

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y
su recién nacido a término vigoroso atendidos en el
Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo
del año 2015**

TESIS

Para optar el título de licenciada en Obstetricia

AUTORA

Fiorella Paola Guzmán Vela

ASESORA

Jenny Elenisse Zavaleta Luján

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios el haber puesto en mi mente y corazón el tema del contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido, ya que no hay momento más crucial e irrepetible para un ser humano que iniciar su primera experiencia en este mundo en el pecho de la persona que lo acompañó desde el primer instante de su existencia, su madre, tal como lo dictan las Normas Nacionales y la Organización Mundial de la Salud. También a mis padres por apoyarme y creer en mí en todo momento, a mi esposo Arnold que ha hecho suyo cada uno de mis sueños y a mi hijo Leonardito que me ha hecho conocer lo que es el amor verdadero y es el motor que me mueve cada día.

Quiero dar un especial agradecimiento a la Directora de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Dra. Zaida Zagaceta Guevara y a mi asesora la Lic. Jenny Zavaleta Luján por su constante apoyo y hacer que la realización de esta Tesis sea posible.

Por último, muchas gracias a todas las madres del servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal que me dieron su consentimiento para colaborar en mi estudio y a la par me permitieron vivir en carne propia su experiencia del primer contacto piel a piel con sus recién nacidos.

DEDICATORIA

Esta Tesis se la dedico a Dios por colocar en mi vida a las personas indicadas y los sucesos clave que han hecho de mí la persona que hoy en día soy. A mis padres por su amor incondicional, su apoyo y sus sabios consejos. A mi hermano porque aunque somos diferentes existe un gran lazo que nos hace querernos mucho a nuestra manera. A mi esposo Arnold por ese amor que me llena de alegría cada día y me motiva a salir adelante juntos, a mi hijo Leonardito por ser parte de la inspiración en este trabajo y darme las ganas de luchar para que ocurra un cambio en los nacimientos de cada ser humano, para que madres y bebés estén más conectados que nunca y esto repercuta en niños y jóvenes futuros de nuestro país.

Por último se la dedico a mis dos abuelitos, José y Melchora, y a mi pequeña Isa que estoy segura desde el cielo estarán muy felices por este logro, a todos mis familiares y amigos que siempre me han demostrado su apoyo incondicional y su enorme cariño contribuyendo de una u otra forma al logro de cada una de mis metas.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MÉTODOS	25
2.1 Tipo de investigación.....	25
2.2 Diseño	25
2.3 Población	25
2.4 Muestra	25
2.5 Variables	26
2.6 Técnicas e instrumentos.....	27
2.7 Procedimientos y análisis de datos.....	28
2.8 Consideraciones éticas	29
3. RESULTADOS	30
4. DISCUSIÓN	40
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Conclusiones.....	43
5.2 Recomendaciones.....	44
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
7. ANEXOS	51
Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos.....	51
Anexo N° 2: Consentimiento informado	53
Anexo N° 3: Juicio de Expertos.....	54
Anexo N° 4: Operacionalización de variables.....	55

RESUMEN

Introducción: El contacto precoz piel a piel del recién nacido con su madre, después de producido el parto ha sido por siglos una práctica usual en distintas culturas como forma natural e instintiva de protección al neonato.

Objetivo: Describir la calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal.

Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal.

Participantes: Se estudió a 100 diadas madre-hijo en el servicio de Centro Obstétrico del INMP - 2015.

Intervenciones: Se realizó muestreo no probabilístico por juicio, considerando los criterios establecidos en el estudio. Para medir las variables de estudio se utilizó como instrumentos un cuestionario que fue recolectado mediante la técnica de la encuesta. Para relacionar variables cualitativas se utilizó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Resultados: En la calidad del contacto precoz piel a piel se observó que el 100,0% presentaron una calidad adecuada en la inmediatez del contacto piel a piel, lo mismo para la forma de entrega del recién nacido y para la presentación del pecho materno desnudo. Sin embargo el 96,0% de las pacientes presentaron una calidad no adecuada del tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno. Respecto al tiempo de inicio de la lactancia, el 70,0% de los recién nacido fueron amamantados entre la 1^{era} y 2^{da} hora de vida, un 20,0% inició su lactancia después de 2 horas de su nacimiento. La atención de la madre fue uno de los motivos más frecuentes para terminar el contacto piel a piel (53,0%), seguido de la toma de la huella pelmatoscópica en cuna (34,0%).

Conclusiones: La calidad del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término vigorosos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue de calidad no adecuada, debido a que el tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno fue menor de 15 minutos en el 96% de las pacientes.

Palabras claves: calidad, contacto precoz piel a piel, recién nacidos a término.

ABSTRACT

Introduction: The early skin-to-skin contact of newborn with her mother after childbirth has been for centuries a common practice in different cultures as a natural and instinctive form of protection to the newborn.

Objective: To describe the quality of early skin to skin contact between the mother and her vigorous full-term newborn treated at the Instituto Nacional Materno Perinatal in the month of May 2015.

Design: Observational, descriptive, prospective, cross-sectional study.

Location: Instituto Nacional Materno Perinatal.

Participants: It was studied 100 mother-child dyads treated at the Obstetric Center of INMP - 2015.

Interventions: It was performed non-probability sampling by trial, considering the criteria established in the study. To measure the study variables were used as instruments a questionnaire that was collected by the survey technique. To relate qualitative variables were used the test chi square with a significance of 5%.

Results: About the quality of early skin to skin contact was noted that 100.0% presented adequate quality in the immediacy of skin to skin contact, the same for the form of delivery of the newborn and the mother's breast naked presentation. However, 96.0% of patients had an inadequate quality of the permanence time of the newborn in the breast. Regarding the time of initiation of breastfeeding, 70.0% of newborns were breastfed between 1st and 2nd hour of life, 20.0% began breastfeeding after 2 hours of birth. The attention of the mother was one of the most frequent reasons to end the skin to skin contact (53.0%), followed by the taking of the footprint impressions in crib (34.0%).

Conclusions: The quality of early skin to skin contact between mothers and their vigorous full-term newborns treated at the Instituto Nacional Materno Perinatal was not adequate, because the time spent in the maternal breast was less than 15 minutes in 96% of patients.

Keywords: quality, early skin to skin contact, full-term newborn.

1. INTRODUCCIÓN

Aunque actualmente se sigue luchando por la atención del parto institucionalizado para disminuir la mortalidad materna no se debe dejar atrás algunas prácticas que se realizaban en el parto domiciliario, una práctica ancestral es colocar al recién nacido sobre el torso desnudo de su madre iniciando el primer contacto piel a piel lo cual fortalece el vínculo afectivo en este binomio y promueve el inicio de la lactancia materna. Colocar al bebé en el pecho de la madre luego del nacimiento le permite que la transición del útero al ambiente ocurra de forma progresiva y el bebé presente una mejor adaptación a su nuevo medio, por ello es imperioso respetar y garantizar el contacto piel a piel madre-niño en la primera hora de vida cuando las condiciones de salud sean óptimas.

En este proceso de nacimiento los protagonistas no son los profesionales de la salud sino la madre y su niño por lo que debemos devolverles a las madres los derechos que la institución de salud le ha quitado.

A nivel mundial, cada año la nueva evidencia científica y epidemiológica demuestra los múltiples beneficios del contacto piel a piel en el crecimiento y el desarrollo de un niño, así como en la salud y el bienestar de una madre.^(1,2,3,4) Las ventajas y beneficios alcanzados con esta práctica son numerosos: en el recién nacido provee estabilización de las funciones vitales^(2,5,6) mejora los niveles de saturación de oxígeno,⁽³⁾ mantiene estable la temperatura corporal,⁽⁷⁾ disminuye la percepción de dolor,^(8,9) confiere períodos más largos de sueño,⁽¹⁰⁾ mayor desarrollo neuronal,⁽⁴⁾ disminución del llanto y favorece la lactancia materna precoz,^(4,11,12) entre otros. Del mismo modo, en las madres se observa: acortamiento del período de alumbramiento, mejora en la percepción del parto,^(11,13) reducción del sangrado posparto,⁽⁷⁾ fortalecimiento del vínculo madre-hijo, estimulación de la lactancia materna y reducción de los niveles de ansiedad y depresión puerperal, entre otros.^(4,14)

En el Perú, la Norma Técnica de Lactancia Materna con la finalidad de contribuir a mejorar la situación de salud y nutrición del niño menor de dos años, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud propone la realización del contacto piel a piel precoz. El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) fue una de las primeras instituciones en recibir la Certificación Hospital Amigo de la Madre y el Niño en el año

1994 por haber puesto en práctica los diez pasos hacia una lactancia natural exitosa en cuyos lineamientos se establece facilitar el contacto piel a piel entre la madre y el niño, ello debido a que el contacto precoz piel a piel no sólo favorece cambios inmediatos en el neonato durante el período adaptativo⁽¹⁵⁾ y permite una mejor transición a la extrauterina, sino que también provee innumerables beneficios adaptativos a la madre, promoviendo un período puerperal, inmediato y tardío mucho más beneficioso.^(11,13) El desarrollo normal del recién nacido depende en gran medida de una serie de respuestas afectivas recíprocas entre la madre y el hijo, así como de la unión psicológica y fisiológica, investigaciones al respecto han demostrado que el éxito del contacto piel a piel inmediato depende del tiempo del contacto, el cual beneficia al binomio madre-hijo.^(3,7,13,14)

Si bien existe un marco legal y un consenso unánime que amparan la realización del contacto piel a piel, en algunos centros hospitalarios a nivel nacional no se cumple con el desarrollo de esta práctica tanto de manera rutinaria como completa, privando a la madre y al neonato de todos los beneficios antes descritos. En el INMP a pesar de la gran demanda de atención materna y neonatal esta práctica se viene realizando de forma constante y periódica; sin embargo, hasta la actualidad no existe investigación alguna que evalúe la calidad con la cual se realiza esta práctica. La situación antes descrita destaca la importancia y necesidad de realizar el presente estudio, el que se desarrollará durante el mes de mayo del año 2015, cuyos resultados permitirán implementar mejoras en cuanto a la realización de esta práctica tan beneficiosa para la madre y el niño.

Como parte del proceso investigativo es necesario mencionar estudios realizados afines al tema, para ello se revisó en buscadores como Lilacs, Scielo, Redalyc, etcétera.

Dois A. *et al* (2013) realizaron un estudio en Chile con el título “Efecto del contacto piel a piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico”, para lo cual realizaron un estudio analítico prospectivo que evaluó sintomatología depresiva puerperal y su asociación con las características del contacto piel con piel, considerándose para esta última variable el cumplimiento de 5 dimensiones: la inmediatez del contacto entre la madre y su hijo(a) una vez ocurrido el parto, si éste se realizó con el recién nacido desnudo, si el pecho materno estaba también desnudo, el tiempo que duró el contacto, y si se logró un primer amamantamiento. Se encuestaron a 393 usuarias en el puerperio inmediato con una edad promedio de 24 años. El 53% tenía escolaridad secundaria completa y el 67,2% vivía con sus parejas. Además, el

41,2% eran primíparas, la edad gestacional promedio fue de 39 semanas, el peso y talla promedio de los RN fue de 3 426 g y 49,7 cm, respectivamente. Al analizar las dimensiones del contacto piel con piel, se observa que dos de ellas se relacionan significativamente con los puntajes obtenidos en la escala de depresión. La primera asociada al tiempo en que el RN estuvo en posición prona en contacto directo con su madre. La segunda dimensión se relacionó con el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer amamantamiento del RN. Cabe destacar que la asociación entre puntaje de depresión y la posibilidad de la madre de establecer contacto físico inmediato con su RN no fue significativa en este estudio ($p=0,051$); concluyendo que el contacto piel a piel fue la única variable en este estudio capaz de explicar la ausencia de síntomas depresivos en mujeres que cursaron embarazos de bajo riesgo obstétrico.⁽¹⁸⁾

Otal S. *et al* (2012) realizaron un estudio en España titulado “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea” para lo cual incluyeron a un total de 241 pacientes. Los resultados mostraron una edad media de las madres de 31,5 años y una edad gestacional media al momento del parto de 38,9 semanas. El 26,4% habían dado de lactar previamente, el 79,6% habían recibido información previa sobre lactancia, la mayoría eran primíparas (65,8%) y solo un 36,4% recibió contacto precoz piel a piel. Asimismo, las variables predictoras contacto precoz, problemas en lactancias anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional son las que muestran una significación estadística ($p<0,05$); hallazgos que llevaron a concluir que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se dé lactancia materna es 2,3 veces mayor que si no se hace.⁽¹⁹⁾

Herrera A. (2012) realizó un estudio en España titulado “El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto” donde se realizó una revisión bibliográfica de los protocolos de actuación y procedimientos enfermeros acerca del contacto piel a piel de diferentes instituciones y sociedades científicas de ámbito nacional e internacional. Los resultados mostraron que los procedimientos encontrados fomentan el contacto precoz piel a piel libre del recién nacido en el pecho de la madre, y de una manera lo más natural e íntima posible. Todo esto sin restricciones de tiempo ni interrupciones innecesarias. Si bien se han encontrado diferencias en cuanto al material utilizado en dicho procedimiento, como pueden ser paños verdes, mantitas, sabanitas, distintas modalidades de gorro para el recién nacido y distintas fuentes de calor, según los recursos del centro hospitalario.

También se han observado diferencias en las diversas posturas que la madre puede adoptar en la sala de puerperio inmediato mientras se realiza el CPP, como es la posición de 45°, acostada, de lado, o incluso sentada en sillón. Por tanto, se debe seguir fomentando el contacto piel a piel precoz y si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de mantener el contacto piel a piel con su hijo, tal y como la evidencia científica lo expone.⁽²⁰⁾

Rivera G. *et al* (2007) realizaron un estudio en el Perú titulado “Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz”, para ello se realizó un ensayo clínico en donde se compararon dos grupos: Grupo de estudio: 38 pacientes que recibieron contacto piel a piel y Grupo control: 41 pacientes sin contacto piel a piel de 30 minutos de duración. La edad promedio de las pacientes que recibieron contacto precoz piel a piel fue de 24,9 años; la mayoría tenía estado civil conviviente (47,3%), seguida de las solteras (26,3%) y casadas (23,6%). Principalmente tenían grado de instrucción secundaria (73,8%), eran multigestas (55,2%) y la mayoría de sus recién nacidos respectivos no tenían circular de cordón (86,8%). A las 2 y 48 horas de vida se halló que los niveles de ansiedad y depresión materna fueron menores en el grupo de estudio a las 48 horas posparto comparado con los del grupo de control ($p < 0,0001$), tanto en sus puntajes absolutos como al valorarlos según los grados del trastorno estudiado; mientras que a las 2 horas posparto no se halló diferencia significativa. Los recién nacidos del grupo de estudio lograron mayor éxito en la lactancia materna inmediata versus los del grupo de control (29 de 38 versus 12 de 41, $p < 0,0001$). El grado de satisfacción sobre la percepción materna del parto fue mayor en el grupo de estudio ($p < 0,0001$); concluyendo que el contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción.⁽²¹⁾

Gonzales I. *et al* (2008) realizaron un estudio en Argentina titulado “Lactancia materna exclusiva: Factores de éxito y/o fracaso”, para lo cual se incluyeron a 170 pacientes. Tomando en cuenta la duración de la lactancia, no la iniciaron el 4% de las madres; abandonaron al 1° mes el 9%; al 2° mes el 5%; al 3° mes el 10%; al 4° mes el 16% y al 5° mes el 14%, llegando a los seis meses con pecho exclusivo sólo el 42% de los niños. Esto demostró que ya al mes de vida el 13% de los niños había dejado de ser amamantado, aumentando a 18% en el segundo mes y a 28% en el tercer mes. La edad materna influyó

en la prolongación de la lactancia; sólo el 25% de las madres menores de 20 años mantuvo el pecho exclusivo hasta el 6° mes, cifra que ascendió a 75% en las madres de más edad. La terminación del parto (63% vía vaginal y 27% cesáreas) afectó la duración de la lactancia exclusiva, que llegó al 6° mes en el 57% de las madres con partos vaginales, y solo a 43% en las madres sometidas a cesárea. Cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno mayor fue la duración de lactancia exclusiva, que se extendió hasta el 6° mes en el 52% de las madres que la comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento, dato que bajo a 33% en las que amamantaron antes de las cuatro horas de vida y que sólo alcanzó el 15% en las que lo concretaron luego de las ocho horas. El abandono de amamantamiento exclusivo constatado en el 42% de madres incluyó las siguientes causas: trabajo materno 42%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebé al pecho 12%, patología del lactante 7% y mala preparación de los pezones 4%; los hallazgos evidenciaron que edad influyó en éxito y/o fracaso de lactancia exclusiva, el contacto temprano madre-hijo constituyó estímulo en su comienzo y mantenimiento. Por otro lado, las cesáreas condicionaron retraso del amamantamiento; mientras que el mejor nivel de instrucción materna influyó positivamente en lactancia exclusiva.⁽²²⁾

Según la bibliografía se denomina contacto piel con piel cuando se coloca al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Dependiendo del momento en que se coloque al bebé con su madre, se hablará de CPP inmediato (inmediato al nacimiento), o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

Diversos estudios actuales demuestran los beneficios de la práctica del contacto piel a piel sobre el desarrollo del niño, en la madre y su función en el inicio de la lactancia materna precoz. La estimulación del tacto, olor y temperatura que permite el contacto piel a piel pueden favorecer el inicio del neonato en la lactancia. De modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas. Además, en un estudio reciente realizado en Ghana.⁽²³⁾ Se mostró que el fomento del inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la sobrevivencia del niño. Se podría evitar el 16% de las

muerres neonatales si se amamantar  a todos los neonatos a partir del 1  día de vida y el 22% si se realizará dentro de la primera hora de vida.

El parto es un proceso natural, fisiológico y en las últimas décadas se ha convertido en algo casi exclusivamente hospitalario, con elevada incidencia de intervenciones médicas y creciente tecnificación. En muchos casos, estas prácticas han llevado a despersonalizar y deshumanizar la atención al parto, a la mujer, a su bebé y a su familia (los ruidos y voces estridentes, la prisa, la separación temprana del recién nacido de su madre, y un sinfín de rutinas). Hoy, más que nunca, resulta imprescindible darle a la llegada al mundo de una nueva vida todo el significado y el valor más profundo que ésta merece para las personas más directamente implicadas en ella.

El momento del nacimiento es para el bebé un verdadero cambio y recibe de manera mucho más intensa que antes cualquier estímulo óptico, acústico o táctil. En la hora o dos horas siguientes al parto, se encuentra en el llamado periodo sensible.⁽²⁴⁾ En estado de “alerta tranquila”, receptiva y activa, que una vez finalice se convertirá en sueño profundo durante horas. De todo esto se deduce la vital importancia que tiene el momento del nacimiento, la acogida y los primeros minutos-horas en la vida del bebé para una adaptación lo menos traumática posible a la vida extrauterina.⁽²⁵⁾ En numerosos estudios se ha demostrado que el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel-piel con su madre tras el parto promueve, en gran medida, esa adaptación: el metabolismo y la termorregulación mejoran, se favorece el inicio de la succión del pecho materno, permitiendo la colonización del cuerpo del bebé por microorganismos maternos contra los que ella misma le va a proteger a través de su leche.⁽²⁶⁾ Además, y no menos importante, se estrechan los lazos entre madre y bebé, iniciándose los procesos de apego y vinculación afectiva; aunque este contacto no sea, por supuesto, el único factor ni el más determinante para una vinculación óptima posterior.

El contacto precoz piel a piel tiene un impacto positivo en la lactancia materna ya facilita su inicio y esto es importante porque la lactancia es beneficioso para la salud, como la inmunidad pasiva, el crecimiento y el desarrollo del niño, además de los aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

En las 2 horas siguientes al nacimiento, el recién nacido se encuentra en un estado de alerta tranquila debido a la noradrenalina segregada durante el parto que, sumado al contacto piel con piel realizado nada más nacer, disminuye sus llantos y facilita una mayor termorregulación, incluso en los nacidos mediante cesárea.⁽²⁷⁾ Además, todo ello proporcionará a la madre una mayor satisfacción y le ayudará a establecer el vínculo afectivo.⁽²⁸⁾ Si el recién nacido no es separado de su madre y se coloca en posición prono sobre el vientre materno, sin ropa, se observará que él mismo reptará hasta el pecho de su madre haciendo una succión correcta en unos 70 minutos, en el 90% de los casos, lo que propiciará una mayor duración de la lactancia materna. Sin embargo, si se separa el binomio madre-recién nacido, se altera el proceso y disminuye la frecuencia de las tomas.⁽²⁸⁾

A pesar de la evidencia científica y de las muchas estrategias de salud llevadas a cabo por los organismos nacionales e internacionales, ya sean gubernamentales o no, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en todos los países europeos están muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽²⁹⁾

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediato brinda múltiples beneficios tanto para el recién nacido como para su madre. Su influencia ha sido comprobada a través de los años mediante diversos estudios, concluyendo que no solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante el período adaptativo y logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que también provee innumerables beneficios adaptativos a la madre, promoviendo un período puerperal, inmediato y tardío mucho más beneficioso. Entre los beneficios reportados se señalan el *Estado y duración de la lactancia*: El contacto piel a piel temprano produce un mejor rendimiento general de lactancia,⁽³¹⁾ y la mayoría de estudios coinciden que cuando se realiza el contacto piel a piel se tiene más probabilidades de lactar durante uno a cuatro meses después del nacimiento.⁽³⁰⁾ *Lactancia exitosa y movimientos de succión del neonato*: Algunos estudios encuentran que los neonatos que reciben contacto piel a piel presentan más del doble de probabilidades de lactar de forma exitosa que los neonatos sostenidos por sus madres envueltos en mantas (OR=2,65).⁽³¹⁾ Moore E.⁽³²⁾ también encontró que el contacto piel a piel y la protractilidad del pezón de la madre contribuyeron por igual a la variación en la lactancia del neonato. Los neonatos sostenidos en contacto piel a piel también lograron una lactancia efectiva después del nacimiento antes que los neonatos envueltos en

mantas. La protractilidad del pezón de la madre fue sumamente importante en cuanto a la capacidad del neonato de lograr una lactancia exitosa. Dewey K.⁽³³⁾ también encontró que la conducta de lactancia materna subóptima durante las primeras 24 horas después del nacimiento se asoció con pezones planos o invertidos. Estos neonatos también tuvieron 2,6 más probabilidades de presentar una pérdida de peso excesiva. Los neonatos en contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento exhibieron significativamente más movimientos de succión cuando fueron expuestos al olor de la leche de su madre.⁽³⁴⁾ El contacto piel a piel produce un mejor reconocimiento del neonato del olor de la leche de su madre. También en la madre se observa beneficios como una disminución de frecuencia de *Hiperemia de las mamas* según Hill P.⁽³⁷⁾ En los *Sentimientos maternos: Las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto en el futuro (86%),*⁽³¹⁾ las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel presentaron un menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento⁽³⁵⁾ y más confianza sobre sus capacidades de cuidado infantil al alta hospitalaria.⁽³⁶⁾ *Temperatura de la piel abdominal del neonato:* Fardig J.⁽³⁷⁾ se observa que a los 45 minutos después del nacimiento, la mayoría de neonatos con contacto piel a piel presentaron temperaturas de la piel abdominal en el rango térmico neutral. *Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y glucemia del neonato:* Los neonatos con contacto piel a piel presentan una frecuencia cardíaca media inferior y una frecuencia respiratoria media inferior que los neonatos separados de sus madres. En otros estudios la glucemia de los neonatos analizada a entre los 75 minutos hasta las dos horas después del nacimiento fue mayor en neonatos del grupo de contacto piel a piel y este resultado fue estadísticamente significativo.^(36,38,39) *Estabilización del neonato e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN):* Bergman N,⁽⁴⁰⁾ los neonatos con contacto piel a piel a las 6 horas de vida presentaron una mejor estabilización hemodinámica.⁽⁴¹⁾ y por último se observa beneficios en la *Conducta del neonato:* Christensson N. *et al*⁽³⁸⁾ encontraron una importante diferencia entre recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel en lo que respecta al llanto. Mazurek T. *et al*⁽³⁹⁾ encontró que los neonatos del que reciben contacto precoz piel a piel lloraron por un tiempo más corto durante un período de observación de 75 minutos, comparados con los neonatos que no reciben contacto precoz piel a piel. Además, los neonatos que reciben contacto precoz piel a piel presentaron más movimientos de flexión óptimos durante una observación de una hora que comenzó a las cuatro horas después del nacimiento.

En suma, los resultados muestran un efecto positivo estadísticamente significativo del contacto precoz piel a piel sobre la madre y el neonato. Debido a todos estos reportes se hace necesario conocer los conceptos de contacto piel a piel.

Se define como **contacto precoz piel a piel** cuando se realiza durante el primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos, para ello se coloca al recién nacido en posición decúbito ventral piel a piel sobre el abdomen o el pecho de la madre durante el primer minuto de vida. La aspiración de las vías respiratorias del neonato se realiza mientras yace sobre el abdomen o el pecho de la madre, y cuando existe indicación médica, se seca minuciosamente y se le cubre la espalda con una manta precalentada. Para evitar la pérdida de calor, se puede cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro seco que se reemplazará cuando se humedece. Lo ideal es posponer todas las demás intervenciones hasta al menos una hora después del nacimiento.⁽⁴²⁾ El *Contacto piel a piel desde muy temprano*, se considera cuando comienza aproximadamente 30 a 40 minutos después del nacimiento, el recién nacido desnudo, con o sin gorro, se coloca en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre.⁽⁴²⁾ Se llama *contacto piel a piel temprano* cuando el contacto entre la madre y su bebé ocurre entre la 1ª y las 24 horas posterior al nacimiento. El recién nacido desnudo se coloca en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo entre las mamas de la madre. La madre puede usar una blusa o camisa que se abre por adelante, o una bata hospitalaria utilizada al revés, y el recién nacido se coloca dentro de la bata de tal forma que sólo la cabeza quede expuesta. Puede variar lo que la madre use y como se mantiene abrigado al recién nacido así como lo que se coloca en su espalda. Lo que es sumamente importante es que la madre y el neonato estén en contacto directo piel a piel vientre con vientre y que el recién nacido se mantenga seco y caliente.⁽⁴²⁾

Para evaluar o medir la calidad con que se realiza el contacto precoz piel a piel se hizo necesario recoger contenidos de guías y herramientas específicas que tengan cuenta los lineamientos y recomendaciones propuestas para definir cuando un proceso, procedimiento o producto tiene una adecuada calidad. Para el caso del presente estudio se revisó algunas fuentes bibliográficas al respecto, como las recomendaciones establecidas en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y algunas investigaciones. Las recomendaciones de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)⁽⁴³⁾ establecen entre los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, se menciona que para establecer una lactancia materna exitosa consiste en ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la

media hora después del parto; para lo cual los recién nacidos deben ser colocados en contacto piel a piel con sus madres a los minutos de nacidos, alentando a todas las madres a amamantar cuando sus recién nacidos muestren signos de estar listos para hacerlo. Entre los criterios globales para establecer una lactancia materna exitosa se sabe que de las madres con parto vaginal seleccionadas al azar o parto por cesárea, al menos el 80% confirma que le colocaron a su bebé en contacto piel a piel con ellas inmediatamente después o hasta en los 5 minutos después de nacimiento, y que este contacto continuo por lo menos por una hora, a no ser que hubieran razones médicamente justificadas para retrasar el contacto. Al menos el 80% de madres también confirman que se les alentó a buscar señales de cuando sus bebés están listos para amamantar durante este primer periodo de contacto y ofreció ayuda si era necesario. Las madres pueden tener dificultad estimando el tiempo inmediatamente después del nacimiento. Si el tiempo y duración del contacto piel a piel después del nacimiento está incluido en la historia clínica de la madre puede utilizarse como control. Al menos 80% de las madres seleccionadas con bebés en cuidados especiales informan que tuvieron la oportunidad de sostener a sus recién nacidos en contacto piel a piel, caso contrario el personal refiere las razones que justifican por qué no.⁽⁴³⁾

Para apoyar el Inicio de la Lactancia materna se debe alentar a todas las madres a sostener a sus recién nacidos en contacto piel a piel tan pronto como sea posible después del parto, en un ambiente tranquilo, independientemente del método de alimentación que escojan, todas las mujeres deben recibir aliento para amamantar por primera vez a su bebé y deben buscar ayuda de un profesional de la salud si es necesario. Todo recién nacido debe ser bien secado, cubierto y entregado a sus madres para que tengan contacto piel a piel después del parto, hubieran decidido amamantar o no. Se debe practicar el contacto piel a piel en la sala de parto, y se ayuda a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.⁽⁴³⁾

La importancia del contacto piel a piel radica en que este debe darse de forma precoz, ininterrumpida, sin prisas, entre la madre y su bebé sano sin envolver, empiece inmediatamente, aún antes de pinzar el cordón, o tan pronto como sea posible en algunos minutos después del nacimiento. Arregle que el contacto piel a piel continúe por lo menos por una hora después del nacimiento. Se recomienda un período más prolongado de contacto piel a piel si el bebé no ha succionado en la primera hora después del nacimiento.⁽⁴³⁾

Todos los bebés sanos y sus madres se benefician del contacto piel a piel inmediatamente después del parto. Todos los bebés deben secarse al ponerles en contacto con la piel de la madre. El bebé no necesita ser bañado inmediatamente después del parto. El sostener al bebé no está implicado en la transmisión del VIH. Es importante para una madre infectada con el VIH abrace a su bebé y tenga contacto físico con su bebé para que sienta el contacto físico con su bebé, se sienta cerca y cariñosa.

Muchas de las barreras al contacto piel a piel se relacionan con las prácticas arraigadas más que con una razón clínica, entre ellos tenemos el temor que “el bebé se enfríe”, sin embargo los bebés en contacto piel a piel tienen mayor regulación de temperatura que los que se quedan debajo del calefactor o la estufa; otra barrera se relaciona con que “el bebé necesita examinarse”, la mayoría de los exámenes pueden realizarse en el pecho de la madre, donde el bebé yacerá tranquilo; “la madre necesita que la suturen”, este procedimiento se puede realizar sin necesidad de interrumpir el contacto piel a piel; “el bebé necesita bañarse” respecto a ello por el contrario se sugiere retrasar el primer baño para permitir que el unto sebáceo (vernix) humecte la piel del bebé, la lubrique y la proteja; “la sala de parto está ocupada”, si la sala de parto está ocupada, la madre y el bebé pueden ser transferidos a la sala en contacto piel a piel, y el contacto Sesión continuará en la sala; “no hay personal disponible para permanecer con la madre y su recién nacido” para ello algún miembro de la familia puede permanecer con la madre y el bebé; “el bebé no está alerta” si el bebé está letárgico debido a la medicación materna es aún más importante que esté en contacto con su madre porque necesita apoyo extraordinario para el apego y su alimentación; “la madre está cansada” rara vez la madre está tan cansada que no quiere sostener a su bebé por el contrario el contacto con su recién nacido puede ayudarle a la madre a relajarse. “la madre no quiere sostener a su bebé” si la madre no quiere sostener a su bebé, puede ser indicativo de depresión de la madre y un mayor riesgo de abandono, negligencia o abuso del bebé, en estos casos se debe alentar el contacto para reducir el riesgo de daño en el bebé.⁽²⁴⁾ En suma no hay fundamentos para todos estos mitos entorno al contacto piel a piel.

En una revisión Cochrane realizada por Moore E. *et al*⁽³²⁾ publicada en el año 2012 hacen referencia que un adecuado contacto piel con piel es cuando el contacto se hace con el RN seco y desnudo, en posición prona sobre el pecho desnudo de su madre, cubierto por su espalda con una manta tibia, inmediatamente ocurrido el parto y durante al menos una

hora. Tomando en estricto sentido las Normas ISO como el cumplimiento de estas características que debe tener el contacto piel a piel se proponen estas 5 dimensiones para su medición.

Existen bases teóricas sobre el contacto precoz piel a piel, entre ellas se tiene la teoría de la Alostasis gira en torno a la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad. Esta teoría fue descrita por Bruce McEwen en el año 2000.⁽⁴⁴⁾

Para este autor el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso vegetativo y el sistema inmune sirven como mediadores para la adaptación a los retos de la vida diaria por lo que para él, alostasis frente a homeostasis, significa alcanzar la estabilidad por medio del cambio de estado.⁽⁴⁵⁾ En el corazón del concepto está la representación de cambio a fin de mantener (o lograr) un estado adecuado a las circunstancias. Para Sterling y Eyer citado por Schulkin,⁽⁴⁶⁾ alostasis implica a todo el cerebro y al cuerpo en lugar de simplemente feedbacks puntuales por lo que es una forma mucho más compleja de regulación que la homeostasis. Aunque la regulación homeoestática también incluye más que circuitos locales, la regulación alostática enfatiza el intento del cerebro para mantener la viabilidad interna en medio de circunstancias cambiantes en diversos entornos.⁽⁴⁶⁾

Para McEwen los mediadores hormonales primarios de la respuesta al estrés son los glucocorticoides y las catecolaminas y ambos tienen efectos protectores y perjudiciales para el organismo. A corto plazo, son esenciales para la adaptación, mantenimiento de la homeostasis, y supervivencia (alostasis). Sin embargo, en intervalos de tiempo más largos, exigen un costo (la carga alostática) que puede acelerar los procesos de enfermedad.⁽⁴⁷⁾ Los conceptos de alostasis y carga alostática se centran alrededor del cerebro como intérprete y mecanismo de respuesta a retos ambientales y cuyos objetivos son superar esos desafíos. En los trastornos de ansiedad, enfermedad depresiva, hostilidad, estados agresivos, abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático, la carga alostática toma la forma de desequilibrios químicos, así como las alteraciones en el ritmo diurno y, en algunos casos conducen a la atrofia de estructuras cerebrales. Además, según el autor, crece la evidencia que indica que la enfermedad depresiva y la hostilidad están asociadas con las enfermedades cardiovasculares y otros trastornos sistémicos.⁽⁴⁸⁾ Un importante factor de riesgo de estas condiciones son las experiencias en la primera infancia de abuso y negligencia que incrementan el aumento de la carga alostática y que

posteriormente conducen al individuo en su vida a situaciones de aislamiento social, de hostilidad, depresión, y situaciones como la obesidad mórbida y enfermedades cardiovasculares;⁽⁴⁴⁾ de ahí el centrar esta teoría como marco referencial para nuestro estudio en el estrés producido por la separación inmediata al nacimiento.

Maureen Shannon⁽⁴⁹⁾ fue la primera en introducir este concepto como marco teórico para la evaluación y la comprensión de los resultados perinatales de salud. Esta autora comenta que para la mayoría de las mujeres, el embarazo es un proceso fisiológico y psicológico normal del que resulta el nacimiento de un bebé sano y el establecimiento de la llamada relación materno-infantil. Sin embargo, la maternidad puede estar asociada con eventos psicológicos y fisiológicos adversos que amenazan la salud de tanto la madre como del feto/bebé. En algunos casos, las condiciones preexistentes maternas contribuyen a un mayor riesgo de tener hijos con complicaciones neonatales. Por el contrario, la ausencia factores de riesgo antes de la concepción parece no proteger del desarrollo de complicaciones relacionadas con el embarazo (por ejemplo, la preeclampsia). Esta dicotomía sugiere que hay complejas dimensiones del proceso perinatal que todavía no se comprenden. En particular, la relación entre factores fisiológicos y psicológicos y los resultados de salud perinatal que necesitan más estudios.⁽⁴⁹⁾ Para la autora es posible que la respuesta alostática anormal a situaciones de estrés pueda parcialmente explicar el desarrollo de efectos adversos perinatales en mujeres sin factores de riesgo identificados. Similar respuesta puede ser identificada en el feto ante situaciones vitales traumáticas que contribuyan a un resultado perinatal menos óptimo que el esperado.

La teoría del apego de Bowlby⁽⁵⁰⁾ describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos sobre todo en las familias y entre amigos a lo largo de la vida. Su principio más importante es que el niño necesita una relación con al menos un cuidador primario para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad, además, las relaciones posteriores se basarán en los modelos desarrollados en estas primeras relaciones.

La teoría del apego se enmarca en el campo de estudios interdisciplinarios que abarcan los ámbitos de la psicología general, evolutiva y la teoría etológica. Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos en la interacción social con ellos, y que

permanecen como cuidadores consistentes durante varios meses en un período de cerca de seis meses a dos años de edad. Tal vez, por este motivo, el inicio precoz de apego puede tener importancia incluso desde los primeros momentos de vida extrauterina y por ello pueda ser significativo el contacto precoz del padre tras el parto o cesárea. Cuando un niño comienza a gatear y a caminar, empiezan a utilizar las figuras de apego (personas cercanas) como una “base segura” para explorar y regresar a ellas. Las respuestas de los padres conducen al desarrollo de patrones de apego, los cuales, a su vez, llevan a modelos internos de trabajo que guiará al individuo en sus percepciones, emociones, pensamientos y expectativas en las relaciones posteriores. La ansiedad o “duelo” por la separación tras la pérdida de una figura de apego es considerada como una respuesta normal y adaptativa para un niño que ha desarrollado este apego.⁽⁵¹⁾ Estos comportamientos pueden haber incluso evolucionado, ya que aumentan la probabilidad de supervivencia del niño y por ende de la especie. Hay una ventaja para la supervivencia en la capacidad de sentir, posiblemente, las condiciones de peligros, tales como el desconocimiento, la soledad o el acercamiento rápido. Según Bowlby, la proximidad en la búsqueda de la figura de apego para afrontar amenazas es el objetivo principal del sistema de comportamiento del apego.⁽⁵²⁾

Las investigaciones realizadas por la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth en los años 1960 y 70 reforzó los conceptos básicos e introdujo el concepto de "base segura" y desarrolló una teoría de un número determinado de patrones de apego en niños: el apego seguro, el apego evitativo y el apego ansioso.⁽⁵³⁾ La teoría del apego se ha convertido en "el enfoque dominante para entender el desarrollo social temprano, y ha dado lugar a una gran ascenso en la investigación empírica sobre la formación de las relaciones íntimas de los niños".⁽⁵⁴⁾ La teoría del apego ha sido modificada de manera significativa como resultado de la investigación empírica y sus conceptos han sido ya generalmente aceptados. Constituye también la base de nuevas terapias y completó a las ya existentes. Sus conceptos han sido utilizados en la formulación de políticas sociales en el cuidado de los niños que apoyen sus relaciones de apego precoz.

En el Perú a través del Ministerio de Salud se ha emitido la Norma Técnica para la atención integral de salud Neonatal publicada el 24 de diciembre de 2013, (NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01) donde se establece las bases legales que avalan el ejercicio del Contacto piel a piel; en este documento se especifica que el contacto piel a piel se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado y consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el profesional que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado. El contacto piel a piel debe realizarse por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo entre la madre y su hijo, iniciando la lactancia materna u buscando lograr una lactancia materna eficaz. Luego del periodo de contacto piel a piel se realizan los procedimientos de la atención inmediata neonatal como: Identificación del neonato, prevención de la infección ocular, prevención de la infección ocular, prevención de la enfermedad hemorrágica, aplicar medidas de cuidado del cordón umbilical, registrar los datos en la historia clínica neonatal, vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato.⁽⁵⁵⁾

El Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2014 obtuvo el primer puesto entre los institutos especializados del XI Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud organizado por el Ministerio de Salud, con el proyecto “Implementación del Parto Humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)”. Dicho proyecto tiene como objetivo principal mejorar la satisfacción de las gestantes y sus familiares en relación al proceso antes, durante y después del parto a través de sus tres dimensiones: parto con acompañante, parto con analgesia y parto vertical. Desde el año 2009 se implementó el Parto humanizado en esta institución, el cual ha incrementado su oferta paulatinamente. Esta estrategia ha permitido a la gestante ejercer su autonomía y libre decisión para aceptar uno o los tres componentes del parto humanizado con respeto a su intimidad y a sus derechos e interculturalidad. Entre los resultados de la implementación del Parto humanizado en el INMP se ha mejorado la satisfacción del usuario interno y externo, se ha disminuido la morbilidad materna y neonatal relacionada a la atención de partos, hay mejoras en el trabajo en equipo, mejoras en la infraestructura y equipamiento de la Sala de partos así como el incremento económico a la institución.⁽⁵⁶⁾

El contacto precoz piel a piel del recién nacido con su madre se llevó a cabo hasta que se institucionalizó la atención del parto y las madres fueron hospitalizadas para tener a sus hijos. Con ella se redujeron significativamente las tasas de morbimortalidad materna e infantil, mejorando la expectativa y calidad de vida de la población; sin embargo, cuando se logró controlar el problema, se remiraron las experiencias ancestrales que rodean el nacimiento del niño, tomándose conciencia de la importancia de volver a ciertas prácticas más naturales, sin por ello descuidar el control sobre los posibles riesgos que pudieran causar complicaciones tanto en las madres como en sus hijos. Es así como renace el contacto precoz piel a piel, como método que proporciona una serie de beneficios tanto para la madre como para el niño, en el ámbito físico y psicológico.⁽¹⁷⁾ Por ello se justifica la puesta en marcha de este estudio ya que contribuirá desde el punto de vista de la práctica a evaluar la calidad con la cual el contacto precoz piel a piel se viene realizando en el INMP, cuyos resultados serán relevantes para todos los profesionales de salud involucrados en la asistencia de binomio madre-niño, permitiendo mejorar la calidad en la atención que se viene realizando, debido a que algunas rutinas hospitalarias pueden perturbar de forma significativa las interacciones tempranas entre la madre y el neonato con potenciales efectos perjudiciales. Mientras que para los gestores sanitarios, los resultados y conclusiones que deriven del presente estudio les permitirá diseñar estrategias y sistemas de mejora en cuanto a la atención de las madres y los neonatos.

Debido a que el contacto precoz piel a piel otorga un método económico, seguro y efectivo para mantener la temperatura del recién nacido, pues se ha demostrado que el contacto precoz piel a piel es tan efectivo como el empleo de la incubadora para calentar a un bebé, entre otros beneficios; es por ello que el presente estudio, en cierta medida, contribuirá con evitar gastos de recursos hospitalarios evitables y una mejor racionalización de los mismos. Por último, es necesario el abordaje en este tema de manera que los resultados que se obtengan, se incorporen en la literatura, y así promover un enfoque clínico más racional que propicie salud y calidad.

Definición de términos:

- **Vínculo:** Unión o atadura de una persona o cosa con otra.
- **Apego:** Afición o inclinación hacia alguien o algo.
- **Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.
- **Recién nacido vigoroso:** Es aquel que llora de manera espontánea, con tono muscular adecuado, respiración torácica y frecuencia cardiaca mayor de 100 por minuto, en consecuencia el RN no vigoroso es el que no cumple con esas características.⁽⁴²⁾
- **Contacto piel a piel:** Es el procedimiento de colocar inmediatamente al recién nacido sobre el pecho materno por el personal que atiende el parto.⁽⁴²⁾
- **Contacto precoz piel a piel:** cuando el contacto piel a piel se realiza desde el primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos posteriores.⁽⁴²⁾

Formulación del problema

¿Cuál es la calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015?

Objetivos

Objetivo general:

- Describir la calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015.

Objetivos específicos:

- Estimar el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Describir la forma de entrega del recién nacido a término vigoroso a la madre para el contacto precoz piel a piel en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Describir la situación del pecho materno antes de la entrega del recién nacido a término vigoroso para el contacto precoz piel a piel en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Estimar el tiempo de permanencia del recién nacido a término vigoroso sobre el pecho materno durante el contacto precoz piel a piel en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de investigación

El estudio es observacional.

2.2 Diseño

Estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

2.3 Población

Díadas madre-hijo atendidos en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes Mayo del año 2015.

2.4 Muestra

Según el último reporte hospitalario del Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2013, se atienden en promedio 784 partos vaginales mensualmente y la prevalencia de recién nacidos vigorosos (Apgar ≥ 7) es de 96,2%. Con el fin de estimar el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para una población finita con una precisión de 3,5%, mediante el cual se obtuvo una muestra de 100 diadas madre-hijo. Es importante mencionar que estas diadas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población:	N=784
Nivel de Confianza (95%):	Z α =1.96
Proporción a favor:	P=0.962
Proporción en contra:	Q=0.038
Error de precisión:	D=0.035

Reemplazando: n = 100 madres-hijo

Unidad de Análisis: Diada madre-hijo atendida en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes mayo del año 2015.

Tipo y técnica de Muestreo: El tipo de muestro es no probabilístico y la técnica de muestreo será según criterio del investigador, eligiéndose solo a las madres con recién nacidos a término vigorosos, las mismas que serán elegidas interdiariamente hasta completar el tamaño de la muestra durante el periodo de estudio.

- **Criterios de inclusión**

Madres con recién nacidos a término sin complicaciones

Madres con recién nacidos por parto eutócico.

Madres con recién nacidos vigorosos (Apgar 7 o más al 1' y 5').

Madres que acepten participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión**

Madres de recién nacidos prematuros.

Madres de recién nacidos por parto distócico.

Madres de recién nacidos gemelares.

Madres de recién nacidos con malformaciones u otras patologías.

Madres con complicaciones puerperales (hemorragia postparto, endometritis).

Madres de recién nacidos con signos de sufrimiento fetal.

2.5 Variables

Calidad del contacto precoz piel a piel

- Inmediatez del contacto.
- Forma de entrega del RN.
- Pecho materno desnudo o descubierto.
- Tiempo de permanencia en el pecho materno.

Tiempo hasta la primera lactada

Tiempo de retorno del recién nacido

Motivos para terminar el contacto precoz

2.6 Técnicas e instrumentos

La técnica de trabajo utilizada en la investigación fue la encuesta para recopilar los datos generales y la observación para evaluar la técnica de amamantamiento por lo que la fuente de recopilación de la información fue de fuente primaria. Para la recopilación de datos se construyó un cuestionario que nos permita responder a los objetivos del estudio el mismo que incluyó datos maternos (edad, estado civil, instrucción, paridad, CPN y si recibió analgesia de parto), datos neonatales (sexo, peso, talla, Apgar y edad gestacional) y datos que permitirán evaluar si la calidad del contacto piel a piel que se viene realizando en el INMP es adecuada.

La definición de la normas internacionales ISO 9000 donde se refiere que calidad es “el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos o parámetros”,⁽⁵⁷⁾ teniendo ello en cuenta, se tomarán las recomendaciones de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)⁽⁴³⁾ y los resultados de una revisión Cochrane acerca del contacto precoz piel a piel entre madres e hijos,⁽⁴²⁾ estableciéndose como parámetros a evaluar en el contacto piel a piel:

- Inmediatez del contacto entre el recién nacido y su madre.
- Forma de entrega del recién nacido desnudo a su madre.
- Si el pecho materno estaba desnudo o descubierto.
- Tiempo de permanencia del recién nacido sobre el pecho materno o tiempo de contacto.

La calidad de contacto piel a piel se evaluará para cada una de estas dimensiones y se determinará si es adecuada cuando cumpla con las siguientes características.

- Inmediatez del contacto entre el recién nacido y su madre: cuando se da entre el primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos de nacido.
- Forma de entrega del recién nacido a su madre: cuando el recién nacido se entrega a la madre en posición prona y desnudo.
- Si el pecho materno estaba desnudo o descubierto al momento de la entrega de su recién nacido.
- Tiempo de permanencia del recién nacido sobre el pecho materno o tiempo de contacto \geq 15 minutos. (En el estudio se tomará este valor de referencia en base

algunos autores que refieren este valor como el tiempo mínimo para que se realice el contacto piel a piel.^(30, 50, 56)

Cuando una dimensión no se realizó de forma adecuada se consideró como no adecuada. Debido a que la institución de estudio es un centro de referencia en salud materna, existe una alta demanda, lo que genera que el contacto precoz no sea mayor a 15 minutos.

Es importante hacer mención que el cuestionario fue validado mediante juicio de expertos, cuyas valoraciones se sometieron a la evaluación del grado de concordancia entre jueces según la prueba binomial. Teniendo en cuenta el periodo de estudio se seleccionó previamente los días en que se realizarán la encuesta. La selección de las madres de los recién nacidos de estudios se realizó de acuerdo al criterio del investigador en el mismo día de la encuesta, previo consentimiento informado de forma verbal se procedió a realizar la encuesta.

2.7 Procedimientos y análisis de datos

La realización del presente trabajo de investigación se siguió con el siguiente plan de trabajo:

- Se presentó el proyecto de investigación a la E.A.P de Obstetricia para su evaluación por el comité de investigación, además se solicitó al Director del Instituto Nacional Materno Perinatal la aprobación del proyecto para la ejecución del proyecto en dicha institución de salud.
- Se cumplió con todos los pasos previos para la aprobación del proyecto.
- Posteriormente se realizó las coordinaciones con el Servicio de Centro Obstétrico para la recolección de datos.
- Se procedió con la selección de diadas madre-hijo atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del INMP, las cuales se incluyeron aquellas que cumplan los criterios de inclusión. Luego se solicitó el consentimiento a las madres previa exposición de los fines y propósitos del estudio.
- Seguidamente se realizó el registro de la información necesaria en una ficha de recolección de datos que incluyó datos con respecto a las características maternas, características neonatales y aspectos de la calidad del contacto piel a piel (Ver anexo I).

- Toda la información necesaria fue recolectada por la propia investigadora, hecho que permitió asegurar la confiabilidad de la información obtenida y una vez recolectada la información, esta fue procesada para su posterior evaluación y análisis.

Plan de análisis de datos

La información recogida fue ingresada a una base de datos en el programa Statistics SPSS versión 22.0 para su análisis, donde se tabuló los datos y se realizó las respectivas consistencias.

Para describir las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión, mientras que para describir las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para evaluar una relación entre variables cualitativas se utilizó la prueba chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

Además para representar los resultados mediante gráficos se hicieron diagramas de barras y diagramas circulares elaborados en el programa Microsoft Excel 2010.

2.8 Consideraciones éticas

Este trabajo cumplió con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justifica que la bioética promueve. Para garantizar la protección de los principios de la ética, el presente estudio se realizó con estricto cumplimiento de las normas de Buenas Prácticas de Investigación contenidas en el Código Internacional Armonizado de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Helsinki, en donde se insta a los involucrados en la investigación en seres humanos a "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente", pues es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizaron en el presente estudio.

3. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres de los recién nacidos a término vigorosos que recibieron contacto precoz piel a piel atendidos en el INMP, mayo 2015

Características Sociodemográficas	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Edad	24,9±6,2(16- 42)	
	N	%
< 25 años	59	59,0
25 - 35 años	32	32,0
> 35 años	9	9,0
Estado Civil		
Soltera	12	12,1
Casada	6	6,1
Conviviente	81	81,0
Separada	1	1,0
Grado de instrucción		
Primaria	9	9,0
Secundaria	75	75,0
Superior técnico	12	12,0
Superior universitario	4	4,0
Total	100	100,0

En la Tabla 1, se observa que la edad promedio de las madres de los recién nacidos fue $24,9 \pm 6,2$ años, con un rango entre 16 a 42 años, siendo el grupo de edad más frecuente menor a 25 años (59,0%); la mayoría de estado civil conviviente (81,0%), seguido de las solteras (12,1%). El 75,0% tenía grado de instrucción secundaria y en segundo orden superior técnico (12,0%).

Tabla 2. Características obstétricas de las madres de los recién nacidos a término vigorosos que recibieron contacto precoz piel a piel atendidos en el INMP, mayo 2015

Características obstétricas	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Controles Prenatales	6,7±3,1(0-13)	
Número de partos	1,7±0,9(0- 5)	
Paridad	N	%
Primíparas	51	51,0
Secundíparas	37	37,0
Múltiparas	12	12,0
Controles Prenatales		
No controlada	9	9,0
Control Insuficiente (1 – 5)	18	18,0
Controlada (≥ 6)	73	73,0
Recibió analgesia de parto		
Si	10	10,0
No	90	90,0
Total	100	100,0

En la Tabla 2, se observa entre las características obstétricas, las pacientes presentaron un promedio de 6 a 7 controles prenatales ($6,7 \pm 3,1$) y una paridad promedio de 1 a 2 partos ($1,7 \pm 0,9$) en cada paciente. A su vez, la mayor parte de madres eran primíparas (51,0%) y el 73,0% de las madres tenían de 6 a más controles prenatales (controlada), seguido de las madres entre 1 y 5 controles (control insuficiente) con un 18,0%. Por otro lado, el 10,0% de las madres recibieron analgesia de parto mientras que el 90,0% no lo recibió.

Tabla 3. Características de los recién nacidos a término vigorosos que recibieron contacto precoz piel a piel atendidos en el servicio de Centro Obstétrico del INMP, mayo 2015

Características neonatales	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Peso (gramos)	3409,3 \pm 333,0 (2580-4290)	
Talla (cm)	50 \pm 1,7 (39- 53)	
Apgar al minuto	8,4 \pm 0,5 (8-9)	
Apgar a los 5 minutos	9,0 \pm 0,1 (8- 9)	
Edad gestacional (semanas)	39,3 \pm 0,8 (37- 41)	
Sexo	N	%
Masculino	57	57,0
Femenino	43	43,0
Total	100	100,0

En la Tabla 3, entre las características neonatales se observó que el peso promedio de los recién nacidos fue 3409,3 \pm 333,0 gramos; con rangos entre 2580 y 4290 gramos. La talla promedio fue 50,0 \pm 1,7 cm, fluctuando entre 39 y 53 cm. Se encontró que el promedio del puntaje Apgar al minuto fue 8,4 \pm 0,5; mientras a los 5 minutos fue 9,0 \pm 0,1; la edad gestacional promedio fue 39,3 \pm 0,8 semanas. En cuanto, al sexo de los recién nacidos, el 57,0% fueron de sexo masculino.

Tabla 4. Tiempos del contacto precoz piel a piel de los recién nacidos a término vigorosos atendidos en el INMP, mayo 2015

Tiempos de la calidad del contacto precoz	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)
Tiempo de inicio del contacto piel a piel (min)	2,7 \pm 0,7(1,0 - 4,0)
Tiempo de permanencia del contacto piel a piel (min)	6,6 \pm 4,1 (1 - 34)

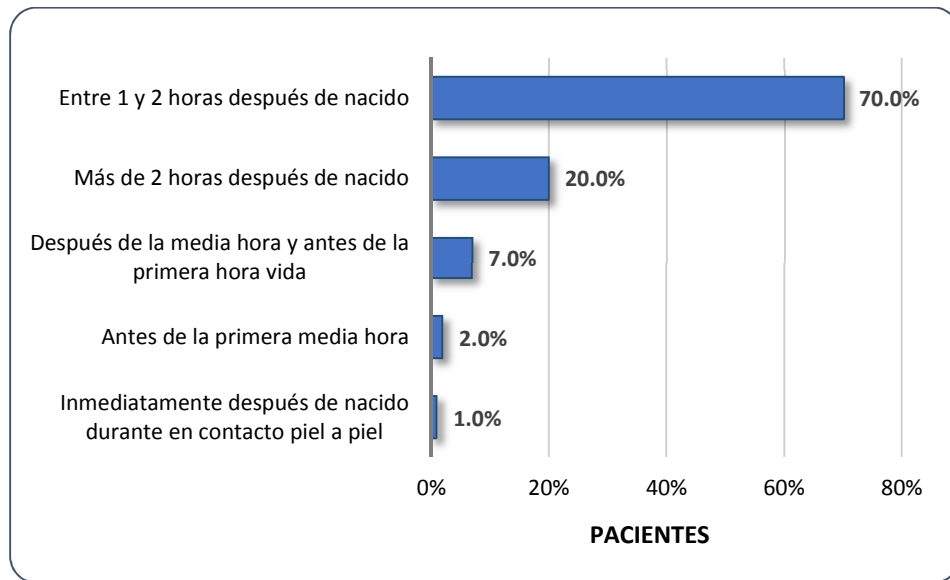
En la Tabla 4, se observó que el tiempo promedio que transcurre desde el nacimiento hasta el contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido fue 2,7 \pm 0,7 minutos, con rangos entre 1 y 4 minutos. Además, el tiempo promedio de permanencia del recién nacido en el pecho de la madre fue 6,6 \pm 4,1 minutos, cuyo rango fue entre 1 y 34 minutos.

Tabla 5. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su hijo atendidos en el INMP, mayo 2015

Calidad del contacto precoz piel a piel	N	%
Inmediatez del contacto piel a piel		
Adecuada	100	100,0
No adecuada	-	-
Forma de entrega del recién nacido		
Adecuada	100	100,0
No adecuada	-	-
Pecho materno desnudo		
Adecuada	100	100,0
No adecuada	-	-
Tiempo de permanencia en el pecho materno		
Adecuada (≥ 15 minutos)	4	4,0
No adecuada (< 15 minutos)	96	96,0
Total	100	100,0

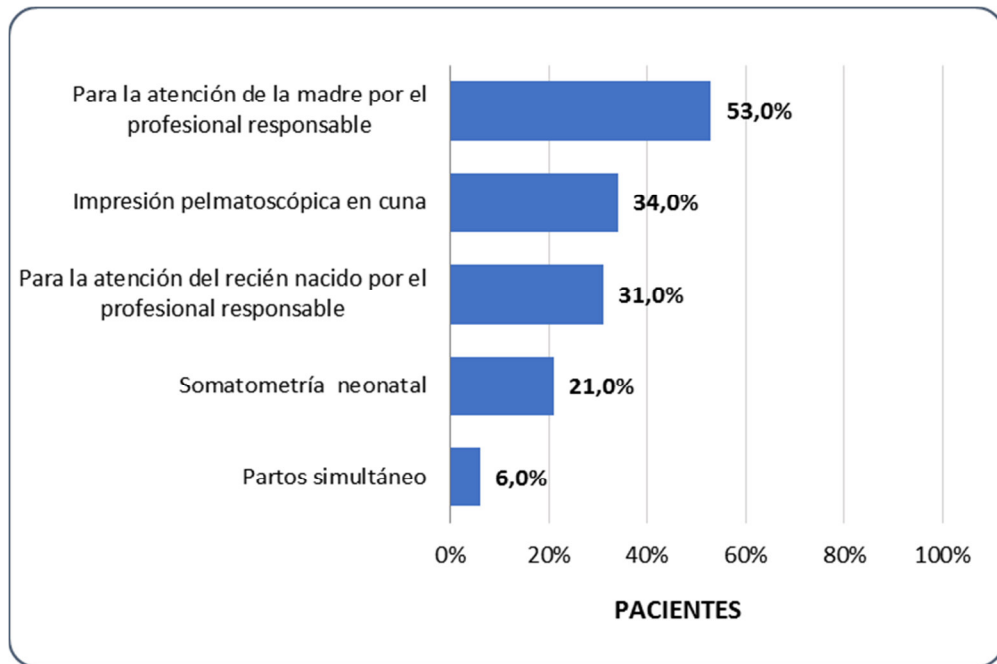
En la Tabla 5, en cuanto a la calidad del contacto precoz piel a piel, se observó que el 100,0% de las pacientes tuvieron calidad adecuada respecto a la inmediatez del contacto piel a piel, también se observó una calidad adecuada del contacto en la forma de entrega del recién en todas las pacientes. De la misma manera la calidad de entrega del bebé al pecho materno desnudo fue adecuado en el 100, sin embargo solo 4% tuvo una calidad adecuada del contacto precoz respecto al tiempo de permanencia del bebé en el pecho materno, donde el tiempo fue menor a 15 minutos.

Gráfico 1. Tiempo de inicio de la lactancia del recién nacido a término vigoroso después del parto con contacto precoz piel a piel en el INMP, mayo 2015



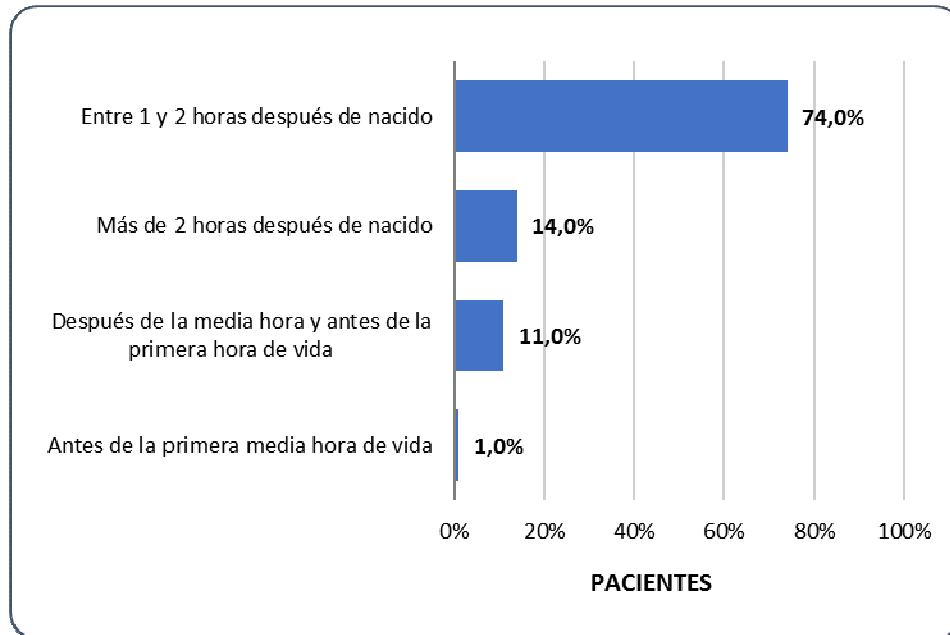
Según el Gráfico 1, se observó que el tiempo promedio que transcurre desde el nacimiento hasta que el bebé inicia su lactancia fue en promedio $1,7 \pm 1,3$ horas, cuyo rango fue entre 0,08 (5 minutos) y 13,52 horas, se observó que el 70% los recién nacidos iniciaron su lactancia entre la primera y segunda hora después del parto, un 20% inició después de las 2 horas al parto, solo se tuvo un caso de un bebé que inició su lactancia a los 5 minutos del nacimiento durante el contacto piel a piel. Se observa que solo el 10% de los recién nacidos iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de vida.

Gráfico 2. Motivos para terminar el contacto precoz piel a piel entre madres y los recién nacidos atendidos en el INMP, mayo 2015



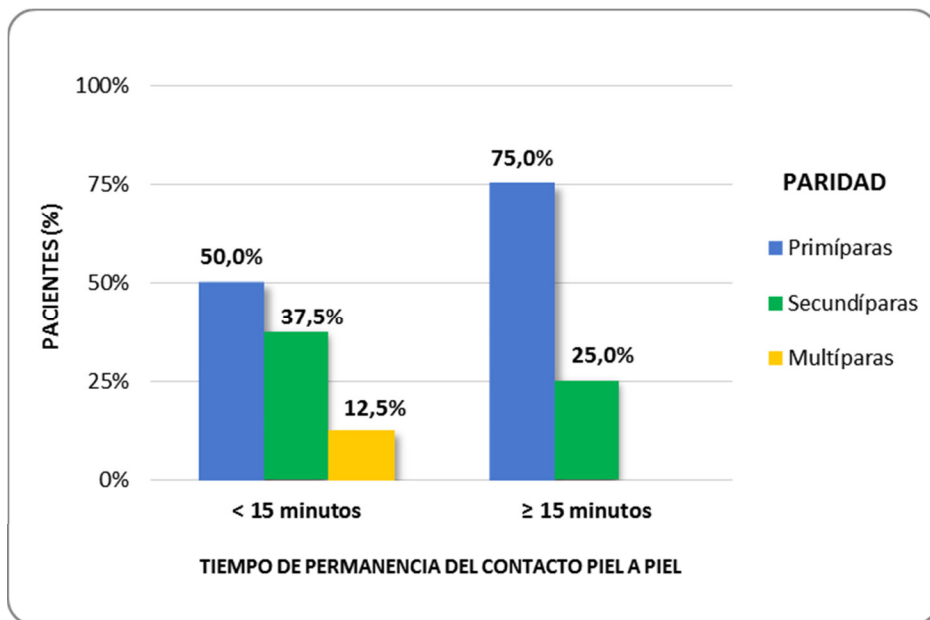
En el Gráfico 2, entre los motivos para terminar el contacto piel a piel encontramos a los más frecuentes donde el 53,0% fue para la atención de la madre por el profesional responsable seguido de la impresión pelmatoscópica en cuna (34,0%), para la atención del recién nacido por el profesional responsable (31,0%) y somatometría neonatal (21,0%); mientras que el menos frecuente fue los partos simultáneos (6,0%).

Gráfico 3. Tiempo de retorno del recién nacido a término vigoroso con su madre luego de la primera separación del contacto precoz piel a piel en el INMP mayo 2015



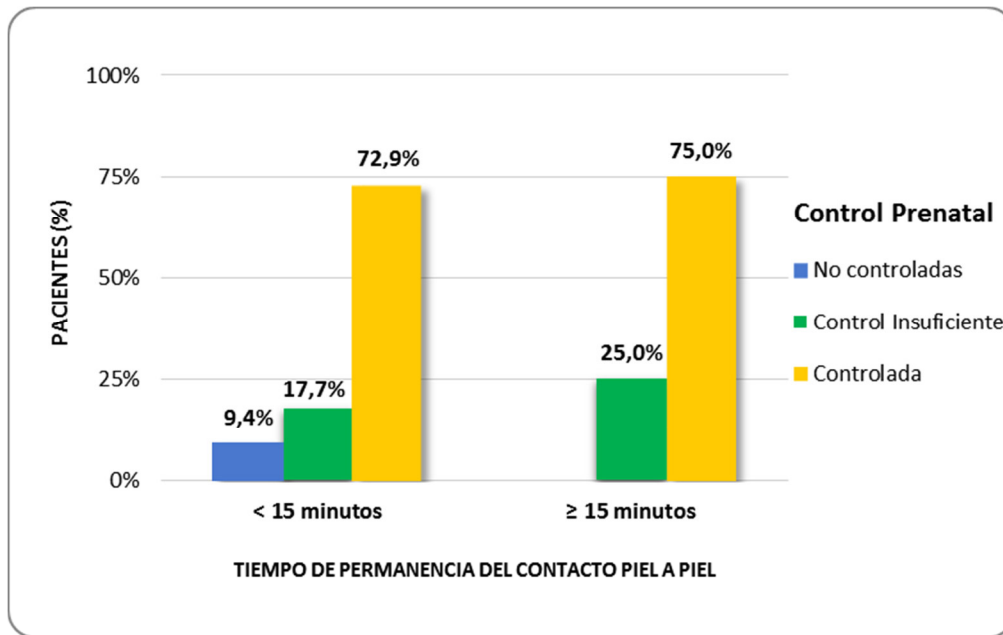
Según el Gráfico 3, se observó que el tiempo promedio de retorno del recién nacido con su madre luego de la primera separación fue $1,5 \pm 0,5$ horas, fluctuando entre 45 (minutos) y 3,2 horas. Es decir desde que culminó el contacto piel a piel y regresó el recién nacido con su madre para el inicio de la lactancia materna en el 74% transcurre de 1 a 2 horas, en el 12% de los casos se observa que el retorno del recién nacido se realiza antes de la hora de haber culminado el contacto piel a piel y en el 14 % este periodo de retorno se extiende hasta después de 2 horas.

Gráfico 4. Tiempo de contacto precoz piel a piel del recién nacido sobre el pecho materno según paridad de madre en el INMP mayo 2015



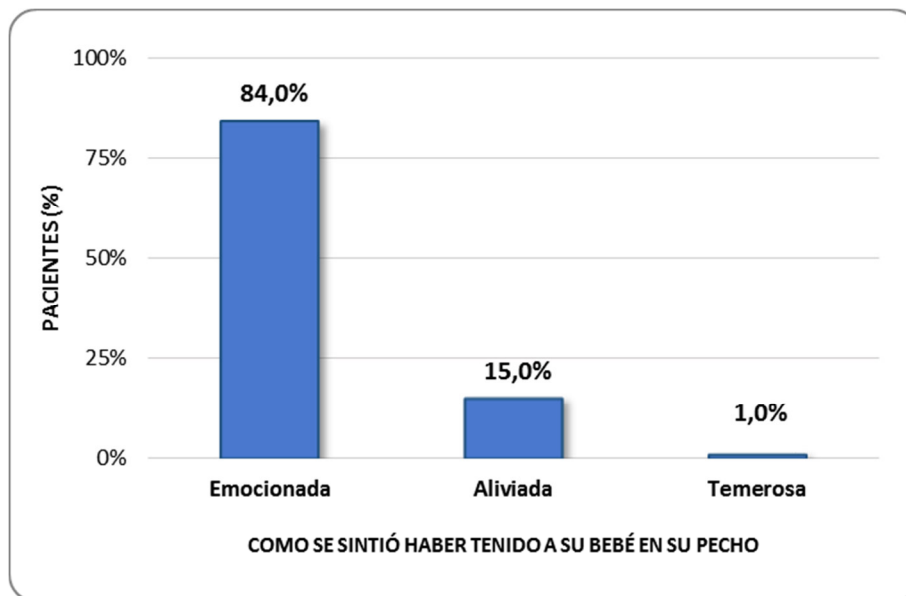
Según el Gráfico 4, el tiempo de permanencia del contacto piel a piel según la paridad materna se encontró que en las pacientes que tuvieron ≥ 15 min de contacto piel a piel fueron en su mayoría primíparas, no hubo ninguna paciente múltipara que tuviera un tiempo adecuado de contacto piel a piel, sin embargo cuando el tiempo de contacto piel a piel fue < 15 minutos, se observó que el 12,5% fueron múltiparas.

Gráfico 5. Tiempo de contacto precoz piel a piel del recién nacido sobre el pecho materno según el control prenatal en el INMP mayo 2015



Según el Gráfico 5, al analizar el tiempo de contacto piel a piel y los controles prenatales recibidos, se encontró que 3 de las 4 pacientes con tiempo de permanencia de contacto piel a piel ≥ 15 min tuvieron de 6 a más controles prenatales en su gestación y una paciente tuvo control insuficiente, en este grupo no se observó alguna paciente que no estuviera controlada, mientras que en las pacientes que tuvieron un tiempo de permanencia de contacto piel a piel < 15 minutos, el 9,4% no habían recibido controles prenatales.

Gráfico 6. Sentimientos de la madre sobre el contacto precoz piel a piel en el servicio de Centro Obstétrico del INMP mayo 2015



Según el Gráfico 6, se encontró que la mayoría de las madre se sentían emocionadas (84,0%) de tener su bebé en su pecho, seguido de aliviada (15,0%) y solamente 1(1,0%) madre se encontraba temerosa al momento de tener su bebe en el pecho.

4. DISCUSIÓN

El contacto piel a piel es considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia, además de presentar múltiples beneficios en el niño y la madre. Por ello el presente estudio tiene como finalidad describir la calidad del contacto precoz piel a piel en recién nacidos a término vigorosos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde los resultados serán de gran relevancia para todos los profesionales de salud involucrados en la asistencia de la madre y niño.

En los resultados se encontró el 75,0% de las madres tenían nivel de educación secundaria; hallazgos similares encontraron Rivera G. *et al*⁽²¹⁾ en un estudio en Perú titulado “Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz” donde el grado de instrucción alcanzada en la mayoría fue secundaria (73,8%). También Dois A. *et al*⁽¹⁸⁾ llegaron a encontrar que el 53% tenía escolaridad media completa. Por otro lado en el presente se encontró que el promedio de controles prenatales fue de 6 a 7.

En la evaluación de la calidad del contacto piel a piel, en el estudio se observó que la inmediatez del contacto piel a piel fue adecuada en el 100,0% de las pacientes, así también en la forma de entrega del recién nacido para el contacto piel a piel y la presentación del pecho materno para el contacto piel a piel fue adecuado en todas las pacientes, sin embargo el tiempo de permanencia del contacto piel a piel fue menor a 15 minutos en el 96% de las pacientes, para esto último los estudios refieren que se debe de respetar hasta la primera hora de vida como regla de oro para el contacto piel a piel; además la Norma Técnica de Atención integral del Neonato refiere que la permanencia del contacto piel a piel se debe realizar en no menos de 45 minutos hasta los 60 minutos,⁽⁵⁵⁾ en el estudio de Dois A. *et al*⁽¹⁸⁾ refieren que el 87,5% de las pacientes estaban de acuerdo con la inmediatez del contacto entre la madre e hijo antes de los 30 minutos una vez ocurrido el parto mientras que el 12,5% se encontraba en desacuerdo, además el 97,4% de las madres se encontraban de acuerdo con que se le pusieran al bebé desnudo sobre su pecho, el 91,3% de las pacientes estaban de acuerdo con que su pecho esté descubierto cuando pusieran al bebé encima, sin embargo en este estudio encuentran que el tiempo que el recién nacido estuvo en prono sobre el pecho desnudo de su madre fue mayor a 60 minutos (44,2%) y en el 23,1% el tiempo de permanencia fue de 10 a 30 minutos.

Respecto al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera lactada del bebé se encontró que mayormente ocurre entre 1 y 2 horas después de nacido (70,0%), ocurre después de las 2 horas postparto (20,0%), solo el 10% inicia la lactancia dentro de la primera hora de vida; hallazgos que difieren por Dois A. *et al*⁽¹⁸⁾ donde sostuvieron que el tiempo desde el nacimiento hasta que fue amamantado fue mayormente > 2 horas (45,1%), inmediatamente (29,0%), menor a 1 hora (18,4%) y entre 1 y 2 horas (7,5%). Por otro lado González I. *et al*⁽²²⁾ realizaron un estudio en Argentina donde refieren que el tiempo desde el nacimiento hasta que fue amamantado fue principalmente < 4 horas (33,0%), el 15% luego de las ocho horas y el 52% de las madres comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento. Una explicación por la cual ocurre estas diferencias con otros estudios es que la lactancia materna en el INMP principalmente se inicia luego que el personal que atiende al recién nacido realiza la atención inmediata y lo regresa a la madre, este tiempo es llamado tiempo de retorno el cual en más del 80% es mayor a 1 hora, esto evidencia que no se prioriza la necesidad del recién nacido vigoroso respecto a al inicio temprano de la lactancia materna y no se garantiza que reciba el calostro, esta leche rica en factores de protección durante la primera hora de vida como lo recomienda la OMS.⁽⁵⁹⁾ Es necesario que el personal de salud entienda que el parto y el nacimiento de un nuevo ser es un proceso natural y siempre que las condiciones sean óptimas para el bebé y la madre no se debe romper esta continuidad natural de contacto entre la madre y su hijo tan beneficiosa para ambos que aun siendo avalados por diversos estudios no logra concientizarlos.

Finalmente los principales motivos para terminar el contacto piel a piel fueron para la atención de la madre (53,0%) seguido por la toma de la huella pelmatoscópica en cuna (34,0%), para la atención al recién nacido (31,0%) y la realización de somatometría neonatal (21,0%); si se analiza estas acciones no justifican el término del contacto piel a piel menor a los primeros 30 min ya que estos recién nacidos fueron a término y presentan un buen Apgar por lo que no necesitan con premura o urgencia algún procedimiento de atención neonatal, además la toma de la huella pelmatoscópica puede realizarse con el bebé en el pecho materno sin necesidad de separar el binomio madre-hijo para este procedimiento. La Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud Neonatal estipula que el contacto piel a piel debe de realizarse hasta en un tiempo no menor de 45 a 60 min,⁽⁵⁵⁾ luego de este periodo recién se realizará la atención inmediata neonatal como la somatometría, entre otros. Una posible explicación a lo encontrado es que la gran demanda de partos en el Instituto Nacional Materno Perinatal

hace que los profesionales acorten estos tiempos con la intención de seguir atendiendo a otras parturientas que ingresan a sala de parto pues a pesar de existir una Norma Técnica no existe un profesional adicional cuya función principal sea de garantizar la calidad adecuada del contacto piel a piel entre la madre y su bebé.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ✓ La calidad del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término vigorosos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue de calidad no adecuada, debido a que el tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno fue menor de 15 minutos en el 96% de las pacientes.
- ✓ La inmediatez del contacto precoz piel a piel en el Instituto Nacional Materno Perinatal es de calidad adecuada en todas las pacientes, donde el tiempo transcurrido desde el nacimiento del bebé hasta el contacto precoz fue menor a 30 minutos y el tiempo promedio fue $2,7 \pm 0,7$ min.
- ✓ Respecto a la forma de entrega del recién nacido a término vigoroso a la madre en el Instituto Nacional Materno Perinatal es de adecuada calidad en todas las pacientes, ya que se entregó al bebé desnudo y en posición prono.
- ✓ En relación a la situación del pecho materno antes de la entrega del recién nacido a término vigoroso para el contacto precoz piel a piel en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue de adecuada calidad en el total de pacientes, debido a que el pecho de la madre se encontró descubierto o desnudo a la entrega de su bebé.
- ✓ La calidad del tiempo de permanencia del recién nacido a término vigoroso sobre el pecho materno no fue adecuado en el Instituto Nacional Materno perinatal, ya que el tiempo fue menor a 15 min en el 96% de las pacientes y en promedio el tiempo de permanencia del bebé en el pecho materno fue de $6,6 \pm 4,1$ minutos.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Concientizar al personal de salud de la importancia del “tiempo de permanencia del recién nacido” en la calidad del contacto precoz piel a piel, pues este es el único parámetro de la calidad del contacto precoz piel a piel que no se realiza de forma adecuada en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- ✓ Se sugiere que el personal de salud involucrado en la atención del parto y del recién nacido tomen en cuenta las normas del Ministerio de Salud y de la OMS sobre el inicio de la lactancia materna en su actuar profesional, donde refieren que debe iniciarse dentro de la primera hora de vida durante el contacto piel a piel, sin embargo se ha observado en el INMP que el inicio de la lactancia ocurre después de la primera hora de vida y principalmente por la intervención innecesaria de la atención inmediata del recién nacido cuando esta puede esperar hasta la hora después del parto en bebés vigorosos.
- ✓ Analizar en estudios posteriores la influencia del contacto piel a piel entre el padre y el binomio madre-hijo, ya que las evidencias permitirán direccionar la visión de los integrantes del Estado en la realización de políticas de salud que beneficien al niño y a la familia.
- ✓ Se recomienda la implementación del contacto piel a piel en todas las instituciones materno infantiles, solo esto garantizará que la ejecución de esta práctica se realice de forma adecuada, además no requiere de altos costos y sus beneficios tendrán un alto impacto en el desarrollo físico y psicosocial del niño (a).
- ✓ Promover en las madres la importancia del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia en la primera hora de vida, para que ellas puedan ser partícipes activas de sus derechos en búsqueda de una maternidad saludable y segura.
- ✓ Se sugiere en estudios posteriores evaluar algunas características maternas que puedan relacionarse con la calidad en el contacto piel a piel, entre ellas el control prenatal, nivel educativo; ya que estos podrían ser factores que

favorezcan el empoderamiento de la mujer sobre sus derechos en el parto y de los beneficios del contacto piel a piel para ella y su hijo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Pan American Health Organization. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, D.C. PAHO, 2002.
2. Rivara G, Carlos G, Esteban M, Falvy I, Farfán G, Ferreyra M. *et al.* Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. *Rev. Peruana de Pediatría* 2006; 59: 18-25.
3. Feldman R, Eildeman A, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 2002; 110(15): 16-26.
4. Gray L, Watt L, Blass E. Skin-to-skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics* 2000; 105(16): 14-19.
5. Goldstein S, Makhoul I. The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses to the term newborn: A randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2004; 113(4): 858-864.
6. Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF, Ginebra, OMS, 1989.
7. Klaus M. Mother and Infant: Early emotional ties. *Pediatrics* 1998; 102(5): 1244-1246.
8. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2003; 326(7379): 13.
9. Grunau R, Weinberg J, Whifield M. Neonatal procedural pain and preterm infant cortisol response to novelty at 8 months. *Pediatrics*. 2004; 114(1): 77-84.
10. Ludington-Hoe S, Johnson M, Morgan K, Lewis T, Gutman J, Wilson P. *et al.* Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*. 2006; 117(5): 909-921.
11. Charpak N, Ruiz-Peláez J, Figueroa Z. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*. 2001; 108(5): 1072-1079.
12. Gray L, Watt L, Phillip B, Blass E. Breastfeeding Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*. 2002; 109(4): 590-593.

13. Whitelaw A, Liestol K. Mortality and growth of low birth weight infants on the kangaroo mother program in Bogota, Colombia. *Pediatrics* 1994; 94(6): 931-932.
14. Tessier R, Cristo M, Vélez S, Girón M, Figueroa Z, Ruiz J, Charpak Y. *et al.* Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*. 1998; 102(2): 390-391.
15. Torres J, Palencia D, Sánchez D, García J, Rey H, Echandia C. Primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Colomb Med*. 2006; 37(2): 96-101.
16. Celebrando la Declaración de Innocenti. 1990-2005. Logros, desafíos y necesidades futuras. http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/celebrando_la_declaracion.pdf
17. Charpak N, Ruiz J, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier. *et al.* Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*. 2005; 94(5): 514-522.
18. Dois C, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Rev Chil Pediatr*. 2013;84(3):285-292.
19. Otal S, Morera L, Bernal M Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof*. 2012; 13(1): 3-8.
20. Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm*. 2012; 22(1-2): 79-82.
21. Rivara G, Rivara K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, Rusca F. *et al.* Contacto piel a piel inmediato: Efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev Per Pediatr*. 2007; 60(3): 140-149.
22. González I, Huespe M, Auchter M. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008; 177(5): 1-5.
23. Edmond K, Zandoh C, Quigley M, Amenga S, Owusu-Agyei S, Kirkwood B. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006; 117(3): e380-6.
24. Klaus M, Kenell J. Parent-to-infant bonding: setting the record straight. *Journal of Pediatrics*. 1983; 102(4): 575-576.
25. Porres E. Tócame, mamá. Amor, tacto y nacimiento sensorial. Barcelona: EDAF, 1993.

26. Di Girolamo A, Grummer L. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth*. 2001; 28(2): 94-100.
27. Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, DiGiulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res*. 2010; 59(2): 78-84.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Contacto precoz madre-criatura recién nacida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; 3(1-11): 43-44.
29. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman L. Promotion of breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 2005; 8(1): 39-46.
30. Thomson M, Hartsock T, Larson C. The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian Family Physician*. 1979; 25(2): 1374-8.
31. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. The value of a pilot study in breast-feeding research. *Midwifery*. 2004; 20(2): 188-93. 2.
32. Moore E, Anderson G. Randomized controlled trial of early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding success [abstract]. *Journal of Human Lactation*. 2005; 21(4): 488-9.
33. Dewey K, Nommsen L, Heinig M, Cohen R. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003; 112(3-1): 607-19.
34. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatrica*. 2004; 93(12): 1640-5.
35. Shiao S. Randomized controlled trial of kangaroo care with full-term infants: effects on maternal anxiety, breast-milk maturation, breast engorgement, and breastfeeding status [dissertation]. Cleveland (OH): Case Western Reserve University, 1997.
36. Villalon H, Alvarez P. Short term effects of early skin-to-skin contact (kangaroo care) on breastfeeding in healthy full-term newborns [Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos]. *Revista Chilena de Pediatría*. 1993; 64(2): 124-8.

37. Fardig J. A comparison of skin-to-skin contact and radiant heaters in promoting neonatal thermoregulation. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1980; 25: 19-28.
38. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*. 1992; 81: 488-93.
39. Mazurek T, Mikiel K, Mazur J, Wieczorek P, Radwanska B, Pachuta L. Influence of immediate newborn care on infant adaptation to the environment. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. 1999; 3(2): 215-24.
40. Bergman N, Linley L, Fawcus S. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization. *Acta Paediatrica*. 2004; 93(6): 779-85.
41. Chwo M. Early kangaroo care for 34-36 week preterm infants: effects on temperature, weight, cortisol, and behavior [dissertation]. Cleveland (OH): Case Western Reserve University, 1999.
42. Moore E, Anderson G, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
43. UNICEF. *Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. Nueva York: UNICEF, 1992.
44. McEwen B. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 2000; 22(2): 108-124.
45. McEwen B, Wingfield, J. What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and behavior*. 2010; 57(2): 105–11.
46. Schulkin J. Allostasis: a neural behavioral perspective. *Hormones and behavior*. 2003; 43(1): 21–27.
47. McEwen B. Interacting mediators of allostasis and allostatic load: Towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism, clinical and experimental*. 2003; 52(10): 10-16.
48. McEwen B. Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance to the Pathophysiology of Psychiatric Disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004; 1032(1): 1–7.
49. Shannon M, King T, Kennedy H. Allostasis: a theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2007; 36(2): 125–134.

50. Bowlby J. El apego y la pérdida. Paidós: Barcelona. 1998.
51. Bretherton I, Munholland K. Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. En: Cassidy, J & Shaver, P. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press; 1999. p. 89-111.
52. Prior V, Glaser D. Understanding attachment and attachment disorders: theory, evidence and practice. Jessica Kingsley Publishers. 2006.
53. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 2002; 28(5): 759–775.
54. Schaffer H. *Introducing Child Psychology* (Second ed.). John Wiley & Sons. 2003.
55. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. 2013
56. Ministerio de Salud. Extraído el 02 de junio de 2016 desde:
http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=15349
57. Organización Internacional de Normalización. Norma internacional ISO 9000. Ginebra-Suiza: Secretaria General de ISO. 2005 disponible en:
http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf
58. De Chateau P, Wiberg B. Long term effect on mother infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1977; 66:137-43.
59. Organización Mundial de la Salud. Extraído el 10 de junio de 2015 desde:
http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/

7. ANEXOS

Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

CALIDAD DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL ENTRE LA MADRE Y SU RECIÉN NACIDO A TÉRMINO VIGOROSO ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL MES DE MAYO DEL AÑO 2015

N° de encuesta:	Fecha:	/	/	ID:
I. Datos maternos				
1. Edad:	_____ años			
2. Estado civil:	Soltera ()	Casada ()	Conviviente ()	
	Separada ()	Otro ()	_____	
3. Grado de instrucción:				
	Sin instrucción ()	Primaria completa ()	Primaria incompleta ()	
	Secundaria completa ()	Secundaria incompleta ()	Superior técnico completo ()	
	Superior técnico incompleto ()	Superior universitario completo ()		
	Superior universitario incompleto ()			
4. Paridad:	_____			
5. Controles prenatales:	_____			
6. Recibió analgesia de parto:	Si ()	No ()		
II. Datos del recién nacido				
7. Sexo:	Masculino ()	Femenino ()		
8. Peso:	_____ gramos			
9. Talla:	_____ centímetros			
10. Apgar al 1':	_____	Apgar a los 5': _____		
11. Edad gestacional por Capurro:	_____ semanas			
III. Calidad del contacto precoz piel a piel (OBSERVACIÓN)				
Hora del parto:	_____			
Hora de inicio del contacto piel a piel:	_____			
12. ¿El recién nacido tuvo contacto físico con su madre inmediatamente después de su nacimiento?(menos de 30 minutos después del nacimiento):				
a). Si	b). No ¿Cuánto tiempo después? _____ min			
13. ¿Pusieron al bebé desnudo en el pecho materno y en posición prona?				
a). Si	b). No			
14. ¿El pecho materno estaba descubierto cuando pusieron al bebé encima? (despejado de la bata):				
a). Si	b). No			
Hora del término del contacto piel a piel:	_____			

15. *Tiempo de permanencia del recién nacido sobre el pecho materno durante el contacto piel a piel (tiempo que duró el contacto):* _____

- a). < 15 minutos b). ≥ 15 minutos

Calidad del contacto piel a piel^(*)

() Calidad adecuada () Calidad no adecuada

(*) Para calificar a la calidad del contacto piel a piel como “adecuada” en cada una de sus dimensiones las respuestas a las preguntas 12, 13, 14, 15, deben ser las siguientes:
Pregunta 12: respuesta opción “a”, Pregunta 13: respuesta opción “a”, Pregunta 14: respuesta opción “a”, Pregunta 15: respuesta opción “b”.

Tiempo para inicio de lactancia materna

Hora de la primera mamada del bebé: _____

16. *Tiempo que pasó desde el nacimiento hasta que el/la bebé fue amamantado por primera vez:*

- a). Inmediatamente después de nacido durante el contacto piel a piel
b). Antes de la primera media hora
c). Después de la media hora y antes de la primera hora de vida
d). Entre 1 y 2 horas después de nacido
e). Más de 2 horas después de nacido

17. *Tiempo de retorno del recién nacido con su madre luego de la primera separación:*

- b). Antes de la primera media hora
c). Después de la media hora y antes de la primera hora de vida
d). Entre 1 y 2 horas después de nacido
e). Más de 2 horas después de nacido

Motivos para terminar el contacto precoz piel a piel

18. *Motivos para terminar el contacto piel a piel:*

- () Somatometría neonatal () Profilaxis ocular
() Profilaxis con vit. K () Para la atención de la madre por el profesional responsable
() Para la atención del recién nacido por el profesional responsable
() Otros motivos: _____

19. *¿Cómo se sintió luego de haber tenido a su bebé en su pecho?*

- () Emocionada () Aliviada
() Temerosa () Otros: _____
-

Anexo N° 2: Consentimiento informado

“Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015”

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Investigadora: Fiorella Paola Guzmán Vela.

Propósito del Estudio: se le invita a participar de este estudio con el propósito de conocer la calidad del contacto precoz piel a piel en recién nacidos a término vigorosos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de Mayo del año 2015.

Procedimientos: si usted acepta participar en este estudio se le hará algunas preguntas sobre sus datos maternos y del recién nacido, se realizará un cuestionario sobre la calidad del contacto piel a piel que ha recibido después de la atención del parto.

Riesgos y Beneficios: no se prevén riesgos para su salud derivados de la participación en el estudio, puesto que el recojo de la información se realizará mediante un cuestionario, más no se realizarán procedimientos invasivos que afecten su integridad física.

Confidencialidad: se guardará su información mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participen en este estudio. Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento del mismo, o no participar sin perjuicio alguno. Los participantes de este estudio no recibirán incentivo monetario alguno.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo los procedimientos del mismo, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Firma

Fecha

Investigador

Fiorella Guzmán Vela

Celular: 954715474

Anexo N° 3: Ficha de Juicio de Expertos

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CRITERIOS	N° DE JUECES					Probabilidad
	1°	2°	3°	4°	5°	
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	5
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.	1	1	1	1	1	5
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	5
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.	1	1	0	1	1	4
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.	0	1	1	1	0	4
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.	1	1	1	1	1	5
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.	1	1	0	1	0	3
8. Se debería de incrementar el número de ítems en la ficha de recolección.	1	1	1	1	1	5
9. Se debe eliminar algunos ítems en la ficha de recolección.	1	1	1	1	1	5
TOTAL	9	9	7	9	7	41

Se ha considerado:

- De acuerdo = 1 (SI)
- En desacuerdo = 0 (NO)

Entre los resultados se tomó en cuenta:

- Aceptable: 0.70
- Bueno: 0.70-0.89
- Excelente: por encima de 0.90

Prueba de concordancia entre los jueces:

$$b = \frac{T_a \times 100\%}{T_a + T_d} \rightarrow b = \frac{41 \times 100\%}{41 + 5} = 0.89$$

La validez del instrumento, de acuerdo a los juicios de expertos, y de realizada la prueba binomial, conforme a los valores asignados por cada juez; cabe considerar que el grado de concordancia entre las opiniones de los expertos fue significativo (0.89), lo cual refiere una validez "Buena". Sin embargo, se ha tomado en consideración las observaciones sugeridas para la mejora de la encuesta.

Anexo N° 4 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías
Calidad del contacto precoz piel a piel.	Inmediatez del contacto piel a piel.	Se definirá a la inmediatez del contacto cuando este se realizó de forma precoz, es decir en el transcurso del primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos de nacido.	Cualitativa	Nominal	Si (< 30 minutos) No (≥ 30 minutos)
	Forma de entrega del RN desnudo.	Es cuando la forma de entrega del RN se dio de forma tal que este se encontró desnudo y en posición prono.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Pecho materno desnudo.	Se refiere a la situación del pecho materna antes de la entrega del RN, es decir si el pecho estuvo descubierto o desnudo y despejado de la bata.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Tiempo de permanencia en el pecho materno.	Es el tiempo transcurrido desde la entrega del RN a la madre hasta el retiro del mismo expresado en minutos.	Cualitativa	Nominal	< 15 minutos. ≥ 15 minutos.
Tiempo desde el nacimiento hasta la primera lactada.	-	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta que el bebé amamantó por primera vez expresado en minutos.	Cualitativa	Nominal	Inmediatamente después de nacido Antes de la primera media hora Después de la media hora y antes de la primera hora de vida Entre 1 y 2 horas después de nacido Más de 2 horas después de nacido
Tiempo de retorno del recién nacido con su madre	-	Es el tiempo que transcurre desde el término del contacto piel a piel hasta el retorno del recién nacido con su madre luego de la primera separación.	Cualitativa	Nominal	Antes de la primera media hora Después de la media hora y antes de la primera hora de vida Entre 1 y 2 horas después de nacido Más de 2 horas después de nacido
Motivos para terminar el contacto precoz.	-	Son aquellas situaciones por las cuales se debe de interrumpir el contacto precoz piel a piel entre la madre y su niño/a	Cualitativa	Nominal	Somatometría neonatal Profilaxis con vitamina K Profilaxis ocular Para la atención del recién nacido por el personal responsable Para la atención del madre por el profesional responsable