesionales ante el cuidado piel con piel puede estar influida por diferentes factores. Uno de ellos sería la priorización de la organización del trabajo y otro, un mayor control del bebé, tratando así de evitar la hipotermia e hipoglucemias (Delavar, Akbarianrad, Mansouri, & Yahyapour, 2014; Vilinsky & Sheridan, 2014). Probablemente también influye el temor a que no sea completamente inocuo (Alonso & López, 2014; Rodríguez-Alarcón Gómez et al., 2011a) o el escepticismo sobre sus beneficios (Redshaw, Hennegan, & Kruske, 2014).

En un estudio cualitativo sobre la comunicación entre la enfermería y los padres que realizaban el método canguro se apreció como las enfermeras que no conocían la importancia de este y sus beneficios trabajaban de forma más rutinaria mostrando mas contradicciones en su trabajo (Lemmen, Fristedt, & Lundqvist, 2013).

Otro estudio cualitativo, de diseño descriptivo fenomenológico (Kymre, 2014) versa sobre la ambivalencia en la práctica del cuidado piel con piel por las enfermeras

que aún conociendo sus beneficios, no siempre facilitan el cuidado, por considerar que no se cumplen las condiciones óptimas para su implantación, lo que les hace sentirse inseguras.

Hernández Ramírez (2014) relacionó los conocimientos y las actitudes de las enfermeras sobre el contacto precoz del cuidado piel con piel descubriendo que más de la mitad de su población de estudio, no conocía los aspectos fundamentales del contacto precoz, mostrando en su mayoría indiferencia o aceptación.

SALUD DE MADRE-RECIÉN NACIDO

La salud de la madre y del recién nacido va a verse beneficiada por el contacto piel con piel, destacando principalmente, su relación con la lactancia materna exclusiva (Lucchini, Márquez, & Uribe, 2012; Srivastava, Gupta, Bhatnagar, & Dutta, 2014) y siendo la mejor fuente de calor para la adaptación del recién nacido (Bergström et al., 2007; Delavar et al., 2014; Gabriel et al., 2010; Ludington-Hoe et al., 2006; Srivastava et al., 2014; Vilinsky & Sheridan, 2014).

OBSTÁCULOS

Los obstáculos principales a los que se enfrentan los profesionales para la realización del cuidado son principalmente la necesidad de dar información (Lemmen et al., 2013), no realizar cuidados de rutina (Castillo, Benedí, Picazo, & Arbués, 2012; Esteves, Daumas, Oliveira, Maria Inês Couto de, Andrade, Carlos Augusto de Ferreira de, & Leite, 2014; McAllister, 2014; Merino Navarro, Palomar Gallardo, & González Rodríguez, 2003; Sánchez Luna et al., 2009) y problemas para realizarlo en las cesáreas (Otal-Lospaus, Morera-Liáñez, Bernal-Montañes, & Tabueña-Acin, 2012; Rengel-Días, Morales-Asencio, & Labajos-Manzanares, 2013).

SUPERVISIÓN DE LOS CUIDADOS.

Tras el nacimiento, los profesionales deben facilitar la correcta adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, supervisándola y estandarizando los cuidados. Es necesario contrastar ciertas prácticas rutinarias y adaptarlas al mayor nivel de evidencia



disponibles, respetando las preferencias de los padres, siempre que sea posible, e interviniendo solo si es necesario (Sánchez et al., 2009).

3.3.2. FACTORES FACILITADORES

PLANIFICACIÓN

Para poder realizar el cuidado piel con piel la enfermera debe contar con una serie de recursos que definan su trabajo y responsabilidades. La definición de recurso según la Real Academia de la Lengua es "*medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende*". Para realizar el cuidado piel con piel los profesionales deben estar respaldados por un protocolo hospitalario, como describe Herrera (2013), estableciendo políticas sobre el cuidado que la avalen y disponiendo de los medios que hagan posible que el cuidado se realice de una manera segura.

"Disponer de un protocolo por escrito y consensuado con el personal profesional que participa en la atención a la mujer y a su hijo o hija tras el parto, estableciendo las responsabilidades y las acciones que dependen de cada profesional "(Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011,p .47).

El apoyo del hospital al cuidado piel con piel es fundamental para su implantación. Hospitales con la acreditación de *la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y a la lactancia* (en adelante IHAN) donde existe una mayor implicación por parte del hospital y formación a los profesionales, ha conseguido unos indicadores del 90% del cuidado piel con piel en las dos primeras horas tras el parto (Reeg & Lott, 2012).

En hospitales donde la Gerencia se comprometió con el cuidado piel con piel y se desarrolló una estrategia educativa, se aumentó la tasa de aplicación del cuidado, en las primeras dos horas tras el nacimiento de un 40% a un 90%, aunque uno de los indicadores solo reflejaba los primeros 30 minutos (Champagne, 2012).

La estructura de los hospitales en los que el proceso de la dilatación y el parto tienen lugar en distintas ubicaciones es otro de los factores que impide la continuidad de la unión materno-filial, al ser imprescindible su separación cuando la mujer pasa a la cama o a otra habitación para garantizar su seguridad. En España se deberían modificar

estos paritorios para convertirlos en espacios donde se puedan realizar prácticas más humanizadas, que cada vez son más demandadas por las usuarias y sus parejas (Iglesias, Conde, & González, 2009).

En otros países, como Reino Unido, para solventar este problema las habitaciones están *"diseñadas para alojar a la mujer, recién nacido y acompañante hasta el alta hospitalaria de la mujer, usualmente a las 36-48 horas posparto, aunque hay experiencias de alta precoz"* (Ministerio de Sanidad y política social., 2009, p.67).

SERVICIOS

El cuidado piel con piel podría realizarse en los recién nacidos sin factores de riesgo. Doménech, González, y Rodríguez-Alarcón (2008) definieron lo que podemos considerar un recién nacido aparentemente sano como aquel bebé a término (≥ 37 semanas de gestación) con una historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), examen físico y adaptación que lo garanticen.

Una de las principales causas de inseguridad en el profesional es el temor a que el contacto no sea completamente seguro. Distintos estudios han evaluado los episodios de muerte súbita de los recién nacidos en la primeras 24 horas tras el nacimiento, relacionándolo con el cuidado piel con piel, especialmente en las dos primeras horas tras el parto. Encontrando como principales factores de riesgo la posición del bebé potencialmente asfixiante, el cansancio materno y el turno de noche, remarcando la importancia de la observación por parte de los profesionales (Alonso & López, 2014; Andres, Garcia, Rimet, Nicaise, & Simeoni, 2011; Marín, Valverde, & Cabañas, 2013; Rodríguez-Alarcón Gómez et al., 2011b).

FORMACIÓN.

Debido a la responsabilidad que los profesionales asumen en el cuidado de estos bebés y las nuevas dimensiones que han surgido en las competencias de la enfermería en la atención al parto, existen necesidades educativas que hacen indispensable la implantación de programas de educación continuada. A través de ellos los profesionales conseguirían, gracias al entrenamiento, sentirse capaces de realizar su trabajo con el



máximo nivel de calidad (Abedian, Charati, Samadaee, & Shahhosseini, 2014; Elliott, Murrell, Harper, Stephens, & Pellowe, 2011; Heslehurst et al., 2013).

En los Países Bajos, Bergh et al. (2012) diseñaron un proyecto para capacitar a los profesionales de distintas categorías sobre el método canguro en prematuros a través de la educación y el entrenamiento, con el fin de que los profesionales se sintieran preparados para realizarlo, mostrando ser eficaz para dicha finalidad.

3.3.3. FACTORES CAPACITANTES

FACTORES MOTIVADORES

Ferreiro-Losada et al. (2013) en un estudio de metodología cualitativa, analizaron la percepción y expectativas de las madres en relación a la atención al parto, puerperio y lactancia. Los autores descubrieron como las mujeres demandaban un trato más humano, mayor empatía, información y participación, destacando la importancia de cuidados como el piel con piel para que cumpla sus expectativas.

Anderzen-Carlsson, Lamy y Erikson (2014) realizaron una revisión de 29 estudios cualitativos en los que se recogían las experiencias de madres y padres en el método canguro, siendo una experiencia que aporta energía a las madres. Recomendando estudiar más el papel del padre en esta intervención.

En casos con riesgo de exclusión social, como las madres adolescentes con bebés prematuros, parece que el método canguro podría ejercer de factor protector ante el estrés ocasionado por la situación especial de estas mujeres (Plata & andrea Peña, 2010).

APOYO EQUIPO MÉDICO -ACOMPAÑANTE.

Son muchos los hospitales a nivel mundial y nacional, que todavía no han adquirido unas políticas firmes sobre la aplicación de este cuidado que permitan eliminar las barreras en su implementación. Pratomo et al. (2012) describieron los factores que condicionaban la implantación del método canguro en prematuros, el apoyo recibido por el hospital, actitudes positivas de los profesionales, familia y comunidad. Los principales

retos que encontraron fueron la falta de recursos, y poca aceptación de los familiares.

MOTIVACIÓN

Los años de profesión, la turnicidad y la carga de trabajo parecen ser los factores que pueden afectar de manera directa a la motivación de las matronas, donde existe una alta prevalencia de *burnout* (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2013). La motivación ha sido considerada un aspecto clave para el clima de la organización y la calidad de vida de los profesionales. Fernández-Arrollo (2009) construyó una escala para medir el nivel de motivación de las matronas hacia los programas de educación en atención primaria, estudio que podría extrapolarse a las funciones en paritorio, entendiendo que sólo si el profesional se encuentra estimulado, será capaz de proporcionar cuidados de calidad.

Otros autores como Martínez-Galiano (2011) estudiaron, entre otras variables, la motivación de las matronas hacia la implantación de una nueva tendencia de atención al parto, basada en la Estrategia de atención al parto normal (en adelante EAPN).

SATISFACCIÓN

Martínez-Galiano y Delgado-Rodríguez (2013) evaluaron el cambio producido a partir de la EAPN en los hospitales que lo llevaron a cabo, para valorar el grado de implantación el nuevo modelo de atención y los resultados obtenidos fueron mayor satisfacción de las usuarias, menor tasa de cesáreas y aumento en el porcentaje de los indicadores de las prácticas clínicas recomendadas.



3.4. EL CUIDADO PIEL CON PIEL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

EVOLUCIÓN DEL CUIDADO PIEL CON PIEL EN EL SESPA (2010-2014)

Los indicadores que podemos obtener sobre el cuidado piel con piel son muy recientes, ha sido con la llegada de la informatización al servicio de partos cuando hemos podido realmente conseguir unas cifras que se ajustaran a la realidad sobre el cuidado. El 2010 fue el año en el que se trató de incorporar dicho cuidado en los Hospitales Asturianos, existiendo una disminución progresiva del porcentaje de implantación en los últimos años, reflejado en la figura 3.

Los datos más recientes disponibles son del año 2014, donde en Asturias se aplicó el cuidado en el 41,57% de los partos vaginales, muy lejos del objetivo de un 80% propuesto por la EAPN .

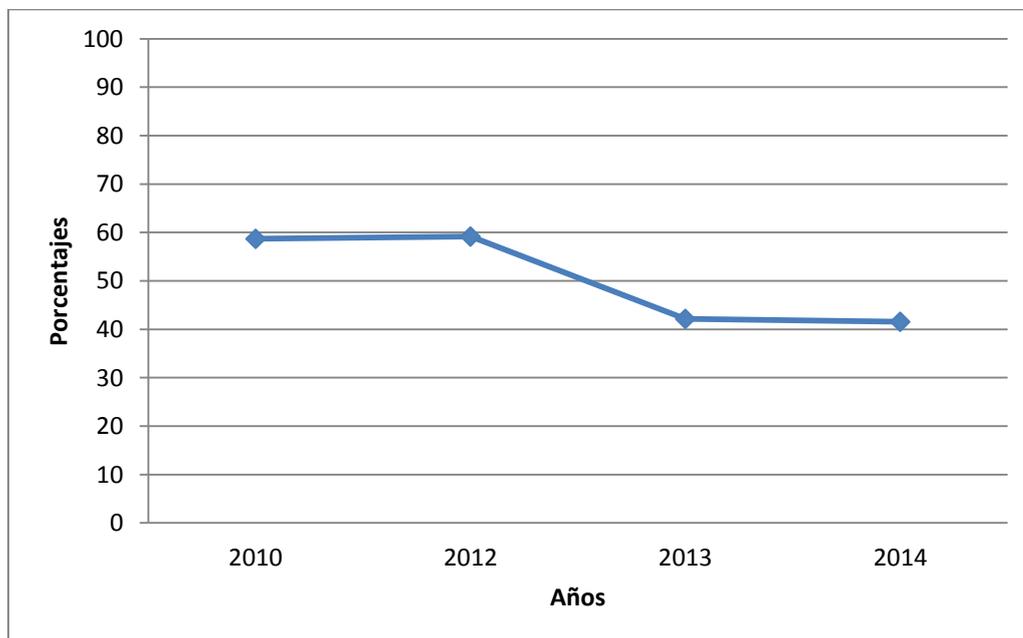


Figura 3: evolución del contacto piel con piel

En los dos últimos años el porcentaje del cuidado ha sido variable en los distintos hospitales (ver figura 4), algunos como Valle del Nalón ha doblado su porcentaje, mientras que en otros se ha reducido casi a la mitad, como el Hospital de Cabueñes. El cuidado *piel con piel* no se practica en las cesáreas en ninguno de los hospitales.

Otro aspecto importante es que sólo en tres de los hospitales disponen de un protocolo actualizado del cuidado piel con piel, sin embargo uno de estos (Hospital San Agustín) no sigue las recomendaciones de la EAPN, ya que los cuidados de rutina del recién nacido se realizan a su llegada a la planta, una hora tras el nacimiento.

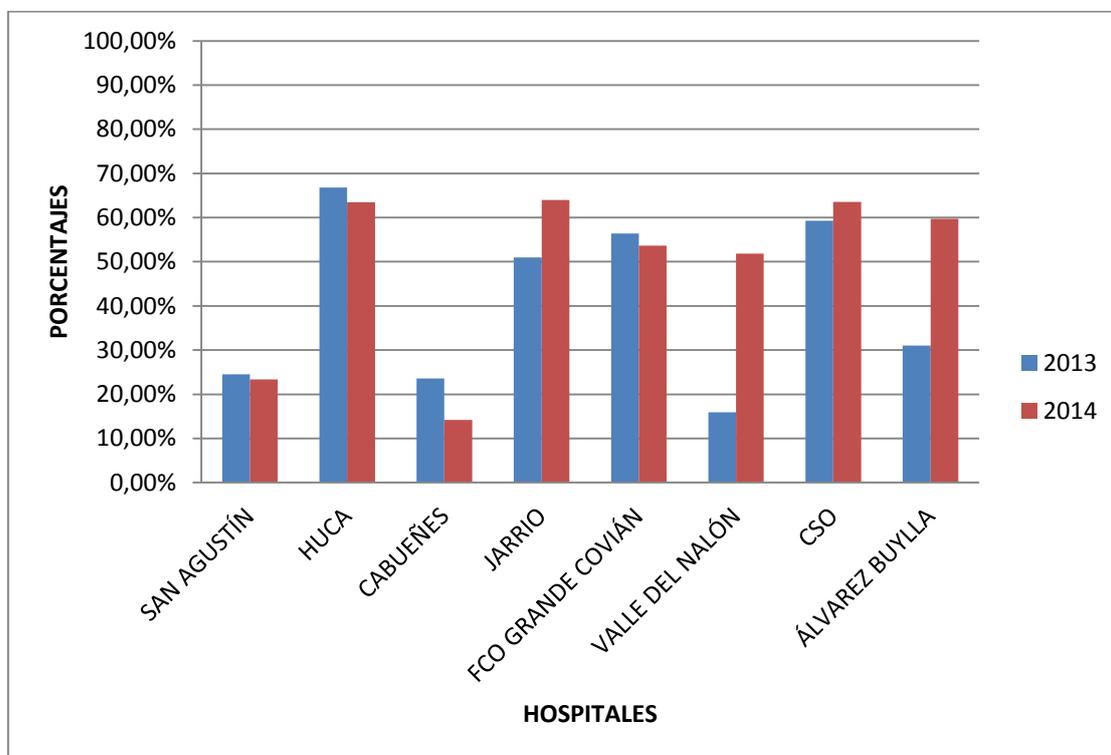


Figura 4: comparativa indicador piel con piel entre hospitales 2013-2014.



4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como describimos en los apartados anteriores, el cuidado piel con piel va a estar influido por diferentes factores. Con nuestro estudio pretendemos elaborar una herramienta que permita evaluar dichos factores y a través de esta poder analizar la situación del cuidado y las dificultades para su implantación, desde la percepción de los profesionales enfermeros que se ocupan de la madre y el recién nacido en las dos primeras horas tras el parto en los distintos hospitales del Principado de Asturias.

5. METODOLOGÍA

5.1. MUESTRA.

El estudio se realizó en los hospitales públicos del Principado de Asturias, divididos en hospitales de referencia, compuestos por Hospital San Agustín (Avilés), Hospital Central de Asturias (Oviedo), Hospital de Cabueñes (Gijón) y hospitales comarcales, compuestos por Hospital Comarcal de Jarrío (Jarrío), Hospital Francisco Grande Covián (Arriondas); Hospital Valle del Nalón (Langreo), Hospital Álvarez Buylla (Mieres), Hospital Carmen y Severo Ochoa (Cangas de Narcea).

Los participantes en este estudio fueron los profesionales enfermeros y enfermeras que estaban implicados en los cuidados del recién nacido y la madre dentro de las dos primeras horas del puerperio inmediato en el área de Obstetricia. Estos profesionales de Enfermería pueden dividirse según su grado de especialización en Enfermeras y Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).

Participaron un total de 100 profesionales enfermeras, procedentes de los 7 hospitales públicos del Principado de Asturias. El 96% son mujeres, frente a un 4 % de hombres. En un primer momento contamos con las enfermeras residentes pero fueron descartadas por no poderse englobar en ningún grupo. En la figura 5 se puede observar la distribución de la muestra por hospitales.

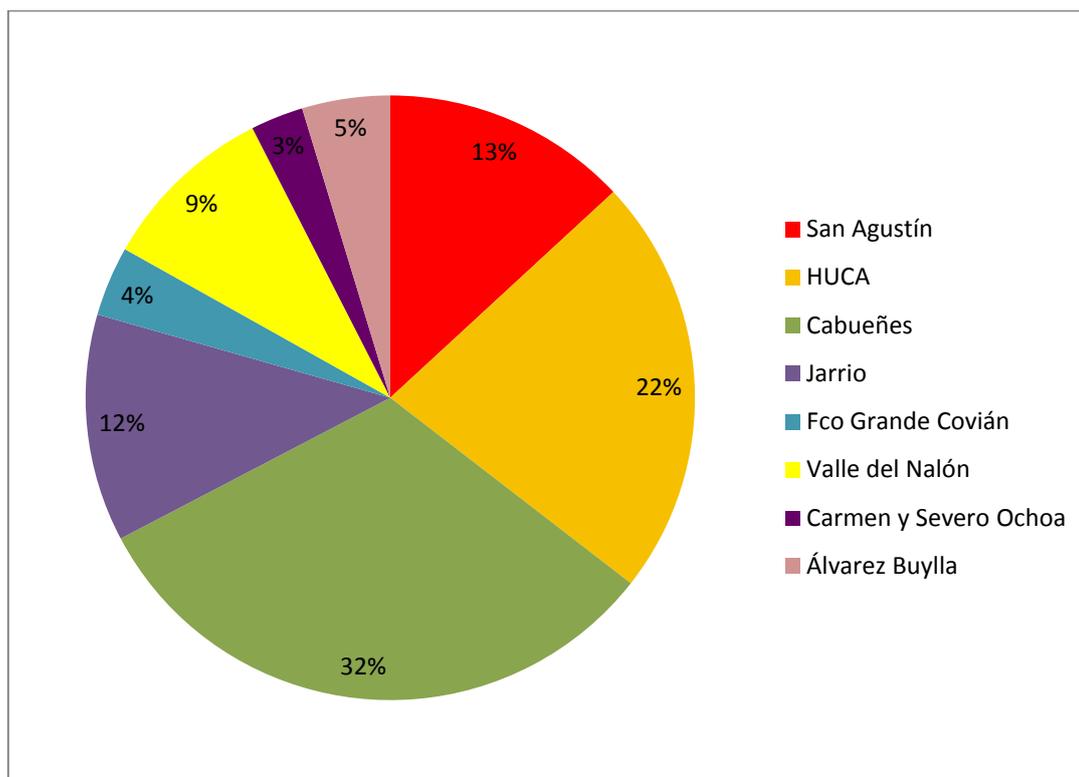


Figura 5: muestra por hospitales.

5.2. DISEÑO DEL CUESTIONARIO

Realizamos una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el cuidado *piel con piel* guiando nuestro estudio hacia tres líneas investigación principales, *los beneficios del cuidado piel con piel*, *las principales recomendaciones* y *los factores que condicionan su implantación*. Dentro de las recomendaciones limitamos el espacio temporal a las dos primeras horas tras el parto por ser este el periodo donde ejercemos nuestro trabajo y parece aportar mayores beneficios tanto para la madre como para el recién nacido.

Sin embargo, el resto de las líneas de investigación, al ser pocos los artículos que se ceñían a ese tiempo en concreto (2 horas postparto), nos obligó a ampliar el momento y lugar de aplicación y valorar también aquellos artículos sobre el *piel con piel* en aquellos bebés ingresados en las unidades neonatales por distintas causas.



Nuestra búsqueda se realizó a través de bases de datos de distintos organismos, Ministerio de Sanidad y Consumo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española de Pediatría (AEPED), Asociación Española de Matronas (AEM) y Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Los buscadores utilizados fueron WOS, Biblioteca Cochrane Plus, Scopus, Science Direct, Cuiden y Google Académico.

El margen temporal de búsqueda se estableció desde el año 2000 hasta el momento actual y el idioma inglés y español.

Para establecer las palabras claves más adecuadas nos servimos de los tesauros MeSH de la base de datos PubMed y DECS de Bireme con lo que obtuvimos las que utilizamos en nuestra revisión: *cesarean section (cesárea)*, *continuing education (formación continuada)*, *breastfeeding (lactancia materna)*, *kangaroo care (método canguro)*, *mother–Infant interaction (interacción madre hijo)*, *motivation (motivación)*, *questionnaires (cuestionarios)*, *routine care (cuidados rutinarios)*, *skin-to-skin care (método piel con piel)*.

Para el tratamiento y almacenamiento de la información se trabajó con el gestor de referencias bibliográficas (Refworks).

En total fueron recuperados 108 documentos de los cuales 87 fueron analizados en profundidad. Los principales resultados fueron recogidos en el anexo I (recomendaciones nacionales del cuidado piel con piel) y anexo II (resultados de la revisión bibliográfica).

5.3. MATERIAL Y MÉTODO

A través de nuestra revisión, encontramos varios estudios que se centran en el personal de enfermería como los profesionales que imparten el cuidado piel con piel, valorando sus actitudes y creencias sobre el mismo (Hernández Ramírez, 2014; Márquez Bazán, 2006), pero ninguno de ellos seguía unos criterios estructurados.

Localizamos una clasificación de los factores implicados en el cuidado piel con piel, en uno de los estudios que guía nuestro trabajo (Nahidi et al., 2014), desarrollado en el cuestionario MSSCQ. Este es un cuestionario validado, diseñado como instrumento de

medida de la percepción de las enfermeras sobre los factores implicados en el método piel con piel. Aborda las dimensiones descritas por los autores, en la primera fase de su estudio de forma cualitativa (factores predisponentes, facilitadores y forzadores). Ha demostrado tener unas propiedades psicométricas óptimas (α de Cronbach de 0.92 y la realización de un test-retest con un intervalo de dos semanas que indica un valor de ICC de 0.94) para cada uno de los constructos que estudia, teniendo la capacidad de valorar la percepción de las enfermeras sobre los factores implicados en el método piel con piel.

Sin embargo, el cuestionario elaborado por los autores no nos resultó válido debido a la diferencia cultural y en nuestra opinión, su excesiva longitud (88 ítems) que dificulta mucho su realización, aunque sí que nos sirvió de orientación para la construcción de nuestro cuestionario para la evaluación del cuidado piel con piel en profesionales (en adelante CPEP), que elaboramos adaptando el anterior y cuya comparación recogemos en la tabla 2.



Tabla 2:
cuestionario MSSCQ-CPEP

CUESTIONARIO MSSCQ		CUESTIONARIO CPEP	
FACTORES PREDISPONENTES.	ÍTEMS	FACTORES PREDISPONENTES	ÍTEMS
Actitud de la enfermera.	1-11	Actitud de la enfermera.	1,3,10,11
Relación con la salud del recién nacido.	12-18	Relación con la salud del recién nacido.	9,6
Salud física materna.	19-22	Salud física materna.	7
Obstáculos del desarrollo del piel con piel.	23-27	Obstáculos del desarrollo del piel con piel.	2,4,5
Eficacia de su trabajo.	28-34	Supervisión	8
Relación con la salud mental.	35-38	Relación con la salud mental.	--
FACTORES FACILITADORES	ÍTEMS	FACTORES FACILITADORES	ÍTEMS
Planificación a través de las gerencias	1-4	Planificación a través de las gerencias	13,14,15
Servicios proporcionados a la madre.	5-9	Servicios proporcionados a la madre.	16
Formación.	10-18	Formación.	12
FACTORES REFORZADORES	ÍTEMS	FACTORES REFORZADORES.	ÍTEMS
Factores motivadores.	1-7	Factores motivadores.	18
Apoyo del equipo médico.	8-11	Apoyo del equipo médico.	20,21
Apoyo de los acompañantes	12-14	Apoyo de los acompañantes	17
Motivación propia.	15-18	Motivación propia.	22
Instalaciones y equipamiento.	19-23	Instalaciones y equipamiento.	15
Satisfacción profesional de la enfermera.	24-26	Satisfacción profesional de la enfermera.	19

Esta tabla muestra la comparativa entre el cuestionario creado en el estudio CPEP y el cuestionario MSSCQ.

Para la adaptación de dicho cuestionario realizamos distintas fases, expuestas en la figura 6. En una primera fase de traducción y retrotraducción del mismo por dos matronas bilingües conocedoras de la materia, residentes en Reino Unido. Después, con un trabajo cualitativo, a través de un Grupo de Discusión, del que formaron parte cinco matronas, desarrollamos una nueva codificación de los factores expuestos, aportando ideas y sugerencias para su desarrollo abordando las dimensiones descritas en el método PRECEDE -PROCEDE. Estos tres factores constan de 22 ítems divididos en factores predisponentes, facilitadores y reforzadores .

Creímos necesario valorar la percepción de los profesionales sobre las recomendaciones por parte de la OMS, Ministerio (recogidas en el anexo I) y principales beneficios descritos, que sustituyeron a las que hacían referencia a los beneficios del cuidado aportadas por los autores (Nahidi et al., 2014).

En una siguiente fase realizamos una primera prueba del cuestionario en un grupo de 10 profesionales para localizar posibles errores en el diseño o dificultades en la comprensión, modificando una serie de ítems que conducían a equivoco o doble interpretación.

Busqueda bibliográfica	•Cuestionario MSSCQ.
Traducción y retrotraducción del cuestionario.	•Dos matronas bilingües.
Grupo de discusión.	•5 matronas.
Cuestionario CPEP	•Cuestionario de 22 ítems.
Valoración del cuestionario	•Localización de posibles errores en el diseño o dificultades en la comprensión.
Pilotaje del estudio.	•Profesionales de los 7 Hospitales Asturianos.

Figura 6: Metodología



Para medir la homogeneidad del cuestionario, realizamos una aproximación del análisis de fiabilidad de nuestro instrumento de valoración a partir de α de Cronbach, por ser datos continuos. Mostró el siguiente grado de fiabilidad, $\alpha=.882$ calculado a partir de los 22 ítems que constituyen el cuestionario. Esto implica que la fiabilidad del estudio es aceptable, partiendo de un cuestionario escala con una muestra reducida.

5.4. PROCEDIMIENTO.

El proyecto obtuvo la aprobación por la comisión de investigación de todos los hospitales en los que se llevó a cabo, a los que enviamos una carta de presentación adjuntando nuestro proyecto vía mail. También obtuvo la conformidad por parte del comité ético del Principado de Asturias (ver anexo V). Nos pusimos en contacto con las supervisoras de cada área y con la población de estudio, permitiendo un feedback posterior. Por último se obtuvo consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad en el manejo y tratamiento de los datos obtenidos.

6. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Tras la codificación e informatización de los datos obtenidos en nuestro trabajo de campo, se realizaron distintos análisis estadísticos valiéndonos del paquete informático SPSS. Inicialmente, se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento, que nos permitió determinar la fiabilidad del mismo, presentado apartados anteriores (ver 5.3 material y método).

En un segundo paso, se realizó el análisis multivariado de la varianza para comprobar si existen diferencias entre los distintos factores y componentes en función de los profesionales que se ocupan de este cuidado y el tipo de hospitales del Principado de Asturias donde se imparte (comarcales y de referencia).

6.1. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS POR OCUPACIÓN.

En primer lugar se van a presentar los resultados obtenidos en función de la ocupación enfermeras (n=36) y matronas (n=64) habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas en el total de cada uno de los factores [$F(1,100)=15.277$; $p \leq .000$], a partir del análisis multivariado realizado (MANOVA).

Analizando la media de las puntuaciones obtenidas en función de la ocupación, tal y como se recogen en la figura 7, podemos observar una mayor puntuación de las matronas respecto a las enfermeras en todos los factores analizados. Las matronas obtienen la mayor puntuación en los factores predisponentes ($M_M=3.60$) respecto al obtenido por las enfermeras ($M_E=3.00$), en los factores facilitadores las matronas obtienen una media ($M_M=3.30$) superior a las enfermeras ($M_E=2.91$) y en los factores reforzadores las matronas obtienen mayor puntuación ($M_M=3.25$) que las enfermeras ($M_E=2.83$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p \leq .00$) en todos los factores.

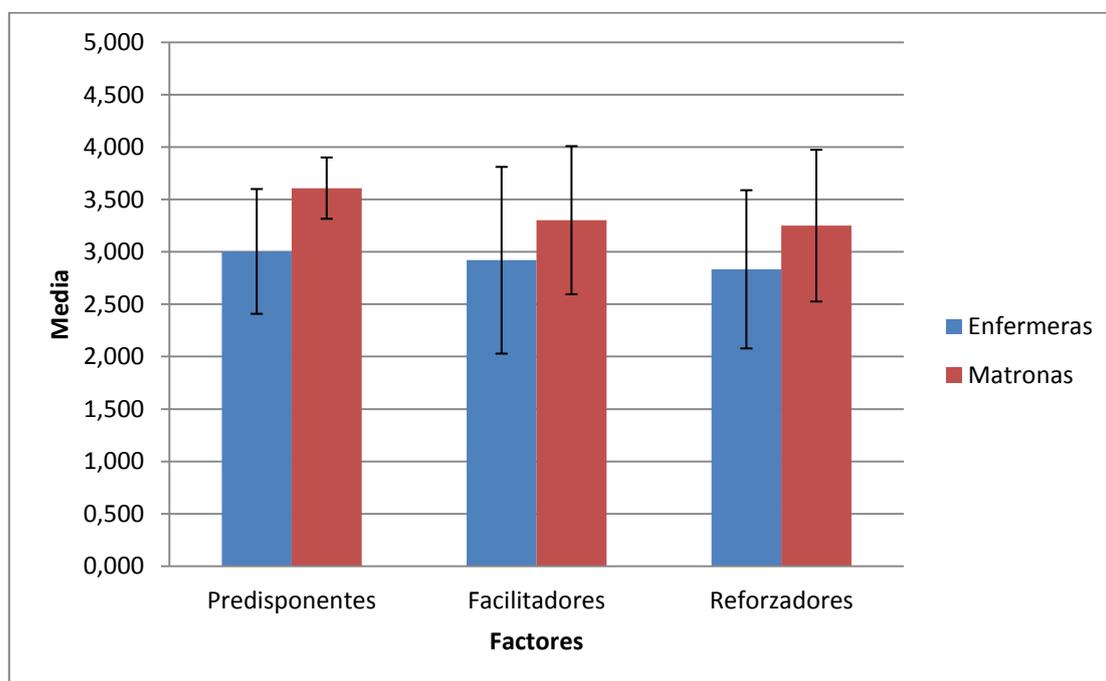


Figura 7: Análisis por ocupación Enfermeras Vs Matronas

A continuación se van a presentar los resultados de análisis multivariados de la varianza realizados para los componentes de cada uno de los factores. En las tablas 3, 4



y 5 se recogen los estadísticos descriptivos de aquellas variables que han mostrado diferencias estadísticamente significativas.

En los factor predisponentes se han hallado diferencias estadísticamente significativas [$F(1,100)=10.707$; $p\leq.000$], y cabe destaca que únicamente en la variable supervisión no se han obtenido diferencias estadísticamente (ver tabla 3).

Tabla 3:
factores predisponentes por ocupación

	MATRONAS		ENFERMERAS		F	P
	M	DT	M	DT		
Actitud	3.07	.31	2.84	.51	8.173	.005
Salud del Recién nacido	3.70	.46	2.76	.91	45.500	.000
Salud Materna	3.69	.63	2.69	1.11	32.090	.000
Obstáculos	3.84	.30	3.58	.64	1.550	.000

Asimismo es destacable que las matronas obtienen puntuaciones más elevadas en todas las variables, encontrando diferencias estadísticamente significativas en actitud [$M_M=3.07$ frente a $M_E=2.84$; $p\leq.005$], salud del recién nacido [$M_M=3.70$ frente a $M_E=2.76$; $p\leq.000$], la variable salud materna [$M_M=3.69$ frente a $M_E=2.69$; $p\leq.000$] y la variable obstáculos [$M_M=3.84$ frente a $M_E=3.58$; $p\leq.000$].

Respecto a los factores facilitadores se han hallado diferencias estadísticamente significativas, [$F(1,100)=7.34$; $p\leq.000$], en todas sus variables excepto en supervisión (ver tabla 4).

Tabla 4:
factores facilitadores por ocupación

	MATRONAS		ENFERMERAS		F	P
	M	DT	M	DT		
Servicios	3.41	1.00	2.83	1.15	6.711	.011
Formación	3.92	.32	3.44	.73	20.18	.000

Las matronas obtienen puntuaciones más elevadas en todas las variables en las que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, servicios [$M_M=3.41$ frente a $M_E=2.83$; $p\leq.011$] y formación del recién nacido [$M_M=3.92$ frente a $M_E= 3.44$; $p\leq.000$].

De la misma forma en los factores reforzadores se han hallado diferencias estadísticamente significativas [$F(1,100)=3.098$; $p\leq.008$], en todas las variables excepto en equipo médico e instalaciones (ver tabla 5).

Tabla 5:
factores reforzadores por ocupación

	MATRONAS		ENFERMERAS		F	P
	M	DT	M	DT		
Motivadores	3.28	.65	3.63	.57	7.515	.007
Acompañante	3.37	.82	2.67	.95	15.105	.000
Motivación	3.55	.95	3.03	.94	6.849	.010
Satisfacción	3.41	1.00	2.83	1.15	6.711	.011

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la variable motivadores [$M_M=3.63$ frente a $M_E= 3.28$; $p\leq.007$], la variable acompañante [$M_M=3.37$ frente a $M_E=2.67$; $p\leq.000$], la variable motivación [$M_M= 3.55$ frente a $M_E= 3.03$; $p\leq.010$] y la variable satisfacción [$M_M=3.41$ frente a $M_E=2.83$; $p\leq.011$], donde de nuevo son las matronas las que adquieren puntuaciones más elevadas.

6.2. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS POR HOSPITALES

A continuación se van a presentar los resultados comparando los hospitales según su tipología: comarcales ($n=35$) y de referencia Hospital San Agustín ($n=14$), Hospital Universitario central de Asturias ($n=21$), Hospital de Cabueñes ($n=30$) habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas en el total de cada uno de los factores [$F_{(3,100)}=8.912$; $p\leq.000$], a partir del análisis multivariado de la varianza realizado (ver figura 8).

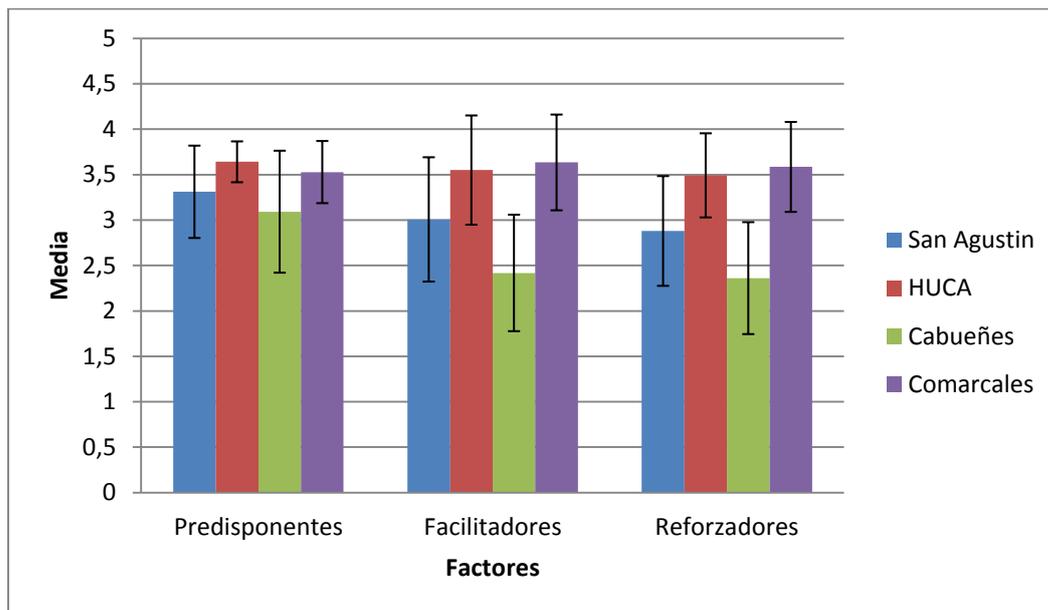


Figura 8: Análisis por Hospitales

En la tabla 6 se recogen los estadísticos descriptivos de los totales de los tres factores los cuales presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6:

factores por hospitales.

	SAN AGUSTÍN		HUCA		CABUEÑES		COMARCALES		F	P
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
FACTORES PREDISONENTES	3.31	0.50	3.64	0.22	3.09	0.67	3.52	0.34	7.091	.000
FACTORES FACILITADORES	3.00	0.68	3.55	0.60	2.41	0.64	3.63	0.52	25.740	.000
FACTORES REFORZADORES	2.88	0.60	3.49	0.46	2.36	0.61	3.58	0.49	32.127	.000

Examinando las pruebas *post hoc* del total de los factores, en los factores predisponentes se observan diferencias estadísticamente significativas del Hospital HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.64$; $M_{Cabueñes}=3.09$; $p\leq.001$] y Cabueñes frente a comarcales [$M_{Cabueñes}=3.09$; $M_{Comarcales}=3.52$; $p\leq.002$].

En los factores facilitadores se observan diferencias estadísticamente significativas del Hospital San Agustín frente a Cabueñes [$M_{San Agustín}=3.00$; $M_{Cabueñes}=2.41$;

$p \leq .019$], San Agustín frente a Comarcales [$M_{\text{San Agustín}}=3.00$; $M_{\text{Comarcales}}=3.63$; $p \leq .008$] además de HUCA frente a Cabueñes [$M_{\text{HUCA}}=3.55$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.41$; $p \leq .000$].

En los factores reforzadores se observan diferencias estadísticamente significativas del Hospital San Agustín frente a HUCA [$M_{\text{San Agustín}}=2.88$; $M_{\text{HUCA}}=3.49$; $p \leq .009$], a Cabueñes [$M_{\text{San Agustín}}=2.88$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.36$; $p \leq .024$] y a comarcales [$M_{\text{San Agustín}}=2.88$; $M_{\text{Comarcales}}=3.58$; $p \leq .001$], HUCA frente a Cabueñes [$M_{\text{HUCA}}=3.49$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.36$; $p \leq .000$] y Cabueñes frente a comarcales [$M_{\text{Cabueñes}}=2.36$; $M_{\text{Comarcales}}=3.58$; $p \leq .000$].

A continuación se analizan las variables que componen cada uno de los factores. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas tanto para los factores predisponentes [$F(3,100)=2.748$; $p \leq .001$], como para los facilitadores [$F(3,100)=9.403$; $p \leq .000$] y los reforzadores [$F(3,100)=5.163$; $p \leq .000$].

En relación con los factores predisponentes, en la tabla 7 se recogen los estadísticos descriptivos de aquellas variables que han mostrado diferencias estadísticamente significativas, no habiéndose obtenido diferencias en las variables actitud y supervisión

FACTORES PREDISPONENTES

Tabla 7:
factores predisponentes por Hospitales

	San Agustín		HUCA		Cabueñes		Comarcales		F	P
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Salud RN	3.11	.88	3.74	.46	2.87	.96	3.66	.46	9.379	.000
Salud M	3.29	.82	3.76	.436	2.80	1.24	3.54	.78	5.715	.000
Obstáculo	3.64	.46	3.92	.14	3.17	.85	3.73	.36	9.344	.000

Examinando los contrastes *post hoc*, en la variable salud del recién nacido, se observan diferencias significativas del hospital HUCA respecto al hospital Cabueñes [$M_{\text{HUCA}}=3.74$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.87$; $p \leq .000$], y del Hospital Cabueñes frente a los comarcales [$M_{\text{Comarcales}}=3.66$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.87$; $p \leq .000$]. Este mismo patrón se repite con la variable salud maternal, es decir HUCA frente a Cabueñes [$M_{\text{HUCA}}=3.76$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.80$; $p \leq .002$] y comarcales frente a Cabueñes [$M_{\text{Comarcales}}=3.54$; $M_{\text{Cabueñes}}=2.80$; $p \leq .008$]; y la variable



obstáculo HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.92$; $M_{Cabueñes}=3.17$; $p\leq.000$] y comarcales frente a Cabueñes [$M_{Comarcales}=3.73$; $M_{Cabueñes}=3.17$; $p\leq.000$]

Asimismo dentro de los factores facilitadores recogemos en la tabla 8 las variables que han mostrado diferencias estadísticamente significativas, siendo formación la única que nos las posee.

Tabla 8:

factores facilitadores por Hospitales

	San Agustín		HUCA		Cabueñes		Comarcales		F	P
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Planificación	2.09	1.38	3.17	.95	1.32	.80	3.39	.78	31.281	.000
Servicios	3.21	.89	3.57	.74	2.33	1.21	3.71	.750	13.325	.000

Examinando los contrastes *post hoc*, en la variable planificación se observan diferencias estadísticamente significativas del Hospital San Agustín frente a HUCA [$M_{San Agustín}=2.09$; $M_{HUCA}=3.17$; $p\leq.007$], frente a comarcales [$M_{San Agustín}=2.09$; $M_{Comarcales}=3.39$; $p\leq.000$] y San Agustín frente a Cabueñes [$M_{San Agustín}=2.09$; $M_{Cabueñes}=1.32$; $p\leq.026$], así como HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.17$; $M_{Cabueñes}=1.32$; $p\leq.000$] y Cabueñes frente a comarcales [$M_{Cabueñes}=1.32$; $M_{Comarcales}=3.39$; $p\leq.000$].

En la variable servicios se observan diferencias estadísticamente significativas del Hospital San Agustín frente a Cabueñes [$M_{San Agustín}=3.21$; $M_{Cabueñes}=2.33$; $p\leq.000$] y Cabueñes frente a comarcales [$M_{Cabueñes}=2.33$; $M_{Comarcales}=3.71$; $p\leq.000$].

En relación con los factores reforzadores, en la tabla 9 se recogen los estadísticos descriptivos de aquellas variables que han mostrado diferencias estadísticamente significativas que se corresponden con todas sus componentes.

Tabla 9:
factores reforzadores por Hospitales

	San Agustín		HUCA		Cabueñes		Comarcales		F	P
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Motivadores	3.50	.51	3.67	.48	3.10	.75	3.74	.44	7.553	.000
Equipo médico	2.14	.86	3.19	.76	1.53	.84	3.17	1.05	22.210	.000
Acompañante	3.00	1.10	3.38	.66	2.50	.90	3.54	.74	9.257	.000
Motivación	3.21	1.05	3.81	.40	2.60	1.22	3.80	.40	13.806	.000
Instalaciones	2.21	1.47	3.33	.85	2.10	1.32	3.54	.74	12.568	.000
Satisfacción	3.21	.89	3.57	.74	2.33	1.21	3.71	.75	13.325	.000

Examinando los contrastes *post hoc*, en la variable motivadores se observan diferencias estadísticamente significativas del Hospital HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.67$; $M_{Cabueñes}=3.10$; $p\leq.005$] y Cabueñes frente a Comarcales [$M_{Cabueñes}=3.10$; $M_{Comarcales}=3.74$; $p\leq.000$]. En la variable equipo médico las diferencias se observan en el hospital San Agustín frente a HUCA [$M_{San Agustín}=2.14$; $M_{HUCA}=3.19$; $p\leq.007$] y Comarcales [$M_{San Agustín}=2.14$; $M_{Comarcales}=3.17$; $p\leq.003$], así como HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.19$; $M_{Cabueñes}=1.53$; $p\leq.000$]. En la variable acompañante las diferencias se observan en HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.38$; $M_{Cabueñes}=2.50$; $p\leq.002$] y Cabueñes frente a Comarcales [$M_{Cabueñes}=2.50$; $M_{Comarcales}=3.54$; $p\leq.000$]. En la variable instalaciones las diferencias se muestran en San Agustín frente a HUCA [$M_{San Agustín}=2.21$; $M_{HUCA}=3.33$; $p\leq.021$], HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.33$; $M_{Cabueñes}=2.10$; $p\leq.001$] y Cabueñes frente a Comarcales [$M_{Cabueñes}=2.10$; $M_{Comarcales}=3.54$; $p\leq.000$]. Por último, en la variable satisfacción se observan diferencias en HUCA frente a Cabueñes [$M_{HUCA}=3.57$; $M_{Cabueñes}=2.33$; $p\leq.000$], Cabueñes frente a San Agustín [$M_{Cabueñes}=2.33$; $M_{San Agustín}=3.21$; $p\leq.026$] y frente a Comarcales [$M_{Cabueñes}=2.33$; $M_{Comarcales}=3.71$; $p\leq.000$].



7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

A través de los artículos analizados, hemos valorado cómo los autores coinciden en que el cuidado piel con piel todavía tiene que superar muchas barreras para poder implementarse de una manera adecuada (Bergh, Charpak, Ezeonodo, Udani, & Van Rooyen, 2012; Bergh et al., 2014; Crenshaw, 2014; Solomons & Rosant, 2012), existiendo distintos factores que influyen en su correcta implantación. Sin embargo ningún documento refleja claramente esos factores valorados desde una perspectiva global.

Para poder llevar a cabo el estudio sobre los factores implicados en el cuidado piel con piel a través de los profesionales que lo llevan a cabo (enfermeras y enfermeras especialistas), realizamos una minuciosa búsqueda bibliográfica que nos permitió enumerar en primer lugar las recomendaciones sobre este cuidado en las dos primeras horas tras el parto a nivel nacional, las cuales se encuentran recogidas en el anexo I y en segundo lugar los factores implicados en el cuidado piel con piel. Además se hizo evidente la necesidad de diseñar un instrumento de evaluación apropiado al no encontrarse ninguno que sirviera para el fin propuesto. Por esta razón principal se elaboró el cuestionario CPEP, a partir de lo ya realizado por estudios anteriores, con el que realizamos un primer pilotaje para valorar los ítems y la utilidad del cuestionario, que precisará de una validación en futuros estudios.

A la luz de los resultados obtenidos en nuestra revisión podemos describir posibles factores que condicionan la baja implantación del indicador cuidado piel con piel, que dividiremos siguiendo la línea de otros autores en factores predisponentes, facilitadores y reforzadores, basándonos en el modelo de educación para la salud PRECEDE-PROCEDE.

Comenzamos describiendo los factores predisponentes, los cuales van a tener una relación directa con la motivación del profesional que realiza la conducta. Forman parte de estos factores la actitud de las enfermeras, la relación del cuidado piel con piel y la salud materna y del recién nacido, los obstáculos encontrados y la supervisión del cuidado.

Observamos una tendencia general a obtener unas puntuaciones más elevadas en las matronas que en enfermeras, lo que podría indicar una motivación y unos conocimientos más actualizados sobre el cuidado.

En los hospitales donde las puntuaciones son menores aún valorándose positivamente el cuidado piel con piel, descubrimos discrepancias en la forma de realizarlo según las recomendaciones del Ministerio, valorando con puntuaciones menores las características propias del cuidado, como el tiempo en que no se debe separar a la madre y al recién nacido, los cuidados rutinarios, su relación con la lactancia o el papel del padre en las cesáreas. Este desacuerdo en las variables de actitud, salud del recién nacido materna y obstáculos también se ven influidas por el grado de especialización del profesional lo cual mostraría la posible necesidad de formación y consenso entre profesionales que aún valorando como positivo el cuidado, desconocen de qué forma deben ponerlo en marcha y restan importancia a sus beneficios, por lo que destacamos la importancia de la formación como ya hicieron otros autores (Abedian et al., 2014; A. Bergh et al., 2012; A. Bergh et al., 2014; A. M. Bergh et al., 2012; Kymre, 2014; Pratomo et al., 2012; Solomons & Rosant, 2012). La aplicación de una estrategia educativa que promueva las recomendaciones disponibles sobre el cuidado podría mejorar sus indicadores, al igual que describieron otros autores (Champagne, 2012; Reeg & Lott, 2012).

Los factores facilitadores guardan relación con la facilidad o dificultades que tiene el profesional para realizar el cuidado. Forman parte las habilidades, la accesibilidad de recursos para ponerlo en práctica. Dentro de estos los profesionales manifiestan unas puntuaciones aceptables y un grado de capacitación muy alto. En algunos hospitales los profesionales parecen encontrarse con dificultades como la ausencia de políticas firmes por parte de las Gerencias y protocolos basados en la evidencia científica, por lo que los profesionales no parecen sentirse respaldados, como ya describió Herrera Gómez (2013). Al igual que en otros estudios (Champagne, 2012; Reeg & Lott, 2012), creemos que una mayor implicación por parte de la Gerencias, aumentaría la tasa de aplicación de los cuidados.



Para aumentar la seguridad los profesionales deberían ser capaces de reconocer los factores de riesgo del cuidado piel con piel y evitar así los *episodios aparentemente letales* que han sucedido en los últimos años en nuestro país (Gómez et al., 2011; Marín, Valverde, & Cabañas, 2013; Pérez, 2012; Rodríguez-Alarcón Gómez et al., 2011), estos fueron principalmente causados por una posición del recién nacido potencialmente asfixiante, que parecen guardar relación con distintos factores como que la cabeza se encontraba tapada con una manta, la madre estaba sedada o muy cansada, el padre estaba utilizando dispositivos electrónicos o era el turno de noche y había menos vigilancia, entre otros.

Sobre la formación, encontramos que son las matronas las profesionales que refieren sentirse más capacitadas para realizar el cuidado piel con piel, sospechamos que esto es debido a que durante los dos años de especialización han adquirido conocimientos y destrezas sobre el método. Creemos de este modo que se hace indispensable la implantación de programas de educación continuada, al igual que describieron las investigaciones de otros autores (Abedian et al., 2014; Brandão, Venancio, & Giugliani, 2014; Elliott et al., 2011) que permitan a los profesionales adaptar sus conocimientos para poder examinar a los recién nacidos, controlando su adaptación sin interferir en el desarrollo natural de la misma y reconociendo de una manera precoz las situaciones de riesgo.

Los factores reforzadores, son aquellos que una vez que el profesional ha aplicado el cuidado se siente *premiado* o *castigado* por ello. Se podría resumir como las consecuencias de la aplicación de dicho cuidado en los profesionales de su alrededor, quien recibe el cuidado y el profesional en sí.

En líneas generales las matronas puntúan de una manera más elevada a estos factores respecto a las enfermeras, encontrándose diferencias entre los distintos hospitales de referencia del Principado de Asturias.

La mayoría de los profesiones de nuestro estudio valoran de una manera muy positiva la aceptación por parte de la mujer al cuidado. Encontramos una menor aceptación en los acompañantes, donde la puntuación es menor, lo que concuerda con lo expuesto por (Pratomo et al., 2012). Descubrimos de esta forma que los profesionales,

según reflejan los datos obtenidos, se sienten satisfechos con el cuidado, lo cual condicionaría de forma positiva la realización del mismo, repercutiendo en la satisfacción de las usuarias como ya sugirieron otros autores (Martínez-Galiano & Delgado-Rodríguez, 2013). Sin embargo descubrimos una falta de apoyo dentro del propio colectivo de enfermería, que también reflejan sentirse desmotivados. Estos aspectos podrían ser claves para el clima de organización y la calidad de los cuidados, como ya describieron otros autores (Fernández-Arroyo, 2009).

Los últimos datos disponibles sobre la implantación del cuidado piel con piel en los hospitales de esta provincia nos muestran una realidad inquietante, con porcentajes muy alejados de las recomendaciones propuestas por el Ministerio. Esto nos ha hecho reflexionar sobre las posibles causas que condicionan la realización de dicho cuidado y la necesidad que existe de diagnosticarlas para poder intervenir sobre ellas.

Tras la elaboración del *cuestionario CPEP* que nos permitía evaluar los factores implicados en el cuidado piel con piel, realizamos el trabajo de campo en los distintos Hospitales Asturianos mostrándonos una realidad heterogénea.

Uno de las conclusiones más relevantes es que aunque la mayoría de los profesionales adquieren una alta puntuación sobre la importancia del cuidado, este tiene unos índices de implantación alejados de lo recomendado en todos los hospitales, reflejando en algunos casos un desconocimiento del proceso del mismo, que implica la no separación del binomio madre-hijo y posponer los cuidados de rutina durante el tiempo recomendado, restando importancia a su relación con la lactancia y la termorregulación del recién nacido, lo cual podría solucionarse con una estrategia educativa para estos profesionales.

En los hospitales con menores índices de implantación la puntuación dada al apoyo del cuidado por parte de las Gerencias son los más bajos, lo que evidencia ciertas carencias, que se traducen en ausencia de una estrategia de actuación, actividades formativas, falta de protocolos e infraestructura y medios inadecuados.

Creemos firmemente que si la Gerencias apoyaran este cuidado, formando al personal, respaldándolos con un protocolo, priorizando el binomio madre-hijo y adecuando las infraestructuras, esto repercutiría no solo en la salud materno-filial, sino



también en la satisfacción y motivación de los profesionales que podrían sentirse más satisfechos con su trabajo .

Pensamos que una vez cubiertas las carencias formativas y de recursos, se propiciará un aumento en el porcentaje de la realización del cuidado, pudiendo dar un paso más, aplicándolo también en las cesáreas y en la realización de este por parte del acompañante, en los casos en que la madre no se encuentre en disposición de hacerlo.

Una de las principales limitaciones que encontramos al hacer nuestro trabajo, es el cuidado piel con piel representa un tema tabú para algunos profesionales, que se sienten intimidados y cuestionados simplemente por el hecho de preguntar sobre el mismo, por lo que ciertas respuestas, pueden no reflejar verdaderamente su posición o percepción, a favor de lo que es más valorado de manera positiva en su entorno, conocido como "sesgo de deseabilidad social".

Otro obstáculo encontrado, es el relacionado con nuestra muestra, ya que quizás las personas que desearon participar en el estudio fueron las más motivadas, siendo las personas que no desearon participar las que más problemas tengan para la realización del cuidado.

La burocracia también representó una dificultad en la puesta en marcha del proyecto, ya que en algunos centros esta fue más lenta de lo esperado, requiriendo esfuerzos adicionales de tiempo y recursos, pudiendo desalentar a futuros investigadores.

Con este muestreo pudimos descubrir aspectos importantes sobre nuestra población, por las anotaciones que los profesionales hacían en los cuestionarios, así como por el número de personas que rehusaban participar en el estudio que podría implicar un desinterés sobre el tema.

Es ineludible para mejorar la calidad asistencial en el parto, abordar los factores deficitarios localizados, por lo que proponemos como principales líneas de actuación:

- Elaboración de un protocolo multidisciplinar de atención la recién nacido sano basado en la evidencia científica en todos los hospitales que carezcan de este.
- Evaluar las necesidades formativas sobre el cuidado piel con piel de los profesionales que se ocupan de la asistencia de la mujer y del recién nacido, en

especial dentro de las primeras dos horas postparto, por la características singulares de ese momento.

- Proporcionar información a los nuevos padres sobre los beneficios aportados por el cuidado piel con piel.
- Adecuación de los paritorios que permitan la no separación del binomio madre-recién nacido durante el tiempo recomendado.

Finalmente ante la limitación que ha supuesto tener una muestra reducida de profesionales, vemos necesaria una línea de investigación futura que nos permita ampliarla y desarrollar futuros estudios en otras comunidades, pudiéndonos ajustar de esta forma a unos criterios de validez y fiabilidad mayores. Aún así, creemos que este es un primer paso para la mejora, de lo que consideramos un cuidado esencial en la transición tanto del recién nacido, como de su madre, a una nueva vida. Nos satisface que a través de esta investigación hayamos podido hacer reflexionar a los profesionales sobre diferentes aspectos del cuidado piel con piel que quizás no se habían planteado antes, dando nuestra aportación a la profesión de enfermería.

REFERENCIAS

Abedian, K., Charati, J. Y., Samadaee, K., & Shahhosseini, Z. (2014). A cross-sectional study of midwives' perspectives towards their professional educational needs. *Materia Socio-Medica*, 26(3), 182.

Alberts, J. R. (1994). Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatrica*, 83(s397), 77-85.

Albo, J. M. (2006). Recomendaciones de la OMS para el parto: Conflicto de intereses en la práctica. *Medicina Naturista*, (10), 55-59.

Alonso, C. R. P., & López, J. R. (2014). Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. *Anales De Pediatría: Publicación Oficial De La Asociación Española De Pediatría (AEP)*, 80(4), 203-205.

Anderzen-Carlsson, A., Lamy, Z. C., & Eriksson, M. (2014). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 1: A qualitative systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 24906. doi:10.3402/qhw.v9.24906 [doi]

Andres, V., Garcia, P., Rimet, Y., Nicaise, C., & Simeoni, U. (2011). Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*, 127(4), e1073-6. doi:10.1542/peds.2009-3095 [doi]

Bergh, A., Charpak, N., Ezeonodo, A., Udani, R. H., & Van Rooyen, E. (2012). Education and training in the implementation of kangaroo mother care. *South African Journal of Child Health*, 6(2), 38-45.

Bergh, A., Kerber, K., Abwao, S., Johnson, J. d., Aliganyira, P., Davy, K.,... Luhanga, R. (2014). Implementing facility-based kangaroo mother care services: Lessons from a multi-country study in Africa. *BMC Health Services Research*, 14(1), 293.

Bergh, A. M., Rogers-Bloch, Q., Pratomo, H., Uhudiyah, U., Sidi, I. P., Rustina, Y.,... Gipson, R. (2012). Progress in the implementation of kangaroo mother care in 10 hospitals in Indonesia. *Journal of Tropical Pediatrics*, 58(5), 402-405. doi:10.1093/tropej/fmr114 [doi]



Bergström, A., Okong, P., & Ransjö-Arvidson, A. (2007). Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatrica*, 96(5), 655-658.

Brandão, D. S., Venancio, S. I., & Giugliani, E. R. (2014). Association between the brazilian breastfeeding network implementation and breastfeeding indicators. *Journal De Pediatria*,

Brennan, P. A., & Kendrick, K. M. (2006). Mammalian social odours: Attraction and individual recognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 361(1476), 2061-2078. doi:N3738646G112M673 [pii]

Bystrova, K., Widström, A., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Welles-Nyström, B., Wassberg, C.,... Uvnäs-Moberg, K. (2003). 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 Paediatrica*, 92(3), 320-326.

Calais, E., Dalbye, R., Nyqvist, K., & Berg, M. (2010). Skin-to-skin contact of fullterm infants: An explorative study of promoting and hindering factors in two nordic childbirth settings. *Acta Paediatrica*, 99(7), 1080-1090.

Castillo, M. M., Benedí, A. M. A., Picazo, B. D. P., & Arbués, E. R. (2012). Cuidados del recién nacido en la sala de partos. *ENE, Revista De Enfermería.*, 5(3)

Castroagudín, S. G., López, I. S., Teijo, F. P., Marra, M. J. L., & Vidal, E. R. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos De Atención Primaria*, 19(2), 113-117.

Champagne, H. (2012). Babies and mothers: Skin-to-Skin immediately after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(s1), S122-S123.

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. (2011). Atención de madres canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en lactantes de bajo peso al nacer.

Crenshaw, J. T. (2014). Healthy birth practice# 6: Keep mother and baby together—It's best for mother, baby, and breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211-217.

Cuervo-Arango, M. A. (1993). Metodología de cuestionarios: Principios y aplicaciones. *Boletín De La ANABAD*, 43(3), 263-272.

Delavar, M. A., Akbarianrad, Z., Mansouri, M., & Yahyapour, M. (2014). Neonatal hypothermia and associated risk factors at baby friendly hospital in babol, iran. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(Suppl 2), S99.

Dois, a., lucchini, c., villarroel, l., & uribe, c. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena De Pediatría*, 84(3), 285-292.

Doménech, E., González, N., & Rodríguez-Alarcón, J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. Junta Directiva De La Sociedad Española De Pediatría, Editors. *Protocolos De Neonatología.2ª Ed: Asociación Española De Pediatría. Sociedad Española De Neonatología*,

Elliott, S., Murrell, K., Harper, P., Stephens, T., & Pellowe, C. (2011). A comprehensive systematic review of the use of simulation in the continuing education and training of qualified medical, nursing and midwifery staff. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 9(17), 538-587.

Esteves, T. M. B., Dumas, R. P., Oliveira, Maria Inês Couto de, Andrade, Carlos Augusto de Ferreira de, & Leite, I. C. (2014). Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Revista De Saúde Pública*, 48(4), 697-708.

Fernández-Arroyo, M. F. (2009). Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación maternal. *Index De Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación Y Humanidades*, 18(2), 126-130.

Ferreiro-Losada, M., Díaz-Sanisidro, E., Martínez-Romero, M., Rial-Boubeta, A., Varela-Mallou, J., & Clavería-Fontán, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista De Calidad Asistencial*, 28(5), 291-299.

Gabriel, M., Llana Martín, I., López Escobar, A., Fernández Villalba, E., Romero Blanco, I., & Touza Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1630-1634.

Gielen, A. C., McDonald, E. M., Gary, T. L., & Bone, L. R. (2008). Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 407-433.



Goberna Tricas, J. (2012). Autonomía, heteronimia y vulnerabilidad en el proceso del parto. ENE. Revista De Enfermería, 2012, Vol.6, Num.1, P.70-77,

González-González, N., Medina, V., Jiménez, A., Arias, J. G., Ruano, A., Perales, A.,... Melchor, J. (2006). Base de datos perinatales nacionales 2004. Progresos De Obstetricia Y Ginecología, 49(11), 645-655.

Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., Partridge, K. B., & Bartlett, E. (1980). Health education planning: A diagnostic approach.

Green, Lawrence W., & Marshall W. Kreuter. Health Promotion and Plannig: An Educational and Environmental Approach. (1999)(4th edition). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Co.

Hernández Ramirez, T. E. (2014). Actitud De Las Enfermeras Sobre El Método Madre Canguro En El Servicio De UCIN De La Clínica Maison De Santé-2012,

Herrera Gómez, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index De Enfermería, 22(1-2), 79-82.

Heslehurst, N., Russell, S., McCormack, S., Sedgewick, G., Bell, R., & Rankin, J. (2013). Midwives perspectives of their training and education requirements in maternal obesity: A qualitative study. Midwifery, 29(7), 736-744.

Iglesias Casás, S., Conde García, M., & González Salgado, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: Evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Profesión, 10(2), 5-11.

Khorsandi, M., Ghofranipour, F., Hidarnia, A., Faghihzadeh, S., & Ghobadzadeh, M. (2012). The effect of PRECEDE PROCEED model combined with the health belief model and the theory of self-efficacy to increase normal delivery among nulliparous women. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 46, 187-194.

Kymre, I. G. (2014). NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 9

Lemmen, D., Fristedt, P., & Lundqvist, A. (2013). Kangaroo care in a neonatal context: Parents' experiences of information and communication of nurse-parents. The Open Nursing Journal, 7, 41.

López González. (2010). Recuperado de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>

López, J. P., Alonso, C. P., Castro, F. B., Maestro, M. L., Carbonero, S. C., & de la Cruz Bértolo, J. (2006). Cuidados centrados en el desarrollo. situación en las unidades de neonatología de España. Paper presented at the Anales De Pediatría,, 64(2) 132-139.

Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F., & Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index De Enfermería, 21(4), 209-213.

Ludington-Hoe, S. M., Lewis, T., Morgan, K., Cong, X., Anderson, L., & Reese, S. (2006). Breast and infant temperatures with twins during shared kangaroo care. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35(2), 223-231.

Maestro, M. L., Bonis, A. M., de la Cruz-Bertolo, J., López, J. P., Pena, R. M., & Alonso, C. P. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo. situación en las unidades de neonatología de España. Paper presented at the Anales De Pediatría,, 81(4) 232-240.

Marin, N., Valverde, E., & Cabañas, F. (2013). Episodio aparentemente letal neonatal durante el piel con piel. tratamiento con hipotermia. Paper presented at the Anales De Pediatría,, 79(4) 253-256.

Márquez Bazán, F. B. (2006). Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del instituto especializado materno perinatal acerca del método canguro, 2004-2005.

Martínez, A. L., Martín, M., Aguayo, R. R., & Sánchez, M. (2002). Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. Matronas Profesión, 10(10), 32-39.

Martínez-Galiano, J. M. (2011). Implantación del nuevo modelo de atención al parto: Actitud de los profesionales. Revista De Enfermagem Referência, (5), 65-71.

Martínez-Galiano, J. M., & Delgado-Rodríguez, M. (2013). Modelo asistencial centrado en la humanización: Resultados obstétricos. Ginecol Obstet Mex, 81(12), 706-710.



McAllister, D. (2014). A paradigm of normal birth: Teaching through the healthy birth practices. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 218-220.

Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B., & Haley, M. M. (2007). Evidence-Based practices for the fetal to newborn transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 262-272.

Merino Navarro, M., Palomar Gallardo, C., & González Rodríguez, A. (2003). El método canguro como intervención enfermera. *Metas De Enfermería*, (60), 12-15.

Ministerio de Sanidad y consumo (2007). Estrategia de atención al parto normal. Recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero.pdf>

Ministerio de sanidad y política social. (2007). La asistencia al parto de las mujeres sanas. estudio de variabilidad y revisión sistemática.

Ministerio de Sanidad y política social. (2009). Maternidad hospitalaria. estándares y recomendaciones. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>

Ministerio de Sanidad y política social. (2010a). Cuidados desde el nacimiento. recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas.

Ministerio de Sanidad y política social.(2010b). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2011). Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva.

Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., & Foureur, M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*, 26(1), 26-32.

Moore, B. (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 326(8458), 787.

Moore, E., Anderson, G., & Bergman, N.8c dowswell, T.(2012). early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5

Nahidi, F., Tavafian, S. S., Heidarzadeh, M., Hajizadeh, E., & Montazeri, A. (2014). The mother-newborn skin-to-skin contact questionnaire (MSSCQ): Development and psychometric evaluation among iranian midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 85.

Otal-Lospaus, S., Morera-Liáñez, L., Bernal-Montañes, M. J., & Tabueña-Acin, J. (2012). El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof*, 13(1), 3-8.

Papí, A. G., Alonso, C. P., & Maldonado, J. A. (2007). El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp*, 65(6), 286-291.

Pedrola, J. L. B., & Rodríguez, C. G. (1994). Sida y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE. *Revista De Psicología General Y Aplicada: Revista De La Federación Española De Asociaciones De Psicología*, 47(2), 151-157.

Plata, S. J., & andrea Peña, P. (2010). Calidad de cuidado materno: Una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Univ.Psychol.Bogotá, colomBia*, 9(3), 773-785.

Poets, A., Steinfeldt, R., & Poets, C. F. (2011). Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics*, 127(4), e869-73. doi:10.1542/peds.2010-2189 [doi]

Pratomo, H., Uhudiyah, U., Poernomo Sigit Sidi, I., Rustina, Y., Suradi, R., Bergh, A.,... Gipson, R. (2012). Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia. *Paediatr Indonesiana*, 52(1), 43-50.

Redshaw, M., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30(5), e177-e187.

Reeg, J. L., & Lott, T. (2012). Implementing Skin-to-skin care in a Baby-Friendly community hospital. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(s1), S41-S41.

Rengel-Días, C., Morales-Asencio, J. M., & Labajos-Manzanares, M. T. (2013). El contacto piel a piel con padres y su efecto sobre la lactancia materna. un ensayo clínico no aleatorizado. *Revista Cuidándote*, 3, 1-14.



Rimer, B. K., & Glanz, K. (2005). Theory at a glance: A guide for health promotion practice.

Rodriguez-Alarcón Gómez, J., Elorriaga, I. A., Fernández-Llebrez, L., Fernández, A. P., Avellanal, C. U., & Sierra, C. O. (2011). Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. incidencia y factores de riesgo. *Progresos De Obstetricia Y Ginecología*, 54(2), 55-59.

Ruiz, A., & Antonia, J. (2013). Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes. desarrollo de un modelo predictivo.

Saloojee, H. (2008). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 4 de enero de 2008). *La Biblioteca De Salud Reproductiva De La OMS*,

Sánchez Luna, M., Pallás Alonso, C., Botet Mussons, F., Echániz Urcelay, I., Castro Conde, J., & Narbona, E. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Paper presented at the *Anales De Pediatría*, 71(4) 349-361.

Sánchez-Erce, M., Traver, P., & Galbe, J. (2012). Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 14(54), 107-113.

Sato, K., & Oda, M. (2011). Analysis of the factors that affect dental health behaviour and attendance at scheduled dental check-ups using the PRECEDE-PROCEED model. *Acta Med Okayama*, 65(2), 71-80.

Sociedad Española de ginecología y obstetricia. (2007). Recomendaciones sobre la asistencia al parto.

Solomons, N., & Rosant, C. (2012). Knowledge and attitudes of nursing staff and mothers towards kangaroo mother care in the eastern sub-district of cape town. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 25(1), 33-39.

Srivastava, S., Gupta, A., Bhatnagar, A., & Dutta, S. (2014). Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health*, 58(1), 22-26. doi:10.4103/0019-557X.128160 [doi]



Stevenson, R. J. (2010). An initial evaluation of the functions of human olfaction. *Chemical Senses*, 35(1), 3-20. doi:10.1093/chemse/bjp083 [doi]

Varendi, H., Porter, R. H., & Winberg, J. (2002). The effect of labor on olfactory exposure learning within the first postnatal hour. *Behavioral Neuroscience*, 116(2), 206.

Vilinsky, A., & Sheridan, A. (2014). Hypothermia in the newborn: An exploration of its cause, effect and prevention. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 557-562.

Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 217-229.

ANEXO I: RECOMENDACIONES NACIONALES DEL CUIDADO PIEL CON PIEL

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA
Realización del cuidado piel con piel	<i>"El recién nacido (RN) se mantendrá en contacto piel con piel con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico del RN lo permite".</i>	Sociedad Española de ginecología y obstetricia, 2007
	<i>"Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura".</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2009
	<i>"Es deseable que, inmediatamente tras el parto, los recién nacidos sanos con aspecto vigoroso se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel.(Fuerza de la recomendación A)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
	<i>"El niño debería estar en contacto piel con piel con sus padres el máximo tiempo posible".(Fuerza de la recomendación A)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
	<i>Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.(Grado de recomendación A)</i>	Ministerio de Sanidad y política social.,2010
Información en el cuidado piel con piel	<i>"En las 2 primeras horas realizar contacto ininterrumpido piel con piel y facilitar inicio espontáneo y no interferido de la LM. Realizar seguimiento del estado físico de las madres para vigilar su normal recuperación, sin interferir en la unión madre-bebé".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011
	<i>"Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel."</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010a
Tiempo del cuidado	<i>"El niño debería estar en contacto piel con piel con sus padres el máximo tiempo posible".(Fuerza de la recomendación A)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010b
	<i>"Mantener el contacto piel con piel de la madre con su RN al menos 50 minutos sin ninguna interrupción si la madre está de acuerdo. Sería deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos o al menos hasta que se haya realizado la primera toma al pecho".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011

	<i>"El tiempo de contacto piel con piel de la madre con el recién nacido debería ser de al menos 50 minutos sin ninguna interrupción. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos".(Fuerza de la recomendación B)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
	<i>"Ha de respetarse, por tanto, el tiempo mínimo de contacto piel con piel del recién nacido con su madre tras el parto, antes de proceder a la vacunación, y éste no debe ser inferior a 50-120 minutos".</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
	<i>"Se recomienda realizar el CPP al menos 70 minutos, tras el secado del bebé".</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2009
	<i>"Es recomendable fomentar el contacto piel con piel en el caso de cesáreas".</i>	Ministerio de sanidad y política social, 2007
Cuidado piel con piel en las cesáreas	<i>"En caso de cesárea, permitir a la madre realizar el contacto piel con piel con él o la RN desde el momento mismo del nacimiento, en el propio quirófano, evitando la separación durante las horas de reanimación. Estas mujeres requieren más apoyo y ayuda para atender al o la RN e iniciar la LM, por lo que se les debería permitir estar acompañadas en todo momento por la persona de su elección".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011
	<i>"Realizar contacto precoz piel con piel madre-bebé inmediato tras cesárea en quirófano salvo complicaciones que lo impidan. Permitir la presencia y acompañamiento del padre o pareja en el proceso siempre que la mujer lo desee".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011
Reanimación del recién nacido y cuidado piel con piel	<i>"Aprender a valorar al recién nacido sobre el pecho materno y a adjudicar el test de Apgar sin separar al niño de su madre, requiere de un entrenamiento progresivo de los profesionales hasta que poco a poco vayan adquiriendo destreza en esta valoración. Durante el periodo de implantación del cuidado piel con piel tras el parto, se debe empezar por los casos más sencillos, que no tienen ningún factor de riesgo añadido y si se duda, coger al niño y llevarlo a la cuna de reanimación para valorarlo. Poco a poco se va adquiriendo destreza y el número de niños que se separan va disminuyendo progresivamente".</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
	<i>"Colocar a los/as RN sobre el abdomen o pecho desnudo de la madre inmediatamente tras el nacimiento, secarlo, ponerle un gorro y cubrir a ambos, sin interferencias ni manipulaciones innecesarias, ya que estando sanos/as, no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011

Cuidado piel con piel y termorregulación del recién nacido	<i>"Colocar a los/as RN sobre el abdomen o pecho desnudo de la madre inmediatamente tras el nacimiento, secarlo, ponerle un gorro y cubrir a ambos, sin interferencias ni manipulaciones innecesarias, ya que estando sanos/as, no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011
	<i>"Estos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre". (Fuerza de la recomendación A)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
Profesionales que supervisen el cuidado piel con piel	<i>"Se aconseja que el proceso sea supervisado por un/a profesional experto/a".</i>	Ministerio de sanidad, política social e igualdad., 2011
	<i>"Es aconsejable que un profesional experto supervise todo el proceso". (Fuerza de la recomendación C)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
Lactancia y cuidado piel con piel	<i>"El contacto piel con piel entre madre y recién nacido tiene beneficios • sobre la duración de la lactancia, la termorregulación del neonato y los vínculos madre-hijo".</i>	Ministerio de sanidad y política social, 2007
	<i>"Cuando el estado de salud de la madre no permite el contacto piel con piel, poner al niño sobre el pecho desnudo del padre le ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto". (Fuerza de la recomendación A)</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2010
Cuidados de rutina y cuidado piel con piel	<i>"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".</i>	Ministerio de Sanidad y política social., 2009

ANEXO II: RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

VARIABLE		REFERENCIA	
FACTORES PREDISPONENTES	RECOMENDACIONES	Ministerio 2007,2009,2010,2011,2012	
		Castroagudín, López, Teijo, Marra, & Vidal, 2013	
	ACTITUD DE LA ENFERMERA	POSICIONAMIENTO	Martínez, Martín, Aguayo, & Sánchez, 2002
			Sánchez-Erce, Traver, & Galbe, 2012
			Delavar, Akbarianrad, Mansouri, & Yahyapour, 2014
			Alonso & López, 2014
			Rodriguez-Alarcón Gómez et al., 2011a
		Lemmen, Fristedt, & Lundqvist, 2013	
		Hernández Ramírez, 2014	
		Redshaw, Hennegan, & Kruske, 2014	
		Pratomo et al., 2012	
		A. Bergh, Charpak, Ezeonodo, Udani, & Van Rooyen, 2012	
	Kymre, 2014		
	SALUD MATERNA- RECIÉN NACIDO	LACTANCIA MATERNA	Srivastava, Gupta, Bhatnagar, & Dutta, 2014
Lucchini Raies, Márquez Doren, & Uribe Torres, 2012			
TERMORREGULACIÓN		Vilinsky & Sheridan, 2014	
		Akbarianrad, Mansouri, & Yahyapour, 2014	
		Srivastava, Gupta, Bhatnagar, & Dutta, 2014	
		Bergström, Okong, & Ransjö-Arvidson, 2007	
		Gabriel et al., 2010	
		Ludington-Hoe et al., 2006	
Delavar et al., 2014			

		PAPEL PAREJA	Anderzen-Carlsson, Lamy, & Eriksson, 2014
		INFORMACIÓN	Lemmen, Fristedt, & Lundqvist, 2013
			Luna et al., 2009
			Esteves, 2014
	OBSTÁCULOS	CUIDADOS DE RUTINA	Castillo, Benedí, Picazo, & Arbués, 2012
			McAllister, 2014
			Merino Navarro, Palomar Gallardo, & González Rodríguez, 2003
		CESÁREA	Otal-Lospaus, Morera-Liáñez, Bernal-Montañes, & Tabueña-Acin, 2012
			Rengel-Días, Morales-Asencio, & Labajos-Manzanares, 2013
	SUPERVISIÓN	EFICACIA	Luna et al., 2009
		PROTOCOLOS	Herrera Gómez, 2013.
			Reeg & Lott, 2012
	GERENCIAS	POLÍTICAS	Champagne, 2012
			Pratomo et al., 2012
		INFRAESTRUCTURA	Iglesias Casás, Conde García, & González Salgado, 2009
			Mena & Novoa, 2013
			Alonso & López, 2014
	FACTORES FACILITADORES	SERVICIOS	SEGURIDAD
			Andres, Garcia, Rimet, Nicaise, & Simeoni, 2011
			Marín, Valverde, & Cabañas, 2013
			Rodríguez-Alarcón Gómez et al., 2011
			Abedian, Charati, Samadaee, & Shahhosseini, 2014
			Elliott, Murrell, Harper, Stephens, & Pellowe, 2011
	FORMACIÓN	HABILIDADES	Heslehurst et al., 2013
			A. Bergh et al., 2012
			Engler et al., 2002

FACTORES REFORZADORES	MOTIVADORES	ACEPTACIÓN DE LA MUJER	Ferreiro-Losada et al., 2013
			Anderzen-Carlsson, Lamy, & Eriksson, 2014
			Plata & andrea Peña, 2010
	APOYO - EQUIPO		Solomons & Rosant, 2012
	APOYO - ACOMPañANTE		Anderzen-Carlsson, Lamy, & Eriksson, 2014
	MOTIVACIÓN - SATISFACCIÓN		Mollart, Skinner, Newing, y Foureur, 2013
		Fernández-Arroyo, 2009	
		Martínez-Galiano, 2011	
	INSTALACIONES		Ministerio de sanidad y política social,2011

ANEXO III CUESTIONARIO CPEP



CUESTIONARIO CPEP

Estimados/as compañeros/as:

Mi nombre es Teresa Martín, matrona del Hospital de Cabueñes de Gijón, a través de este cuestionario solicito vuestra ayuda y colaboración para mi Trabajo Fin de de Máster.

La encuesta que os invito a realizar, ha sido elaborada para conocer la percepción de los/las enfermeros/as, que atienden a las mujeres en las dos primeras horas de puerperio inmediato sobre el cuidado piel con piel. Realizarla le llevará 5 minutos.

Consta de dos apartados: datos sociodemográficos y percepción de las enfermeras. Usted deberá responder con un aspa (X) lo que considere adecuado en cada apartado. Rogamos lea detenidamente las preguntas y conteste con sinceridad a las mismas. No hay respuestas verdaderas o falsas, es sólo su percepción. Las respuestas son totalmente confidenciales y únicamente serán destinadas a procesos de investigación.

Puede consultar los resultados a través del correo de la autora:

teresamartinfontecha@gmail.com.

Muchas gracias por su aportación.



DATOS DEMOGRÁFICOS

	Hombre	Mujer
Género		

	20-30	31-40	41-50	51-60	>60
Edad					

	Enfermera	Enfermera de Pediatría	Matrona	EIR Matrona
Ocupación				

	< 10	10-20	21-30	31-40	> 40
Años trabajados					

	< 10	10-20	21-30	31-40	> 40
Años trabajados en Área Materno-Infantil					

	< 10	10-20	21-30	31-40	> 40
Años trabajados en el Hospital actual					

	San Agustín	HUCA	Cabueñes	Jarrio	Fco Grande Covián	Valle del Nalón	Carmen y Severo Ochoa	Álvarez Buylla
Hospital donde trabaja								

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS.		TA	A	I	D	TD
1	Es deseable que inmediatamente tras el parto, los recién nacidos sanos y con aspecto vigorosos se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo con la piel.					
2	Es necesario informar a las madres sobre el cuidado "piel con piel".					
3	Es recomendable que en los primeros 70 minutos si el bebé está sano, no se realicen cuidados de rutina, realizándose sólo el test de Apgar y la identificación del recién nacido.					
4	Es recomendable no realizar de forma rutinaria el paso de sondas (sonda orogástrica, de fosas nasales, sonda rectal, aspiración de secreciones, lavado gástrico).					
5	Es recomendable fomentar el contacto "piel con piel" en el caso de cesáreas.					
6	Los niños que nacen llorando no precisan ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre.					
7	Cuando el estado de salud de la madre no permite el contacto "piel con piel", poner a el niño sobre el pecho desnudo del padre ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto.					
8	Es aconsejable que un profesional experto supervise todo el proceso.					
9	Las madres que realizan Contacto "piel con piel" con su recién nacido tienen más probabilidades de mantener la lactancia al menos 4 meses posparto, que las no lo realizan.					
10	Administrar el colirio oftálmico o la vitamina K justifica la separación madre hijo en las dos primeras horas.					
11	Es importante realizar el cuidado "piel con piel".					
12	Me siento capaz de realizar el cuidado "piel con piel".					
13	El Hospital donde trabajo tiene un protocolo claro sobre el cuidado "piel con piel" basado en la evidencia científica.					
14	Creo que en el Hospital donde trabajo potencian el cuidado "piel con piel" con políticas firmes.					
15	Creo que el Hospital donde trabajo tiene los medios adecuados para realizar el cuidado "piel con piel".					
16	Me siento seguro/a, realizando el cuidado "piel con piel" en mi trabajo.					
17	Los acompañantes de las mujeres tienen buena respuesta del cuidado "piel con piel".					
18	Las madres tienen buena aceptación al cuidado "piel con piel".					
19	Me siento satisfecha con mi trabajo cuando las mujeres que atiendo realizan el cuidado "piel con piel".					
20	Me siento apoyado/a por mis compañeros/as enfermeros/as para realizar el cuidado "piel con piel".					
21	Me siento apoyado/a por mis compañeros/as médicos/as para realizar el cuidado "piel con piel".					
22	Me siento motivado/a para realizar el cuidado "piel con piel" en las mujeres que atiendo.					



ANEXO IV: DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS CREADOS.

FACTORES PREDISPONENTES	ÍTEMS
Actitud de la enfermera.	1,3,10,11
Salud del recién nacido.	9,6
Salud física materna.	7
Obstáculos del desarrollo del piel con piel.	2,4,5
Supervisión.	8
FACTORES FACILITADORES	ÍTEMS
Planificación a través de las gerencias	13,14,15
Servicios proporcionados a la madre.	16
Formación.	12
FACTORES REFORZADORES.	ÍTEMS
Factores motivadores.	18
Apoyo del equipo médico.	20,21
Apoyo de los acompañantes	17
Motivación propia.	22
Instalaciones y equipamiento.	15
Satisfacción profesional de la enfermera.	19



ANEXO V: COMITÉ ÉTICO



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006-Oviedo
Tfno: 985 10 79 27/985 10 80 28
e-mail: ceicr.asturias@hica.es

Área Sanitaria

Oviedo, 07 de Mayo de 2015

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 88/15, titulado: "PIEL CON PIEL". Investigadora Principal Dña. Teresa Martín Fontecha . Trabajo Fin de Master.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias

