



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Relación entre conocimientos y actitudes de las
enfermeras hacia el contacto precoz madre niño en el
Servicio de Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales"
Essalud Santa Anita 2011**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología

AUTOR

Juana Elvira Almerco Huayanay

LIMA – PERÚ
2014

**RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS
ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE
NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES"
ESSALUD SANTA ANITA
2011**

A mis hijos Álvaro y Sebastián, por ser mi fuente de inspiración, que me impulsa a seguir adelante.

A las autoridades del Hospital Voto Bernales Essalud Santa Anita, por permitirme realizar este trabajo de investigación.

Mi mayor agradecimiento a mi asesora Mg. Marina Condezo Martel, por sus conocimientos y enseñanzas brindadas en la realización del presente trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos	8
1.5. Propósito	9
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Base Teórica	12
2.3. Planteamiento de hipótesis	54
2.4. Definición Operacional de Términos	54
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Nivel, Tipo y Método	56
3.2. Lugar de Estudio	56
3.3. Población de Estudio	58
3.4. Criterios de Selección	58
3.4.1. Criterios de Inclusión	58
3.4.2. Criterios de Exclusión	58
3.5. Técnica e Instrumento	58
3.6. Procedimiento de Análisis e Interpretación de la Información	59
3.7. Consideraciones Éticas	60
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	61
4.2. Discusión	68
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	74
5.2. Limitaciones	76
5.3. Recomendaciones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimientos de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de Neonatología Hospital “Jorge Voto Bernales”. Essalud Santa Anita, Lima – Perú 2011.	62
2	Conocimiento de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño por ítems en el servicio de Neonatología Hospital “Jorge Voto Bernales”. Essalud Santa Anita, Lima – Perú 2011.	64
3	Actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de Neonatología Hospital “Jorge Voto Bernales”. Essalud Santa Anita, Lima – Perú 2011.	65
4	Actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño por ítems, en el servicio de neonatología Hospital “Jorge Voto Bernales”. Essalud Santa Anita, Lima – Perú 2011.	66
5	Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de neonatología Hospital “Jorge Voto Bernales”. Essalud Santa Anita, Lima – Perú 2011.	67

RESUMEN

AUTOR : JUANA ELVIRA ALMERCÓ HUAYANAY

ASESOR : MARINA HERMELINDA CONDEZO MARTEL

El objetivo fue establecer la relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de Neonatología Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita.

Material y Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, la técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario y escala tipo Likert aplicados previo consentimiento informado.

Resultados. Del 100% (15), 53% (8) no conocen y 47% (07) conocen; en cuanto a las actitudes, 67% (10) tienen una actitud de indiferencia, 20% (03) aceptación y 13% (02) rechazo. Para establecer la relación entre conocimientos y actitudes se aplicó la prueba de ji cuadrado obteniéndose un ji cuadrado calculado mayor que el tabulado, por lo que se rechaza la hipótesis nula es decir se acepta la hipótesis de estudio es decir hay relación entre las variables de estudio.

Conclusiones. El mayor porcentaje de enfermeras no conocen sobre aspectos relacionados al contacto precoz madre-niño, y tienen una actitud de indiferencia y aceptación hacia el contacto precoz; por lo que al aplicar la prueba no paramétrica del ji cuadrado se acepta la hipótesis de estudio, es decir hay relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre – niño.

Palabras claves: Contacto Precoz, Conocimientos y Actitudes.

ABSTRACT

AUTHOR: JUANA ELVIRA ALMERCÓ HUAYANAY

ADVISORY: MARINA HERMELINDA CONDEZO MARTEL

The aim was to establish the relationship between knowledge and attitudes of nurses towards Early contact between mother - Child in Hospital Neonatal Service "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita.

Material and Methods. The study is level application, quantitative, descriptive correlational method, the technique was the survey instrument and standard form and a questionnaire Likert scale applied prior informed consent. **Results.** 100% (15), 53% (8) does not know and 47% (07) know; in terms of attitudes, 67% (10) have an attitude of indifference, 20% (03) Acceptance and 13% (02) rejection. To establish the relationship between knowledge and attitudes the chi-square test was applied to obtain a chi-square calculated higher than the weighted, so that the null hypothesis is rejected ie the study hypothesis is accepted is no relationship between the study variables. **Conclusions.** The highest percentage of nurses do not know about issues related to early mother-infant contact, and have an attitude of indifference and acceptance of the contact; so that by applying the nonparametric chi-square test the study hypothesis is accepted, ie no relationship between knowledge and attitudes of nurses towards early contact mother - child.

Keywords: Early contact, Knowledge and Attitudes.

PRESENTACIÓN

En los últimos años el incremento de la tasa de nacimientos, así como la de morbilidad neonatal por diversas causas, sea por enfermedades congénitas o prematuridad entre otras. El Ministerio de Salud a impulsado la norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal en el cual se indica la importancia del contacto precoz piel a piel por un tiempo no menor de 45 minutos, a fin de promover el apego, el fortalecimiento del vínculo afectivo y la estimulación de la lactancia materna.

Tal es así que la Enfermera que labora en el servicio de neonatología, debe proporcionar la atención integral y de calidad hacia el neonato, con la finalidad que la madre experimente la maravillosa experiencia del contacto precoz entre la madre y el niño, aun cuando a veces por la recargada labor y las condiciones ambientales inadecuadas en la sala de labor sean restringidas, por lo que no podemos estar ajeno a los nuevos enfoques y estrategias en el quehacer de enfermería, contribuyendo a mejorar la calidad de atención al recién nacido.

El Hospital “Jorge Voto Bernales”, como hospital de referencia en cuanto a la atención del parto y puerperio de los distritos de El Agustino, Vitarte, Santa Anita, San Luis, Chosica, Casapalca, tienen la obligación de ofertar una atención de calidad a la madre y el niño, así como a su familia.

El presente estudio titulado “Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud 2011”, tuvo como objetivo establecer la relación entre conocimientos y actitudes que tienen las

enfermeras hacia el contacto precoz madre – niño, en el servicio de neonatología. El propósito está orientado a proporcionar información actualizada al departamento de enfermería para que se diseñen estrategias y/o programas de educación permanente tendientes a actualizar al profesional de Enfermería en la implementación de la norma técnica promoviendo cambios de conducta demostrando mayor disposición a la implementación del contacto precoz madre – niño, en la prevención de complicaciones que puede repercutir en el crecimiento y desarrollo del niño.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye el nivel, tipo y diseño de la Investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de análisis e interpretación de la Información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMATICA

En el mundo, los países demuestran gran interés en proteger el nacimiento de sus bebés; por esta razón se está promoviendo el desarrollo de políticas y normas para salvaguardar la integridad física, emocional de los recién nacidos, considerando que el proceso de adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina, se realicen en las mejores condiciones, favorables tanto para la madre como para el bebé.

Al respecto, en la actualidad existe un incremento en la tasa de nacimientos en comparación con los años anteriores; en el año 2006, solamente en Lima Metropolitana y el Callao hubieron 140,559 nacimientos, representando al 66.7 % del total de nacimientos en nuestro país (datos tomados de la pág. de INEI). Considerando, que el desarrollo saludable de la niñez es fundamental para asegurar el bienestar futuro de nuestra sociedad, la Convención de los Derechos del Niño, como marco normativo de referencia internacional para el desarrollo de las políticas públicas a favor de la infancia, ha establecido diversos acuerdos que expresan la convicción plena del interés superior de la niñez y la relevancia de la protección y cuidados necesarios para su bienestar. La Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, ha elaborado la NTS N° 106-MINS/VDGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal” cuya finalidad es contribuir a disminuir la morbimortalidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y

el niño durante el periodo neonatal (0 a 28 días de vida) en los establecimientos públicos y privados del sector salud a nivel nacional, cuyo objetivo es establecer un conjunto de disposiciones para la atención de salud durante la etapa neonatal con calidad y racionalidad científica, aplicando procedimiento e intervenciones en el cuidado neonatal basados en evidencias científicas

Dentro de las disposiciones específicas se han desarrollado intervenciones en el recién nacido (desde el nacimiento hasta los 28 días) que contemplan la atención inmediata al recién nacido normal o vigoroso, y no vigoroso o deprimido, aplicando los procedimientos establecidos en las guías de atención y los cuidados que se brindará al recién nacido y su madre en el alojamiento conjunto, en cuyo tenor precisa: “Los establecimientos de salud que brinden servicios de atención a la gestante y al recién nacido deberán garantizar la ubicación de ambos en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente, así como la lactancia materna inmediata al parto. “El alojamiento conjunto debe realizarse desde el nacimiento hasta el momento en que la madre e hijo sean dados de alta, y en este periodo se realizarán las siguientes acciones: Evaluación clínica diaria y detección de signos de alarma, evaluación de la lactancia materna y la técnica de amamantamiento, apoyo a la madre en la lactancia materna, tamizaje neonatal, consejería a la madre, padre y familia según las necesidades de la madre y el recién nacido” (1).

Hasta hace algunos años atrás no se conocía o no trascendía la importancia del contacto piel a piel del bebé con su madre; una vez producido el alumbramiento, el bebé era separado de su madre, muchas veces era alimentado por otras personas (nodrizas) arrebatándole al recién nacido esta maravillosa experiencia. Hoy en día

se reconoce que el contacto precoz inmediatamente después del parto, trasciende mucho en el estado emocional del recién nacido y también en el de la madre, es por eso el énfasis que se le da a este procedimiento en todos los centros hospitalarios materno perinatales.

Inmediatamente después del nacimiento se realiza una valoración de la condición del recién nacido para determinar la funcionalidad fisiológica de sus sistemas orgánicos más importantes. El cambio fisiológico más extremo se produce cuando el recién nacido abandona la circulación intrauterina y desarrolla el funcionamiento respiratorio independiente, donde el cuidado enfermero está orientado a mantener las vías respiratorias permeables, estabilizado y la temperatura corporal adecuada, protegiendo al recién nacido de cualquier complicación.

Después de la evaluación física y de la identificación del recién nacido, el enfermero debe propiciar el contacto físico entre los padres y el neonato. Cada interacción padres – hijo fomenta el vínculo entre ambos. Se valorarán los factores físicos (fatiga, hambre y calor) y los factores emocionales (felicidad, necesidad de afecto y de contacto). El contacto precoz o contacto piel a piel inmediatamente después de producido el parto, es fundamental ya que beneficia el vínculo afectivo de los padres y el niño, además fortalece el período de transición de la vida intrauterina a la extrauterina porque estabiliza sus funciones vitales y ayuda a mantener la temperatura corporal del bebé dentro de los rangos aceptados. La mayoría de los lactantes sanos están despiertos y alertas en la primera media hora después del nacimiento. Este es el momento adecuado para la interacción padres – hijo, un contacto físico estrecho, incluyendo el amamantamiento. Si el contacto inmediato no es posible, la enfermera lo incorporará en el plan de cuidados tan pronto como sea posible, lo que puede significar conducir

al lactante hasta un progenitor enfermo o llevar a los padres hasta un recién nacido prematuro o con alguna anomalía (2).

El contacto precoz ayuda al proceso temprano de interacción social, el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos. Por otro lado, el tacto es el sentido de primera aparición en el desarrollo embrionario, siendo el medio de comunicación más importante que posee el neonato para relacionarse con el medio ambiente, con todo lo que está más allá de la piel. Las primeras nociones que tiene el recién nacido son de carácter táctil, ello hace que el contacto piel a piel entre madre e hijo sea de extraordinaria importancia para el " apego", el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo emocional y para el éxito de la lactancia.

La enfermera en la atención al recién nacido es fundamental, ella forma parte del equipo de salud, y cuenta con conocimientos sobre la fisiología del neonato en el intra y extrauterino, y sobre cuidados en atención inmediata, además deberá contar con certificación sobre reanimación neonatal, conocimiento enfermero sobre y durante el contacto precoz. El rol que desempeña la enfermera es de facilitadora para que este proceso contacto piel a piel, se lleve a cabo en toda su plenitud, la enfermera proporcionará oportunidades a los padres y al hijo para que desarrollen vínculos emocionales fuertes, además proveerá las condiciones necesarias como ambiente térmico neutro, campos precalentados y dará el tiempo necesario para que este contacto piel a piel se dé en toda su magnitud (3).

En el Hospital "Jorge Voto Bernales" del distrito de Santa Anita, aproximadamente se dan 4,200 nacimientos al año y como las normas

así lo establecen se trata de cumplir con las intervenciones detalladas: atención integral al recién nacido de parto inmediato, contacto precoz inmediatamente después del nacimiento, lactancia materna precoz y alojamiento conjunto permanente.

En el servicio de atención inmediata se observa que el personal de enfermería ante el aumento de la demanda de nacimientos, la enfermera prioriza los cuidados de rutina, considerando la identificación del recién nacido, profilaxis, somatometría; además de las condiciones inadecuadas del control del ambiente térmico neutro, falta de campos precalentados, entonces no obstante el contacto precoz es limitado, o se realiza por muy poco tiempo. Al interactuar con las enfermeras manifiestan “a veces es difícil realizar ello...hay mucho trabajo...no podemos descuidar al niño...hay poco material” entre otras expresiones.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por esta razón se creyó conveniente realizar un estudio sobre

¿Cuál es la relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de Neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita - 2011?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La NTS N° 106-MINS/VDGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”, señala que el contacto precoz afianza el vínculo afectivo entre el binomio madre – hijo; durante este procedimiento madre - hijo deben permanecer en una relación de

profunda intimidad que les permita conocerse mutuamente, el niño por su parte está dotado de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, busca sus ojos, reconoce su olor, su voz, manifiesta sus necesidades y espera de ella una respuesta congruente para satisfacerlos, además que el bebé sobre la piel de la madre conserva su temperatura, estabiliza su frecuencia cardiaca y respiratoria, todo este proceso asegura una maduración emocional del ser humano en su vida futura.

Por lo que la enfermera que labora en el servicio de atención inmediata debe aplicar el contacto precoz madre – niño luego del nacimiento, además de valorar el estado físico del recién nacido y evaluar la capacidad de respuesta del neonato hacia la práctica del contacto precoz. En este proceso es fundamental la actitud positiva de la enfermera porque actuará sobre los beneficios del contacto piel a piel, contribuyendo a la transición del recién nacido a la vida extrauterina, pues una actitud negativa afectará en gran medida la interacción del recién nacido con su madre, privándolo de los beneficios que trae consigo el contacto precoz.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Establecer la relación entre los conocimientos y actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre-niño, en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Santa Anita.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el sobre contacto precoz madre-niño, en el servicio de

neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita.

- Identificar los conocimientos de las enfermeras hacia el contacto precoz madre-niño por ítems en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita.
- Identificar las actitudes de las enfermeras sobre contacto precoz madre-niño, en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita.
- Identificar las actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre-niño por ítems en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita.

1.5. PROPÓSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada al departamento de enfermería y al servicio de neonatología a fin de diseñar estrategias destinadas a actualizar al profesional de enfermería respecto a la aplicación de la norma en torno al contacto precoz madre – niño, lo cual contribuirá en la relación afectiva y disminuirá el riesgo a problemas en el desarrollo psicoemocional contribuyendo a mejorar su calidad de vida y la relación madre- hijo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

A NIVEL NACIONAL

Márquez Bazán, Flor Belinda, el 2005, en Lima, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimientos y actitudes del servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del método Canguro”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y actitudes acerca del método Canguro de las enfermeras del Servicio de Intermedios Neonatales del Instituto Especializado Materno Perinatal 2004 – 2005. El método fue descriptivo de corte transversal. Las conclusiones fueron entre otras:

“Que las enfermeras tienen conocimiento alto y medio del método Canguro; sin embargo es preciso mencionar que en el estudio para medir el nivel de actitudes se ha concluido que existe una significativa indecisión poca aceptación, y un resultado mínimo de rechazo hacia el método canguro”(4).

Carlos Ramos, Sandra Danitza, el 2008, en Lima, llevó a cabo un estudio sobre “Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes acerca de los cambios anatómo-fisiológicos en púberes del 5to. y 6to. grado de primaria Institución Educativa Héroes de la Breña”, el cual tuvo como objetivo, determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes acerca de los cambios anatómo-fisiológicos que tienen los púberes, se realizó en 204 estudiantes no se consideró

muestra, el estudio fue de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, descriptivo correlacional de corte transversal. Las conclusiones fueron entre otras:

“La relación significativa a cerca del nivel de conocimientos y las actitudes que presentan los púberes, es decir, los conocimientos que se poseen es medio en su mayoría y concuerdan con sus actitudes” (5).

A NIVEL INTERNACIONAL

Herrera Cabrerizo Blanca, y otros, el 2005, en España, realizaron un estudio titulado: “Matronas del Servicio de Paritorio, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén)”. El objetivo fue demostrar que la temperatura de los niños que permanecen en contacto piel a piel con su madre desde el nacimiento no tiene diferencias significativas con la de los niños que permanecen en cuna térmica. La muestra estuvo conformada por 62 recién nacidos normales, los cuales se dividieron en dos grupos, un grupo control (recién nacidos que permanecen en cuna térmica) y un grupo experimental (recién nacidos que quedan junto a su madre). El método fue descriptivo cuasi-experimental, transversal y analítico. La conclusión fueron entre otras:

“Que el contacto precoz del neonato con su madre no compromete su termorregulación” (6).

Villalón U, Hernán y otros, en 1992, llevaron a cabo un estudio titulado, “Contacto precoz piel a piel, efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos”. El objetivo fue, contacto precoz piel a piel como medio de conservación de la temperatura y su efecto en la frecuencia cardíaca y respiratoria, durante las cuatro horas posteriores al nacimiento. La

muestra fueron 92 recién nacidos a término sanos y el estudio fue prospectivo. Los resultados mostraron que el contacto precoz piel a piel es un método para conservar la temperatura en el recién nacido de bajo peso. Las conclusiones fueron entre otras.

“Que los resultados mostraron que el contacto precoz piel a piel es un método para conservar la temperatura en el recién nacido de bajo peso” este estudio demostró que los resultados obtenidos permiten aplicar el método con seguridad en recién nacidos de término sanos. El método tuvo una excelente acogida entre las madres ya que incluso en los casos de complicaciones en el puerperio inmediato la mayoría de ellas se negó a separarse de su hijo, excepto en casos de molestias muy acentuadas (7).

Por los estudios revisados se puede evidenciar que éstos contribuyeron en estructurar la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que sus resultados permitan diseñar estrategias orientadas a promover cambio de actitudes en el profesional de enfermería en la aplicación del contacto precoz madre niño fortaleciendo el proceso de humanizar en el cuidado de enfermería y el vínculo afectivo madre niño.

2.2. BASE TEÓRICA

Un nacimiento es un evento hermoso, milagroso y muy personal para todos los involucrados. Es un momento íntimo y emotivo para los nuevos padres cuando el bebé que crearon juntos llora por primera vez y establecen el primer contacto visual con sus padres, pero también es probablemente el evento más peligroso, nuestros cuerpos deben hacer ajustes fisiológicos radicales inmediatamente posteriores al nacimiento.

Aunque el promedio nacional de la tasa de mortalidad infantil se ha reducido de un 43 a 33 por mil nacidos vivos entre el 96 y 2005 en estratos bajos se ha incrementado, esto debido a que el 25% de la población que requiere atención de salud no tiene posibilidades de acceso a los servicios por razones económicas, geográficas o culturales. El Ministerio de Salud ha considerado como prioridad política sectorial la reducción de la mortalidad materna y neonatal, desarrollando diferentes actividades para contribuir en el logro de las metas, parte de estos esfuerzos han surgido de los equipos técnicos de la Dirección General de Salud de las Personas los que propusieron y elaboraron documentos normativos, resultado de la labor conjunta con las diversas Direcciones Regionales de Salud poseedoras de experiencias exitosas y que a partir de sus servicios de salud han logrado avances en la mejora de la calidad de sus servicios.

Una de las políticas fue otorgar el SIS (sistema integral de salud) a toda madre gestante y al recién nacido desde la concepción hasta después de 28 días de vida, atención pre-natal, y atención del parto garantizando el nacimiento, y una de las estrategias para reducir la mortalidad neonatal es que durante el parto se integre la actividad del Contacto Precoz, la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto. (8)

RECIEN NACIDO

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida, durante esta etapa el funcionamiento físico del recién nacido se centra en su estabilización de los grandes sistemas orgánicos. La conducta afecta en gran medida la interacción entre el recién nacido, el entorno y las personas que lo cuidan.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

- **ACONTECIMIENTOS FISIOLÓGICOS NORMALES EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.**

Inmediatamente después del nacimiento se realiza una valoración de la condición del recién nacido para determinar la funcionalidad fisiológica de los sistemas orgánicos más importantes. El cambio fisiológico más extremo se produce cuando el recién nacido abandona la circulación intrauterina y desarrolla el funcionamiento respiratorio independiente. Los acontecimientos transicionales normales en el momento del nacimiento comienzan con la expansión pulmonar inicial, que por lo general requiere grandes presiones intratorácicas negativas, seguida por un llanto (expiración contra una glotis parcialmente cerrada). El pinzamiento del cordón umbilical se acompaña de una elevación de la presión arterial y la estimulación de todo el sistema nervioso simpático. Con el inicio de la respiración y la expansión pulmonar se produce una caída de la resistencia vascular pulmonar seguida de una transición gradual de la circulación fetal a la circulación del adulto (que dura minutos a horas), con el cierre del foramen oval y el conducto arterioso.(9)

- **CAMBIOS PSICOSOCIALES**

La mayoría de los recién nacidos sanos están despiertos y alertas durante la primera media hora después del nacimiento. Este es un momento adecuado para que empiece la interacción padres – hijo. Un contacto estrecho, a menudo, incluyendo el amamantamiento, es un modo satisfactorio de empezar para muchas familias. Si el contacto inmediato no es posible la enfermera lo incorporará en el plan de cuidados tan pronto como le sea posible, lo que puede significar

conducir al bebé hasta un progenitor enfermo o llevar a los padres hasta un recién nacido enfermo o prematuro.

La vinculación se produce cuando los padres y el recién nacido desarrollan conductas recíprocas y complementarias. Las conductas de vinculación por parte de los padres incluyen la atención y el contacto físico. La conducta de vinculación del recién nacido se manifiesta como mantenimiento del contacto con los padres. Los lactantes enfermos, prematuros y las madres enfermas tienen mayor dificultad para establecer vínculos si la separación se prolonga. El proceso de vinculación se complica si los padres son incapaces de atender las necesidades habituales del neonato.

La vinculación y la unión entre padres e hijo se ven afectadas en caso de que alguno de ellos experimente problemas de salud después del nacimiento. En principio la conducta del niño será débil o ausente y su cuidado será menos gratificante. Los padres enfermos y cansados tienen dificultades para interpretar y responder a las necesidades de su hijo. Los niños con anomalías congénitas a menudo están demasiado débiles para responder a señales de los padres y necesitan una ayuda enfermera especial de soporte (10).

- **CAMBIOS FISICOS DEL RECIÉN NACIDO**

Tan pronto como las funciones fisiológicas del neonato se estabilicen deberá realizarse una valoración enfermera completa generalmente a las pocas horas del nacimiento, se realiza la somatometría completa (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico), la frecuencia cardíaca es de aproximadamente, 120 a 160 latidos por minuto, la presión arterial media entre 74/46 mmHg, los movimientos respiratorios

del neonato son básicamente abdominales y varían en velocidad y ritmo entre 30 a 50 respiraciones por minuto, la temperatura axilar varía entre 36 a 37.5 °C y generalmente se estabiliza 24 horas después del nacimiento.

Las características físicas normales del neonato incluyen la presencia de lanugo en la piel de la espalda, la presencia de cianosis durante las primeras 24 horas en las manos y los pies y un abdomen suave y prominente. El color de la piel varía dependiendo de la raza y de la herencia genética y cambia gradualmente durante la infancia. La superposición de los huesos blandos del cráneo, o moldeado, permite que la cabeza fetal se ajuste a diferentes diámetros de la pelvis de la madre. Esta superposición de los huesos craneales ocurre generalmente en los partos vaginales. En pocos días los huesos se reajustan y el aspecto de la cabeza se vuelve redonda, las suturas y fontanelas normalmente son palpables al nacer.

La función neurológica se valora observando la actividad del recién nacido, el estado de alerta, la irritabilidad, la respuesta a estímulos y la presencia y la intensidad de los reflejos. Los reflejos normales incluyen el parpadeo como respuesta a luces brillantes y el asustarse en respuesta a ruidos repentinos y fuertes, la ausencia de algunos reflejos indican inmadurez y posibles complicaciones del sistema nervioso central. Debido a que el recién nacido depende en gran medida de los reflejos para responder al entorno, la valoración de éstas respuestas es vital.

Las conductas características de un recién nacido normal incluyen periodos de succión, de llanto, de sueño y de actividad. Los movimientos generalmente son esporádicos, pero simétricos, y en ellos

implicadas las cuatro extremidades. Los recién nacidos miran a la cara de la persona que los cuida, sonríen reflexivamente y responden a estímulos sensoriales, especialmente a la cara de la madre, a su voz y a su contacto físico. Un recién nacido no medicado pasa la primera hora de su vida en estado de alerta, con los ojos muy abiertos y con una vigorosa actividad succionadora. La conducta del niño se caracteriza por cinco estados distintos altamente influenciados por estímulos del entorno (11).

- **CAMBIOS COGNITIVOS DEL RECIÉN NACIDO**

El desarrollo cognitivo precoz empieza con la conducta innata, los reflejos y las funciones sensoriales. Los recién nacidos inician sus actividades reflejas, aprenden conductas e identifican sus necesidades.

Las funciones sensoriales contribuyen al desarrollo cognitivo del recién nacido. Al nacer, los niños pueden enfocar objetos localizados entre 20 y 25 cm de su cara y pueden percibir su forma. El recién nacido demuestra claramente su preferencia por la cara humana, los sistemas auditivos y vestibulares funcionan desde el nacimiento, debe educarse a los padres sobre la importancia de proporcionar estímulos sensoriales como el hablarles y cogerlos en brazos para que vean sus caras, incrementando y promocionando así su desarrollo cognitivo (12).

- **CAPACIDAD DE INTERACCION DEL NEONATO**

Poco después del parto, los recién nacidos se muestran alertas y preparados para interactuar y alimentarse, si se les da oportunidad de hacerlo. Este primer periodo de alerta-vigilia puede verse afectado por los analgésicos y anestésicos suministrados a la madre, o por la hipoxia fetal. Los recién nacidos son miopes, con una longitud focal fija

de 20 a 30 cm, aproximadamente la distancia entre las mamas y la cara de la madre, y muestran una preferencia visual innata por las caras. La audición está bien desarrollada y los lactantes giran la cabeza preferentemente hacia las voces femeninas, estas capacidades y preferencias aumenta la probabilidad de que cuando la madre mire al recién nacido, éste le devuelva la mirada. El periodo inicial de interacción social, que de modo habitual dura alrededor de 40 minutos, se sigue de un periodo de somnolencia. A partir de entonces, los periodos más breves de alerta o excitación alternan con los de sueño. Si una madre se pierde el primer periodo de alerta de su hijo es posible que no experimente un periodo tan largo de interacción social durante varios días (13).

- **LOS PADRES Y SU INTERACCION CON EL RECIEN NACIDO**

La madre, es sin duda, la mayor fuente de afecto y estímulo para el desarrollo integral del niño. Cuando tiene un bebé, lo arrulla, le canta, lo acaricia. Este a su vez le responde con un gesto de bienestar, o simplemente con su mirada. Este episodio tan simple, vivido una y otra vez en la historia de la humanidad, es un eslabón más en la formación de los vínculos afectivos

El famoso psicólogo danés Erick Erikson propuso años atrás que el primer año de vida es fundamental para creer o no creer en el mundo. Los niños que se sienten queridos desarrollan una percepción positiva de la vida, confían en sí mismos y en los demás, son optimistas y les acompaña siempre la idea de que sí podrán alcanzar sus sueños.

Los padres sienten el deseo de complacer al recién nacido. Esto se debe al impulso biológico que se denomina Instintos materno y paterno,

a la vinculación y afecto hacia el niño y a su extrema dependencia. Cuando la madre se concentra y aplica sus conocimientos para reconocer las señales que emite el niño la retroalimentación le produce gran satisfacción (14).

- **DESARROLLO DE VINCULOS AFECTIVOS EN EL RECIÉN NACIDO**

El vínculo afectivo se define como un lazo de afecto filial que una persona establece con otra y que se manifiesta mediante el intento de mantener un alto nivel de proximidad con quien es objeto del apego. Estudios realizados en la década 1970 – 1980 señalaron que los vínculos se forman desde la etapa intrauterina, y que inmediatamente después del nacimiento, el seno materno y el contacto piel con piel, son fundamentales para su fortalecimiento.

Se entiende por vínculo los lazos emocionales y los compromisos que caracterizan la relación entre cada progenitor y el recién nacido, el cual responde a estos vínculos con una conducta de apego hacia esas personas de su entorno, a las cuales acudirá en busca de protección, cuidados y afecto.

El recién nacido pone en evidencia una serie de sistemas de comportamiento que llaman a la respuesta y cercanía materna, y que por tanto estimulan la creación de vínculos afectivos. Entre estos comportamientos están las expresiones faciales de agrado, interés, malhumor, disgusto, rechazo y la capacidad viso motora para seguir con la vista y fijar la mirada en objetos quietos o en movimiento.

Al nacimiento, los sentidos y la capacidad perceptiva se encuentran bastante desarrollados. Así, a las pocas horas de nacido, el neonato reconoce a su madre mediante el olfato, la visión y la audición. Sin embargo, estas funciones deberán aún desarrollarse con base en las experiencias y la maduración biológica. El sentido del tacto juega un papel importante en la formación de vínculos afectivos. Las caricias de la madre y el padre, acompañadas de palabras de afecto, impulsan las conexiones sinápticas y amplían la formación de autopistas cerebrales (15).

- **VÍNCULO MADRE – HIJO EN LA ETAPA NEONATAL**

El desarrollo de los neonatos normales dependen en parte de una serie de respuestas afectivas que se intercambian entre la madre y su recién nacido y que los unen psicológica y fisiológicamente. El proceso de unión puede ser muy importante para que algunas madres proporcionen cuidados amorosos durante el periodo neonatal y durante toda la infancia. Se inicia antes del nacimiento, con la planificación y confirmación del embarazo y con la aceptación del feto como individuo. Después del parto y durante las semanas siguientes, el contacto visual y físico entre la madre y el niño desencadena diversas interacciones mutuamente reconfortantes y placenteras. El tacto con la mejilla del bebé despierta una respuesta de giro hacia la cara de la madre o hacia el pecho, frotando el pezón con los labios o la lengua, lo que constituye un potente estímulo para la secreción de prolactina. El contacto inicial entre la madre y el niño se establece en la sala de parto y durante las primeras horas después de nacer, debe ampliarse este contacto íntimo. Un vínculo madre – hijo tardío, debido a prematuridad, enfermedades maternas o del niño, malformaciones o complicaciones intraparto, pueden poner en peligro el desarrollo del niño y la capacidad de la

madre para cuidarlo, han de diseñarse políticas hospitalarias que estimulen este contacto materno filial (16).

En la norma técnica con respecto al contacto precoz manifiesta que debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre – niño, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz, el contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanente por el equipo profesional responsable de la atención neonatal (17).

- **ENRIQUECIMIENTO SENSORIAL DEL RECIÉN NACIDO**

Tan pronto nace el niño es capaz de percibir y responder a todas las experiencias que le acontecen. En el nacimiento percibe la iluminación de la habitación, el descenso de la temperatura ambiente, un abrazo cálido y escucha el sonido familiar del latido cardiaco de su madre y también las voces de sus padres, cuando lo abrazan relaja su cuerpo y asume una postura de felicidad. Al hablarle, su cara se ilumina y observa de modo fijo, transmite su interés y demuestra que el contacto le agrada.

Requiere estimulación sensorial, como por ejemplo alimentarlo y taparlo con el fin de que madure de manera adecuada. Las experiencias sensoriales que trascienden la satisfacción de la necesidad de abrigo, nutrición, calor y protección, se denomina experiencias de enriquecimiento. Las experiencias de enriquecimiento se diseñaron para producir placer en los niños y ayudarlos a controlarse asimismo con el fin de que su autoestima aumente, a medida que crecen. El enriquecimiento sensorial es un corolario

importante de los cuidados físicos del recién nacido. La supervisión y el apoyo a los padres durante los procesos de enriquecimiento es una intervención de enfermería importante para la madre y el recién nacido, en especial cuando el recién nacido recibe estímulos múltiples y cuidados excesivos con el fin de acelerar su desarrollo.

El apoyo que se da a los padres ejerce un impacto final en sus hijos, ya que mejora su desarrollo. Para ello es necesario que la enfermera comprenda la lógica del enriquecimiento sensorial, el desarrollo del sistema nervioso central, y los efectos de este enriquecimiento.

Los motivos para recomendar que se incorpore el enriquecimiento sensorial a los cuidados de enfermería son por que propicia la satisfacción con el papel materno, además favorece las interacciones positivas entre los padres y el niño, es una fuerza integral que influye en el desarrollo infantil (18).

CONTACTO PRECOZ MADRE – NIÑO

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

Se conoce como contacto precoz el contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre. Es un método en el que, después del nacimiento, se coloca al bebé en contacto piel a piel con la madre en posición vertical, en la región torácica entre las mamas, y dependiendo del momento se habla de contacto precoz inmediato (inmediato al

nacimiento), o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

En estudios realizados por los Dres. Moore, Anderson y Bergman, cuyo trabajo titulado, “Contacto Temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos” se registraron muchos beneficios del contacto piel a piel, como mayor apego de la madre al recién nacido, aumento de peso más rápido del niño y alta hospitalaria temprano. En otro estudio por Hurst, se concluyó que el contacto piel a piel también ayuda al aumento de la producción de leche materna. El inicio del contacto precoz piel a piel, varía según la edad gestacional, peso, gravedad de la enfermedad y estabilidad del recién nacido, así como la disposición y deseo de la madre en adoptar este método (19).

El contacto piel a piel también conocido como “cuidado canguro”, lleva este nombre por que las madres canguro cargan a sus crías en contacto piel a piel mientras éstas se desarrollan. El contacto piel a piel es un método en el que, después del nacimiento, se coloca al recién nacido en contacto piel a piel con la madre en posición vertical en la región torácica, entre las mamas. Este método surgió en Bogotá, Colombia, donde en una ocasión y por falta de incubadoras en la sala de maternidad para uso individual, los neonatólogos invitaron a las madres de los recién nacidos prematuros a permanecer en la UCI neonatal y mantener a sus hijos cerca de su cuerpo, piel a piel, durante las 24 horas del día. Esto les proveía a sus hijos el calor necesario para mantener la temperatura corporal y también disminuía los índices de infección. Los médicos de esa unidad observaron que esos bebés prematuros aumentaban de peso más rápido y sufrían menos problemas, como apnea y bradicardia (20).

Los cuidados alternativos proporcionados por la enfermería han tenido un fuerte impacto positivo sobre estos riesgos (en bebés prematuros). Un ejemplo de ellos son los “cuidados canguro”. También se denomina “cuidados piel a piel”, “método canguro” ó “método madre canguro”. Nombre escogidos porque el método guarda similitud con el cuidado que dan los marsupiales a sus crías, ya que el bebé se coloca en contacto piel a piel con su madre. Este método se extendió en la década de los 80 a numerosas Unidades Neonatales de países occidentales.

Diversos estudios demuestran que la posición proporciona oportunidades para un acercamiento y estimulación mutua entre la madre y el recién nacido y que favorece y aumenta el periodo de lactancia materna. Para mantener la temperatura de la piel (incluso en niños menores de 1000 gr) es suficiente, en una habitación cálida, con un gorro y una manta sobre la espalda del bebé, ya que durante el contacto piel a piel, el niño está en estrecho contacto con la cálida piel de la madre. Se observa una disminución de la frecuencia del llanto, se reducen las apneas, y se mantiene una óptima oxigenación. Las madres que proporcionan cuidados canguro tienden a responder emocionalmente mejor hacia su hijo, se sienten más seguras durante la lactancia materna, y sus hijos son dados de alta hospitalaria más pronto (21).

CLASIFICACION DEL CONTACTO PRECOZ

- **CONTACTO PRECOZ EN EL NACIMIENTO.**- En algunos hospitales se practica rutinariamente la colocación inmediata del recién nacido sobre el pecho de la madre, antes de cortar el cordón umbilical. Los primeros cuidados se proporcionan en esta posición. La mayoría

de estos recién nacidos tienen entre 33 y 40 semanas de edad gestacional y un Apgar a los 5 minutos igual o superior a 6.

- **CONTACTO PRECOZ MUY TEMPRANOS.**- Se inician dentro de los 30 primeros minutos de vida, después de los primeros cuidados del recién nacido. La mayoría tienen como mínimo 33 semanas de edad gestacional.

- **CONTACTO PRECOZ TEMPRANOS.**- Se inician tan pronto como el recién nacido esté estabilizado, nada más al nacer o dentro de las primeras 24 horas de vida. Se encuentran con frecuencia en este grupo los niños que recibieron alguna maniobra de reanimación neonatal.

- **CONTACTO PRECOZ INTERMEDIOS.**- Su inicio es posterior al séptimo día de hospitalización. Cuando el niño está estabilizado en la incubadora. Con la frecuencia que pueda tolerar el prescindir del respirador u otros cuidados en este grupo se encuentran la mayoría de los prematuros y prematuros extremos.

- **CONTACTO PRECOZ TARDÍOS.**- Se inicia cuando el niño ya es capaz de mantenerse estable respirando oxígeno ambiental. Incluso en esta etapa es muy beneficioso: favorecen la interacción con la madre, la lactancia materna precoz, disminuye el llanto, etc. El contacto piel a piel, es un método eficaz y beneficioso que madres (y padres) lo continúan utilizando durante los primeros meses de vida del bebé cuando le alimentan o necesitan calmarlo (22).

CAPACIDADES TACTILES DEL RECIEN NACIDO EN EL CONTACTO PRECOZ

La piel es el órgano sensorial más grande del niño. Los recién nacidos son muy sensibles a las caricias, en especial en torno a la boca, en las palmas de la mano, las plantas de los pies y en torno a los genitales. La estimulación táctil o caricia es de gran ayuda para que el recién nacido se adapte a la vida fuera del vientre. En un patrón rítmico de caricias, el contacto de piel con piel parece reducir la pérdida de peso de 10 a 3% con respecto al que el niño tenía al nacer. Esto se debe a que las caricias de piel con piel estimulan las vías nerviosas sensitivas que a su vez favorecen el funcionamiento de los sistemas digestivos y urinario. Como resultado, las heces y la orina fluyen con más rapidez y se utilizan mejor los alimentos ya digeridos.

ESTRATEGIAS TACTILES DEL RECIEN NACIDO EN EL CONTACTO PRECOZ

El contacto de piel con piel es muy conveniente en cualquier momento, mientras más fuerte se les abraza y se les acaricia, más seguros se sienten. Se observa que las caricias sirven para estimular o tranquilizar al recién nacido. Las caricias reconfortantes de los padres hacen desaparecer el llanto, provocan flexión de extremidades y los ojos del niño se abren en caso de que no esté dormido (23).

En el estado de alerta tranquila es cuando el recién nacido es capaz de establecer las interacciones más complejas con el entorno. En los primeros 30 a 60 minutos de vida, el recién nacido permanece la mayor parte del tiempo en ese estado de alerta tranquila, lo que representa

una oportunidad muy favorable para facilitar el establecimiento del vínculos afectivos con su madre (24).

Las salas de parto, las plantas de maternidad y las unidades neonatales deben reunir condiciones adecuadas para facilitar la interacción entre la madre y el recién nacido. Actualmente, se recomienda limitar el uso de sedantes y anestésicos durante el parto, el contacto piel con piel y el amamantamiento en la media hora siguiente al parto, y permitir que el recién nacido permanezca en la habitación de su madre. Se ha comprobado que el riesgo de sufrir maltrato es mayor en los niños que han sido prematuros lo que atribuye en parte a la falta de vinculación materna por la separación durante los días que el niño está hospitalizado.

El sentimiento de apego, vínculo o contacto precoz, se establece en todos los mamíferos durante el llamado periodo sensible o periodo crítico del post parto. En el ser humano, este periodo es mucho más intenso en las dos primeras horas post parto y no hay que desaprovecharlo.

Durante este periodo madre e hijo debe permanecer en una relación de profunda intimidad y contacto que les permita conocerse mutuamente. La madre hace un cotejo de la imagen de su hijo "imaginario" con su hijo real, reconoce sus rasgos físicos, intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos, y al tomar conciencia de la indefensión de su hijo, aparece en ella un profundo sentimiento maternal de afecto y necesidad de protección, base del sentimiento de vínculo o apego (25).

IMPORTANCIA DEL CONTACTO PRECOZ MADRE - NIÑO

Porque cada experiencia a la que es sometido el individuo durante su vida influye en su desarrollo psicológico y conductual. Estas experiencias comienzan en el útero, lugar apacible y cálido. Las contracciones, el paso por el canal del parto, los cambios de luz y temperatura, sondas, sabanillas, manos y movimientos representan sensaciones desconocidas de angustia, ansiedad y estrés. A este primer contacto con el mundo externo, qué mejor refugio que una piel suave y tibia, unos latidos y una voz familiar: su madre.

Los beneficios positivos del contacto precoz entre la madre y su hijo en el periodo de adaptación del recién nacido en la actualidad son indiscutibles y su práctica, es cada vez más asumida en las maternidades, tanto el contacto precoz madre-niño como la oportunidad de mamar en la primera hora, después del parto son importantes. Es inevitable que haya cierto contacto cuando se intenta dar pecho, pero el contacto en sí mismo no necesariamente resulta en la succión inmediata, sin embargo, el contacto y la succión están tan interrelacionados que la mayoría de los estudios revisados han usado estos términos de forma intercambiable, y pocos investigadores, distinguen claramente entre ellos.

El contacto precoz ayuda al proceso temprano de interacción social, el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos. Por otro lado, el tacto es el sentido de primera aparición en el desarrollo embrionario, siendo el primer medio de comunicación que posee el individuo para relacionarse con el medio ambiente, con todo lo que está más allá de la piel. Las primeras nociones que tiene el recién nacido

son de carácter táctil, ello hace que el contacto piel a piel entre madre e hijo sea de extraordinaria importancia para el " apego", el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo emocional y para el éxito de la lactancia.

En cuanto a mantener la Temperatura Corporal, un estado de Hipotermia provoca aumento del consumo de oxígeno, glucosa y agua y si se mantiene la Hipotermia, la producción de sustancias tenso activas en los alveolos pulmonares se inhibe y estos se colapsan, la hipoxia puede provocar reapertura de estructuras fetales y lesión neurológica, el Hipermetabolismo produce acidosis metabólica y puede causar la muerte (26).

Con respecto a la conservación de la temperatura corporal del recién nacido en la "norma técnica de salud para la atención Integral de salud neonatal" prevenir la pérdida de calor, procedimiento para reducir las pérdidas de calor por contacto y evaporación y consiste en colocar al recién nacido en forma inmediata sobre el vientre materno, este contacto piel con piel se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado (27).

CUANDO REALIZAR EL CONTACTO PRECOZ MADRE – NIÑO

En general, se ve un recién nacido tranquilo, en un primer momento observa el entorno, levanta la cabeza, intenta movilizarse, repta sobre el abdomen materno, hasta localizarse o aproximarse a la mama izquierda, fija la mirada en su madre, produciéndose el encuentro visual. Alrededor de los 10 a 20 minutos, se observa una búsqueda y los primeros intentos de búsqueda y succión, para luego succionar definitivamente.

Estudios, científicamente validados, han demostrado que a los 20 minutos de contacto, el recién nacido comienza con una succión efectiva, incluso 15 a 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, mientras que una interrupción del contacto de 20 minutos durante la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis respuesta, puede que la succión no sea espontánea, pero el contacto precoz debe empezar lo más pronto posible después del parto. Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el contacto precoz empiece dentro de la primera media hora y continúe durante al menos 30 minutos.

Hay recién nacidos que en un primer momento se muestran inquietos, lloran vigorosamente, para luego calmarse, influenciados por el calor irradiado del cuerpo de sus madres, las caricias y su voz.

La reacción de la madre es de emoción, los acarician, les hablan, los besan y especialmente los reconocen o exploran: pies, manos, número de dedos, ojos, pelo, color, les buscan estigmas y parecidos familiares. Finalizado o llegado el momento de la separación, para la atención inmediata del recién nacido, un alto porcentaje responde con llanto.

En definitiva, durante este primer contacto, se inicia el proceso de vinculación y fortalecimiento de lazos afectivos.

BENEFICIOS DEL CONTACTO PRECOZ MADRE – NIÑO

- **PARA EL RECIÉN NACIDO.-** Los beneficios del contacto precoz principalmente se dirigen a mantener la temperatura corporal estable (termo neutralidad), oxigenación óptima durante el proceso de adaptación al medio exterior, proporciona ciclos regulares de sueño,

aumento de peso (prematuros), disminución de los periodos de agitación y llanto, mantiene periodos de alerta más prolongados e interactivos (28).

- **PARA LAS MADRES.**- En las puérperas, aumenta la producción de leche materna, prolonga el periodo de amamantamiento, proporciona a la madre un mayor equilibrio emocional y más calma, lo que le permite percibir y concentrarse más en las reacciones y emociones de su hijo, le devuelve la sensación de control y confianza en su capacidad para cuidar a su hijo, muchas madres durante este procedimiento, recuerdan el periodo en el que estaban embarazadas, tratando de encontrar una razón para el parto anticipado (en el prematuro) ó la enfermedad del hijo. En esta etapa del procedimiento, en ocasiones existe la necesidad de intervención de un profesional calificado para asistir a la madre (psicólogo). Elimina el miedo y la inseguridad de no poder cuidar a su hijo, están ansiosas por llevarse al hijo a su casa, la succión precoz estimula la producción de una hormona llamada oxitocina esta hormona hace que el útero se contraiga, lo cual, a su vez ayuda a la expulsión de la placenta y a detener el sangrado posparto, si el niño mama inmediatamente después de nacer durante el contacto precoz (29).

BENEFICIOS DEL CONTACTO PRECOZ SOBRE LA LACTANCIA

Varios estudios han investigado la influencia del contacto posnatal precoz sobre el inicio o la continuación de la lactancia, y en algunos casos sobre algunos aspectos de la interacción madre-niño.

En “Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” de la OMS, En el Capítulo de Contacto Precoz cita una investigación realizada por De Château y Wiberg (1997) estudiaron a

40 primípara en Suecia. Las madres fueron asignadas al azar a un grupo control o a otro de intervención con “contacto extra” (15 a 20 minutos de succión y contacto precoz durante la primera hora después del parto). A los tres meses, el 58 % de las madres en el grupo con contacto extra todavía estaban amamantando, frente al 26 % en el grupo control. Las madres con contacto extra pasaban más tiempo besando y mirando a los ojos a sus bebés, mientras que estos sonreían más y lloraban menos (30).

Los primeros días después del parto son muy importantes. Es mucho más probable que las mamás sean exitosas y continúen amamantando largo tiempo, si el bebé permanece con ellas desde el momento del nacimiento y si reciben ayuda y apoyo adecuados desde el comienzo.

La mayoría de las recomendaciones de los Programas de Promoción de la Lactancia Materna son similares tanto en Ministerios y Secretarías de Salud de Latinoamérica y de otras regiones del mundo.

El contacto temprano en la primera hora es importante para el apego. Le ayuda a la madre a querer y cuidar a su bebé y a que lo amamante por largo tiempo. El amamantamiento tendrá más posibilidades de fracasar si la madre y su bebé son separados aún por unas pocas horas. Igualmente habrá más posibilidades de que la madre rechace a su bebé y lo abandone (31).

La succión estimula la producción de oxitocina lo cual puede ayudar a la salida de la placenta (alumbramiento) y a detener la hemorragia. Al mismo tiempo que el bebé recibe el valioso calostro, el amamantamiento precoz ayuda al recién nacido a afianzarse bien al pecho y a mamar en forma efectiva (32).

El recién nacido debe haber iniciado la alimentación con leche materna dentro de la primera hora de vida y debe continuar con Lactancia Materna Exclusiva a libre demanda, la función de la enfermera es enseñar a la madre la técnica de amamantamiento (33).

CONTACTO PRECOZ PERMANENTE ALOJAMIENTO CONJUNTO

No es necesario que la madre y el niño permanezcan separados después de un parto normal. La madre debe tener al niño con ella en su cama o cerca de ella. De esta forma ella puede responder a sus necesidades desde el comienzo y puede alimentarlo, alzarlo o limpiarlo, cuando ella quiera.

Las salas de Alojamiento Conjunto se ha diseñado especialmente para mantener al recién nacido junto a su madre permanentemente por que facilita la interacción madre – hijo lo más temprano posible, la antigua práctica de confinar a los niños a la salas de recién nacidos y sólo entregárselos para su alimentación y visitas, es arcaica, ineficiente y cruel, compromete el éxito de la lactancia y favorece la aparición de infecciones (34).

La Norma Técnica de Salud para la atención Integral de salud Neonatal definen al alojamiento conjunto como: permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva, se realiza desde el nacimiento hasta que el momento en que madre e hijo sean dado de alta.

La atención neonatal en el alojamiento conjunto los ambientes de los establecimientos donde se realiza el alojamiento madre – niño, deben mantener un ambiente térmico adecuado evitando las corrientes de

aire, además la atención neonatal en el alojamiento conjunto brinda cuidados integrales básicos al neonato con participación activa de la madre y la familia dentro del ambiente hospitalario estimulando el fortalecimiento del vínculo familiar apoyando los procesos fisiológicos de adaptación neonatal (35).

TÉCNICA DEL CONTACTO PRECOZ

El contacto precoz inmediato debe considerarse una intervención rutinaria de la atención de la salud tras el nacimiento, sin embargo, la implementación de esta intervención requiere mayor consideración en los centros hospitalarios. Por un lado, los factores como la temperatura ambiente inadecuada, la falta de privacidad o espacio, el hacinamiento pueden interferir en los posibles beneficios y, así como, la situación puede estropearse por el asesoramiento médico incorrecto de profesionales de la salud que carecen de destrezas y la capacitación adecuadas en el apoyo en la lactancia temprana que comienza con el contacto precoz.

Las prácticas como el manejo de recién nacidos después del nacimiento, difieren institucionalmente pero se podrían cambiar. Por ejemplo, en la Maternidad de Lima donde se atienden alrededor de 1,4000 partos al mes, la práctica actual consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el vientre desnudo de la madre durante aproximadamente cinco minutos para luego dar la atención inmediata en la sala de neonatología de igual forma en el hospital “Jorge Voto Bernales” el contacto precoz se realiza después de dar los cuidados iniciales al recién nacido alrededor de diez minutos sobre el pecho desnudo de la madre; por lo tanto, prolongar la duración del contacto precoz madre-niño, debería ser parte de la práctica

rutinaria para el apoyo en la lactancia temprana, la implementación se facilitaría, especialmente, en Hospitales Amigos de la Madre y el Niño también en aquellos en donde se brinden atención del parto y puerperio inmediato.

Este procedimiento debe realizarse en todo recién nacido cuya condición física se mantenga estable de lo contrario el procedimiento puede posponerse para otro momento.

OBJETIVO

Promover la interacción temprana entre los padres y el recién nacido, propiciando el desarrollo de los vínculos afectivos.

PROCEDIMIENTO

Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento. Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal deberá verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar: Si inmediatamente después del nacimiento el recién nacido/a no evidencia respiración, se encuentra hipotónico o se evidencian signos de prematuridad, o alguna malformación congénita mayor deberá realizarse el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical (por el profesional que atiende el parto) y entregar al recién nacido/a en forma inmediata al equipo profesional responsable de la atención neonatal para la aplicación de los procedimientos de reanimación neonatal. Si el recién nacido se encuentra inmediatamente al nacimiento con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y es a término se aplicarán los procedimientos de

rutina de la atención inmediata neonatal, los que se describen en los párrafos siguientes.

Prevenir la pérdida de calor; procedimiento para reducir las pérdidas de calor por contacto y evaporación y consiste en colocar al recién nacido en forma inmediata sobre el vientre materno por personal que atiende el parto, el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado; aspiración de secreciones de las vías aéreas, procedimiento que no debe ser realizado de manera rutinaria solo en caso que las secreciones produzcan obstrucción de las vías aéreas; luego realizar el contacto piel a piel procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado, consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secado con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz. En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional responsable de la atención del parto. El contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanentemente por el equipo profesional responsable de la atención neonatal. Luego del periodo de contacto piel a piel, se procederá a completar los siguientes procedimientos de la atención inmediata neonatal (36).

CONDUCTA DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL CONTACTO PRECOZ

Dentro de las conductas de apego, en el recién nacido se distinguen: El contacto visual; el recién nacido fija la mirada en su madre, el llanto, los reflejos de búsqueda y succión. Posteriormente, el aferrarse a su madre, el agarrar, el sonreír, la llamada y el seguimiento a través del olfato.

ENFERMERIA ANTE EN EL CONTACTO PRECOZ MADRE – NIÑO.

El nacimiento es la culminación de un proceso largo y esperado, y las condiciones del recién nacido dependerá de la presencia o ausencia de factores de riesgo, la enfermera valorará la capacidad del recién nacido para realizar el cambio de la vida intrauterina a la extrauterina, planificará las intervenciones enfermeras apropiadas, ayudara a la adaptación del recién nacido al entorno externo que muchas veces está influido por la edad gestacional, el desarrollo, la exposición a fármacos sedantes antes o durante el parto y el propio estilo conductual del recién nacido. Por lo tanto, la valoración inicial abarca varios elementos físicos y psicosociales

El cuidado enfermero está dirigido a proveer el funcionamiento correcto de todos los materiales y equipos a usar durante el parto, como también contar con todos los materiales médicos y cuando recibe al bebé ayudará a mantener las vías respiratorias permeables mediante el posicionamiento correcto de la cabeza del recién nacido, mantener la temperatura corporal y protegiendo al recién nacido de cualquier infección mediante uso adecuado de medidas de bioseguridad, como uso de guantes quirúrgico, gorros, mandiles estériles, mascarillas,

campos precalentados estériles para secado del bebé, material médico descartable y de un solo uso (jeringas, sondas de aspiración, sondas de alimentación, tubos endotraqueales) tanto para la atención inmediata durante el parto como para los procedimientos de enfermería respectivos (37).

La prueba de valoración más ampliamente utilizada es el índice de Apgar. Para determinar el estado general del recién nacido se calcula, la frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, el tono muscular, los reflejos y coloración de la piel. El test de Apgar se realiza generalmente entre 1 y 5 minutos después del nacimiento y, en ocasiones se repiten hasta que las condiciones del neonato se estabilicen. La enfermera utilizará la puntuación de Apgar para determinar las áreas que requieren más valoraciones y observaciones cuidadosas. (38).

La Enfermera da oportunidad a los padres para el contacto precoz en cualquiera de sus inicios, ella estimula la necesidad de contacto físico de los padres con el recién nacido, cada interacción padre – hijo fomenta el vínculo afectivo entre ambos, facilita para que este proceso de contacto piel a piel se lleve a cabo con éxito y provee un ambiente adecuado para la termorregulación del neonato.

Por lo que la enfermera debe prestar apoyo a los padres durante todo el proceso de vinculación precoz, particularmente si el recién nacido o la madre están enfermos o si el recién nacido se encuentra separado de sus padres.

Si el contacto precoz inmediato no es posible la enfermera lo incorporará en el plan de cuidados tan pronto como sea posible, lo que

puede significar conducir al lactante hasta un progenitor enfermo o llevar a los padres hasta un recién nacido prematuro o enfermo.

Educa a cerca de la importancia de la lactancia materna precoz y exclusiva y los beneficios que trae consigo.

La enfermera cumple el rol de supervisora y consejera de los padres durante el proceso del contacto precoz, el apoyo que se da a los progenitores ejerce un impacto final en sus hijos, mientras tanto la enfermera deberá comprender la lógica del enriquecimiento sensorial para la valoración y evitar la sobre estimulación y qué intervenciones incluir con seguridad a las estrategias del cuidado del recién nacido.

Proporciona educación a cerca de los beneficios del contacto precoz a los padres en la consejería.

LA ENFERMERA EN LA ATENCION INMEDIATA Y EN LA ADAPTACION DEL RECIEN NACIDO.

La atención inmediata incluye un conjunto de procedimientos que buscan, brindar las condiciones óptimas para la adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina. La atención de enfermería comprende el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos al niño en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de él, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar y morir.

La enfermera ha de valorar la capacidad del recién nacido para realizar estos cambios y planificar las intervenciones enfermeros apropiados, según las guías de atención institucionales contemplando los procesos

que en la norma técnica de salud para la atención integral de la salud neonatal los exige.

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN INMEDIATA

OBJETIVO Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal e infantil.

Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben realizar lo siguiente:

PROCEDIMIENTOS GENERALES ANTES DEL NACIMIENTO

- Identificar factores de riesgo perinatal. Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna identificando los factores de riesgo. De ser necesario ampliar la anamnesis con la madre o familiar directo.
- Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido. Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal.
- Prevenir la pérdida de calor. Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°. Mantener ventanas y puertas cerradas. Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido-

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS LUEGO DEL NACIMIENTO

El profesional responsable de la atención inmediata del recién nacido neonatólogo y licenciada de enfermería debe:

- Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento. Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal deberá verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar: Si inmediatamente después del nacimiento el recién nacido/a no evidencia respiración, se encuentra hipotónico o se evidencian signos de prematuridad, o alguna malformación congénita mayor deberá realizarse el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical (por el profesional que atiende el parto) y entregar al recién nacido/a en forma inmediata al equipo profesional responsable de la atención neonatal para la aplicación de los procedimientos de reanimación neonatal.
- Si el niño/a se encuentran inmediatamente al nacimiento con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y es a término se aplicarán los procedimientos de rutina de la atención inmediata neonatal, los que se describen en los párrafos siguientes.
- Prevenir la pérdida de calor, colocando al recién nacido en forma inmediata, sobre el vientre materno por personal que atiende el parto. El equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado.
- Aspiración de secreciones de las vías aéreas solo en caso que las secreciones produzcan obstrucción de las vías aéreas. Realizar el contacto piel a piel. Procedimiento que se aplica si la madre y el

recién nacido se encuentran en buen estado; colocando inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secado con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos.

- En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional responsable de la atención del parto.
- El contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanentemente por el equipo profesional responsable de la atención neonatal.
- Luego del periodo de contacto piel a piel, se procederá a completar los siguientes procedimientos de la atención inmediata neonatal: - Identificar al neonato: registrar los datos en un brazalete plástico (nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido). La identificación del recién nacido deberá realizarse en presencia de la madre antes de salir de la sala de partos.
- Prevenir la infección ocular: usar gotas oftálmicas con antibiótico, aplicando una gota en cada saco conjuntiva'. Este procedimiento no está indicado en nacimientos por cesárea.
- Prevenir la enfermedad hemorrágica: aplicando Vitamina K, 1mg en recién nacidos a término y 0.5 mg en recién nacidos pretérmino, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.

- Aplicar medidas del cuidado del cordón, verificar la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, colocar una gota de alcohol etílico al 70% y cubrir con gasa estéril.
- No es necesario el paso de ninguna sonda en el periodo postnatal inmediato ni posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología.
- Realizar la somatometría, medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico del recién nacido, registrar estos datos en la historia clínica neonatal.
- Realizar el examen físico completo, incluye la determinación de la edad gestacional. Se recomienda no omitir el examen visual de la región anal.
- Registrar los datos en la historia clínica neonatal, en la sección correspondiente al neonato en la historia clínica del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP); así como en el sistema de registros del servicio.
- Registrar la puntuación de Apgar al minuto y a los 5 minutos, vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato donde se deberá continuar la evaluación de la temperatura, los signos vitales y la condición clínica del recién nacido/a y brindarle información a la madre sobre la técnica de lactancia materna, la identificación de los signos de alarma y los cuidados del neonato (38).

CONSEJERIA SOBRE CONTACTO PRECOZ MADRE – NIÑO

La consejería u orientación individual es la ayuda que una persona le brinda a otra en una conversación frente a frente. La consejería es un

proceso de intercambio y apoyo cara a cara, en el que los sentimientos, pensamiento y actitudes se expresan, se exploran y se aclaran, y es una de las tareas más importantes del personal de enfermería que trabajan en el área de atención inmediata. La consejería va más allá de proporcionar únicamente información, se trata más bien de ayudar al cliente a considerar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones y tomar decisiones sobre su propio comportamiento.

El contacto personal y el apoyo realmente ayuda a que el contacto precoz madre-niño y el amamantamiento sea exitoso. Este apoyo es brindado por el personal de enfermería así como el personal médico encargados de la atención inmediata del recién nacido, los artículos de prensa, folletos pueden aumentar los conocimientos de la gente, pero ellos no suelen cambiar lo que las mamás hacen. Es necesaria la ayuda individual, de persona a persona para conversar con las madres que pongan en práctica las ideas recibidas (39).

Se debe informar a la madre o a los padres por medio de videos y de folletos, sobre el método de contacto piel a piel. El neonato debe tener tolerancia a la manipulación, el contacto piel a piel está contraindicado en pacientes inestables desde el punto de vista fisiológico y que no toleren la manipulación (40).

EL BIENESTAR DE LA MADRE DURANTE LA CONSEJERÍA ANTES DEL PARTO.

Antes de que usted hable con una mamá sobre la manera de realizar el contacto precoz con su bebé, piense en la mujer en sí, en sus dificultades y problemas. Piense en sus sentimientos respecto a este

bebé y respecto al embarazo. ¿Realmente deseaba ella este embarazo?

A veces usted puede ayudarle a la mujer a esclarecer las cosas. Otras no, usted puede ayudarles a encontrar a alguien que lo ayude posteriormente. Muchas mamás tendrán problemas que usted no podrá ayudar a solucionar; pero si usted muestra interés en la mamá misma y en sus problemas, esto la hará sentir mejor a ella y quizás baste por si solo para ayudarle.

CONSEJERIA DE CONTACTO PRECOZ DESPUES DEL PARTO

El personal de Enfermería de los servicios de Atención Inmediata, tienen una gran responsabilidad. Ellos deben; entregarle el bebé a la madre inmediatamente después del nacimiento, realizar actividades de información, educación y comunicación a la madre. Orientar a la madre durante su permanencia en la institución de salud y brindar información sobre lactancia materna exclusiva , técnica del lavado de manos, cuidados del recién nacido, identificación de signos de alarma en el periodo neonatal, así como inmunizaciones e importancia del control del crecimiento y desarrollo asegurarse que el bebé permanezca cerca de la madre y que sea amamantado sin restricciones, aumentar la confianza de la madre en sí misma y ayudarle con la técnica de amamantamiento. Durante las primeras horas, una o dos, deje a la madre con su bebé para que lo acaricie y lo contemple, para que establezca un lazo estrecho con él y lo ame y para que lo ponga a mamar tan pronto como el niño quiera. La siguiente vez que el bebé mame, obsérvelos y verifique cómo lo está haciendo la madre (41).

ENFERMERIA Y EL CONOCIMIENTO

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes. En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo.

En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa

de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento (42).

ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

En los logros alcanzados por nuestro país en la reducción de la mortalidad infantil ha sido de primordial importancia la atención al niño nacido. Con el desarrollo de la especialidad de Neonatología, la incorporación de valiosos aportes tecnológicos y la primordial importancia del papel jugado por la atención de enfermería a estos niños en esta etapa de su vida, la más vulnerable, y que requiere de un personal especializado y muy sensible que permanezca minutos tras minutos al lado de estos pequeños seres que no pueden pedir nada, pero necesitan mucho.

Papel de enfermería en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad.

Para lograr los objetivos de enfermería en un servicio de neonatología, se debe disponer de un personal calificado y con excelente formación.

La evolución óptima del paciente depende más de la observación constante del personal que del equipamiento y los monitores. Los detalles en el cuidado son los que muchas veces marcan la diferencia en los resultados obtenidos. Se debe contar con una buena cobertura de personal asistencial de enfermería para optimizar el cuidado del recién nacido, por lo que se sugiere recomendaciones respecto a la relación enfermera-paciente.

VALORACION DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones.

Según lo explorado en el examen físico y la recopilación de datos, se identifican las necesidades afectadas en el recién nacido, se establece prioridades, y se procede a la identificación de los diagnósticos de enfermería, que se organizan en torno a las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que interactúan en el recién nacido según las necesidades afectadas.

La enfermera neonatóloga debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección, mientras más pronto se elimine el factor de riesgo será más beneficioso para el niño a su adaptación a la vida extrauterina.

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

Consiste en planear y brindar los cuidados de enfermería. Una vez conocida las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería con sus expectativas, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato. De hecho, se convierte el diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidado.

Es necesario confeccionar un plan de acciones de enfermería con el objetivo de alcanzar las expectativas trazadas a corto, mediano o largo plazo. Los principales objetivos es conservar la vida del recién nacido, disminuir los factores de riesgo ambientales e internos que afectan al neonato, disminuir los procedimientos agresivos, aplicar diariamente los cuidados integrales, cumplir estrictamente el tratamiento médico e interactuar entre los padres y el neonato, para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación.

EVALUACION DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

Es la etapa final del proceso mediante el cual el personal de enfermería usa un criterio medible para evaluar la respuesta del paciente como resultados de los cuidados prescritos, la efectividad del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos. Para realizar la evaluación se debe basar en el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y resultado de las acciones de enfermería. En esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se debe revisar (43).

GENERALIDADES SOBRE ACTITUDES

Las actitudes implican procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como las potenciales de cada persona en el mundo social. Como la actitud se dirige hacia un objeto se puede definir como, un estado de la mente de un individuo respecto a un valor. Las actitudes son fundamentalmente afectivas, en alto contenido emocional.

Ya hemos dicho que las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas. Factores que, a su vez, se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También la orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a FUENTE canal MENSAJE canal RECEPTOR (el que habla) (lo que habla) (a quien se habla) (44).

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Son dirigidas siempre a un objeto o idea particular se forma con relación al estímulo específico, influyen en el comportamiento del sujeto, pueden ser favorables o desfavorables.

Se componen de tres elementos:

- **COMPONENTE COGNITIVO**, (lo que piensa), para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto, sus conocimiento son siempre juicio de valor, implican una valoración positiva o negativa.
- **COMPONENTE AFECTIVO**, (lo que siente), es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.
- **COMPONENTE CONDUCTUAL**, (manifiesta los pensamientos y emociones), es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación (45)

La identificación del componente cognitivo o cognoscitivo, ayuda a percibir la impresión de las personas cuando le mencionan o cuando está frente a un sujeto, un objeto, un suceso o una situación, debido a la creencia, que tiene sobre tal fenómeno; para los efectos de prevenir estereotipos, situaciones ideales o paradigmas y falacias cognoscitivas.

La identificación del componente afectivo o emocional se constituye en un elemento fundamental, debido a que es el arma psicológica más poderosa para lograr el cambio actitudinal en el cumplimiento de una misión. Las emociones despiertan el sentido de pertenencia por las causas, el amor por los símbolos y el respeto por castigo.

La especificación del componente conductual o conativo ayuda a identificar las reacciones que muestran las personas para actuar de determinada manera, cuando está frente a una persona, a un objeto, o un suceso o una situación. Este elemento condiciona o predispone la manera de actuar de cada uno, porque la actuación (elemento conativo) puede provocar una modificación en las actitudes. La relación expresada permite predecir con bastante exactitud las actuaciones de las personas.

Con la organización de las actitudes en cada individuo se logra su coherencia actitudinal, previene conflictos entre ellas y disipa la disonancia cognoscitiva en el grupo. La organización de las actitudes en las personas debe basarse en la racionalidad humana, procurando un cambio actitudinal en las personas; que pasen de un estado de incoherencia a otro de coherencia, después de conciliar situaciones conflictivas, armonizando los tres componentes de la actitud.

Cuando se influye sobre el elemento conativo, los elementos cognitivo y el afectivo tienden a seguirlo; y cuando los tres han cambiado, se produce en el grupo de seguidores una transformación total, como resultado de reducir en los seguidores la disonancia cognoscitiva y minimizar la práctica dialéctica.

MEDICION DE LAS ACTITUDES

Los métodos de evaluación han experimentado un cambio que va desde la utilización de instrumentos subjetivos, informales y normalmente carentes de validez psicométrica a instrumentos más objetivos cuidadosamente planificados y desarrollados.

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto. Esta diferencia es importante y que se ha comprobado que al sentirse observado, puede modificar probablemente el resultado y que se ha comprobado. La escala de actitudes o sistemas de medidas directas, constituyen el método más empleado.

INTENSIDAD: Está relacionado con el aspecto emocional de la actitud la cual determina los grados de intensidad con que se reacciona frente al objeto, siempre la relación entre personas y objetos tienen motivaciones afectivas, no es mental.

- **Actitud de aceptación;** La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en una sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo.

- **Actitud de rechazo;** cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que sucinta y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismo de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.
- **Actitud de indecisión o indiferencia;** Es la predisposición aun no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo.

DIRECCIONALIDAD: Esta característica se refieren a que las actitudes pueden estar orientadas positivamente o negativamente hacia el objeto, una actitud favorable determina el acercamiento hacia el objeto actitudinal y una actitud negativa se refiere a predisposición a evitar algo.

2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

Existe relación entre conocimientos y actitudes de la enfermera hacia sobre el Contacto Precoz madre – niño en el servicio de neonatología.

2.4. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Conocimientos de la enfermera sobre Contacto Precoz madre – niño.- Es la respuesta emitida por la enfermera a cerca de todo aquella información que posee en cuanto al Contacto Precoz madre – niño.

Actitudes de la enfermera hacia el Contacto Precoz madre – niño.-
es la conducta o postura la enfermera adquiere en cuanto a la disposición para aplicar en el cuidado a la atención durante el Contacto Precoz madre – niño.

Contacto Precoz, Se conoce así a la práctica del contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre, inmediatamente después del nacimiento se coloca al bebé en contacto directo con la piel de la madre en posición vertical, entre el tórax y las mamas.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, ya que las variables son susceptibles de ser medidas y cuantificables, nivel aplicativo porque parte de la realidad para transformarlo y/o modificarlo, método descriptivo correlacional de corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital de Essalud “Jorge Voto Bernales” acreditado por el Ministerio de Salud como nivel II, que se encuentra ubicado en el Km 6 ½ de la Carretera Central en el distrito de Santa Anita, cuyo ámbito de atención son los distritos de El Agustino, Santa Anita, parte de la población de Vitarte, Chosica y San Luis.

La institución sede de estudio, brinda los servicios de Hospitalización, CC.EE, Emergencias, Sala de operaciones, Radiología, Farmacia, especialidades como; Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y obstetricia, Urología, Endocrinología, Gastroenterología, Cardiología, Psiquiatría, Oftalmología, Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Odontología, Medicina Complementaria, Neonatología, y los programas de salud reproductiva y de la mujer, del adulto mayor, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones.

El tipo de pacientes que se atienden son asegurados titulares y sus derechohabientes.

En relación al control del embarazo, parto y puerperio, el hospital “Jorge Voto Bernales” tiene una cobertura aproximada de 98 % de gestantes aseguradas de los distritos arriba mencionados; parte de esta población considerada alto riesgo es derivada a un hospital de nivel IV de la misma red.

El servicio de Neonatología, área de estudio, se encuentra ubicado en dos niveles, en el primer piso en el área de centro quirúrgico, se ubica centro obstétrico y Atención Inmediata del Recién Nacido además, sala de operaciones para los partos por cesáreas, y en el segundo piso se encuentra las salas de puerperio y alojamiento conjunto, el área de intermedios, patología y la unidad de cuidados intensivos neonatales.

El personal de enfermería que laboran en todo el servicio de neonatología está conformado por quince licenciadas de enfermería entre nombradas y contratadas, 08 tienen especialidad, 01 se encuentran realizando la especialidad correspondiente y 06 son enfermeras generales. La programación del personal de enfermería es: tres licenciadas por turno. Los turnos se distribuyen en mañana, tarde y guardia nocturna, siendo insuficiente para la demanda de pacientes que se atienden, todas las licenciadas rotan por el área de atención inmediata y son responsables directas del proceso del contacto precoz madre-niño.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

Licenciadas de enfermería que laboran en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales Corpancho”

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 Criterios de inclusión

- Enfermeras que laboran en el área de atención inmediata.
- Enfermeras que aceptan participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Enfermeras que cubren licencias por enfermedad o vacaciones.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento un formulario tipo cuestionario (Anexo B); que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos. El cual fue sometido a juicio de expertos, siendo procesado en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (Anexo D). Posteriormente se procedió a realizar la prueba piloto para determinar la validez del instrumento mediante el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo E) y para confiabilidad mediante el Coeficiente de Kuder Richardson (k) (Anexo F); y la Escala de Likert modificada (Anexo B), para la validez se usó Coeficiente de correlación de Pearson y la confiabilidad mediante la prueba de alfa Crombach (Anexo F).

3.6. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la implementación del estudio se solicitó los permisos institucionales pertinentes, a la Directora del hospital “Jorge Voto Bernales” de Essalud Santa Anita, y a la jefatura de enfermería. Posterior a ello se llevó a cabo la coordinación con la enfermera responsable del servicio de neonatología para la aplicación de los instrumentos dentro de los ambientes del servicio de neonatología durante los turnos de mañana y tardes, considerando de 25 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado (Anexo C).

Luego de la recolección de datos, estos fueron presentados mediante el paquete estadístico de Excel, previa elaboración de la tabla de codificación y la tabla matriz (Anexo G, H)). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable conocimientos se aplicó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, porcentajes y frecuencias absolutas; mientras que para la variable actitudes se utilizó la escala de stanones valorando en aceptación, indiferencia y rechazo. (Anexo I).

VARIABLE IDENTIFICADO			
CONOCIMIENTO	CONOCE	NO CONOCE	
	11 a, mas puntos	0 – 10 puntos	
ACTITUD	ACEPTACION	INDIFERENCIA	RECHAZO
	➤ 69 pts	47 – 68 pts	< 46 pts

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio, es decir las enfermeras del servicio de atención inmediata expresándoles que el instrumento es de carácter anónimo y confidencial. (Anexo C).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en tablas y/o gráficos estadísticos, para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

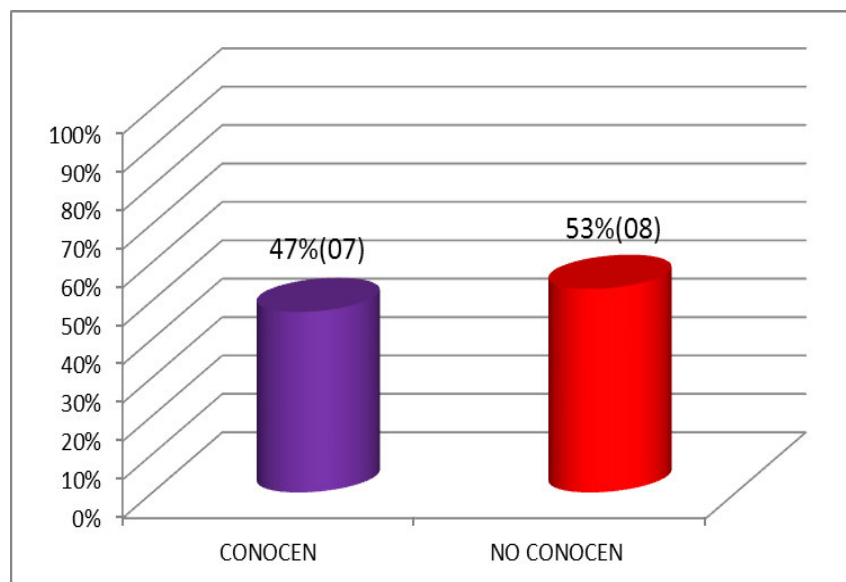
En cuanto a los datos generales de 100% (15), el 100% (15) son mujeres, 46.7% (07) tienen entre 36 a 45 años de edad, 73% (11) tienen condición laboral de contratada y 66.7% (10) tienen menos de cinco años en el servicio de neonatología. (Anexo J).

Por lo que se puede deducir que la mayoría son de sexo femenino, contratadas, el mayor porcentaje son adultos jóvenes y maduro ya que tienen entre 36 años a 45 años y tienen menos de 5 años de tiempo de servicio en neonatología.

Acerca de los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre- Niño en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales”, del 100% (15), 53% (08) no conocen y 47% (07) conocen a cerca del contacto precoz madre – niño. (Grafico N° 1). Los aspectos que conocen están dados por que debe colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto para iniciar con la técnica del contacto precoz, fomentar el apego y mantener la temperatura corporal, la técnica correcta del contacto precoz inmediato consiste en colocar al bebé en decúbito prono sobre el pecho desnudo de la madre y cubrirlo con campos precalentados y el...

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

tipo de ayuda que recibe la madre discapacitada por parte de la enfermera es lograr el contacto precoz inmediato permaneciendo junto a ella durante todo este proceso; y los aspectos que no conocen está referido a que se debe evaluar la condición física en el neonato complicado e iniciar el contacto precoz cuando el recién nacido se encuentre estable, la importancia para la madre del contacto precoz es estimular el apego, el reconocimiento mutuo entre madre-hijo, y

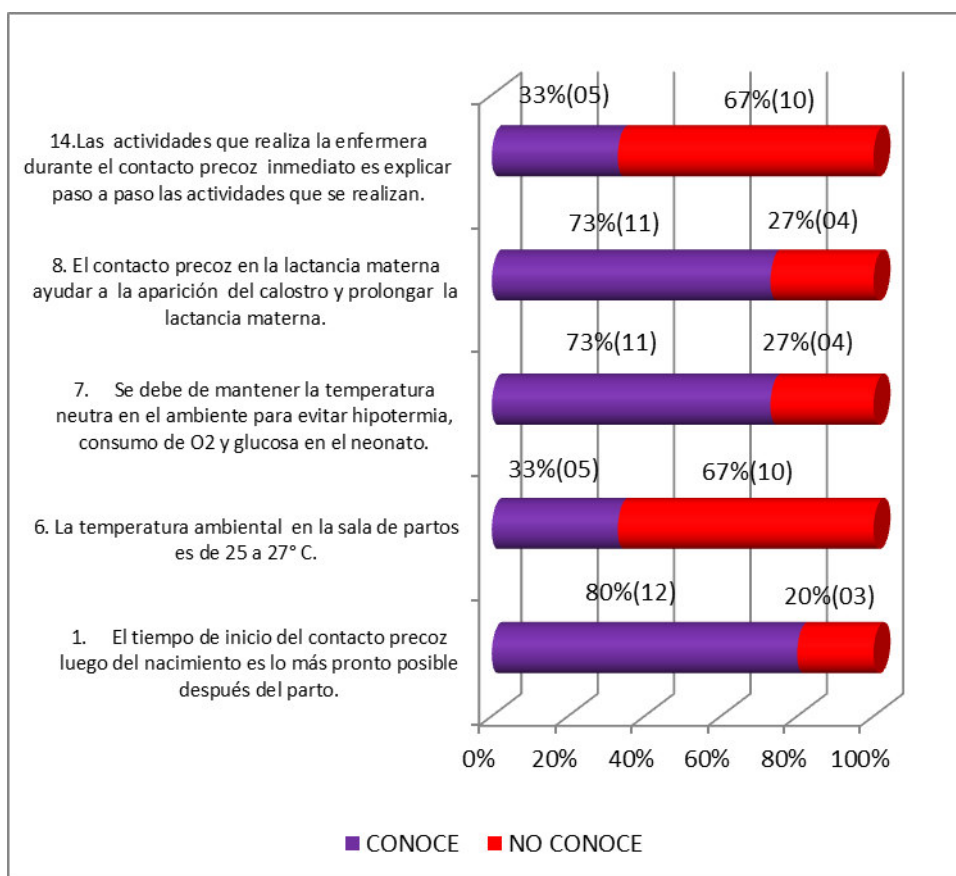
succión precoz aumentando la actividad uterina, y el tiempo promedio que debe permanecer el recién nacido sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto es de 30 minutos. (Anexo L).

Respecto a los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño por ítems, del 100% (15), 80% (12) conocen el tiempo de inicio del contacto precoz luego del nacimiento es lo más pronto posible después del parto, 73% (11) que el contacto precoz en la lactancia materna ayuda a la aparición del calostro y prolongar la lactancia materna y 73% (15) que se debe mantener la temperatura neutra en el ambiente para evitar hipotermia, consumo de oxígeno y glucosa en el neonato, 67% (10) no conocen que la temperatura ambiental en la sala de partos es de 25 a 27° C, y 67% (10) las actividades que realizan la enfermera durante el contacto precoz inmediato es explicar paso a paso las actividades que se realizan. (Grafico N° 2).

En cuanto a las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño en el servicio de neonatología del hospital “Jorge Voto Bernales”, del 100% (15), 67% (10), es de indiferencia, 20% (3) aceptación y 13% (2) rechazo. (Grafico N° 3). Los aspectos referidos a indiferencia está dado por que 20% (3) demanda mucho esfuerzo realizar el contacto precoz inmediato al parto, es mejor evitar la lactancia durante el contacto precoz madre- niño, 13% (2) tiene poca importancia la presencia de la enfermera, ya que incomoda a la madre; la aceptación está dada por qué 73% (11) manifiestan que es satisfactorio brindar ayuda a la madre y al neonato enfermo durante el contacto precoz., 67% (10) es suficiente el ambiente térmico neutro en la sala de partos para favorecer la termorregulación del recién nacido,

GRAFICO N° 2

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO POR ITEMS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011

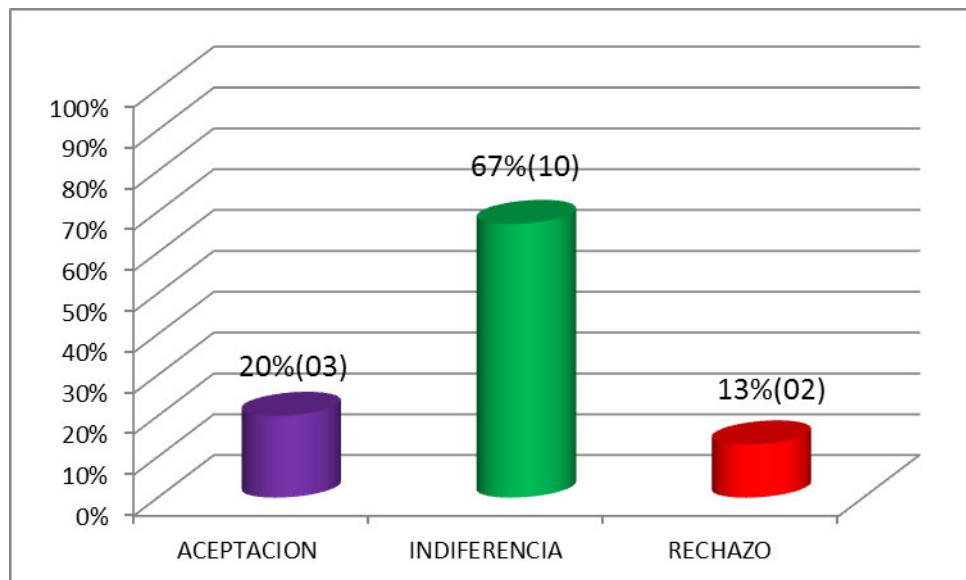


Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

40% (6) es mejor tener bastante calor en la sala de parto para favorecer la adaptación del recién nacido al medio; y los aspectos de rechazo por que 67% (10) es mejor que la madre haga por si sola el

GRAFICO N° 3

ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011



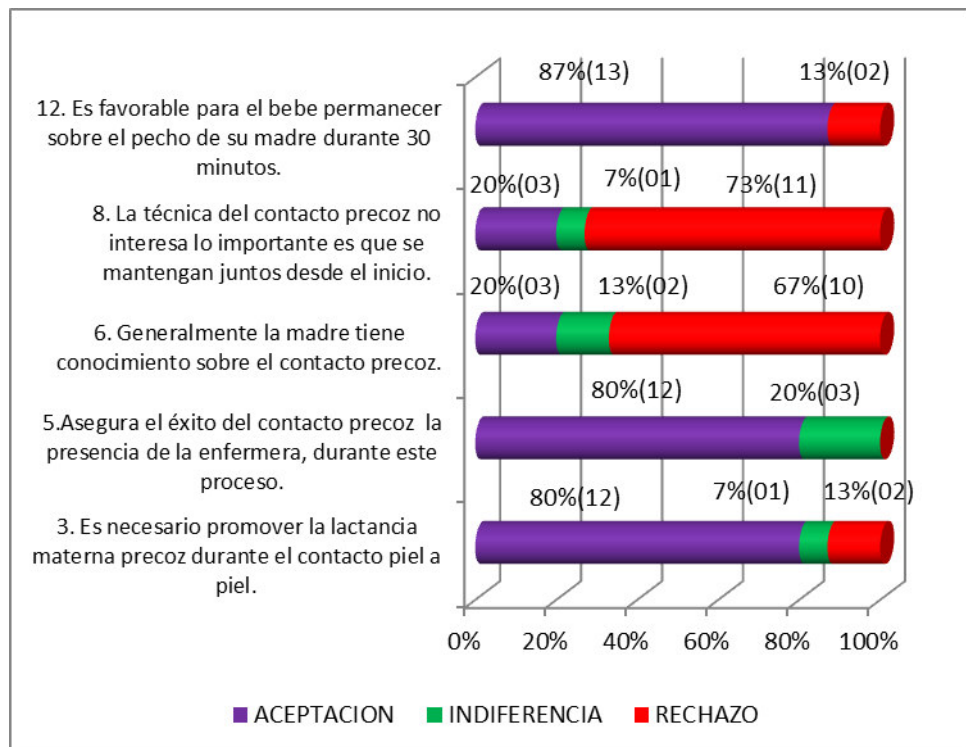
Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

contacto precoz con su niño, 67% (10) es mejor evitar la lactancia durante el contacto precoz madre– niño, 67% (10) es suficiente para la madre tener al bebe sobre su pecho solo unos instantes, después del parto. (Anexo N).

Acerca de las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño por ítems del 100% (15), 80% (12) aceptan que es necesario promover la lactancia materna precoz durante el contacto...

GRAFICO N° 4

ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO POR ITEMS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011



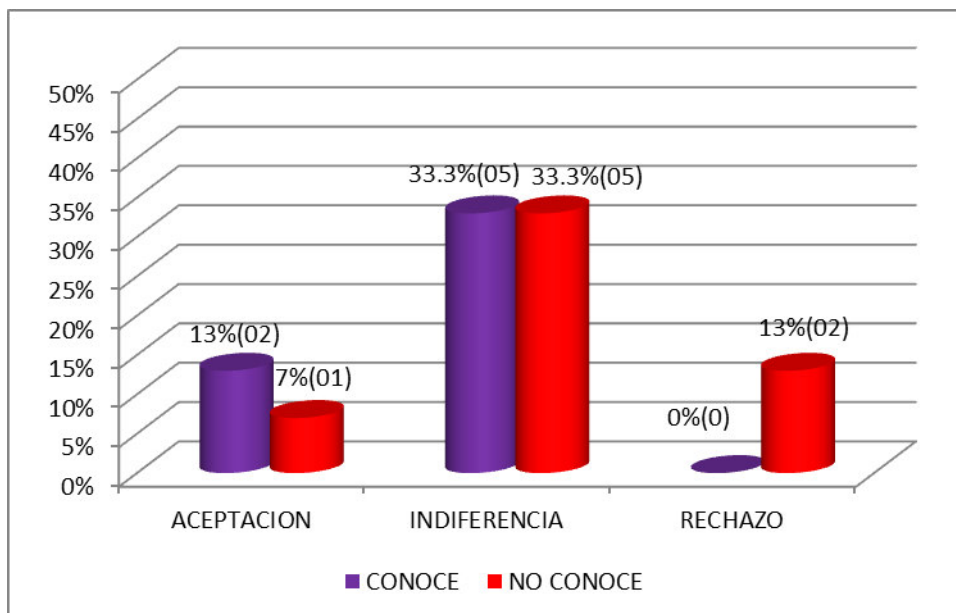
Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

piel a piel, 80% (12) asegura el éxito del contacto precoz la presencia de la enfermera durante este proceso y 87% (13) es favorable para él bebe permanecer sobre el pecho de su madre durante 30 minutos; los ítems de rechazo está dado por que 73% (11) expresan que la técnica del contacto precoz no interesa lo importante es que se mantengan ...

GRAFICO N° 5

RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE-NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL “JORGE VOTO BERNALES” ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU

2011



X^2 calculado 24.20 > X^2 tabulado 5.99 = Se rechaza la hipótesis nula

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

juntos desde el inicio y 67% (10) generalmente la madre tiene conocimientos sobre el contacto precoz; y la indiferencia 20% (3) la presencia de la enfermera asegura el éxito del contacto precoz, 13% (2) generalmente la madre tiene conocimiento sobre el contacto precoz. (Grafico N° 4).

Respecto a la relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre – niño del servicio de neonatología del hospital “Jorge Voto Bernales”, del 100% (15), 66% (10) tienen una actitud de indiferencia de los cuales conocen y no conocen en forma equitativa los procedimientos del contacto precoz, la actitud de aceptación del 20% (3), 13% (2) conocen y 7% (1) no conocen. Por lo que al aplicar la prueba del Ji cuadrado para establecer la relación se obtiene: X^2 calculado $>$ X^2 tabulado = 24.20 $>$ 5.99 por lo que se rechaza la hipótesis nula, es decir se acepta la hipótesis de estudio que se evidencia que existen relación entre conocimientos y actitudes del profesional hacia el contacto precoz madre-niño, en el servicio de neonatología.

4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad existen serios cuestionamientos relacionados con el contacto precoz madre-niño durante el nacimiento, pese a los esfuerzos realizados en el campo de la salud, con la creación de normas técnicas emitidas por el Ministerio de Salud para preservar la salud de la madre y el niño y garantizar el cumplimiento del procedimiento en sí, las enfermeras que laboran en las salas de partos deben ser conocedoras además de tener vocación y tomar conciencia de la responsabilidad que traen consigo ayudar a un bebe adaptarse a la vida extra uterina en un ambiente favorable y adecuado, son muchos los factores que conllevan para que esta práctica no se lleve a cabo como debe ser, excesiva carga laboral, condiciones inadecuadas de trabajo como ambiente térmico neutro inadecuado, ayudan a que contacto precoz no se lleve a cabo el tiempo suficiente, actitudes negativas y sobre todo el desconocimiento de lo que encierra en sí el

contacto piel a piel de la madre con el niño y los beneficios que trae consigo.

El contacto precoz fortalece el vínculo temprano entre la madre y el recién nacido, los vínculos afectivos se definen como un lazo de afecto filial, según estudios realizados señalan que los vínculos se forman desde la etapa intrauterina, y que inmediatamente después del nacimiento, el seno materno y el contacto piel con piel son fundamentales para su fortalecimiento.

Según Behrman, Kliegman y Jenson, los periodos más breves de alerta o excitación del recién nacido se alternan con los del sueño, si una madre se pierde el primer periodo de alerta de su hijo es posible que no experimente un periodo tan largo de interacción social durante varios días, además un vínculo tardío debido a prematuridad, enfermedades maternas o del niño, malformaciones o complicaciones intra parto, pueden poner en peligro el desarrollo del bebé.

Márquez Bazán, Flor Belinda, (2005), concluye “que las enfermeras tienen conocimiento alto y medio del método Canguro, sin embargo es preciso mencionar que en el estudio para medir el nivel de actitudes se ha concluido que existe una significativa indecisión poca aceptación, y un resultado mínimo de rechazo hacia el método canguro”. Asimismo, Cochranlibrary.com (2007), refieren en estudios realizados por los Drs. Moore, Anderson y Bergman, cuyo trabajo titulado “Contacto Temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos” se registraron muchos beneficios del contacto piel a piel, como mayor apego de la madre al recién nacido, aumento de peso y alta hospitalaria temprana.

Al respecto los datos obtenidos en el estudio nos permite concluir que los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño, el mayor porcentaje no conocen que se debe evaluar la condición física en el neonato complicado e iniciar el contacto precoz cuando el recién nacido se encuentre estable, la importancia para la madre del contacto precoz es estimular el apego, el reconocimiento mutuo entre madre-hijo, y succión precoz aumentando la actividad uterina, y el tiempo promedio que debe permanecer el recién nacido sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto es de 30 minutos; seguido de un porcentaje considerable de enfermeras que conocen que deben colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto para iniciar con la técnica del contacto precoz, fomentar el apego y mantener la temperatura corporal, la técnica correcta del contacto precoz inmediato consiste en colocar al bebé en decúbito prono sobre el pecho desnudo de la madre y cubrirlo con campos precalentados y el tipo de ayuda que recibe la madre discapacitada por parte de la enfermera es lograr el contacto precoz inmediato permaneciendo junto a ella durante todo este proceso; lo cual puede conllevarle a la aplicación inadecuada de la norma técnica y repercutir negativamente en la calidad de atención al neonato ya que el objetivo está orientado a fortalecer el apego, el vínculo afectivo madre – niño y la lactancia materna.

La norma técnica de la salud para la atención integral de salud neonatal, define lineamientos, políticas y estrategias para garantizar la permanencia del recién nacido junto a su madre inmediatamente después producido el parto hasta el alta, para ello se definen una serie de conceptos a cerca de la atención inmediata, contacto precoz inmediato, alojamiento conjunto para facilitan el apego, la lactancia materna exclusiva precoz, la termorregulación y la conservación del

ambiente térmico neutro en las salas de parto, todas estas acciones dirigidas a garantizar y preservar el estado de salud del recién nacido y su madre así como el bienestar emocional de un futuro adulto, asimismo las políticas de salud exigen su cumplimiento en todas las áreas donde se atienden los alumbramientos.

La enfermera da oportunidad a los padres para el contacto precoz en cualquiera de sus inicios, ella estimula la necesidad del contacto físico de los padres con el recién nacido, cada interacción padre – hijo fomenta el vínculo afectivo entre ambos, además provee un ambiente adecuado para la termorregulación del recién nacido.

Por los resultados obtenidos en el estudio en torno a los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño por ítems, la mayoría conocen que el tiempo de inicio del contacto precoz luego del nacimiento es lo más pronto posible después del parto, que el contacto precoz en la lactancia materna ayuda a la aparición del calostro y prolongar la lactancia materna y que se debe mantener la temperatura neutra en el ambiente para evitar hipotermia, consumo de oxígeno y glucosa en el neonato, seguido de un porcentaje considerable que no conocen que la temperatura ambiental en la sala de partos es de 25 a 27° C, las actividades que realiza la enfermera durante el contacto precoz inmediato es explicar paso a paso las actividades que se realizan; lo cual le puede conllevar a que la relación madre hijo pueda ser alterada, toda vez que es durante las primeras experiencias extra uterinas en donde el apego y el vínculo afectivo se establece repercutiendo luego en su desarrollo psicoemocional y social normal.

La actitud entendida como procesos mentales individuales que determinan la predisposición a responder o actuar de manera favorable

o desfavorable ante una situación. Según José María Huerta (2008), las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia, también la orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta. Es importante tener una actitud de aceptación hacia el contacto precoz madre- niño, porque fortalece el vínculo afectivo y un estado emocional satisfactorio entre el binomio madre – niño, viéndose un resultado de inicio de lactancia materna precoz, aumento de calostro en la madre, mantenimiento de la termorregulación en el recién nacido.

Márquez Bazán, Flor Belinda, (2005), concluye “que existe una actitud significativa de indecisión y poca aceptación hacia el método canguro”. Por lo expuesto los resultados del estudio, las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño, el mayor porcentaje manifiesta que es de indiferencia, ya que demanda mucho esfuerzo realizar el contacto precoz inmediato al parto, es mejor evitar la lactancia durante el contacto precoz madre– niño, tiene poca importancia la presencia de la enfermera, ya que incomoda a la madre; seguido de un mínimo porcentaje significativo de aceptación referida a que es satisfactorio brindar ayuda a la madre y al neonato enfermo durante el contacto precoz., es suficiente el ambiente térmico neutro en la sala de partos para favorecer la termorregulación del recién nacido, y es mejor tener bastante calor en la sala de parto para favorecer la adaptación del recién nacido al medio; y un mínimo porcentaje significativo es de rechazo por que expresan que es mejor que la madre haga por si sola el contacto precoz con su niño, evitar la lactancia durante el contacto precoz madre– niño, y es suficiente para la madre tener al bebe sobre su pecho solo unos instantes, después del parto; lo cual puede repercutir en el cumplimiento de los beneficios de la norma técnica e influir en la interacción de la madre con su bebé.

Sobre las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño por ítems, la mayoría aceptan que es necesario promover la lactancia materna precoz durante el contacto piel a piel, asegura el éxito del contacto precoz la presencia de la enfermera durante este proceso y es favorable para él bebe permanecer sobre el pecho de su madre durante 30 minutos; los ítems de rechazo está dado por que expresan que la técnica del contacto precoz no interesa lo importante es que se mantengan juntos desde el inicio y generalmente la madre tiene conocimientos sobre el contacto precoz; y la indiferencia un mínimo porcentaje expresa que la presencia de la enfermera asegura el éxito del contacto precoz, y generalmente la madre tiene conocimiento sobre el contacto precoz.

Respecto a la relación entre conocimientos y actitudes Carlos Ramos, Sandra Danitza (2008), concluye que “la relación a cerca del nivel de conocimientos y las actitudes que presentan los púberes, es significativa, ya que los conocimientos que se poseen es medio en su mayoría y concuerdan con sus actitudes”.

Por los resultados obtenidos en el estudio el mayor porcentaje de las enfermeras tienen una actitud de indiferencia y tienen un porcentaje equitativo que conocen y no conocen sobre el procedimiento del contacto precoz, sin embargo un mínimo porcentaje de enfermeras tienen una actitud de aceptación de los cuales conocen y un mínimo porcentaje no conocen. Por lo que al aplicar la prueba del Ji cuadrado se rechaza la hipótesis nula, es decir se acepta la hipótesis de estudio que se evidencia que existen relación entre conocimientos y actitudes del profesional hacia el contacto precoz madre-niño.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

- La relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de Neonatología del hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud de Santa Anita, al aplicar la prueba del Ji cuadrado se obtiene un X^2 calculado $> X^2$ tabulado = $24.20 > 5.99$ por lo que se rechaza la hipótesis nula, es decir se acepta la hipótesis de estudio que se evidencia porque existen relación entre conocimientos y actitudes del profesional hacia el contacto precoz madre-niño.
- Respecto a los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre – niño, el mayor porcentaje no conocen que se debe evaluar la condición física en el neonato complicado e iniciar el contacto precoz cuando el recién nacido se encuentre estable, la importancia para la madre del contacto precoz es estimular el apego, el reconocimiento mutuo entre madre-hijo, y succión precoz aumentando la actividad uterina, y el tiempo promedio que debe permanecer el recién nacido sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto es de 30 minutos; seguido de un porcentaje considerable de enfermeras que conocen que deben colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto para iniciar con la técnica del contacto precoz, fomentar el apego y mantener la temperatura

corporal, la técnica correcta del contacto precoz inmediato consiste en colocar al bebé en decúbito prono sobre el pecho desnudo de la madre y cubrirlo con campos precalentados y el tipo de ayuda que recibe la madre discapacitada por parte de la enfermera es lograr el contacto precoz inmediato permaneciendo junto a ella durante todo este proceso.

- En cuanto a los conocimientos que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño por ítems, la mayoría conocen que el tiempo de inicio del contacto precoz se debe realizar luego del nacimiento, es decir lo más pronto posible después del parto, que el contacto precoz en la lactancia materna ayuda a la aparición del calostro y prolongar la lactancia materna y que se debe mantener la temperatura neutra en el ambiente para evitar hipotermia, consumo de oxígeno y glucosa en el neonato, un porcentaje considerable no conocen que la temperatura ambiental en la sala de partos es de 25 a 27° C, las actividades que realizan la enfermera durante el contacto precoz inmediato es explicar paso a paso las actividades que se realizan
- Acerca de las actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre – niño, el mayor porcentaje manifiesta que es de indiferencia, ya que demanda mucho esfuerzo realizar el contacto precoz inmediato al parto, es mejor evitar la lactancia durante el contacto precoz madre– niño, tiene poca importancia la presencia de la enfermera, ya que incomoda a la madre; seguido de un mínimo porcentaje significativo de aceptación referida a que es satisfactorio brindar ayuda a la madre y al neonato enfermo durante el contacto precoz., es suficiente el ambiente térmico neutro en la sala de partos para favorecer la termorregulación del recién nacido, y es

mejor tener bastante calor en la sala de parto para favorecer la adaptación del recién nacido al medio; y un mínimo porcentaje significativo es de rechazo por que expresan que es mejor que la madre haga por si sola el contacto precoz con su niño, evitar la lactancia durante el contacto precoz madre- niño, y es suficiente para la madre tener al bebe sobre su pecho solo unos instantes, después del parto.

- Sobre las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre- niño por ítems, la mayoría aceptan que es necesario promover la lactancia materna precoz durante el contacto piel a piel, asegura el éxito del contacto precoz la presencia de la enfermera durante este proceso y es favorable para él bebe permanecer sobre el pecho de su madre durante 30 minutos; los ítems de rechazo está dado por que expresan que la técnica del contacto precoz no interesa lo importante es que se mantengan juntos desde el inicio y generalmente la madre tiene conocimientos sobre el contacto precoz; y la indiferencia un mínimo porcentaje expresa que la presencia de la enfermera asegura el éxito del contacto precoz, y generalmente la madre tiene conocimiento sobre el contacto precoz.

5.2. LIMITACIONES

Los resultados y las conclusiones del estudio solo son válidos para la población de estudio.

5.3. RECOMENDACIONES

- Que el Departamento de Enfermería diseñe estrategias orientada a que el profesional de Enfermería que labora en el servicio de Neonatología analice y reflexione sobre la norma de atención de salud integral al neonato a fin de fortalecer y modificar las actitudes frente el contacto precoz madre – niño.
- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud a fin de diseñar estrategias de mejora para la implementación de la norma técnica de atención integral de salud neonatal.
- Realizar estudios sobre los factores que intervienen en la aplicación de la norma de contacto precoz madre – niño.
- Realizar estudios de tipo cualitativo a fin de profundizar en el análisis de los hallazgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)(8)(17)(27)(33)(35)(36)(38)(41) Norma Técnica de Salud NTS N° 106 – MINSA/ VDGSP.V.01 *"Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Neonatal"*. Perú 2014.
- (2)(10)(11)(12)(42) GRIFFIN PERRY, A., y POTTER PATRICIA, A *Fundamentos de Enfermería"*. Harcourt / Océano. St. Louis Missouri 2006.
- (3) Crespo, C., *Cuidados de Enfermería en Neonatología*. Madrid. España 2009.
- (4) Márquez Bazán, B., Nivel de Conocimientos y Actitudes del Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Materno Perinatal a cerca del Método Canguro. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2005.
- (5) Carlos Ramos, S., Relación entre los Conocimientos y Actitudes a cerca de los cambios anatómicos patológicos en púberes del 5° y 6° grado de Primaria I. E Héroes de la Vega. Lima 2008.
- (6) Herrera Cabrerizo, B., *Matronas del Servicio de Parto, Hospital San Juan de la Cruz Ubeda (Jaén)" Temperatura de los recién nacidos que permanecen con sus madres. Jaén. España*.
- (7) Villalón U., Hernán, y Otros., Contacto precoz piel a piel, efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos.1992.

- (9) Gomella Tricia, L., Cunningham M.Douglas, Eyal Fabien, G., y Zenk Karim, E., Neonatología. Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina 2005.
- (13) (16) Behrman, Kliegman y Jenson. Tratado de Pediatría. El Manual Moderno. Barcelona 1993.
- (14) (15) Ordoñez Legarda, María, Estimulación Temprana, Inteligencia Emocional y Cognitiva 0 a 1 año". México 2001.
- (18) (23) Reeder, Martin Y Koniac. *Enfermería Materno Infantil*. Interamericana Mc Graw Hill. España 2004.
- (19)(22) <http://www.thecochranelibrary.com>. "*Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos*". 2007.
- (20)(28)(29)(40) Tamez, R., y Silva, P., "Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal". Médica Panamericana. Río de Janeiro. Brasil 2008.
- (21)(24)(25) Jasso, Luis. "Neonatología Práctica". El Manual Moderno. México 2002.
- (26) Organización Mundial de la Salud. "Pruebas Científicas de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural". División de Salud y Desarrollo del Niño. Ginebra- Suiza 1998.
- (30) Savage King, F., Como Ayudar a las Madres a Amamantar. Liga de la Lactancia Materna de Honduras, Wellstart Internacional.

Traducción, Adaptación y Edición en Español por el Dr. Jairo Osorio R. Bogotá. Unicef. Colombia.

(31) (32)(34)(39)Alvarado Alva, J., “*Apuntes de Neonatología*”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú 2006.

(37) imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php.Revista.Mexico.”*Enfermería. Cardiología*”. 2002.

(43) Castro López Frank, “*Manual de Enfermería en Neonatología*” La Habana 2007.

(44) www.umer.es/images/doc/n47.pdf., José María Huerta Paredes. Madrid 2008.

(45) <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud/Categoria:Psicología>

BIBLIOGRAFÍA

- ALVARADO ALVA, J., “*Apuntes de Neonatología*”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú 2006.
- BEHRMAN, KLIEGMAN y JENSON. *Tratado de Pediatría*. El Manual Moderno. Barcelona 1993.
- CARLOS RAMOS, S., *Relación entre los Conocimientos y Actitudes a cerca de los cambios anátomo patológicos en púberes del 5° y 6° grado de Primaria I. E Héroes de la Vega*. Lima 2008.
- CASTRO LÓPEZ Frank, “*Manual de Enfermería en Neonatología*” La Habana 2007.
- CRESPO, C., *Cuidados de Enfermería en Neonatología*. Madrid. España 2009.
- GOMELLA TRICIA, L., CUNNINGHAM M.DOUGLAS, EYAL FABIEN, G., y ZENK KARIM, E., *Neonatología*. Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina 2005.
- GRIFFIN PERRY, A., y POTTER PATRICIA, A *Fundamentos de Enfermería*”. Harcourt / Océano. St. Louis Missouri 2006.
- HERRERA CABRERIZO, B., *Matronas del Servicio de Partorio, Hospital San Juan de la Cruz Ubeda (Jaén)” Temperatura de los recién nacidos que permanecen con sus madres*. Jaén. España.

- JASSO, LUIS. “ *Neonatología Práctica*”. El Manual Moderno. México 2002.
- MARQUEZ BAZAN, B., *Nivel de Conocimientos y Actitudes del Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Materno Perinatal a cerca del Método Canguro*. Lima 2005.
- Norma Técnica de Salud NTS N° 106 – MINSA/ VDGSP.V.01 “*Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Neonatal*”. Perú 2014.
- ORDOÑEZ LEGARDA, María, *Estimulación Temprana, Inteligencia Emocional y Cognitiva 0 a 1 año*”. México 2001.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “*Pruebas Científicas de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*”. División de Salud y Desarrollo del Niño. Ginebra- Suiza 1998.
- REEDER, MARTIN Y KONIAC. (2004): *Enfermería Materno Infantil*. Interamericana Mc Graw Hill. España 2004.
- TAMEZ, R., y SILVA, P., “*Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal*”. Médica Panamericana. Río de Janeiro. Brasil 2008.
- SAVAGE KING, F., *Como Ayudar a las Madres a Amamantar*. Liga de la Lactancia Materna de Honduras, Wellstart Internacional. Traducción, Adaptación y Edición en Español por el Dr. Jairo Osorio R. Bogotá. Unicef. Colombia.

- VILLALÓN U., HERNAN, y Otros., *Contacto precoz piel a piel, efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos*. 1992.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud/Categoría:Psicología>.
- <http://www.thecochranelibrary.com>. "*Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos*". 2007.
- imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php. Revista. Mexico. "*Enfermería. Cardiología*". 2002.
- www.umer.es/images/doc/n47.pdf., José María Huerta Paredes. Madrid 2008.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de las variables	I
B	Instrumentos	III
C	Consentimiento Informado	IX
D	Tabla de Concordancia Prueba Binomial	XI
E	Validez del instrumento - Conocimientos	XII
	Validez del instrumento - Actitudes	XIII
F	Confiabilidad del instrumento - Conocimientos	XIV
	Confiabilidad del instrumento – Actitudes	XV
G	Tabla Matriz de Datos - Conocimientos	XVI
H	Tabla Matriz de Datos – Actitudes	XVII
I	Medición de la variable	XVIII
J	Datos Generales de las enfermeras del servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita. Lima Perú 2011.	XIX
K	Conocimientos de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita. Lima Perú 2011.	XX
L	Conocimientos de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño por ítems en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita. Lima Perú 2011.	XXI
M	Actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita. Lima Perú 2011.	XXIII

ANEXO**Pág.**

- | | | |
|---|---|-------|
| N | Actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño por ítems en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita. Lima Perú 2011. | XXIV |
| O | Relación entre los conocimientos y Actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de neonatología del Hospital “Jorge Voto Bernales” Essalud Santa Anita. Lima Perú 2011. | XXVI |
| P | Prueba Ji Cuadrado. | XXVII |

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
<p>Conocimiento de las Enfermeras sobre Contacto Precoz Madre-Niño.</p>	<p>Son ideas, Conceptos, enunciados, acerca del Contacto precoz del recién nacido que consiste en colocar al recién nacido sobre el pecho de su madre en posición vertical para favorecer el vinculo afectivo, emocional y el estado físico del neonato, ya que forma parte importante en el desarrollo físico y emocional del recién nacido. La enfermera que labora en esta área debe demostrar un buen nivel de conocimientos sobre contacto precoz a fin de contribuir en este proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de inicio del contacto precoz. - Importancia del CPP. - Tiempo de permanencia del RN sobre el pecho de la madre. - Temperatura ambiental. - Lactancia materna precoz. - Soporte o ayuda. - Importancia de la permanencia de la enfermera. - Técnica del contacto precoz -Consejería antes, durante y después del Contacto Precoz. 	<p>Información que tienen las enfermeras del hospital “Jorge Voto Bernales” referente al contacto precoz, que será medido a través de un cuestionario como conoce y no conoce.</p>	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz Madre-Niño.	Actitudes, predisposición de las enfermeras a actuar de determinada forma hacia el contacto precoz, que conlleva a una respuesta evolutiva ya sea favorable, neutra y/o indiferente, o desfavorable.	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia del contacto precoz. - Importancia de la Temperatura ambiental. - Lactancia Materna Precoz - Consejería antes, durante y después del contacto precoz. - Tiempo de permanencia del neonato sobre el pecho de la madre. - Importancia de la permanencia de la enfermera en el contacto precoz. - Brinda Soporte o ayuda cuando la madre o el niño la necesitan. - Cuando inicia del contacto precoz. - Cómo realiza la Técnica del contacto precoz. 	Predisposición de las enfermeras a aceptar, ser indiferente ó rechazar el contacto precoz Madre-Niño, que será medido por una escala tipo Liker Modificada concluyendo en Aceptación, Indiferencia, ó Rechazo.	<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia,</p> <p>Rechazo</p>

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACION

Buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar la relación entre los conocimientos de las enfermeras y la actitud hacia el contacto precoz, con la finalidad de desarrollar un programa de educación continua y así mejorar la calidad de atención a nuestros recién nacidos. Este cuestionario es de corte anónimo los resultados obtenidos serán utilizados con carácter investigativo. Agradezco de antemano su valiosa colaboración e información.

DATOS GENERALES

EDAD
SEXO Femenino () Masculino ()
CONDICION LABORAL Contratado () Nombrado()
TIEMPO DE SERVICIO EN EL AREA.....

B.- INSTRUCCIONES

A continuación se detalla una serie de preguntas a las cuales Ud., deberá marcar con un (X) la alternativa que considera correcta:

1. ¿El tiempo de inicio del contacto precoz luego del nacimiento es?
 - a. Lo más pronto posible después del parto.
 - b. Cuando la madre lo solicite.
 - c. Después de realizar los cuidados de rutina.
 - d. Después del alumbramiento de la placenta.

2. ¿Cuál es la importancia del contacto precoz inmediato para el recién nacido?
 - a. Mantener la temperatura corporal estable y favorece el vínculo afectivo entre la madre y el niño, además para el éxito de la lactancia materna.
 - b. Favorecer el vínculo afectivo entre la madre el niño, la termorregulación y la tranquilidad del neonato.
 - c. Beneficiar el intercambio afectivo emocional y el éxito de la lactancia cuando tenga dos años.
 - d. Promover la interacción social entre todos los miembros de la familia y el binomio madre-niño.

3. ¿Qué importancia tiene para la madre el Contacto Precoz?
 - a. Estimular el apego, el reconocimiento mutuo entre madre-hijo, y succión precoz aumentando la actividad uterina.
 - b. Estimular el apego y aumenta la capacidad de la madre para cuidar a su hijo y a todos los miembros de su familia.
 - c. Fomentar el apego, estimula la succión precoz para disminuir riesgos de hemorragia uterina y para la satisfacción del personal de salud.
 - d. Permitir que la madre reconozcan a su bebé, esté más tranquila y produzca abundante leche.
4. ¿Por cuánto tiempo promedio debe permanecer el RN sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto?
 - a. 5 minutos.
 - b. 15 minutos.
 - c. 30 minutos
 - d. 60 minutos
5. ¿Para qué se debe colocar al RN sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto?
 - a. Para favorecer el vínculo afectivo madre-niño, la lactancia materna precoz y dar los cuidados de rutina.
 - b. Para iniciar con la técnica del contacto precoz, fomentar el apego y mantener la temperatura corporal.
 - c. Para fomentar el apego, evitar el abandono infantil por parte de la madre, y disminuir los riesgos de hipotermia.
 - d. Para mantener la temperatura, evitar la pérdida de peso, y favorecer la lactancia precoz.
6. ¿Cuál debe ser la temperatura ambiental en la sala de partos?
 - a. De 28 a 30° C.
 - b. De 25 a 27° C.
 - c. De 22 a 24° C.
 - d. De 19 a 21°C
7. ¿Para qué se debe de mantener la temperatura neutra en el ambiente?
 - a. Para evitar hipotermia, consumo de O₂ y glucosa en el neonato.
 - b. Para evitar hipotermia e hipoglicemia en el neonato.
 - c. Es poco importante mantener temperatura neutra ambiental.
 - d. Para evitar trastorno hidro electrolítico en el recién nacido.
8. ¿De qué manera influye el contacto precoz en la lactancia materna temprana?
 - a. Ayudar a la aparición temprana del calostro y prolongar la lactancia materna.
 - b. En el niño prolongar la lactancia materna, en la madre evitar mastitis.
 - c. Mejorar el estado emocional madre, niño y enfermera.
 - d. Ayudar a la aparición de leche materna en abundancia durante las 24 horas del día.

9. ¿Qué tipo de ayuda recibe la madre discapacitada o con alguna complicación post parto para que realice el contacto precoz inmediato?
- Solo apoyo emocional ya que el estado de la madre dificultaría todo el proceso de contacto precoz.
 - No se debe realizar el contacto precoz cuando la madre está imposibilitada o con alguna discapacidad puede aumentar los riesgos.
 - La enfermera ayuda a la madre a lograr el contacto precoz inmediato permaneciendo junto a ella durante todo este proceso.
 - La enfermera busca otro personal para que la apoye durante el contacto precoz porque probablemente surjan algunos inconvenientes.
10. ¿Cuál sería su proceder con el neonato complicado durante el contacto precoz inmediato?
- Iniciar el contacto precoz inmediato ya que todos los neonatos sin excepción deben experimentar el contacto precoz.
 - De ninguna manera se debe iniciar el contacto precoz cuando el neonato se encuentra inestable, puede agravar su situación.
 - Evaluar la condición física e iniciar el contacto precoz cuando el recién nacido se encuentre estable.
 - Pedir permiso al médico para realizar el contacto precoz inmediato, en el neonato complicado.
- 11.- ¿Por qué debe permanecer la enfermera en el proceso del contacto precoz inmediato?
- Para propiciar el contacto precoz madre-niño, y verificar la estabilización hemodinámica de ambos.
 - Para vigilar que no manipulen mucho al recién nacido y evitar que el bebé sufra hipotermia.
 - Ella propicia y prepara el ambiente para que el contacto precoz madre-niño se dé en toda su magnitud y observa la adaptación del bebé.
 - Porque es ella la que brinda los cuidados inmediatos y ayuda a la lactancia precoz.
- 12.- ¿En qué consiste la técnica correcta del Contacto Precoz Inmediato?
- Secar al bebé con campos precalentados y ubicarlo en decúbito dorsal sobre el pecho de la madre.
 - Colocar al bebé en decúbito prono sobre el pecho desnudo de la madre y cubrirlo con campos precalentados.
 - Vestir al bebe antes de su contacto precoz y entregárselo a la madre para que lo caliente pegado a su cuerpo.
 - No existe una correcta posición del recién nacido, lo imprescindible es que tenga contacto con la piel de su madre

- 13.- ¿Cuáles son las actividades de **consejería** que realizan las enfermeras antes del contacto precoz?
- Dar a conocer a la madre el beneficio del contacto precoz, además la evolución del parto y problemas con el feto.
 - Dar a conocer a la madre el proceso del contacto precoz, lactancia materna temprana y explicarle el beneficio que traerá para ella y el niño.
 - Brindar apoyo emocional a la madre y asegurar que todo el recurso tecnológico y profesional está a su disposición para el cuidado del recién nacido si fuese necesario
 - En las madres multíparas explicar brevemente sobre el contacto precoz inmediato, lactancia temprana y cuidados básicos del recién nacido.
- 14.- ¿Cuáles son las actividades que realiza la enfermera durante el contacto precoz inmediato?
- Explicar paso a paso las actividades que se realizan durante el contacto precoz para que este proceso se lleve a cabo con éxito.
 - La madre experimenta las reacciones innatas y no necesitará información por instinto procederá a tocar a su recién nacido.
 - Ayudar individualmente a cada madre y mayor énfasis en la Lactancia materna exclusiva durante el contacto precoz.
 - Explicar a la madre proteja físicamente a su bebé, cargarlo en forma adecuada, ya que puede sufrir contusiones.
- 15.- ¿Cuáles son las actividades de consejería que realizan las enfermeras después del contacto precoz?
- Aconsejar a la madre a mantener el contacto precoz, seguir con la lactancia materna y verificar si está frío o caliente el bebé.
 - Mantener el contacto precoz en el alojamiento conjunto, continuar con la lactancia materna y supervisar el reflejo de succión y deglución en el recién nacido.
 - Continuar con la lactancia materna, el contacto precoz en el alojamiento conjunto y control de las eliminaciones del recién nacido.
 - Aconsejar a la madre a mantenerse junto al bebé, alimentarse bien y dar de lactar si es que puede.

ESCALA TIPO LIKERT

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de enunciados, a las cuales usted deberá responder con una (x) lo que crea es mejor.

MUY DE ACUERDO (MA)

DE ACUERDO (A)

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO (NAND)

EN DESACUERDO (D)

MUY EN DESACUERDO (MD)

Observe este ejemplo:

ENUNCIADO	MA	A	NAND	D	MD
Cantar es hermoso	X				

AFIRMACIONES	MA	A	NAND	D	MD
1.-Es agradable realizar el contacto precoz inmediatamente producido el parto.					
2.- La posición del neonato sobre el pecho de la madre es importante para el desarrollo del vínculo afectivo entre la madre y el niño.					
3.- Es necesario promover la lactancia materna precoz durante el contacto piel a piel.					
4.- Con o sin contacto precoz, el niño tendrá buen vínculo materno.					
5.- Asegura el éxito del contacto precoz la presencia de la enfermera, durante este proceso.					
6.- Generalmente la madre tiene conocimiento sobre el contacto precoz.					
7.- Es suficiente el ambiente térmico neutro en la sala de partos para favorecer la termorregulación del recién nacido.					
8.- La técnica del contacto precoz no interesa lo importante es que se mantengan juntos desde el inicio.					
9.- Es mejor tener bastante calor en la sala de parto para favorecer la adaptación del Recién Nacido al medio.					
10.- Es beneficioso explicar sobre el contacto precoz a fin de despejar dudas y temores en la madre durante todo el proceso.					

AFIRMACIONES	MA	A	NAND	D	MD
11.- Es mejor que la madre haga por si sola el contacto precoz con su niño.					
12.- Es favorable para el bebe permanecer sobre el pecho de su madre durante 30 minutos.					
13.- Es mejor evitar la lactancia durante el contacto precoz madre- niño.					
14.- Demanda mucho esfuerzo realizar el contacto precoz inmediato al parto.					
15.- Es satisfactorio brindar ayuda a la madre y al neonato enfermo durante el contacto precoz.					
16.- Es suficiente para la madre tener al bebe sobre su pecho solo unos instantes, después del parto.					
17.- Tiene poca importancia la presencia de la enfermera, ya que incomoda a la madre.					
18.- El neonato por su naturaleza se adaptará solo a la vida extrauterina así que no es necesario brindar condiciones adecuadas para este fin.					
19.- Es importante el contacto precoz para la vinculación afectiva madre e hijo.					
20.- La presencia de la enfermera favorece la identificación de complicaciones del recién nacido durante el contacto precoz.					

Gracias por su colaboracion

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: "Relación entre los conocimientos y las actitudes de las enfermeras del servicio de neonatología hacia el contacto precoz madre-niño en el hospital "Jorge. Voto B".

Investigador: Lic. Juana Elvira ALMERCÓ HUAYANAY

Sede de Estudio: Hospital "Jorge Voto Bernales C." Essalud. Santa Anita

Dirección y Teléfono: Carretera Central Km. 3 ½ Santa Anita, teléf.: 3544747 anexo 7222

1. Propósito de la investigación: Con esta investigación se pretende contribuir con el servicio de neonatología del hospital "Jorge Voto Bernales" brindando información válida, y confiable a los Directivos con la finalidad de elaborar y desarrollar un programa de educación continua dirigido a las licenciadas de enfermería sobre contacto precoz y así mejorar la calidad de atención a los recién nacidos.

2. Procedimiento: cada participante deberá desarrollar dos instrumentos, un cuestionario con preguntas abiertas y con cinco alternativas de respuesta a marcar, y el segundo una escala tipo Likert modificada con cinco alternativas de respuestas a marcar, y su participación está calculada en 30 minutos.

3. Autonomía en su Participación: La participación es voluntaria. Usted puede aceptar o no participar en la investigación sin que sea necesario dar explicaciones de su decisión. Esto no dará lugar a ningún tipo de represalias o sanciones.

4. Beneficios: A partir de su participación será posible, llevar a cabo la investigación para conocer los conocimientos y actitudes de las enfermeras frente al contacto precoz, esto beneficiará el vínculo afectivo entre la madre-niño.

5. Riesgos y molestias: con su participación no se está exponiendo a ningún riesgo y desde antemano se le pide disculpas por si se le ocasionara una molestia por inversión de su tiempo.

6. Privacidad: La información que Usted nos proporcione será de estricta reserva y de carácter confidencial. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe de investigación, los datos serán conocidos solo por el investigador.

7. Remuneración: No habrá retribución económica por su participación

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este documento, la investigadora me ha explicado en qué consiste el estudio y los procedimientos que incluye. He tenido la posibilidad de formular preguntas aclaratorias y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, conversarla con otros y decidir si deseo participar o no en el presente estudio.

Santa Anita Setiembre del 2010

.....
FIRMA
DNI
PARTICIPANTE

.....
FIRMA
DNI
INVESTIGADOR

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	0	0	0.227
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Si = 1 No = 0

Si el valor de $P < 0.05$ por lo tanto la concordancia es significativo.

ANEXO E

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.34	9	0.46
2	0.81	10	0.52
3	0.56	11	0.34
4	0.51	12	-0.03
5	0.06	13	0.15
6	0.46	14	0.42
7	0.65	15	0.70
8	0.39		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 5 y 12 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - ACTITUDES

Se aplica la fórmula "r de Pearson" en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.70	11	0.67
2	0.80	12	0.88
3	0.68	13	0.77
4	0.66	14	0.79
5	0.83	15	0.38
6	0.70	16	0.80
7	0.26	17	0.93
8	0.76	18	0.78
9	0.71	19	0.93
10	0.90	20	0.63

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

La confiabilidad del instrumento estructura fue determinada mediante el Coeficiente de "Kuder Richardson" (k)

$$K-R = \left(\frac{k}{K - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx² : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richardson	0.74	13

$$\alpha = 0.74$$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - ACTITUDES

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Escala Likert se procedió a utilizar la fórmula **alfa – Crombach**:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

$$K = 20$$

$$K - 1 = 19$$

$$S_i^2 = 19.59$$

$$S_t^2 = 200.3$$

Reemplazando en la expresión (1):

Se obtiene Alfa de Crombach = 0.95

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE - NIÑO

E	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS															
	I	II	III	IV	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	TOTAL
1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	10
2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	12
3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
4	3	2	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	08
5	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	10
6	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13
7	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	07
8	3	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	12
9	2	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	09
10	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12
11	3	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	11
12	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	11
13	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	04
14	2	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	08
15	3	2	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	04

ANEXO H

TABLA MATRIZ DE DATOS - ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE – NIÑO

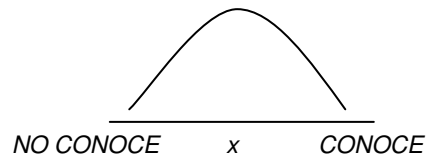
E	DATOS ESPECIFICOS																				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	TOTAL
1	3	3	3	3	4	3	1	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	65
2	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	0	4	4	3	3	3	64
3	4	4	4	4	4	3	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	75
4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	2	53
5	4	4	1	4	3	3	1	3	1	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	60
6	3	4	4	2	4	1	3	2	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	67
7	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2	3	1	3	2	3	3	51
8	1	4	4	4	4	3	3	4	3	4	1	3	3	2	4	3	3	1	4	3	62
9	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	78
10	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	69
11	4	4	4	1	4	3	3	3	1	4	3	4	1	3	0	1	3	3	3	3	51
12	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	53
13	3	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	53
14	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	0	2	1	2	1	2	1	1	3	27
15	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	0	1	1	2	1	2	1	1	2	27

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

A.- Categorización del conocimiento de las Enfermeras sobre Contacto Precoz Madre-Niño:

Se determinó el promedio $(x) \cdot \bar{x} = 9.6 = 10$

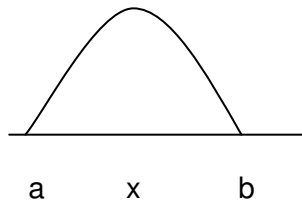


PUNTAJE:

Conoce : 11 A MAS puntos.

No conoce : 0 - 10 puntos.

B.- Categorización de las actitudes de las Enfermeras sobre Contacto Precoz Madre-Niño:



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2} = 14.15$

Promedio : $X = \frac{\sum x}{n} = 57.2$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Aceptación : Mayor a 69 puntos.

Indiferencia : 47 - 68 puntos.

Rechazo : Menos de 46 puntos.

ANEXO J

**DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES"
ESSALUD SANTA ANITA
LIMA – PERU
2011**

CATEGORIA	N°	%
EDAD		
25 A 35	03	20 %
36 A 45	07	46.7%
46 A MAS	05	33.3%
TOTAL	15	100 %
SEXO		
MASCULINO	0	00%
FEMENINO	15	100%
TOTAL	15	100%
CONDICION LABORAL		
CONTRATADO	11	73%
NOMBRADO	04	27%
TOTAL	15	100%
TIEMPO DE SERVICIO		
MENOS DE 5 AÑOS	10	66.7%
MAS DE 5 AÑOS	05	33.3%
TOTAL	15	100%

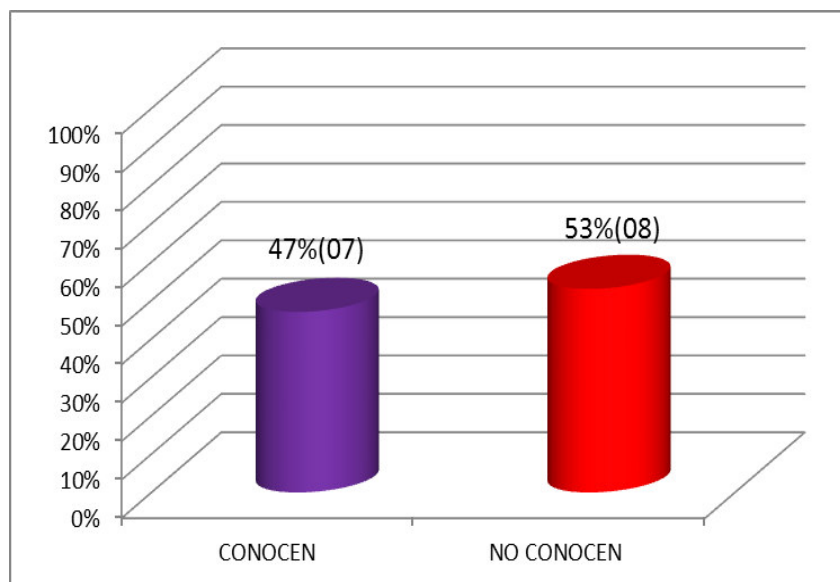
Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

ANEXO K

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011

CONOCIMIENTOS	N°	%
CONOCEN	07	47
NO CONOCEN	08	53
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

ANEXO L

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO POR ITEMS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011

ITEMS	CONOCE		NO CONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. El tiempo de inicio del contacto precoz luego del nacimiento es lo más pronto posible después del parto.	12	80%	3	20%	15	100%
2. La importancia del contacto precoz inmediato para el recién nacido es mantener la temperatura corporal estable y favorece el vínculo afectivo entre la madre y el niño, además para el éxito de la lactancia materna.	11	73%	4	27%	15	100%
3. La importancia para la madre del Contacto Precoz es estimular el apego, el reconocimiento mutuo entre madre-hijo, y succión precoz aumentando la actividad uterina.	9	60%	6	40%	15	100%
4. El tiempo promedio debe permanecer el RN sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto es de 30 minutos.	9	60%	6	40%	15	100%
5. Se debe colocar al RN sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto para iniciar con la técnica del contacto precoz, fomentar el apego y mantener la temperatura corporal.	10	67%	5	33%	15	100%
6. La temperatura ambiental en la sala de partos es de 25 a 27° C.	5	33%	10	67%	15	100%
7. Se debe de mantener la temperatura neutra en el ambiente para evitar hipotermia, consumo de O2 y glucosa en el neonato.	11	73%	4	27%	15	100%
8. El contacto precoz en la lactancia materna temprana ayudar a la aparición temprana del calostro y prolongar la lactancia materna.	11	73%	4	27%	15	100%
9. El tipo de ayuda que recibe la madre discapacitada por parte de la enfermera es lograr el contacto precoz inmediato permaneciendo junto a ella durante todo este proceso.	9	60%	6	40%	15	100%

10. Se debe evaluar la condición física en el neonato complicado e iniciar el contacto precoz cuando el recién nacido se encuentre estable.	7	47%	8	53%	15	100%
11. La enfermera en el proceso del contacto precoz Inmediato propicia y prepara el ambiente para que el contacto precoz madre- niño se dé en toda su magnitud y observa la adaptación del bebé.	11	73%	4	27%	15	100%
12. La técnica correcta del Contacto Precoz Inmediato consiste en colocar al bebé en decúbito prono sobre el pecho desnudo de la madre y cubrirlo con campos precalentados.	10	67%	5	33%	15	100%
13. Las actividades de consejería que realizan las enfermeras antes del contacto precoz es dar a conocer a la madre el proceso del contacto precoz, lactancia materna temprana y explicarle el beneficio que traerá para ella y el niño.	14	93%	1	7%	15	100%
14. Las actividades que realiza la enfermera durante el contacto precoz inmediato es explicar paso a paso las actividades que se realizan durante el contacto precoz para que este proceso se lleve a cabo con éxito.	5	33%	10	67%	15	100%
15. Las actividades de consejería que realizan las enfermeras después del contacto precoz es mantener el contacto precoz en el alojamiento conjunto, continuar con la lactancia materna y supervisar el reflejo de succión y deglución en el recién nacido.	11	73%	4	27%	15	100%

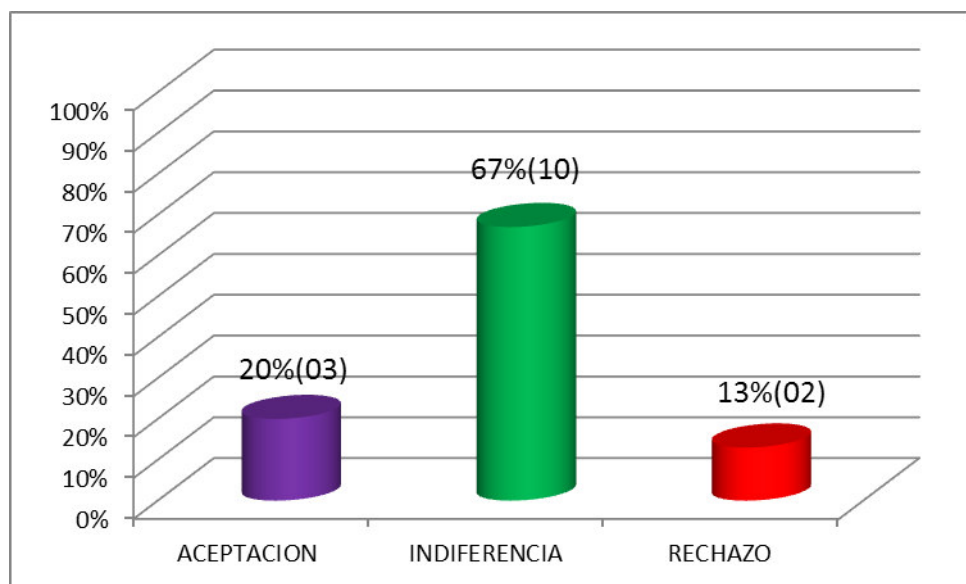
Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

ANEXO M

ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011

ACTITUDES	N°	%
ACEPTACION	03	20
INDIFERENCIA	10	67
RECHAZO	02	13
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

ANEXO N

ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE- NIÑO POR ITEMS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES" ESSALUD SANTA ANITA LIMA - PERU 2011

ITEMS	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1.-Es agradable realizar el contacto precoz inmediatamente producido el parto.	12	80%	0	0%	3	20%	15	100%
2.- La posición del neonato sobre el pecho de la madre es importante para el desarrollo del vínculo afectivo entre la madre y el niño.	12	80%	2	13%	1	7%	15	100%
3.- Es necesario promover la lactancia materna precoz durante el contacto piel a piel.	12	80%	1	7%	2	13%	15	100%
4.- Con o sin contacto precoz, el niño tendrá buen vínculo materno.	4	27%	2	13%	9	60%	15	100%
5.- Asegura el éxito del contacto precoz la presencia de la enfermera, durante este proceso.	12	80%	3	20%	0	0%	15	100%
6.- Generalmente la madre tiene conocimiento sobre el contacto precoz.	3	20%	2	13%	10	67%	15	100%
7.- Es suficiente el ambiente térmico neutro en la sala de partos para favorecer la termorregulación del recién nacido.	10	67%	1	7%	4	27%	15	100%
8.- La técnica del contacto precoz no interesa lo importante es que se mantengan juntos desde el inicio.	3	20%	1	7%	11	73%	15	100%
9.- Es mejor tener bastante calor en la sala de parto para favorecer la adaptación del Recién Nacido al medio.	6	40%	0	0%	9	60%	15	100%

10.- Es beneficioso explicar sobre el contacto precoz a fin de despejar dudas y temores en la madre durante todo el proceso.	13	87%	2	13%	0	0%	15	100%
11.- Es mejor que la madre haga por sí sola el contacto precoz con su niño.	3	20%	2	13%	10	67%	15	100%
12.- Es favorable para el bebe permanecer sobre el pecho de su madre durante 30 minutos.	13	87%	0	0%	2	13%	15	100%
13.- Es mejor evitar la lactancia durante el contacto precoz madre- niño.	2	13%	3	20%	10	67%	15	100%
14.- Demanda mucho esfuerzo realizar el contacto precoz inmediato al parto.	3	20%	3	20%	9	60%	15	100%
15.- Es satisfactorio brindar ayuda a la madre y al neonato enfermo durante el contacto precoz.	11	73%	2	13%	2	13%	15	100%
16.- Es suficiente para la madre tener al bebe sobre su pecho solo unos instantes, después del parto.	4	27%	1	7%	10	67%	15	100%
17.- Tiene poca importancia la presencia de la enfermera, ya que incomoda a la madre.	0	0%	2	13%	13	87%	15	100%
18.- El neonato por su naturaleza se adaptará solo a la vida extrauterina así que no es necesario brindar condiciones adecuadas para este fin.	3	20%	2	13%	10	67%	15	100%
19.- Es importante el contacto precoz para la vinculación afectiva madre e hijo.	2	13%	0	0%	13	87%	15	100%
20.- La presencia de la enfermera favorece la identificación de complicaciones del recién nacido durante el contacto precoz.	12	80%	3	20%	0	0%	15	100%

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

ANEXO O

**RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS
ENFERMERAS HACIA EL CONTACTO PRECOZ MADRE-
NIÑO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL "JORGE VOTO BERNALES"
ESSALUD SANTA ANITA
LIMA - PERU
2011**

	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONOCE	02	13	05	33.3	00	00	07	47
NO CONOCE	01	07	05	33.3	02	13	08	53
TOTAL	03	20	10	67	02	13	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de neonatología del HJVB – Essalud, 2011

X^2 calculado > X^2 tabulado = 24.20 > 5.99 Rechaza la H_0

ANEXO P

PRUEBA JI CUADRADO

Ho : No existe relación entre los conocimientos y las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre-niño, en el servicio de neonatología.

Hp : Existe relación entre los conocimientos y las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre-niño, en el servicio de neonatología.

$$X^2 = \sum (O-E)^2 / E$$

Dónde:

O: Representa las frecuencias observadas

E: Representa las frecuencias esperadas

X^2 calculado es: 24.20

X^2 tabulado para 2 grados de libertad es: 5.99

Ho se rechaza si, X^2 calculado es mayor o igual al X^2 tabulado con 2 grado de libertad cuyo valor es de 5.99

X^2 calculado > X^2 tabulado = 24.20 > 5.99

Por lo tanto existe suficiente evidencia para afirmar a un nivel de significancia de 0.05 que **EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES** que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz madre-niño, en el servicio de neonatología.