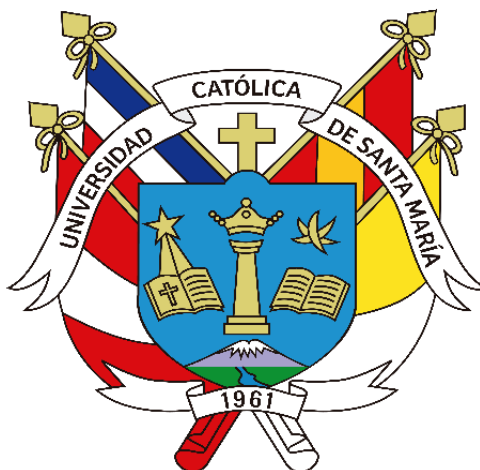


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Segunda Especialidad en Enfermería en
Neonatología



**EFFECTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ESTABILIDAD DE LA
TEMPERATURA DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA 2022.**

Tesis presentada por la Licenciada
Chayña Concha, Ursula Rosario
Para optar el Título de Segunda
Especialidad en Enfermería en
Neonatología

Asesora:
Dra. Cardaña Valverde, Mirta
Elena

Arequipa - Perú
2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Octubre del 2023

Dictamen: 006275-C-FENFER-2023

Visto el borrador del expediente 006275, presentado por:

2019975212 - CHAYÑA CONCHA URSULA ROSARIO

Titulado:

**EFEECTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ESTABILIDAD DE LA TEMPERATURA DEL RECIÉN
NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2022.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29266526 - ESCUDERO DE SIMBORTH BERTA GLADYS
DICTAMINADOR**



**29298306 - DIAZ CESPEDES DE BELLIDO SUSANA VICTORIA
DICTAMINADOR**



**42232864 - ESPINOZA HUASHUA ANGELICA MARIA
DICTAMINADOR**



EFFECTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ESTABILIDAD DE LA TEMPERATURA DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2022.

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	1library.co Fuente de Internet	6%
2	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	www.berri.es Fuente de Internet	3%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
5	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	scielo.isciii.es Fuente de Internet	2%
7	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	vriunap.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
13	documentop.com Fuente de Internet	1 %
14	cienciaybiologia.com Fuente de Internet	1 %
15	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
16	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

En primer lugar, agradecer a DIOS por darme la vida, y la oportunidad de continuar mis estudios de segunda especialidad.

A mis padres y hermano, por el apoyo incondicional en cada paso y etapa de mi vida que me alienta a continuar en cada meta propuesta.

A la Facultad de Enfermería de la UCSM, por ser mi alma mater y por impartir en mí, conocimientos y valores al cuidado del paciente.

A mis queridas Docentes por ser mentoras en el transcurso del proceso de enseñanza-aprendizaje.

**URSULA
ROSARIO**

RESUMEN

El objetivo fue: Determinar el efecto del contacto piel a piel en la estabilidad de la temperatura de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua. Metodología: es un estudio de campo, cuasi experimental, prospectivo y transversal, la técnica empleada fue la observación clínica, como instrumento se empleó la guía de observación basada en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal y en los protocolos de evaluación de temperatura corporal de los recién nacidos, para establecer la confiabilidad del instrumento, se sometió a prueba de expertos. 50 recién nacidos fueron las unidades de estudio en quienes se aplicó el protocolo del contacto piel a piel con sus madres efectuándose los controles de temperatura programados. Resultados: En la mayoría la edad de las madres de 20 a 30 años; edad gestacional de Recién Nacidos 37 a 41 semanas; prevalece el sexo femenino; peso en más de tres cuartas partes adecuado para la edad gestacional; talla en la mayoría adecuada para la edad gestacional; APGAR de adaptación normal en su totalidad a los 5 minutos. Conclusión: Se determina que existe relación estadística significativa entre el contacto piel a piel inmediatamente o hasta los 5 minutos del nacimiento con la estabilidad de la temperatura a los 60 minutos en los recién nacidos del Hospital Regional Moquegua.

Palabras clave: Contacto piel a piel, estabilidad de temperatura, recién nacidos.

ABSTRACT

The objective was: To determine the effect of skin-to-skin contact on the stability of the temperature of full-term newborns treated at the Moquegua Regional Hospital. Methodology: it is a field study, quasi-experimental, prospective and cross-sectional, the technique used was clinical observation, the observation guide based on the Technical Health Standard for Comprehensive Neonatal Health Care and on the protocols of observation was used as an instrument. Body temperature assessment of newborns, to establish the reliability of the instrument, was subjected to expert testing. 50 newborns were the study units in which the skin-to-skin contact protocol was applied with their mothers, performing scheduled temperature controls. Results: In the majority the age of the mothers from 20 to 30 years; gestational age of newly born 37 to 41 weeks; the female sex prevails; weight more than three quarters adequate for gestational age; size in most appropriate for gestational age; Normal adaptation APGAR in its entirety at 5 minutes. Conclusion: It is determined that there is a significant statistical relationship between skin-to-skin contact immediately or up to 5 minutes after birth with temperature stability at 60 minutes in newborns at the Moquegua Regional Hospital.

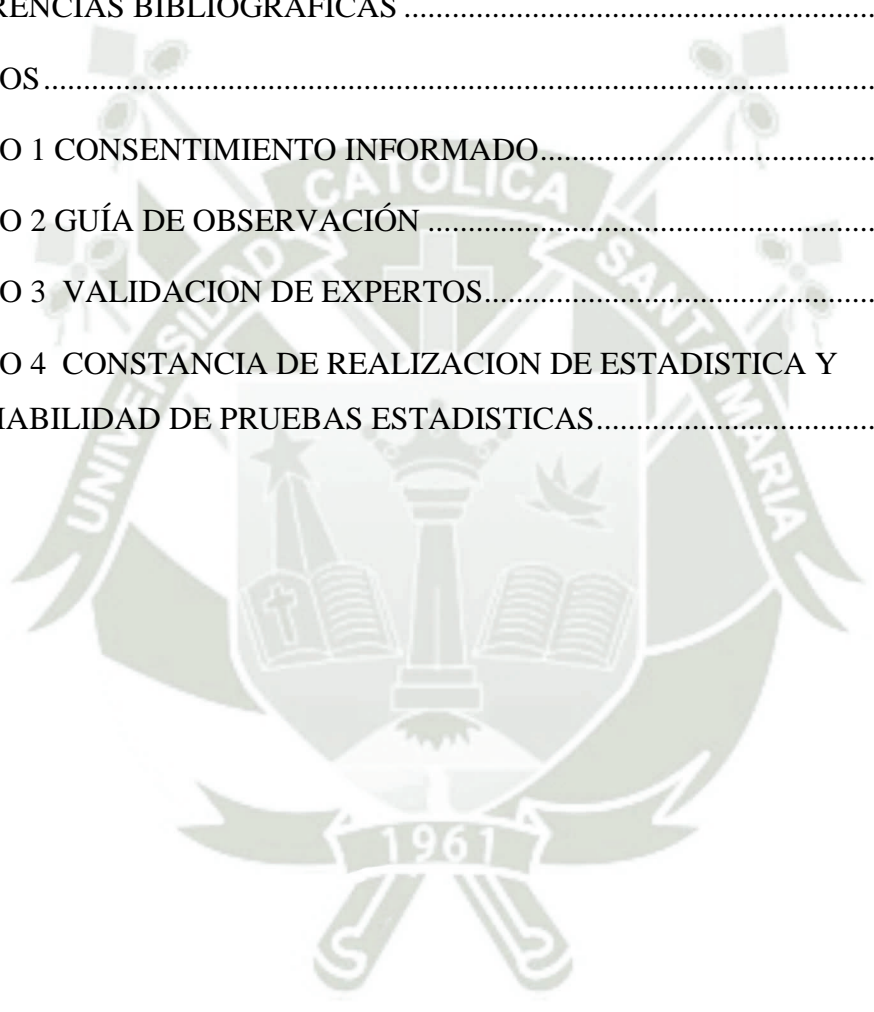
Keywords: Skin-to-skin contact, temperature stability, newborns.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	4
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. Enunciado del problema	5
1.2. Descripción del problema	5
1.2.1. Análisis y operacionalización de variables	5
1.2.2. Interrogantes Básicas	6
1.2.3. Tipo y Nivel de investigación	6
1.3. Justificación	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Contacto Piel a Piel	9
2.1.1. Conceptos	9
2.1.2. El contacto piel a piel según la Norma Técnica de Atención del Ministerio de Salud- R.M. N° 828 – 2013/MINSA-2015	9
2.2. Estabilidad de la Temperatura del Recién Nacido	15
2.2.1. Concepto de Termorregulación	15
2.2.2. Aspectos anatómicos y fisiológicos de la termorregulación	16
2.2.3. Mecanismos de pérdida de calor de los Recién Nacidos	21
2.2.4. Hipotermia: conceptos y clasificación	23
2.2.5. Hipertermia en el Recién Nacido	27
2.2.6. Intervención de enfermería en la termorregulación	28
2.3. Intervención de Enfermería en aplicación del Contacto Piel a Piel	30

2.4.	Teoría de Enfermería de Ramona Mercer: Adopción del Rol Maternal.....	33
2.4.1.	El Microsistema.....	33
2.4.2.	El Mesosistema.....	34
2.4.3.	El Macrosistema.....	34
3.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	36
3.1.	Internacionales.....	36
3.2.	Nacionales.....	37
3.3.	Locales.....	37
4.	OBJETIVOS.....	39
5.	HIPÓTESIS.....	40
	CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	41
1.	TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	42
1.1.	Técnica.....	42
1.2.	Instrumento.....	42
1.2.1.	Confiabilidad del instrumento.....	42
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	43
2.1.	Ubicación Espacial.....	43
2.2.	Ubicación Temporal.....	43
2.3.	Unidades de estudio.....	43
2.3.1.	Universo.....	43
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.1.	Organización.....	44
3.2.	Recursos.....	46
3.2.1.	Humanos:.....	46
3.2.2.	Institucionales:.....	46
3.2.3.	Materiales:.....	46

3.2.4. Financieros:	46
3.3. Criterios para el manejo de resultados	47
CAPÍTULO III RESULTADOS	48
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS.....	91
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	92
ANEXO 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN	93
ANEXO 3 VALIDACION DE EXPERTOS.....	95
ANEXO 4 CONSTANCIA DE REALIZACION DE ESTADISTICA Y CONFIABILIDAD DE PRUEBAS ESTADISTICAS.....	98



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Edades de las Madres de los Recién Nacidos	49
Tabla N° 2 Semanas de Gestación de los Recién Nacidos	51
Tabla N° 3 Número de Hijos Vivos de las Madres de los Recién Nacidos	53
Tabla N° 4 Sexo de los Recién Nacidos a Término	55
Tabla N° 5 Peso de los Recién Nacidos a Término	57
Tabla N° 6 Talla de los Recién Nacidos a Término	59
Tabla N° 7 APGAR de los Recién Nacidos al Minuto y a los Cinco Minutos	61
Tabla N° 8 Tiempo de Inicio del Contacto Piel a Piel Después del Nacimiento	63
Tabla N° 9 Duración del Contacto Piel a Piel	65
Tabla N° 10 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos al Nacer	67
Tabla N° 11 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos al Minuto 0 del Contacto Piel a Piel.....	69
Tabla N° 12 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 20 Minutos de Iniciado el Contacto Piel a Piel	71
Tabla N° 13 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 45 Minutos de Iniciado el Contacto Piel a Piel	73
Tabla N° 14 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 60 Minutos de Iniciado el Contacto Piel a Piel	75
Tabla N° 15 Estabilidad de la Temperatura de los Recién Nacidos	77
Tabla N° 16 Grado de Temperatura de los Recién Nacidos al Nacer, al Inicio del Contacto Piel a Piel, a los 20 Minutos, a los 45 Minutos y a los 60 Minutos.	79
Tabla N° 17 Efecto del Tiempo del Inicio del Contacto de Piel a Piel con la Estabilidad de la Temperatura de los Recién Nacidos	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Edades de las Madres de los Recién Nacidos	50
Gráfico N° 2 Semanas de Gestación de los Recién Nacidos	52
Gráfico N° 3 Número de Hijos vivos de las Madres de los Recién Nacidos	54
Gráfico N° 4 Sexo de los Recién Nacidos a Término	56
Gráfico N° 5 Peso de los Recién Nacidos a Término	58
Gráfico N° 6 Talla de los Recién Nacidos a Término	60
Gráfico N° 7 APGAR de los Recién Nacidos al Minuto y a los 5 Minutos	62
Gráfico N° 8 Tiempo del Inicio del Contacto Piel a Piel Después del Nacimiento	64
Gráfico N° 9 Duración del Contacto Piel a Piel	66
Gráfico N° 10 Grados de Temperatura del Recién Nacido al Nacer	68
Gráfico N° 11 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos al Minuto 0 del Contacto Piel a Piel.....	70
Gráfico N° 12 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 20 Minutos de Iniciado el Contacto Piel a Piel	72
Gráfico N° 13 Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 45 Minutos de Iniciado el Contacto Piel a Piel	74
Gráfico N° 14 Grados de Temperatura de los Recién nacidos a los 60 Minutos de Iniciado el Contacto Piel a Piel	76
Gráfico N° 15 Estabilidad de la Temperatura de los Recién Nacidos	78
Gráfico N° 16 Grado de Temperatura de los Recién Nacidos al Nacer al Inicio del Contacto Piel a Piel, a los 20 Minutos, a los 45 Minutos y a los 60 Minutos.	80
Gráfico N° 17 Efecto del Tiempo del Inicio del Contacto Piel a Piel con la Estabilidad de la Temperatura de los Recién Nacidos	82

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es un momento muy esperado para todas las mujeres quienes se preparan con ansias para tal acontecimiento, cumpliendo así una de las metas más anheladas que es la maternidad. Es por ello, que la atención que se brinda a las mujeres tanto durante la etapa de la gestación como para el momento del parto debe basarse en el Modelo de Atención Integral de la Salud, que promueve la atención a la madre y al producto de la concepción en un ambiente seguro, cálido y eficiente.

El Ministerio de Salud (MINSA), establece en la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Neonatal y en los protocolos específicos, que luego del nacimiento se debe realizar el Contacto Piel a Piel, procedimiento que debe aplicarse cuando la madre y el recién nacido (RN) se encuentran en buen estado de salud, colocando al neonato sobre el vientre de la madre un tiempo no menor de 45 minutos a 60 minutos (1).

El contacto piel a piel es una técnica por medio de la cual se coloca al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen de la madre, justo inmediatamente después del parto, antes incluso de cortar el cordón umbilical. Esta técnica es importante sobre todo durante las primeras dos horas de vida, porque se han observado beneficios en el recién nacido para que se recupere más rápidamente del estrés del parto y facilitar su adaptación a la vida extrauterina (2).

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señalan en diferentes documentos técnicos que el contacto piel a piel luego del parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido, como para los padres, porque ayuda al establecimiento del vínculo y la adaptación post natal. Destacan que uno de los beneficios más importantes de la aplicación de esta técnica es que mejora la estabilidad de la temperatura del recién nacido, la misma que es un indicador de vitalidad y buena salud, pero durante las primeras 48 a 72 horas de vida la temperatura del recién nacido suele presentar ligeras alteraciones que obligan a una mayor vigilancia y cuidados al neonato, retrasando incluso el alta médica (3).

Inmediatamente después del parto, el recién nacido experimenta una pérdida inevitable de temperatura, que está en torno a 1° C por minuto, lo que provoca un enfriamiento rápido, cuya velocidad dependerá de la gradiente de la temperatura presente en el ambiente, la misma que es inferior a la temperatura intrauterina pero superior a la temperatura ambiental.

Es por ello, que los recién nacidos experimentan temperatura inestable, requiriendo de cuidados de enfermería y vigilancia estrecha para evitar mayores pérdidas de calor (2).

En el Hospital Regional Moquegua, se ha observado que la mayoría de los recién nacidos presentan alteraciones en la temperatura en las primeras horas del nacimiento, y esto suele retrasar el alta médica u obliga a que sean colocados en incubadoras, las cuales son escasas para atender a otros recién nacidos, por ejemplo, prematuros que, aunque no son muy frecuentes, si necesitan el uso de incubadora, por lo que debe tratar de optimizarse el uso de estos dispositivos. Pero además se debe tener en cuenta que, la ciudad de Moquegua tiene temperatura ambiental relativamente alta, por lo que se incrementa la sudoración y evaporación del calor de la piel, que en caso de los recién nacidos contribuye a la hipotermia causando mayores dificultades para la termorregulación.

La adaptación en los primeros minutos de vida son de vital importancia ya que el recién nacido enfrenta varios cambios principalmente a nivel respiratorio y cardiovascular los cuales son los encargados de la regulación de temperatura corporal. La adaptación de los recién nacidos está comprendida durante aproximadamente de 6 a 8 horas y está dividida en varios periodos bien definidos: el primer y segundo períodos de poca reactividad, siendo el primer período el más crítico por su inestabilidad hemodinámica, cardíaca, respiratoria, térmica y metabólica; sin embargo, es el más importante porque el neonato se torna más activo y en mayor alerta, con la mayor fuerza de succión, siendo el mejor momento para la lactancia, ideal para aprovechar el contacto piel con piel madre-neonato (4).

La importancia de la presente, radica en la ejecución del procedimiento de contacto piel a piel como estímulo hacia una lactancia materna exitosa, ya que a través de los estímulos sensoriales, como el tacto, el calor, y el olor se obtendrá un potente estímulo vagal que entre otros efectos libera oxitocina materna con múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido durante las primeras horas del nacimiento, procedimiento que debe ser practicado en todos los centros de atención materna e incrementando la actuación de enfermería como integrante del equipo multidisciplinario en este campo. El propósito de este estudio es establecer el tiempo y la duración de inicio del contacto piel a piel en los recién nacidos a término en el Hospital Regional de Moquegua dado que es el primer paso hacia una lactancia materna exitosa indispensable tanto para la madre como para el niño quien deberá alimentarse de esta forma mínimo durante los seis primeros meses de vida (5).

En el presente estudio de investigación se utilizó la metodología cuasi experimental, prospectiva y transversal, la técnica fue la observación clínica directa del comportamiento de la temperatura neonatal, estimulada por el contacto piel a piel del niño con la madre cuyo contenido investigativo es presentado en el Primer Capítulo con el Planteamiento Teórico, el Segundo con el Planteamiento Operacional y el Tercero con los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones, teniendo como ámbito de ejecución el Hospital Regional de Moquegua en el año 2022 (6).





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Efecto del contacto piel a piel en la estabilidad de la temperatura del recién nacido a término. Hospital Regional Moquegua. 2022.

1.2. Descripción del problema

- **Campo:** Ciencias de la Salud.
- **Área:** Enfermería en Neonatología.
- **Línea:** Salud Materna y Neonatal.

1.2.1. Análisis y operacionalización de variables

El estudio presenta dos variables:

Variable independiente: Contacto piel a piel

Variable dependiente: Estabilidad de la temperatura del recién nacido

Variables	Indicadores	Subindicadores
Datos Sociodemográficos		
Características Maternas		
Edad (años)		< 20
		20 – 30
		31 – 40
		41 a más
Semana de gestación		37 – 39
		40 – 41
Número de hijos vivos		1 – 2
		3 - 4
		5 a más
Características del Recién Nacido		
Sexo		Masculino Femenino
Peso al nacer		Gramos: Adecuado para la edad gestacional. Grande para la edad gestacional.
Talla al nacer		Centímetros: Pequeña para la edad gestacional. Adecuada para la edad gestacional. Grande para la edad gestacional.
APGAR al nacer		Al minuto
		A los cinco minutos

Variable	Indicadores	Subindicadores
Variable Independiente: Contacto piel a piel	Duración	Hora de inicio Hora de término
	Tiempo de inicio del contacto piel a piel después del nacimiento	Inmediatamente A los 5 minutos Más de los 5 minutos
Variable Dependiente: Estabilidad de la temperatura del recién nacido	Grados de temperatura: En el momento del nacimiento. Al minuto 0 de iniciado el contacto piel a piel A los 20 minutos de iniciado el contacto piel a piel A los 45 minutos de iniciado el contacto piel a piel. A los 60 minutos de iniciado el contacto piel a piel	Temperatura: Se mantiene estable Aumenta Disminuye

1.2.2. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál es el tiempo y la duración de inicio del contacto piel a piel en los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua?
2. ¿Cómo es la estabilidad de la temperatura al minuto 0, a los 20, a los 45 y a los 60 minutos del contacto piel a piel en los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua?
3. ¿Cuál es el efecto del contacto piel a piel en la estabilidad de la temperatura de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua?

1.2.3. Tipo y Nivel de investigación

Tipo: De campo.

Nivel: Cuasi experimental, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación

El contacto piel con piel entre el niño (a) y su madre, se define como: el contacto del recién nacido 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 durante al menos una hora, favorece la regulación de procesos adaptativos extrauterinos, la instalación de una lactancia materna exitosa, la vinculación afectiva, la disminución de la ansiedad materna y su mayor percepción de autoeficacia (7).

La relevancia científica del estudio, se sustenta porque los profesionales de enfermería que atienden a los recién nacidos durante el periodo inmediatamente posterior al parto, necesitan aplicar una serie de cuidados específicos que contribuyan a una mejor y más rápida adaptación del neonato a la vida extrauterina, evidenciando con ello su utilidad, en un diseño cuasi experimental y novedoso que al llevarse a cabo en el ámbito elegido permitirá que se generen evidencias acerca de los beneficios de la aplicación de la técnica de contacto piel a piel para la estabilidad de la temperatura corporal.

La relevancia académica, consiste en que el desarrollo del estudio aportara conocimientos teóricos actualizados que aborden las variables de estudio, y esto hace que el trabajo de investigación sea importante para contribuir a la formación académica de los estudiantes y otras personas interesadas en el tema, asimismo como se ha señalado anteriormente, el diseño de estudios cuasi experimentales, permite aportar mejoras en la atención a los recién nacidos y además puede propiciar el desarrollo de nuevas investigaciones.

El interés personal para el desarrollo del estudio se debe, a que se ha observado que varios recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Moquegua, presentan dificultades para lograr una correcta estabilización de la temperatura corporal, lo cual, se asocia a un mayor riesgo de complicaciones como la hipoglicemia neonatal y adaptación cardiorrespiratoria, retrasa el alta médica y otras condiciones que requieren de evaluación para su control oportuno.

La relevancia social del estudio es importante, porque la técnica del contacto piel a piel, ha sido considerada como elemento fundamental en la atención del binomio madre – niño, siendo un aspecto a considerar en la atención del parto humanizado y sobre todo porque tiene una serie de beneficios para la madre y sobre todo para el

neonato, entre las cuales se puede destacar, beneficios en la adaptación a la vida extrauterina, disminuye el tiempo de llanto favoreciendo la creación del vínculo madre – hijo y el apego entre ambos, estimula la succión precoz del pecho materno, disminuye la ansiedad materna y promueve una lactancia materna exitosa. El trabajo es de actualidad porque según se ha afirmado anteriormente, el estudio del efecto del contacto piel a piel en la estabilidad de la temperatura corporal no tiene antecedentes en el ámbito de estudio, por ello, la realización del presente estudio tendrá un impacto positivo para el Servicio de Neonatología del hospital siendo un elemento motivador para la mejora constante de la atención que se brinda al recién nacido (8).

El proyecto es factible de realizar en la población seleccionada, dada su adecuación al entorno designado. Esta motivación nace de un interés personal y es esencial para el Servicio de Neonatología, especialmente porque no existen investigaciones previas de este tipo. El objetivo principal es descubrir el impacto del contacto piel a piel en la regulación térmica del neonato a término. Los hallazgos que surjan brindarán pautas para abordar y mejorar este problema específico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Contacto Piel a Piel

2.1.1. Conceptos

Según Boyd se denomina contacto precoz piel con piel “al periodo de tiempo inmediatamente posterior al parto en que la madre y el recién nacido permanecen desnudos, en íntimo contacto entre sus cuerpos, preferiblemente en un entorno de media luz y tranquilidad”. Durante las dos primeras horas de vida, el recién nacido experimenta un estado que se denomina periodo sensitivo, el cual es provocado por una descarga hormonal que tiene lugar durante el trabajo de parto en el que, el neonato está plenamente receptivo al medio externo; es por ello que al colocarlo sobre el pecho materno permite el reconocimiento olfatorio y el primer contacto visual entre ambos (9).

Siguiendo sus reflejos innatos, la mayoría de los recién nacidos son capaces de llegar al pecho y realizar la primera toma en los primeros 60 minutos de vida. Una vez transcurridas las primeras dos o tres horas del nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia y es menos probable que busque el pecho materno (10).

2.1.2. El contacto piel a piel según la Norma Técnica de Atención del Ministerio de Salud- R.M. N° 828 – 2013/MINSA-2015

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal emitida por el Ministerio de Salud del Perú establece que el contacto piel a piel es un procedimiento que consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno, este acto debe ser realizado por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal (11).

Dicha norma señala que si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado; se coloca inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciándose así la lactancia materna, la aplicación de la presente norma es en todo el país (1).

2.1.2.1. Formas de aplicación y duración del Contacto Piel a Piel

Luego de una exhaustiva búsqueda sobre las formas de aplicación del contacto piel a piel, se ha encontrado que esta técnica se empezó a realizar en diversos hospitales de España en el Siglo XX dado que hasta entonces, luego del nacimiento se le retiraba el bebé a la madre y no se le entregaba hasta que era secado, valorado y vestido; en vista de los beneficios que ésta técnica presenta ya que la madre es la fuente principal de calor para el recién nacido, es ella quien le brinda alimento estableciéndose el vínculo necesario. Durante este procedimiento el recién nacido tiene la capacidad de localizar el pezón por medio del olfato, y llega hasta el pecho de su madre como arrastrándose, logrando así el primer contacto de forma instantánea y la primera toma durante los primeros 60 minutos de vida, acto que produce liberación de oxitocina, con múltiples beneficios para la madre y catecolaminas en el recién nacido (12).

El contacto precoz piel a piel es inmediata porque sucede enseguida, después del parto, entre el neonato y su madre y su aplicación se realiza colocando al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de su madre en íntimo contacto entre sus cuerpos, en un ambiente con media luz y de tranquilidad. El primer contacto del niño con su madre se denomina período sensitivo, que provoca una descarga hormonal que se origina en el trabajo de parto, el niño se encuentra receptivo al medio externo, el colocar al niño sobre el pecho materno permite el reconocimiento olfatorio, primer contacto visual entre ambos (13).

Según sea el momento en que el recién nacido entre en contacto con su madre, se hablará de contacto piel a piel precoz; contacto piel a piel desde muy temprano o contacto piel a piel temprano. El tiempo de contacto piel a piel no debe ser menor de 45 a 60 minutos, este acto promueve el apego, fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, busca el inicio de la lactancia materna logrando una lactancia materna eficaz. Este procedimiento puede aplicarse exclusivamente cuando tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones de salud (12).

2.1.2.2. Comportamiento del Recién Nacido durante el Contacto Piel a Piel

Luego del nacimiento, el recién nacido reposa sobre el cuerpo de su madre y se produce una coloración sonrosada de los labios, mantiene los ojos abiertos y realiza pequeños movimientos durante 10 a 20 minutos, luego de ello, ponen en marcha los reflejos de arraigo (como el pataleo, reptación, cabeceo, acercamiento del puño a la cara, lametadas, búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico materno), esto ayuda a que al bebé pueda aproximarse al pezón y llevar a cabo un agarre espontáneo (13).

En promedio más del 70% de los bebés, se agarra al pecho de su madre durante la primera hora de vida, y si el contacto piel a piel se prolonga hasta las dos horas, entonces el promedio de estos se prolonga a más del 90% (1).

2.1.2.3. Beneficios del Contacto Piel a Piel para la madre

Quizá el primer efecto del contacto piel a piel en la madre, es que por medio de los movimientos reptantes que el recién nacido realiza sobre el vientre de la madre, se producen estímulos que aumentan las contracciones uterinas luego del parto y favorecen que la placenta se desprenda de forma natural de manera más rápida y esto disminuye la cantidad de sangrado postparto (14).

El contacto de la madre con el recién nacido y la succión del pecho hacen que aumente la oxitocina y las betaendorfinas que además de favorecer la contracción uterina, también promueven la eyección de calostro. Otros de los beneficios que tienen las madres con el contacto piel a piel es que se reduce el estrés, los posibles problemas emocionales relacionados con el parto y se inicia un sentimiento de protección y de capacidad para cuidar del hijo; se presentan menos casos de dolor por ingurgitación mamaria (15).

Otro beneficio importante del contacto piel a piel, aunque no es exclusivo de la madre, sino también para el recién nacido es que favorece el vínculo de afecto materno-infantil y presentar mayor cantidad de leche, favoreciendo el ahorro económico evitando el uso de otras alternativas de leche (14).

El contacto piel a piel es el primer paso para el desarrollo del apego materno, el cual es necesario para establecer el vínculo entre la madre y el bebé concepto difundido por Klaus y Kennell referido por Fukui, quienes destacan su importancia en el período posparto temprano (15).

La madre al estar en contacto piel a piel con el recién nacido, disminuirá la probabilidad de tener ansiedad materna, le disminuye el dolor por ingurgitación mamaria observará el aumento la frecuencia y duración de la producción de la glándula mamaria (14).

2.1.2.4. Beneficios del Contacto Piel a Piel para el Recién Nacido

Respecto a los beneficios del contacto piel a piel para el recién nacido, el corte del cordón umbilical según recomendaciones del MINSA, debe realizarse entre los 2 y 3 minutos posteriores al nacimiento lo que previene la anemia en el recién nacido ya que la sangre materna continúa circulando por el cuerpo del bebé considerando que el hierro es indispensable está demostrado que de este modo se previene la anemia durante los seis primeros meses de vida del niño, igualmente lo protegerá de enfermedades como neumonía, diarrea, otitis, meningitis, síndrome de muerte súbita, asma, alergias, desnutrición, obesidad, diabetes, problemas de salud que pueden presentarse en algún momento de su vida (16).

Se ha demostrado en diversos estudios en que los neonatos que permanecieron encima del pecho materno durante los primeros 45 minutos de vida mantuvieron una buena lactancia natural exclusiva, con mayor ganancia de peso al sexto mes y menor número de procesos infecciosos encontrándose una asociación positiva entre la práctica de la lactancia materna y el apego, la cual es mediada por varios factores tales como la cascada neuro hormonal, que se lleva a cabo tanto en el parto como durante el tiempo inmediatamente posterior lo que beneficia tanto a la madre como al niño contribuyendo en una excelente relación afectiva entre ellos y además las madres adquieren mayor seguridad en la atención del recién nacido desde el nacimiento (12).

En diversas investigaciones el contacto piel a piel brinda múltiples beneficios para la diada madre-neonato, donde lo más importante es que no sólo logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que también favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante este período adaptativo (12,10).

Esta primera interacción entre madre e hijo es fundamental en el desarrollo del vínculo, porque la cercanía materna, su olor, tacto, voz, calor, permiten al niño establecer una relación única entre ambos que será fortalecida con la lactancia materna exclusiva, pero incluso en los casos en los que la alimentación sea de otro tipo, el vínculo materno – filial será muy fuerte independiente del tipo de alimentación elegida (12).

Los beneficios a nivel psicológico del contacto piel a piel es que le ayuda a mantener la estabilidad de vida emocional saludable y amigable con la madre, unión que debe facilitarse en un ambiente tranquilo y adecuado para ambos luego de un momento estresante que tuvieron que enfrentar, el lazo afectivo que se establece permitirá que ambos se conozcan y se establezcan diálogos subliminales (16).

La comunicación inmediata que se produce entre la madre y su hijo promueve el desarrollo de un tipo de comunicación verbal, gestual y no verbal, en la que intervienen el tacto, el olfato, la visión e incluso el gusto. Por medio del tocamiento de las manos ambos sentirán una atracción y unión afectiva y las palabras de la madre estimularan la sensación auditiva del neonato, quien reconocerá su voz de forma inmediata, sintiéndose más seguro y amado; calmando así su llanto y permaneciendo tranquilo. De esta manera el neonato puede tener un buen sueño, con menos despertares nocturnos y se logra un control más rápido del estrés fisiológico y emocional que el recién nacido presenta luego del paso a la vida extrauterina (17).

Los beneficios fisiológicos del contacto piel a piel son que el neonato recibe beneficios en la mejor regulación de la temperatura, respiración, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno. Al nacer ocurre un cambio brusco en su temperatura corporal que es $< 36,5^{\circ}\text{C}$ siendo incapaz aun de poner en funcionamiento su sistema hipotalámico; este proceso se compensa muy bien con el calor corporal de la madre por el mecanismo de conducción térmica, al ser colocado en contacto piel a piel sobre su abdomen y pecho, hecho que se produce gracias la respuesta térmica inmediata de la madre y la intervención de varias hormonas, entre ellas la oxitocina y las endorfinas (16).

Otro beneficio es que favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos (18).

Alcántara y colaboradores destacan diversos beneficios del contacto piel a piel para el recién nacido: facilita la regulación térmica, reduciendo el consumo energético y minimizando el riesgo de hipoglucemia, lo que mejora la adaptación metabólica; contribuye a la estabilidad cardiorrespiratoria; reduce el tiempo de llanto; promueve el vínculo entre madre e hijo; favorece el agarre adecuado al pecho; disminuye la ansiedad materna y el dolor por ingurgitación mamaria; y potencia la frecuencia y duración de la lactancia materna (19).

2.1.2.5. Protocolo para realizar el Contacto Piel a Piel

La Asociación Española de Pediatría sugiere un protocolo para implementar el contacto piel con piel entre madre e hijo. Es vital informar a la madre en dilatación sobre los beneficios y el proceso del contacto piel a piel y obtener su consentimiento. Además, es esencial asegurarse de que la sala de partos esté a 26°C y tener preparados campos o toallas precalentadas para recibir y secar al bebé. El entorno del parto debe ser íntimo, en un lugar silencioso, con luz tenue y con la mínima cantidad de profesionales presentes. Después del periodo expulsivo, se debe ayudar a la madre a descubrir su abdomen/pecho y cubrirla con un campo caliente, que se quitará al nacer el bebé. Acto seguido, se debe poner al neonato sobre la piel materna, secarlo con delicadeza y verificar que respire adecuadamente y tenga un buen tono muscular. Posteriormente, tras secar al bebé, se debe cubrir a ambos con un campo seco y caliente hasta los hombros del neonato, permitiendo siempre el contacto visual. Es recomendable posicionar a la madre semi incorporada con el bebé en posición prona entre sus pechos, siguiendo ciertas especificaciones de postura, y colocar un gorro de algodón en la cabeza del bebé. Es necesario efectuar el Test de APGAR a 1 y 5 minutos mientras el bebé está sobre la madre, y pinzar el cordón umbilical después de dos minutos o al cesar su latido. El contacto no debe interrumpir el alumbramiento dirigido y se debe extraer sangre del cordón como es habitual, colocando una pinza sin afectar el contacto. Durante todo el proceso, es fundamental monitorear a la madre y al hijo, observando su color, respiración y tono muscular. Antes de mover a

la madre de la camilla a la cama, se debe identificar al bebé. De ser el deseo de la madre, se debe permitir que el bebé busque el pecho por sí mismo, facilitando, pero sin forzar el agarre. Finalmente, es importante mantener el contacto piel con piel mientras se traslada a la madre a la cama (20).

2.2. Estabilidad de la Temperatura del Recién Nacido

2.2.1. Concepto de Termorregulación

Es la capacidad que tiene todo ser vivo de mantener una temperatura estable, por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor corporal. Sin embargo, en recién nacidos prematuros y sobre todo en los que tienen bajo peso al nacer, mantener un estado normotérmico es una tarea difícil, ya que este grupo tiene características fisiológicas limitadas para mantener el estado homeotérmico de acuerdo con las variaciones de temperatura del entorno y terminan desarrollando, con frecuencia, hipotermia con potencial de estrés por frío (3).

La atención con respecto a la temperatura corporal de los recién nacidos debe iniciarse en la sala de parto, antes del nacimiento, y permanecer durante el transporte y el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o a las unidades de hospitalización de los recién nacidos. Además, el transporte intrahospitalario neonatal, desde la sala de parto hasta la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales u hospitalización, a pesar de ser un traslado corto, implica un riesgo adicional para la salud de los recién nacidos (21).

La termorregulación es la capacidad que tienen los seres vivos (homeotermos) de mantener una temperatura corporal estable, por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor (3). La temperatura considerada como normal en el recién nacido es de 36,5°-37,5° (axilar) (22).

La Sociedad Chilena de pediatría, establece los siguientes valores normales de temperatura en el recién nacido a término:

- Temperatura corporal central normal: Se considera a la temperatura axilar y rectal. El valor normal es de 36,5 - 37,5°C.
- Temperatura de piel: Se considera a la temperatura abdominal. El valor normal es de 36,0 -36,5°C).

- Hipotermia leve: Temperatura corporal: 36 - 36,4°C. Temperatura de piel: 35,5 - 35,9°C.
- Hipotermia moderada: Temperatura corporal: 32 - 35,9° C. Temperatura de piel: 31,5 - 35,4° C.
- Hipotermia grave: Temperatura corporal de < 32°C. Temperatura de piel < 31,5°C.
- Hipertermia: Temperatura corporal mayor que el valor normal considerado para la temperatura corporal central normal (23).

2.2.2. Aspectos anatómicos y fisiológicos de la termorregulación

2.2.2.1. Función del Hipotálamo

El hipotálamo es una región del encéfalo, se encuentra formado por núcleos de sustancia gris que se encuentra a lo largo de las paredes del tercer ventrículo, junto al epitálamo, al tálamo y al subtálamo que conforman el diencefalo (24).

Prácticamente toda la temperatura del cuerpo está regulada por mecanismos nerviosos de retroacción, y la mayoría de ellos operan por medio de los centros reguladores de la temperatura localizados en el hipotálamo. Para que estos mecanismos actúen, es necesario que existan detectores de temperatura, cuya función será detectar las elevaciones o descensos de la temperatura corporal (25).

El hipotálamo considerado un órgano endocrino ya que controla diversas funciones vitales es esencial para la vida a pesar de ser muy pequeño y tener la forma de un guisante contiene una diversidad de neuronas está compuesto por estructuras que les denomina núcleo y cada una posee una función específica y son los siguientes.

El Núcleo Arcuato tiene la función emocional del hipotálamo y libera la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). El Núcleo Hipotalámico anterior se encarga de la pérdida de calor mediante la sudoración, mientras que el Núcleo Hipotalámico posterior mantiene el calor al sentir frío. Los Núcleos Laterales regulan la sensación de hambre y sed; el Núcleo Mamilar está vinculado a la memoria a través de conexiones con el hipocampo. El

Núcleo Paraventricular controla la secreción de la hipófisis sintetizando hormonas como oxitocina, vasopresina y hormona liberadora de hormona adrenocorticotropa. El Núcleo Preóptico está involucrado en funciones parasimpáticas relacionadas con la alimentación, locomoción y apareamiento. El Núcleo Supraóptico regula la presión arterial y el equilibrio homeostático mediante la hormona antidiurética. El Núcleo Supraquiasmático controla el ciclo circadiano, el Núcleo Ventromedial está asociado a comportamientos agresivos y defensivos, y el Núcleo Dorsomedial regula la sensación de saciedad (26).

2.2.2.2. Receptores de temperatura

La piel está dotada de receptores de calor y de frío. La presencia de receptores de frío son en mayor número que los de calor, 10 veces más en muchas zonas de la piel. Siendo la detección de temperatura fresca y fría mayor que la cálida. Cuando se enfría la piel de todo el cuerpo, se invocan reflejos naturales e inmediatos para incrementar la temperatura del cuerpo de varias formas tales como: Proporcionar un fuerte estímulo para provocar temblor, con el consiguiente incremento de la producción de calor de modo natural. Se inhibe el proceso de sudoración si éste se produce, como reacción natural. Favorece la vasoconstricción cutánea para reducir la transferencia de calor corporal a la piel (25).

2.2.2.3. Receptores corporales profundos

Se localizan sobre todo en la médula espinal, en las vísceras abdominales y en o alrededor de las venas grandes, los que tienen un mecanismo de acción diferente al de los receptores cutáneos porque su exposición es la temperatura corporal central y no a la temperatura periférica (25).

2.2.2.4. Punto de ajuste: importancia de la temperatura hipotalámica

Considerando que la temperatura corporal normal es de $37,1^{\circ}\text{C}$ pueden ocurrir cambios radicales tanto en la producción como en la pérdida de calor. Si se tienen valores superiores de temperatura, la pérdida de calor es mayor que su producción, de forma que la temperatura corporal disminuye y vuelve a aproximarse al nivel de $37,1^{\circ}\text{C}$. Con temperaturas por debajo de este nivel, la producción de calor es mayor que su pérdida, de manera que ahora la

temperatura corporal aumenta y de nuevo se aproxima al nivel de $37,1^{\circ}\text{C}$. a este nivel importante de temperatura se le denomina “punto de ajuste” del mecanismo de control de la temperatura. Porque todos los mecanismos de control de la temperatura intentan permanentemente llevar o mantener la temperatura corporal de nuevo a su nivel de punto de ajuste (25).

2.2.2.5. Influencia de la temperatura cutánea

Se establece por medio del grado de actividad de los receptores de la temperatura corporal en el área preóptica hipotalámica anterior, en el recién nacido el control de la temperatura es similar a la del adulto, aunque difiere en algunos aspectos principalmente en la presencia de receptores cutáneos y profundos permitiendo cambios de temperatura tanto en la piel como en el interior del organismo, ambos tipos de receptores envían señales al hipotálamo donde se ubica el termostato corporal. La temperatura corporal en el prematuro no se mantiene estable, sino que cambia durante las 24 horas del día, en estos niños no se inicia antes de la segunda, o tercera semana de vida, estableciéndose hacia el tercer mes, a diferencia que en el recién nacido normal está presente desde el primer día de vida, alcanzando su pico máximo a las 18 horas (27).

2.2.2.6. Reacción a cambios térmicos

2.2.2.6.1. Mecanismos de control

El control de la temperatura corporal tiene un mecanismo muy importante y es el control conductual de la temperatura. Se manifiesta cuando la temperatura interna se eleva demasiado, aparecen señales del área de control de la temperatura corporal que dan a la persona una sensación psíquica de encontrarse excesivamente caliente; por lo tanto, la persona realiza acciones como retirarse ropa de abrigo. Por el contrario, siempre que el cuerpo se enfríe demasiado, percibe señales procedentes de la piel y probablemente de receptores profundos, los que desencadenan una sensación de frío incómodo. Razón por la que la persona decide realizar algunos ajustes que tiene a su alcance según le permita su comodidad, como es el incrementar las cobijas o ubicarse en ambiente caliente (25).

2.2.2.6.2. Control automático

Las neuronas del hipotálamo anterior agudizan la sensación térmica por lo que se les denominan termo sensibles encontrándose condicionadas a las variaciones de la temperatura de la sangre que las riega; ante la temperatura de 37°C cesa la termogénesis o producción de calor y comienza la termólisis o la pérdida del calor del organismo, y así el hipotálamo funciona como termostato, al incremento de la temperatura se observan los mecanismos termo líticos que incluyen: la motivación inmediata se dirige hacia las reacciones de los nervios vasodilatadores de los plexos venosos de la piel y la inhibición de los centros simpáticos del hipotálamo posterior suprime el tono vasoconstrictor del territorio vascular periférico, la actividad muscular y la liberación de catecolaminas. Además, se promueve el dinamismo del funcionamiento de las glándulas sudoríparas. Por otro lado, al disminuir la temperatura, se intensifica la termogénesis y los mecanismos que conservan el calor, resultando en escalofríos por liberación de catecolaminas y hiperfunción tiroidea, así como vasoconstricción de la red vascular periférica, pilo erección e hiposudoración hasta su detención. Estas son respuestas a estímulos de variación térmica (25).

2.2.2.6.3. Bases biofísicas de la termorregulación

La temperatura se relaciona con la cantidad de calor y por lo tanto con la cantidad de energía. Una caloría como unidad de medida térmica es la cantidad de calor necesaria para elevar 1 grado centígrado la temperatura de 1 gramo de agua. Luego la termorregulación es mantener temperatura corporal estable y adecuada por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor. Los animales homeotermos tienen la capacidad mantener la temperatura corporal relativamente constante de la temperatura ambiental, a diferencia de los poiquilotermos, cuya temperatura corporal depende de la temperatura ambiental, ejemplo los anfibios, reptiles y peces (28).

Una de las características de los animales más desarrollados es el mantener la estabilidad del calor en el medio interno y para mantener la estabilidad

de la temperatura corporal tiene que existir equilibrio entre la producción y la pérdida de calor; con este fin existe un sistema termorregulador, compuestos por sensores de calor ubicados en diversas partes de la piel, las mucosas y regiones profundas del cuerpo, los que envían información sobre el estado térmico a un centro procesador central que se encuentra en el Hipotálamo y que elabora la información poniendo en marcha inmediatamente los mecanismos que regulan la producción y pérdida de calor (25).

2.2.2.6.4. Termogénesis en el Recién Nacido

En el transcurso de la vida intrauterina, el feto vive en un ambiente de estabilidad térmica, se encuentra rodeado de líquido amniótico, el calor producido por el metabolismo basal es disipado por el torrente circulatorio en la placenta, el feto mantiene una temperatura de 0.5°C más alta que la de la madre. El sistema termorregulador no es requerido en esta etapa ya que el feto no está sometido a mayores variaciones de temperatura; al ser dependiente de la temperatura de la madre, cuando esta tiene alza térmica, paralelamente sube la temperatura del feto. En el momento del nacimiento es cuando el ser humano se enfrenta por primera vez a un ambiente frío y tiene que poner en marcha su propio sistema termorregulador (25).

Los recién nacidos, en especial aquellos con bajo peso al nacer, son similares a los animales poiquiloterms, cuyo control de temperatura dependerá de los cuidados que le proporcionen. Si no tienen capacidad de generar calor, estos recién nacidos pueden morir por bajas temperaturas corporales. La termogénesis no temblorosa es el método principal de producción de calor para el niño de hasta un año, sin embargo, los bebés con bajo peso al nacer tienen poca o ninguna habilidad para generar calor a través de la termogénesis no temblorosa debido a la inmadurez del sistema termorregulador (28).

2.2.3. Mecanismos de pérdida de calor de los Recién Nacidos

La pérdida de calor es un fenómeno físico que determina un gradiente de temperatura entre el cuerpo del recién nacido y los elementos que lo rodean. La pérdida de calor tiene dos etapas:

- Desde el interior del cuerpo hacia la superficie (gradiente interno).
- Desde la superficie cutánea hacia el ambiente (gradiente externo) (29).

Son mecanismos compensadores los que participan para modificar el gradiente interno cuando este se altera, mientras que el gradiente externo únicamente está relacionado con el fenómeno físico de intercambio de temperatura entre la piel y los elementos que lo rodean. La pérdida de calor en el recién nacido es mucho mayor que en el adulto, por la gran proporción entre el volumen corporal y el área de superficie y por tener menos grasa subcutánea, con la cual no logra un aislamiento eficaz. Existen cuatro mecanismos físicos de pérdida del calor: evaporación, conducción, convección y radiación (29).

2.2.3.1. Evaporación

La pérdida de calor por evaporación se da al transformarse el agua en vapor, es un hecho frecuente en el neonato y ocurre especialmente en los minutos posteriores al nacimiento, ya que, al estar mojado por el líquido amniótico, la principal pérdida se hace por la evaporación de este, es una pérdida insensible que se da por la piel, la respiración o sudor. Por eso, es necesario secar al niño inmediatamente después de nacer. La evaporación a través de la respiración puede ser de poca importancia en el recién nacido sano, pero es trascendente en el prematuro. Para prevenir esta pérdida se debe administrar oxígeno húmedo y caliente, aproximadamente a 35- 36° C (29,3).

2.2.3.2. Conducción

La pérdida de calor por conducción es la transferencia de calor entre dos objetos sólidos, esta pérdida es por contacto en superficie con temperatura menor al recién nacido como es el contacto con paños fríos, mesa fría, balanza fría. Para evitarlo es necesario que el recién nacido sea colocado sobre una superficie cuya temperatura sea similar a la corporal o con un gradiente no mayor de 1,5 a 2 o C. Este concepto deberá ser tenido en cuenta en la recepción al nacer, cuando se realiza el examen físico del recién nacido encima de una camilla y en la práctica de algún procedimiento canalización, cirugía, etc (29,3).

2.2.3.3. Convección

Es la transferencia de calor por las corrientes de aire producidas alrededor del recién nacido, quien está expuesto al aire fresco del entorno, como son las puertas abiertas o que se mueven, ventanas o ventiladores. En la sala donde se reciben a los recién nacidos que están colocados en servo cunas, principalmente los prematuros muy pequeños, se pueden producir pérdidas importantes por convección. Asimismo, el prematuro que está desnudo en la incubadora también pierde calor por convección, porque el flujo de aire que entra en contacto con su piel tiene una temperatura inferior a la de ella. Al llegar este aire frío sobre la piel lentifica su velocidad y forma una capa milimétrica, denominada “capa límite”, que se calienta y humedece con el calor y la humedad de la piel y produce entonces una pérdida de calor y al mismo tiempo una pérdida insensible de agua, que en el prematuro pequeño está notablemente aumentada en relación con el recién nacido de término (29,3).

2.2.3.4. Radiación

Es la pérdida de calor por medio de las ondas infrarrojas desde la piel caliente al medio ambiente, sin contacto directo con ellas, se da por la cercanía de superficies más frías como son las paredes de cerámica, mesas metálicas, ventanas, y otros cercanos al recién nacido. Es probable que sea el mecanismo más importante por el cual un recién nacido pierde calor, en especial cuando está sin ropa en la mesa de examen, en la recepción al nacer, al practicar el examen clínico y, asimismo, en los neonatos colocados en incubadora si la pared externa irradia hacia un elemento frío. En este caso, el niño se enfriará por irradiar calor desde su cuerpo a la pared de la incubadora (29,3).

2.2.4. Hipotermia: conceptos y clasificación

La hipotermia se define como la temperatura inferior a 36 °C, es la alteración térmica más frecuente en neonatología, principalmente en neonatos con poco peso al nacer. Con frecuencia, las situaciones de mayor riesgo son: en la sala de partos y en el lugar de recepción, y en el transporte dentro de una misma institución o de un centro a otro, o cuando los recién nacidos son transportados para la realización de procedimientos especiales (radiografías, colocación de venoclisis, punción lumbar, cirugía, el baño dentro las primeras 24 horas, etc.) o durante el procedimiento en sí (3).

Según Ceriani, la asfixia y la administración de fármacos a la madre a veces favorecen la instalación de hipotermia, principalmente por alteración de los mecanismos normales de regulación térmica. La hipotermia neonatal, definida como una temperatura axilar inferior a 36,5 °C, se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad neonatal (29).

Los países con alta mortalidad neonatal las tasas de hipotermia son altas. La hipotermia contribuye principalmente a la mortalidad si los resultados de infecciones neonatales graves, parto prematuro y asfixia están presentes. Se estima que el 20% de las muertes por prematuridad y el 10% de las muertes de bebés a término podrían prevenirse mejorando la atención térmica (30).

Además, la hipotermia neonatal al trasladarse a otras áreas del cuerpo da como resultado hipoglucemia, acidosis metabólica, endurecimiento de la piel

(esclerema), infecciones, hemorragia pulmonar, deterioro de la función cardíaca, ictericia, un crecimiento y desarrollo reducidos (31).

Los recién nacidos no pueden mantener su temperatura corporal sin protección térmica, por ello son susceptibles a la hipotermia o a estrés por frío, debido a factores físicos, ambientales, principalmente a su escasa y deficiente capacidad para regular su temperatura corporal. Los factores físicos que predisponen a los recién nacidos a la hipotermia incluyen una gran proporción de superficie a volumen, piel fina y poca cantidad de grasa aislante. En el año 1907, Pierre Budín en la Maternidad de París fue el primero en destacar la importancia del ambiente térmico neonatal, al informar sobre la disminución de la mortalidad del 66% al 38% de recién nacidos prematuros luego de aplicar medidas de control térmico. Los factores ambientales que predisponen a los recién nacidos a la hipotermia incluyen malas prácticas térmicas alrededor del momento del nacimiento, como mantener al recién nacido alejado de la madre y bañarlo dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento, prácticas comunes en nuestro medio (3).

La Organización Mundial de la Salud recomienda aplicar el protocolo de la cadena de calor en recién nacido que es el siguiente:

- 1) Sala de parto cálida.
- 2) Un secado inmediato.
- 3) Contacto piel con piel
- 4) Lactancia materna temprana y exclusiva
- 5) Retraso del baño.
- 6) Ropa / ropa de cama adecuada
- 7) Mantener al bebé con la madre.
- 8) Transporte del recién nacido abrigado.
- 9) Reanimación con el recién nacido abrigado.
- 10) Formación / sensibilización sobre los peligros de la hipotermia.

Sin embargo, estas acciones a menudo son subóptimas en la mayoría de los establecimientos de salud y se ignoran con la suposición equivocada de que un

clima cálido garantiza la protección térmica a los recién nacidos. Los recién nacidos tienen mayor riesgo de hipotermia el primer día de vida y esto se debe principalmente a la evaporación del líquido amniótico y la capacidad limitada del recién nacido para generar calor (32).

2.2.4.1. Clasificación

Según Ceriani, la hipotermia se clasifica de la siguiente manera:

- < de 35,5 - Hipotermia severa.
- 35,5 - 35,9 Hipotermia moderada.
- 36 - 36,4 Hipotermia leve.

Al exponerse al frío el recién nacido pretérmino reduce su temperatura cutánea 0,3° C/ min. En 7 minutos la temperatura de 37°C puede bajar a 35 C (29).

2.2.4.1.1. Signos de hipotermia en el Recién Nacido

Según Ceriani, son los siguientes:

- Extremidades y Tórax fríos.
- Intolerancia alimentaria (residuos, distensión abdominal, vómitos, dificultad para succión y deglución).
- Letargia, hiporeflexia, llanto débil.
- Bradicardia, hipertensión arterial.
- Palidez, cianosis, piel veteada.
- Edema.
- Respiración irregular, quejido respiratorio, apnea.
- Mínima respuesta a estímulos.
- Irritabilidad, disminución de peso o aumento muy lento (29).

2.2.4.2. Consecuencias de la hipotermia

2.2.4.2.1. Cardiovasculares

- En hipotermia leve: taquicardia, aumento del gasto cardiaco y de la presión arterial media.
- Vasoconstricción periférica.
- En la hipotermia intensa: bradicardia, intervalo QT prolongado, fibrilación auricular, paro cardiaco (33).

2.2.4.2.2. Respiratorias

- En la hipotermia leve: taquipnea.
- En la hipotermia intensa: bradipnea y disminución del volumen corriente.
- Desviación a la izquierda de la curva de disociación de la oxihemoglobina dando como resultado disminución de la descarga de oxígeno a los tejidos periféricos.
- Acidosis respiratoria (33).

2.2.4.2.3. Sistema Nervioso Central

- Disminución del flujo sanguíneo cerebral y de la velocidad de conducción nerviosa. Las manifestaciones comprenden debilidad, ausencia de reflejo pupilar a la luz y reflejos tendinosos profundos (33).

2.2.4.2.4. Renales

- En la hipotermia leve: poliuria.
- En la hipotermia intensa: aparición de azoemia, oliguria y necrosis tubular aguda (33).

2.2.4.2.5. Hematológicas

- Hemoconcentración con aumento de la viscosidad sanguínea, trombocitopenia y leucopenia.
- Compromiso de la función inmunológica predisponiendo a los

pacientes a la infección.

- Coagulación intravascular diseminada, por insuficiencia circulatoria (25,34).

2.2.5. Hipertermia en el Recién Nacido

La hipertermia en los recién nacidos suele ocurrir con mucha menor frecuencia de lo que ocurre la hipotermia, sin embargo, puede presentarse tanto en recién nacidos a término como en los prematuros. Se produce cuando la temperatura central es mayor de 37.5 grados centígrados (25).

La hipertermia se puede presentar cuando fallan los mecanismos compensatorios ante el exceso de temperatura. En estos casos los recién nacidos también tienen una regulación deficiente cuando son expuestos a temperaturas elevadas, por lo cual con frecuencia presenta una temperatura superior a 37,4 °C. La sudoración, se produce comúnmente en el ser humano y puede ser factible en recién nacidos a término y/o post término, posteriormente es común posterior al período neonatal inmediato y no es un mecanismo tan eficaz como en el niño más grande y en el adulto. Las modificaciones en el flujo sanguíneo cutáneo (vasodilatación) y el aumento de la frecuencia respiratoria pueden, en ciertos casos, ayudar a regular la temperatura dentro de los límites fisiológicos (33).

En cuanto a la etiología de la hipertermia Ciriani, refiere que se puede deber a los siguientes factores:

- Ambientales: sobrecalentamiento, exceso de ropa, incubadoras irradiadas por el sol, fototerapia.
- Infección.
- Deshidratación.
- Alteración de mecanismos centrales de regulación térmica asociados a trauma cerebral, malformación congénita (29).

2.2.5.1. Sintomatología

Asociada a la hipertermia se puede presentar irritabilidad, polipnea, taquicardia, rubicundez, puede llevar a shock por la vasodilatación marcada, estupor, así mismo la respiración puede hacerse periódica, apnea, convulsiones, coma y daño cerebral. Estos eventos no deben presentarse si el niño se encuentra en incubadora o cuna radiante ya que están provistos de sistemas de control, que activan alarmas cuando la temperatura del recién nacido es mayor a la normal o cuando por algún motivo se produce alteración de la temperatura controlada de las incubadoras o cunas (29).

2.2.5.2. Consecuencias

Las consecuencias que acarrear la hipertermia en los recién nacidos son:

- Aumento en los requerimientos de O₂ y Glucosa.
- Aumento del gasto Cardíaco.
- Agrava cuadros respiratorios.
- Provoca alteraciones metabólicas.
- El aumento de temperatura en el recién nacido pretérmino aumenta el riesgo de hemorragia intracraneal (29).

2.2.6. Intervención de enfermería en la termorregulación

Según Menezes y Cols., las principales medidas que los enfermeros deben realizar para preservar la termorregulación de los recién nacidos son:

- En la sala de partos o en el centro quirúrgico cuando el nacimiento ocurre por cesárea se realizará el control térmico.
- Preparar y encender la cuna térmica o calor radiante (si no está encendido) y ponerlo a la potencia máxima. (Radiación).
- Encender el colchón del calor radiante a 37°C (Conducción).
- Calentar toda la ropa que vaya a entrar en contacto con él bebé (Conducción).
- Evitar puertas abiertas que produzcan corrientes de aire (Convección).
- Vigilar y mantener la temperatura ambiental recomendada es de 24°C - 26°C.

- Cubrir la cabeza del recién nacido con un campo primero y posteriormente con un gorro de material aislante adecuado.
- Utilizar en la sala de partos oxígeno húmedo y caliente para evitar las pérdidas de calor. (Convección, Evaporación).
- Levantar las paredes laterales de la cuna térmica (Convección) o cubiertas protectoras de plástico (Evaporación, Convección) mientras están en la cuna de calor radiante si se va a demorar el tiempo de traslado.
- Confirmar y mantener la temperatura de la incubadora (adecuada al niño, a su edad y su situación).
- Situar la temperatura en rangos de termo neutralidad (29).
- Si el recién nacido se encuentra en su “nido” o vestido se procederá a desvestirlo o sacarlo del nidito.
- Aumentar las pérdidas de calor por convección (se deberá abrir alguna de las puertas de la incubadora).
- Vigilar el descenso de temperatura cada 15-30 min. por el riesgo de llevarle a hipotermia.
- Abrir la incubadora y activar la cortina de aire caliente si se abre el panel frontal y no solo las ventanas para introducir las manos.
- Facilitar el paso de la etapa de sueño hacia la de vigilia con estímulos táctiles suaves.
- No despertarlo bruscamente, se le debe hablar suavemente antes de iniciar alguna intervención.
- Las manipulaciones se realizarán entre dos profesionales (1 enfermera y 1 auxiliar o 2 enfermeras), una en contacto directo y la otra de apoyo o en contacto directo según sea preciso
- La duración de los procedimientos debe limitarse a un máximo de 15 minutos, si éste no puede completarse en dicho lapso de tiempo debería dejar que el neonato descanse y luego otra persona debe intentar completarlo (25).
- Durante la realización de los procedimientos: observar si presenta signos de

estrés y detenerse si se manifiestan; dejar que transcurra tiempo entre los procedimientos para que el recién nacido prematuro se reorganice y se calme antes de tomar cualquier otra medida.

- Cuando el recién nacido es llevado al alojamiento conjunto a lado de su madre, siempre debe procurarse que el traslado se realice de forma rápida y con el abrigo adecuado.
- Cuando se encuentra a lado de la madre, se le debe orientar a la misma para que mantenga al bebé abrigado y que supervise que no se encuentre transpirando, quizá por exceso de abrigo, porque esto conducirá a la pérdida de calor por evaporación (3).

2.3. Intervención de Enfermería en aplicación del Contacto Piel a Piel

La enfermera es el profesional responsable de la atención inmediata de los recién nacidos en el área materno-infantil, posee conocimientos y capacidades, aprecia y conoce sus habilidades e integra sus conocimientos académicos y personales para ejercer la enfermería. Asimismo, ser una enfermera (o) profesional implica cambiar y crecer en diversas etapas de la carrera, en ejercicio laboral se socializa y resocializa, mediante la experiencia educativa y ocupacional; adquiere conocimientos, creencias y habilidades, que al integrarse a las normas legales y morales caracterizan el servicio profesional competente y comprometido con su profesión. Las actividades de enfermería se relacionan con un diagnóstico de enfermería específico cumpliéndose según lo planificado y cobran importancia como miembro del equipo de salud, por medio de la consejería, la orientación a la familia respecto a los recién nacidos, su participación en la preparación para un procedimiento exitoso como es el contacto piel a piel, lo que contribuye a elevar el nivel de preparación psicológica y participativa principalmente de la madre para ejercer con responsabilidad el rol que le corresponde (35).

La atención inmediata neonatal brinda las condiciones apropiadas que permiten los cambios fisiológicos de la transición del ambiente intrauterino en el periodo inmediato al nacimiento, para prevenir posibles daños, identificar y resolver oportunamente las situaciones de emergencia que ponen en riesgo la vida y/o puedan generar complicaciones (36).

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, se establece que el contacto piel a piel, es un procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado; la intervención de enfermería durante este procedimiento, en primer lugar consiste en retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado, colocándolo sobre el vientre de la madre en contacto piel a piel por un tiempo no menor de 45 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a y se estimula la lactancia materna, fomentando el apego. En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional responsable de la atención del parto. El contacto piel a piel, debe ser realizado desde el inicio y en forma permanente por el equipo responsable de la atención neonatal conformado por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano, profesional de enfermería especialista en atención neonatal (1).

Alcántara, Chuquichaico y Chujutalli en su estudio mencionan que la aplicación del contacto piel a piel, se ve limitado por: el desconocimiento de sus beneficios y del procedimiento mismo, por la multiplicidad de funciones de la enfermera y la falta de apoyo del personal profesional de salud; quienes por falta de tiempo lo realizan en su mayoría solo por un periodo corto, entre 3 a 5 minutos, mientras dura el pinzamiento tardío del cordón umbilical, esto evidencia un incumplimiento de la normatividad vigente y una necesidad urgente de capacitación y sensibilización al equipo de salud que brinda la atención inmediata del recién nacido (36).

En el trabajo diario de la enfermera (o), la aplicación del contacto piel a piel, según Alcántara, Chuquichaico y Chujutalli se pone en marcha el protocolo que recomienda la Asociación Española de Pediatría la cual se realiza en dos fases: la preparación del ambiente y de los materiales, que consiste en precalentar los campos o paños a utilizar durante el contacto piel a piel, informar a la madre acerca de dicho procedimiento. Mantener una temperatura adecuada en la sala de partos, (26°C), disponer de campos, toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido, el parto es un acto íntimo que requiere un ambiente que favorezca la confianza, la tranquilidad y la privacidad de la mujer para todo ello existe una necesidad imperiosa de capacitación continua en los establecimientos de salud, para garantizar la aplicabilidad del contacto piel a piel, en óptimas condiciones. La

segunda fase que realiza la enfermera en la aplicación cotidiana del contacto piel a piel, es la realización misma de dicho procedimiento, el cual se ejecuta por un tiempo promedio de 10 minutos, a diferencia de lo que indica la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, donde establece un periodo de 45 minutos. Entre los cuidados que realiza la enfermera durante el procedimiento son: secado vigoroso, retiro de paños húmedos, abrigo con mantas precalentadas, acompañamiento y vigilancia mientras dura el contacto piel a piel, estimulación del inicio de la lactancia materna exclusiva (11).



2.4. Teoría de Enfermería de Ramona Mercer: Adopción del Rol Maternal

Entre las múltiples teorías del cuidado enfermero se encuentran las teorías intermedias, las cuales se centran en una dimensión que representa un modelo de cuidado y es por ello que para el presente estudio se consideró el modelo de adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer, la cual es aplicada al binomio madre e hijo, se orienta en la búsqueda de nuevos espacios en la práctica preprofesional rompiendo paradigmas en cuanto a cuidado enfermero, siendo el pilar de la labor de enfermería en todos los ámbitos y en el rol preponderante en el cuidado inmediato del recién nacido en el momento del parto (36).

El modelo de adopción del rol maternal propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol y principalmente cuando la madre es una adolescente. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica donde la mujer luego madre se va sintiendo vinculada a su hijo (11).

Adquiere funciones de responsabilidad y toma de decisiones que aún no están desarrolladas, esta teoría propone tres elementos con diferentes dimensiones: Microsistema (rol de madre, estimulación del bebé, bienestar, afecto, aceptación, preocupación y protección del bebé); Mesosistema (interacción con la pareja respecto al bebé, interacción con la familia respecto al bebé); y Macrosistema (cuidados del bebé, conocimiento y cultura relacionados con el bebé) (37).

2.4.1. El Microsistema

Denominado también rol materno, comprende el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer lo describe claramente como un proceso interactivo que va desde la concepción hasta el primer año de vida, donde se crea un vínculo afectivo por medio del cual la madre aprende las tareas del rol, presta cuidados, expresa placer y gratificación, en cuanto a la alimentación la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad, en base al desarrollo

físico y emocional del lactante, la madre reconoce como y cuando se alimenta, y queda demostrado con el estado de salud que manifiesta el niño (37).

2.4.2. El Mesosistema

Mercer se refiere a las características del niño quien presenta diferencias individuales o rasgos biológicos y de comportamiento propios del hijo, dentro de los cuales se encuentra el temperamento. Los que se encuentran desde el nacimiento identificados como activación afectiva incluyendo las evaluaciones de la excitabilidad, umbrales, latencia, intensidad, tiempo de subida y de recuperación. El temperamento del lactante puede afectar las prácticas maternas de alimentación, y tener un fuerte impacto en el aumento de peso temprano y rápido en los lactantes. La posibilidad de que los padres utilicen la alimentación con biberón o la introducción temprana de alimentos complementarios para calmar a un bebé demasiado cansado, irritable o como ayuda para dormir pueden ser parte de la explicación para las acciones que adopta la madre; la enfermera se encarga que la madre interactúe con su hijo al momento del cuidado que debe ser un cuidado diario lo cual permitirá el desarrollo maternal en base al rol que tiene con el hijo (38).

2.4.3. El Macrosistema

Agrupar, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden tener influencia en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño, todo ello influye en el cuidado del niño y dan origen al macrosistema donde se incluyen las influencias sociales, políticas y culturales sobre los anteriores sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal. El rol maternal según Mercer se adquiere cuando la madre pasa por diversos estadios que son (39).

2.4.3.1. Anticipación

Se inicia en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre poco a poco va asumiendo su rol, fantasea respecto a quién y cómo será su niño, establece una relación con el feto que está en el útero e inicia la adquisición del rol (39).

2.4.3.2. Formal

Se inicia con el nacimiento del niño, cuando la madre va asumiendo su rol y activa la respectiva conducta, la cual emplea expectativas formales influenciadas por el sistema social materno (39).

2.4.3.3. Informal

Tiene su inicio instintivamente la madre determina una forma propia del rol sin ningún tipo de influencia. La mujer determina que el nuevo rol que asume se adapte a sus condiciones de vida según vivencias y experiencias pasadas y dirigidas hacia un futuro con objetivos concretos (39).

2.4.3.4. Personal: o de identidad de rol

Se produce según la propia decisión de la mujer ella asume y se responsabiliza por el rol de madre que experimenta con sentimientos de armonía, confianza y seguridad en sí misma logrando el rol maternal (39).

El postulado de Mercer es más amplio que la del mero concepto de “Madre tradicional”, esta teoría da mucha importancia de los factores que influyen en la adopción del rol maternal como la edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre- hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde este ejerce un rol fundamental desde diversos campos que incluyen las diversas etapas de la vida del ser humano (40).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

- **Menezes W, de Oliveira M, da Silva V, Gutiérrez R.** en su estudio: Precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería termorregulación ineficaz en recién nacidos. España, 2020, evaluó a 216 recién nacidos. Concluye que: En los recién nacidos es característico la fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo de los parámetros normales, para lo cual se requieren intervenciones de enfermería dirigidas a evitar las complicaciones como la hipoglicemia y convulsiones neonatales (32).
- **García May P K, Coronado Zarco I A, Valencia Contreras C, Núñez J C.** realizaron el estudio: Contacto piel a piel al nacer. En Ciudad de México 2018. Se estudiaron a 1486 RN. El contacto piel a piel favorece la lactancia materna (99.2%) logrando que su primer alimento sea leche materna, disminuyendo el uso de sucedáneos. Concluyeron: Que el contacto piel a piel es la mejor oportunidad para el inicio de una lactancia materna. La separación de las madres con sus hijos al nacer se ha convertido en una práctica habitual en las salas de parto y quirófano por rutinas hospitalarias, colocando al recién nacido en una cuna de calor radiante, iniciando la lactancia materna después de la hora de vida (41).
- **García K, Reis A, Braga E, Trugilho F. Paiva E, Cristiano M.** en su estudio: Estrategia de intervención para la prevención de la hipotermia neonatal. Brasil, 2019, incluyó 317 recién nacidos: Conclusión: una estrategia eficaz para prevenir la hipotermia neonatal es favorecer el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento por un tiempo de entre 45 a 60 minutos (42).

3.2. Nacionales

- **Anchapuri Catacora Y, Limache Vargas M.** en su estudio: Satisfacción del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en madres puérperas del Hospital Hipólito Unánue de Tacna - 2019. Tacna, 2019, incluyó 174 madres. Conclusión: el 92% de madres se sintió satisfecha con el contacto piel a piel encontrando relación significativa entre la satisfacción del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna (43).
- **Roque Sumari J.,** en su estudio: Características del contacto precoz piel a piel madre neonato en recién nacidos a término del Hospital Carlos Monge Medrano. Puno, 2019, incluyó 63 neonatos. Conclusión: el contacto piel a piel madre-neonato en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, es de tipo precoz y no adecuado, donde la mayoría de los neonatos desarrolla hipotermia leve, con beneficio solo en la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno (4).
- **Vásquez Vásquez M A.** Características del contacto piel a piel de la madre y su recién nacido a término en el Hospital de Ventanilla, 2019, Lima 2019. Estudió a 50 madres. Conclusión: Dando respuesta al objetivo general, las características del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término, fueron: inmediato, el recién nacido y el pecho materno si estaban desnudos durante este contacto, pero este procedimiento duro menos de 45 minutos (44).

3.3. Locales

- **Urday Aramayo J.,** en su estudio: Estado nutricional fetal, contacto temprano piel a piel y su asociación con la conducta alimentaria en el recién nacido en el Hospital Goyeneche, 2014-2015. Arequipa 2015, incluyó 73 diadas madre-recién nacido. Conclusión: en recién nacidos nutridos fetales se encontró asociación del contacto piel a piel con su conducta alimentaria, estado de conciencia a las cuatro horas, reflejo de búsqueda a las dos horas y con el reflejo de succión a las dos horas, mientras que en los desnutridos fetales el contacto piel a piel solo tiene influencia significativa a las dos horas con el reflejo de succión. Existió diferencia estadística en la conducta alimentaria entre los recién nacidos con crecimiento intrauterino asimétrico y simétrico en el estado de conciencia a las 12 horas (45).

- **Neuenschwander Medina P I, Yupanqui Ancalla, L M.,** en su estudio: Nivel de conocimientos del Método Mamá Canguro en Enfermeras del Servicio de Neonatología, en Hospitales MINSA Honorio Delgado y Goyeneche, Arequipa-Perú– 2019, (Arequipa 2019), incluyeron 46 enfermeras. Conclusiones: El nivel de conocimientos global, sobre el método Mamá canguro, es de nivel medio en 67.40% (46).
- **Apaza Quispe V G.** En su estudio: Influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2018. Arequipa 2019, incluyó en su estudio a 252 madres y recién nacidos. Conclusiones: La mayoría de los recién nacidos con 71.8% presentaron pérdida de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica. Solo el alojamiento conjunto inmediato se relacionó con menor pérdida de peso patológica (47).

4. OBJETIVOS

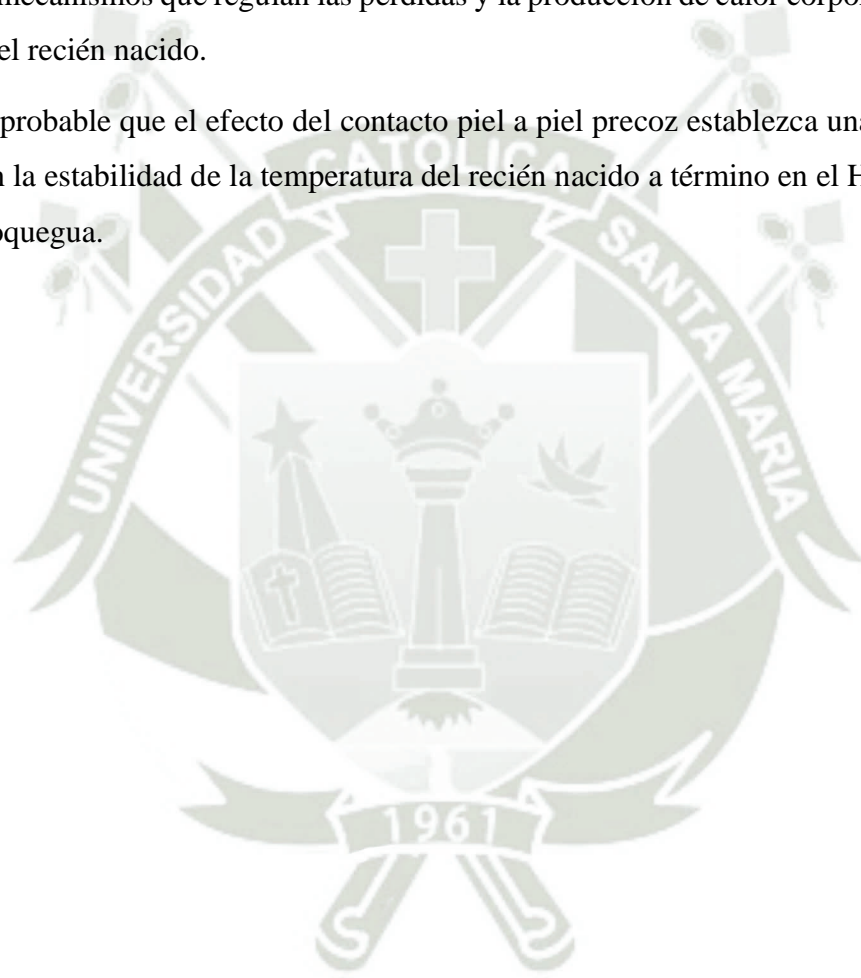
- Establecer el tiempo y la duración de inicio del contacto piel a piel en los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua.
- Evaluar la estabilidad de la temperatura al minuto 0, a los 20, 45 y 60 minutos del contacto piel a piel en los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua.
- Determinar el efecto del contacto piel a piel en la estabilidad de la temperatura de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional Moquegua.



5. HIPÓTESIS

Dado que el contacto precoz piel con piel se efectúa en el periodo de tiempo inmediatamente posterior al parto en que la madre y el recién nacido permanecen desnudos, en íntimo contacto entre sus cuerpos promoviendo tanto el apego, como la lactancia materna principalmente y la estabilidad de la temperatura se logra por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor corporal muy sensibles en el recién nacido.

Es probable que el efecto del contacto piel a piel precoz establezca una relación directa con la estabilidad de la temperatura del recién nacido a término en el Hospital Regional Moquegua.





1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

Para las variables independiente y dependiente se aplicó la técnica de la observación clínica directa, que consistió en observar el comportamiento de las variables, tomar información y registrarla para su posterior análisis estadístico (48).

1.2. Instrumento

Para las variables independiente y dependiente se aplicó como instrumento la Guía de Observación, la misma que fue realizada por la investigadora en base a las variables de estudio. Este instrumento consta de dos partes, en la primera se registrarán los datos referidos al protocolo de aplicación del contacto piel a piel. La segunda parte del instrumento contiene los ítems referidos a la evaluación de la temperatura corporal del recién nacido y las alteraciones en la estabilidad de la temperatura. Basada en la Norma Técnica del Ministerio de Salud y en los protocolos de evaluación de la temperatura corporal de los recién nacidos. Para establecer la confiabilidad del instrumento, este fue sometido a prueba de expertos Anexo N° 3 (1).

1.2.1. Confiabilidad del instrumento

Se efectuó en la investigación con el método de alfa de Cronbach para las variables de contacto piel a piel y estabilidad de la temperatura del recién nacido.

Tabla 1

Alfa de Cronbach Estabilidad de la temperatura del recién nacido: estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,7	5

En la variable de estabilidad de la temperatura del recién nacido que integra los 5 ítems se encontró su Alfa de Cronbach de 0.7 y que es ubicado dentro de una fiabilidad aceptable para el instrumento.

Tabla 2

Tabla Alfa de Cronbach Contacto Piel a Piel, estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,8	2

En el cálculo de la variable de contacto piel a piel su fiabilidad con el método de Alfa de Cronbach fue de 0.8 que supera el valor mínimo.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Moquegua, cuya dirección es Avenida Simón Bolívar S/N, en el Departamento y Región Moquegua (1).

2.2. Ubicación Temporal

El presente es un estudio coyuntural, realizado durante los meses de mayo 2022 hasta agosto de 2023.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por las madres y los recién nacidos del Servicio de Neonatología del Hospital de Moquegua.

2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por 50 madres y 50 recién nacidos a término nacidos en el Hospital Regional Moquegua, según criterios de inclusión y exclusión:

2.3.1.1. Criterios de inclusión de la madre:

- Madres con parto eutócico.
- Madre con parto distócico
- Madres que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado.
- Madres sin patología que comprometa su estado de salud.

Del recién nacido:

- Recién nacido a término, con peso igual o mayor a 2500 gramos, de ambos sexos.
- Recién nacido con APGAR de 7 al minuto , 8 o 9 a los cinco minutos.
- Recién nacido sin malformaciones congénitas que comprometan su salud.

2.3.1.2. Criterios de exclusión de las madres:

- Madres con complicaciones en el momento anterior al parto o durante el mismo: (hemorragia, infección, enfermedad hipertensiva del embarazo).
- Madres positivas a COVID – 19.
- Madres que no firmen el consentimiento informado.

De los recién nacidos:

- Recién nacidos pretérmino
- Recién nacidos que presentan complicaciones postparto (sufrimiento fetal, patologías genéticas, entre otras).
- Recién nacidos que requieran maniobras de reanimación.
- Recién nacidos de madres COVID positivas.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**3.1. Organización**

Se aprobó el Proyecto de Tesis y se solicitó autorización en la Dirección del Hospital. Se realizaron coordinaciones con el médico y la Enfermera jefa del Servicio de Neonatología del hospital para poder aplicar los instrumentos. Luego, se identificaron las unidades de estudio, explicando el propósito del estudio a las madres antes del parto y obteniendo su firma en el consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó el protocolo del contacto piel a piel a las madres y recién nacidos del grupo de casos, consistiendo en varios pasos.

1. Fue importante mantener estable la temperatura de la sala de partos (24° C a 26 ° C) y preservar la intimidad, para lo cual, las puertas se mantuvieron cerradas, se evitó en lo posible el tránsito de personas y redujo al mínimo

el personal necesario.

2. Se retiró el camisón de la gestante antes del nacimiento, dejando libres el abdomen y el pecho.
3. Luego de que el médico neonatólogo o pediatra brindaron la atención inmediata al recién nacido, se colocó al niño con la piel sobre el abdomen materno, en decúbito prono.
4. Se le observó y secó muy bien con un paño caliente, evitando secar las manos.
5. No se presentaron signos de distrés respiratorio, depresión neonatal, o cualquier otra complicación que precise reanimación, no se interrumpió de forma inmediata el contacto piel a piel ni fue necesario llevar al recién nacido a la cuna térmica para su atención inmediata.
6. Al terminar el tiempo de duración del contacto piel, que fue de 60 minutos se cambió el paño inicial por uno seco y caliente, se le puso gorro, pañal, y se cubrió, con una manta o toalla al recién nacido.
7. Se realizaron los siguientes procedimientos al recién nacido sobre el abdomen materno:
 - Administración de profilaxis oftálmica.
 - Identificación del recién nacido.
 - Colocación pinza de cordón identificativa.
 - Colocación de pulseras identificativas, al recién nacido en miembro inferior y a la madre en miembro superior.
 - Impresión de huellas dactilares en hoja identificativa según instrucciones en la misma (1).
8. Se ofreció y aconsejó a la madre la posibilidad de continuar con el contacto piel a piel en el puerperio inmediato explicándole en forma clara los beneficios de esta técnica y que es necesario que ella observe la actividad, color y la permeabilidad de la nariz del recién nacido, y de avisar al personal de salud en caso de apreciación de signos de alarma.
9. La madre estuvo acompañada en todo momento por la investigadora, quien estuvo alerta a los signos de alarma u otras situaciones como cansancio de la

madre, dolor, sangrado, etc.

10. Luego de ello se trasladó a la madre a su cama con el recién nacido sobre el abdomen para no romper el contacto piel a piel.
11. Se colocó a la madre en decúbito supino con el recién nacido sobre su abdomen en decúbito prono, elevando el respaldo de la cama entre 15 y 65°.
12. Luego de colocar al recién nacido en el contacto piel a piel, se le evaluó la temperatura corporal al minuto 0, a los 20, 45 y 60 minutos de acuerdo a los protocolos aplicados en el Servicio.
13. Se observó si en algún momento del procedimiento, la temperatura del recién nacido bajó más de un grado centígrado.
14. Elaboración del informe final.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

La investigadora: Chaña Concha Ursula Rosario.

Asesora: Dra. Cardeña Valverde Mirta.

3.2.2. Institucionales:

Hospital Regional Moquegua. Universidad Católica de Santa María.

3.2.3. Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, termómetro para los recién nacidos, computadora, insumos de computadora, material de escritorio, cámara fotográfica.

3.2.4. Financieros:

El estudio será solventado con recursos propios.

3.3. Criterios para el manejo de resultados

Luego de concluida la etapa de recolección de datos, se realizó una matriz de sistematización en el Programa Excel v. 10.0. Luego se efectuó el análisis estadístico con el Programa SPSS v. 21.0, con lo cual se obtuvieron los resultados, los mismos que se presentan en tablas y gráficos, por medio de frecuencias y porcentajes. Para establecer la significancia de los resultados se aplicará la Prueba T de Student considerando significativos los valores de probabilidad $< 0,05$ (48).





CAPÍTULO III RESULTADOS

Características Maternas**Tabla N° 1****Edades de las Madres de los Recién Nacidos**

Edad	N°	%
Menor a 20	4	8
20 a 30 años	30	60
31 a 40 años	15	30
41 a más	1	2
Total	50	100

En la tabla se observa la edad de las madres de los recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Moquegua, donde el 60% tienen edades de 20 a 30 años, 30% de 31 a 40 años, 8% son menores de 20 años y 2% de 41 a más años.

Deduciendo así que más de la mitad de las madres de los recién nacidos en estudio tienen edades de 20 a 30 años.

Gráfico N° 1
Edades de las Madres de los Recién Nacidos

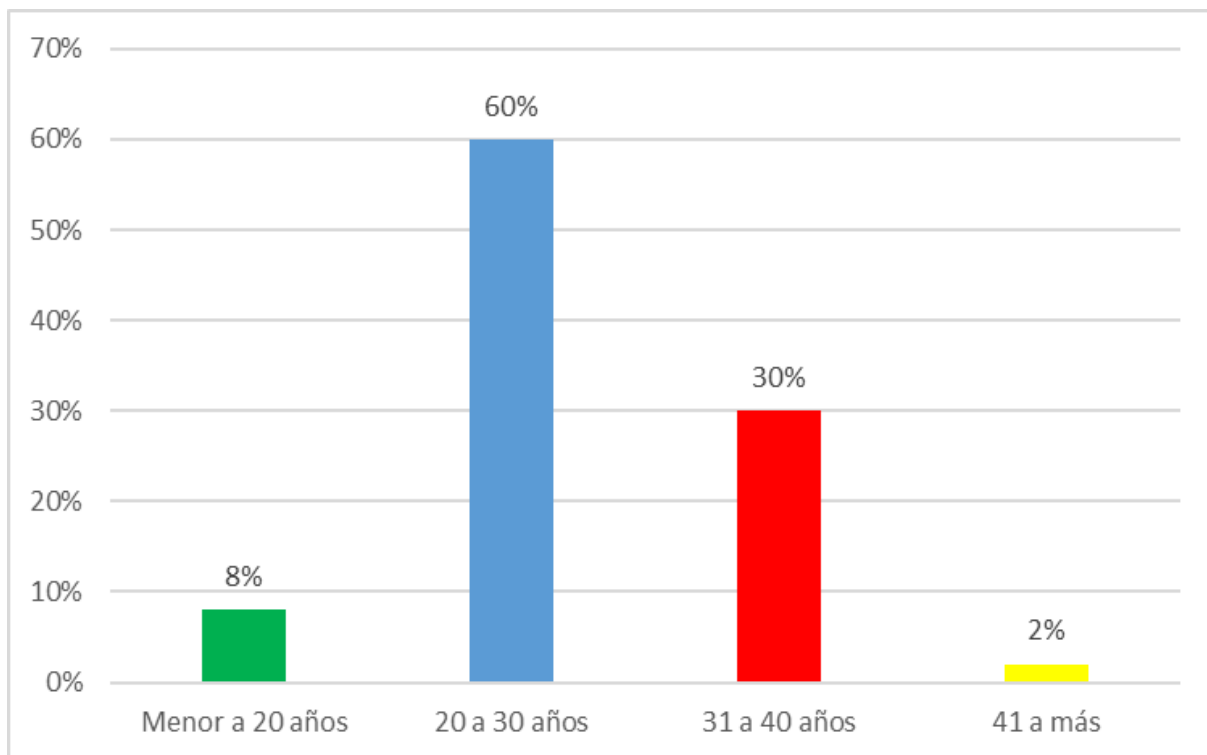


Tabla N° 2
Semanas de Gestación de los Recién Nacidos

Semana de gestación	N°	%
37 a 39	29	58
40 a 41	21	42
Total	50	100

En la tabla se presenta las semanas de gestación de las madres de los recién nacidos del servicio de Neonatología del Hospital Regional de Moquegua, en los resultados del estudio son 58% de 37 a 39 semanas de gestación, mientras que 42% de 40 a 41 semanas.

Deduciendo así que la totalidad de los recién nacidos del Servicio de Neonatología de Hospital Regional Moquegua son a término nacidos de 37 a 41 semanas de gestación según la Academia Americana de Pediatría (49).

Gráfico N° 2
Semanas de Gestación de los Recién Nacidos

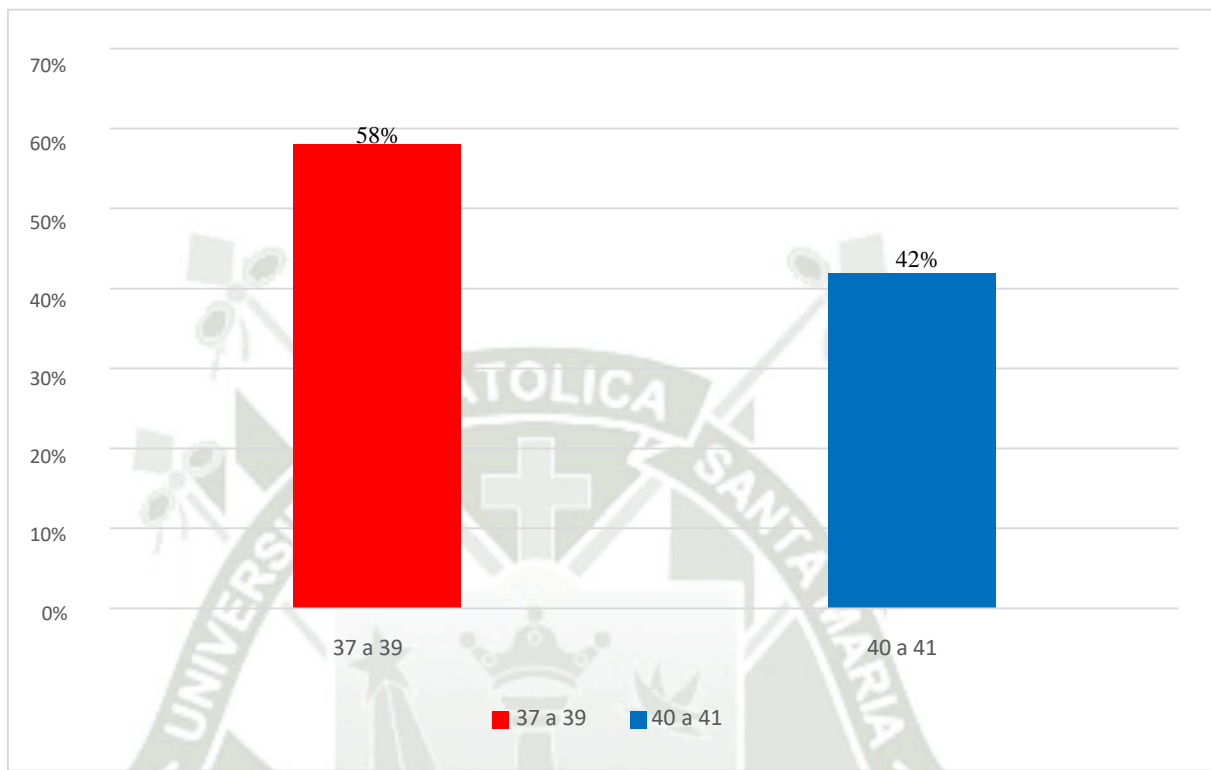


Tabla N° 3

Número de Hijos Vivos de las Madres de los Recién Nacidos

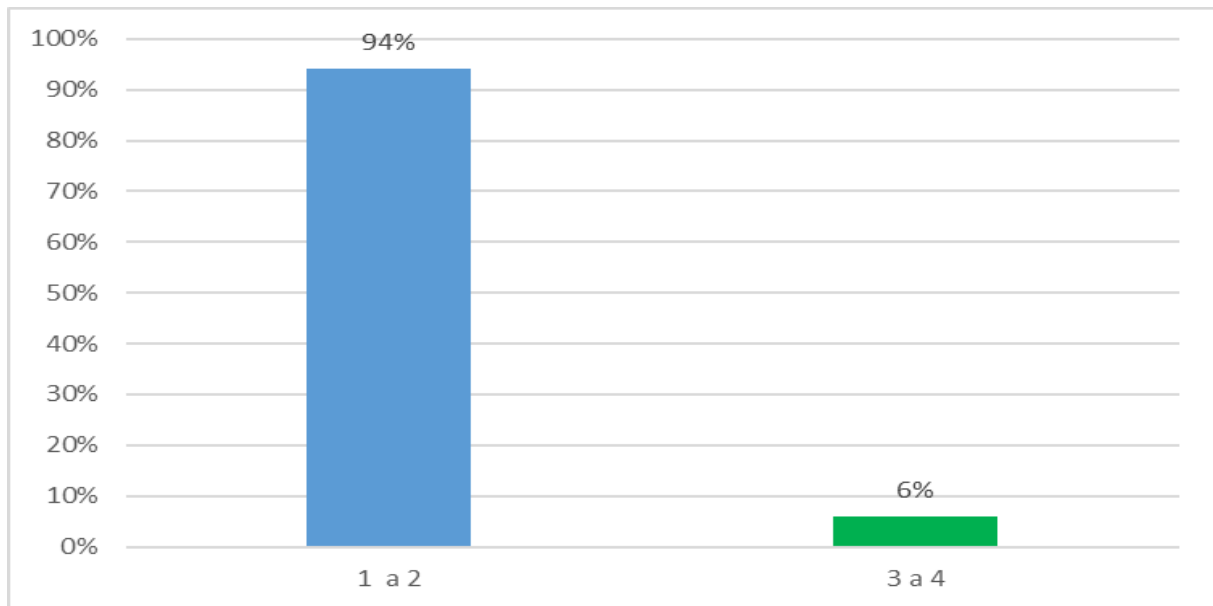
Número de hijos	N°	%
1 a 2	47	94
3 a 4	3	6
Total	50	100

En la tabla se aprecia el número de hijos vivos de las madres de los recién nacidos del servicio de Neonatología del Hospital Regional de Moquegua donde el 94% de las madres tienen de 1 a 2 hijos y 6% tienen de 3 a 4 hijos.

Deduciendo así que casi la totalidad de las madres de los recién nacidos tiene de 1 a 2 hijos.

Gráfico N° 3

Número de Hijos vivos de las Madres de los Recién Nacidos



Características del Recién Nacido**Tabla N° 4****Sexo de los Recién Nacidos a Término**

Sexo	N°	%
Masculino	19	38
Femenino	31	62
Total	50	100

En la característica según el sexo del recién nacido del Hospital Regional de Moquegua, el 62% son de sexo femenino y 38% masculino que nacieron en el servicio de neonatología.

Se deduce que en más de la mitad prevalece el sexo femenino.

Gráfico N° 4

Sexo de los Recién Nacidos a Término

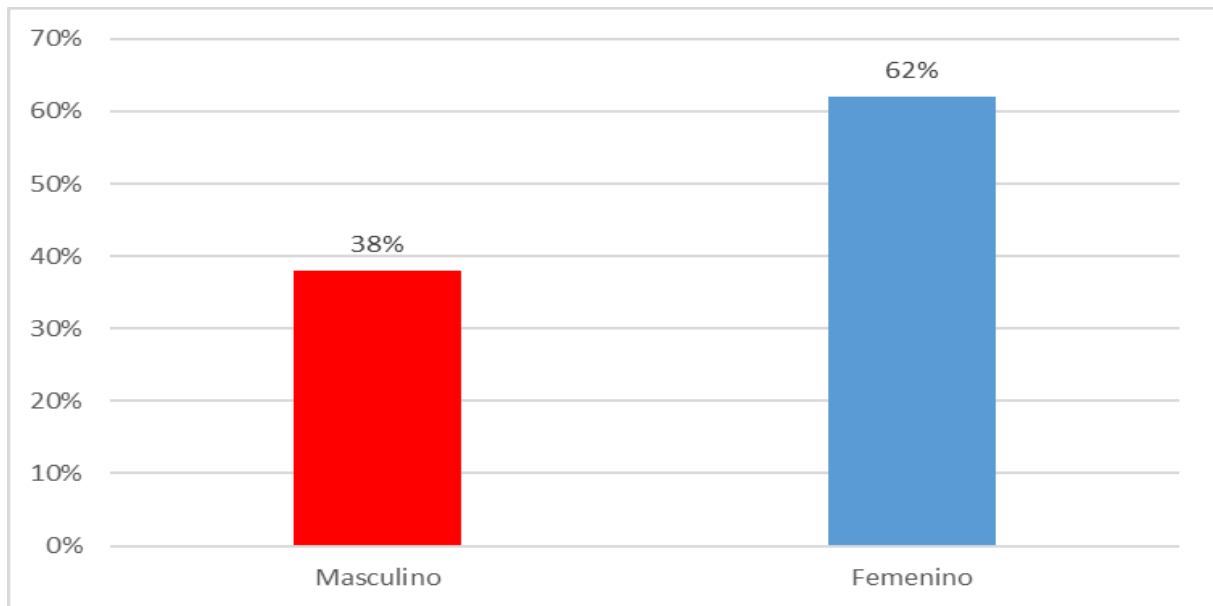


Tabla N° 5
Peso de los Recién Nacidos a Término

Peso	N°	%
Adecuado para la edad gestacional	43	86
Grande para la edad gestacional	7	14
Total	50	100

En la característica del peso del recién nacido del área de Neonatología del Hospital Regional de Moquegua, se aprecia que el 86% son adecuados para la edad gestacional y 14% son grandes para la edad gestacional en que nacieron.

De lo que se deduce que más de las tres cuartas partes de los recién nacidos tienen un peso adecuado para la edad gestacional.

Gráfico N° 5
Peso de los Recién Nacidos a Término

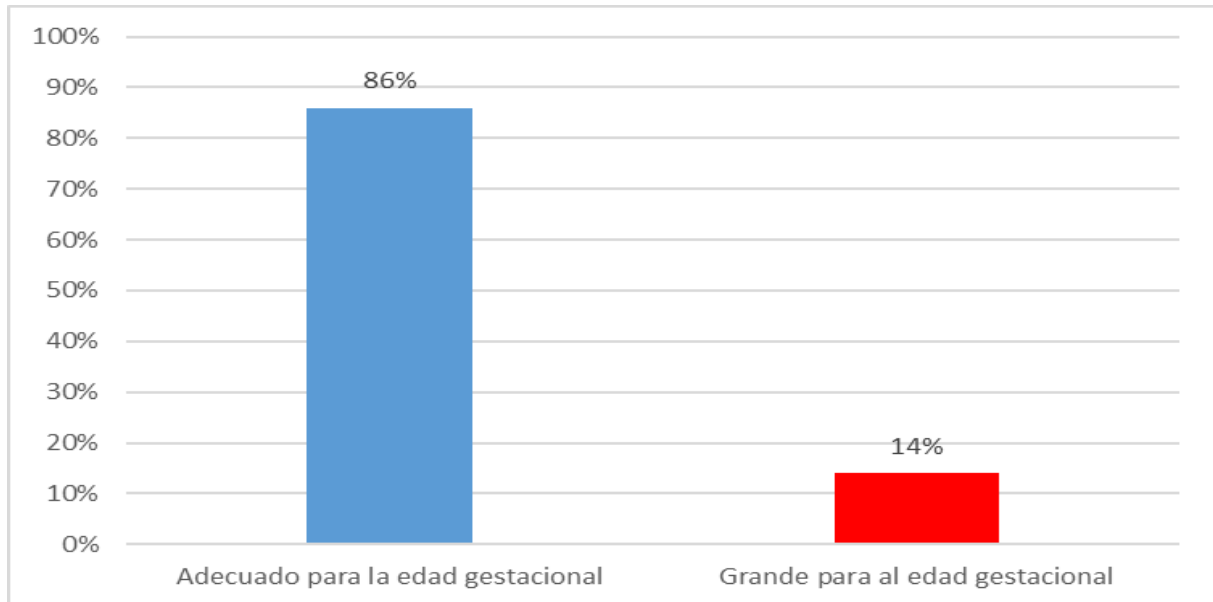


Tabla N° 6
Talla de los Recién Nacidos a Término

Talla	N°	%
Adecuada para la edad gestacional	49	98
Grande para la edad gestacional	1	2
Total	50	100

En la característica de la talla del recién nacido del área de neonatología del Hospital Regional de Moquegua el 98% tienen una talla adecuada para la edad gestacional y el 2% son grandes para la edad gestacional.

De lo que se deduce que cerca de la totalidad tienen una talla adecuada para la edad gestacional según los autores Gómez-Gómez M, Danglot - Banck C, Aceves-Gómez M, Gómez-Gómez MYC de la revista mexicana de pediatría (50).

Gráfico N° 6
Talla de los Recién Nacidos a Término

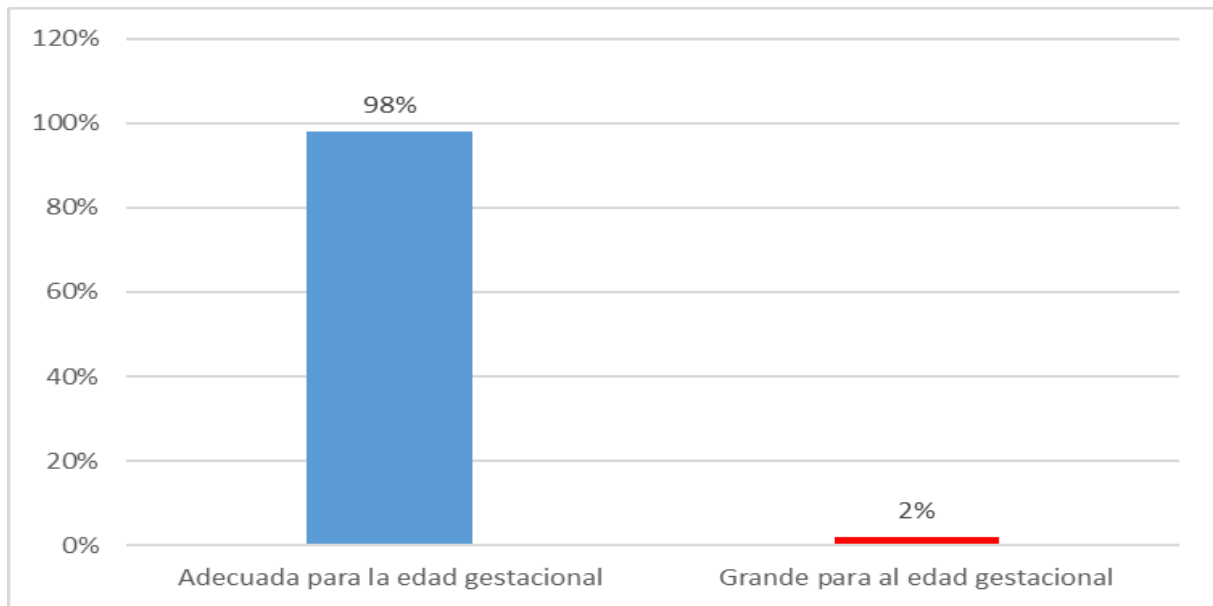


Tabla N° 7

APGAR de los Recién Nacidos al Minuto y a los Cinco Minutos

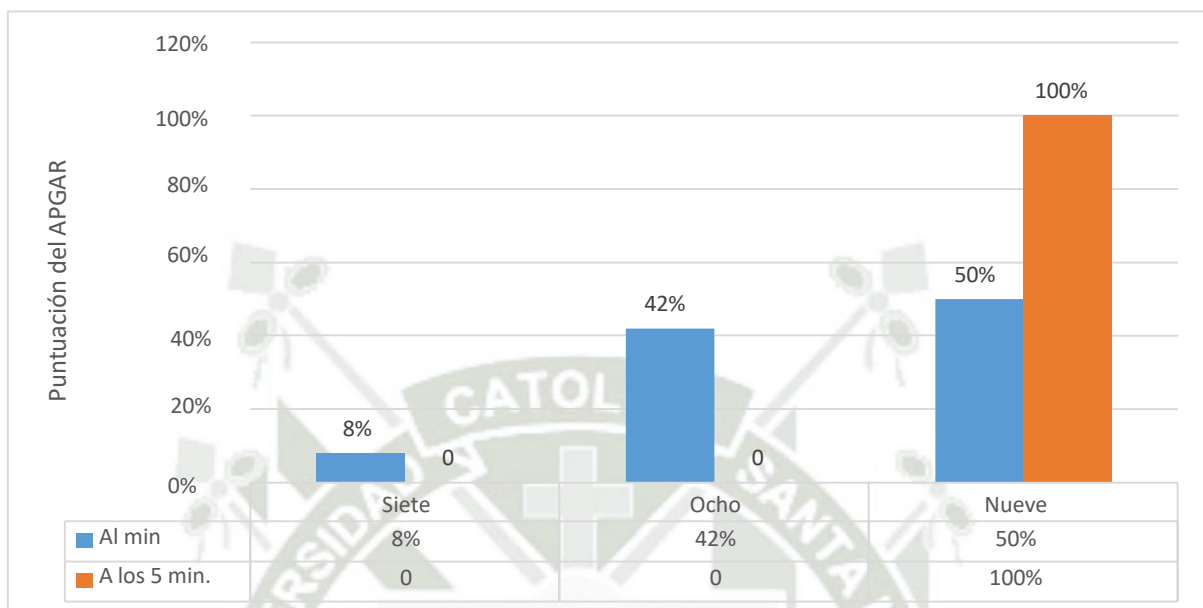
APGAR al minuto	N°	%
7	4	8%
8	21	42%
9	25	50%
Total	50	100%
APGAR a los 5 minutos		
9	50	100
Total	50	100

En la presente Tabla se aprecia el APGAR de los recién nacidos al minuto y a los cinco minutos, donde al minuto el 50% obtuvo 9, el 42% 8, el 8% obtuvo apgar de 7; a los siguientes cinco minutos el 100% presentó un APGAR de normalidad de adaptación al proceso de nacimiento.

De lo que se deduce que la totalidad de niños tuvieron una adaptación normal a los cinco minutos del nacimiento.

Gráfico N° 7

APGAR de los Recién Nacidos al Minuto y a los 5 Minutos



Contacto Piel a Piel**Tabla N° 8****Tiempo de Inicio del Contacto Piel a Piel Después del Nacimiento**

Tiempo	N°	%
Inmediatamente	33	66
5 minutos	15	30
Más de 5 minutos	2	4
Total	50	100

En la presente tabla se observa el tiempo de inicio del contacto piel a piel después del nacimiento, donde el 66% de las madres indicó que fue inmediatamente, el 30% refirió que fue en los 5 minutos y 4% en más de 5 minutos.

De lo que se deduce que más de la mitad de madres inició el contacto piel a piel con su hijo inmediatamente después del nacimiento.

Gráfico N° 8

Tiempo del Inicio del Contacto Piel a Piel Después del Nacimiento

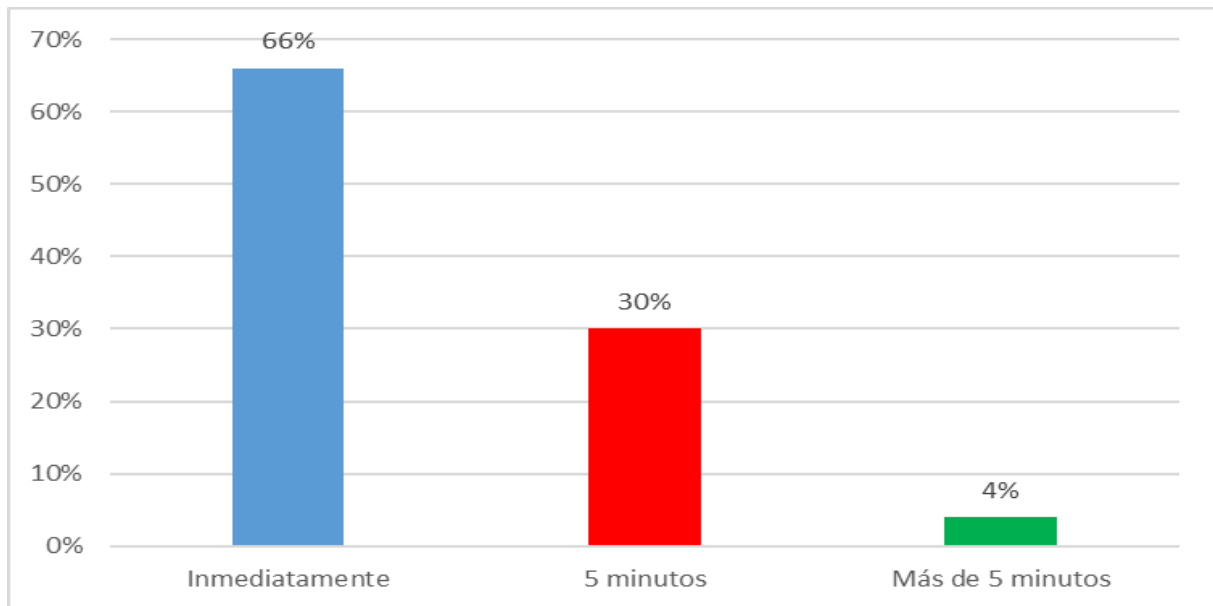


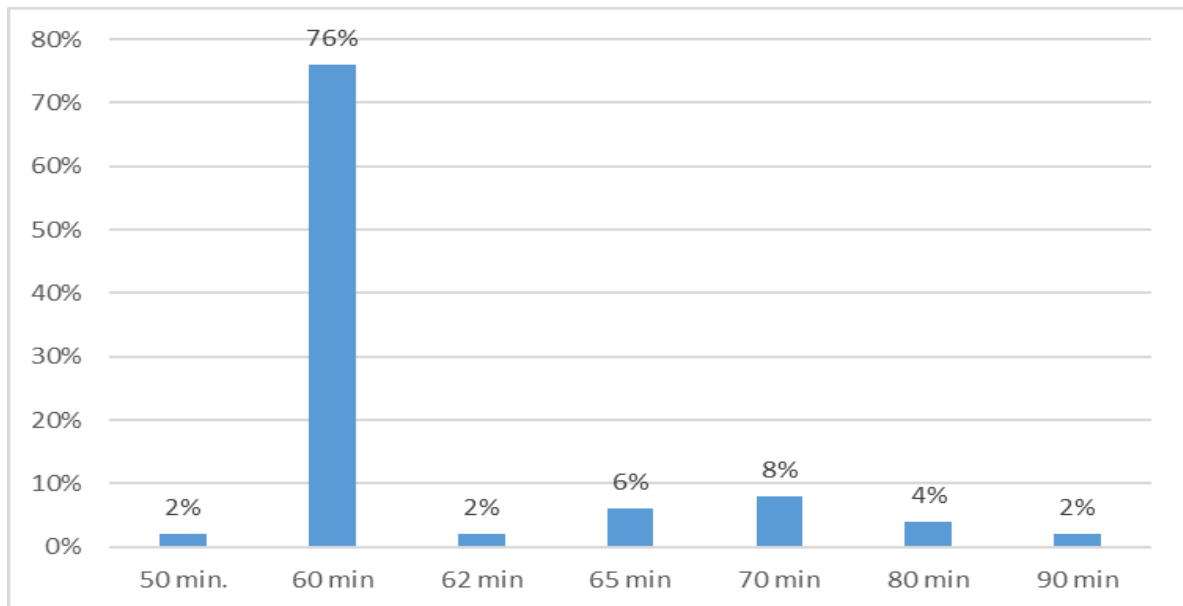
Tabla N° 9
Duración del Contacto Piel a Piel

Duración	N°	%
50 min.	1	2
60 min	38	76
62 min	1	2
65 min	3	6
70 min	4	8
80 min	2	4
90 min	1	2
Total	50	100

En la presente tabla se aprecia la duración del contacto piel a piel, circunstancia en la que el neonato se encuentra ya en el medio externo y se le coloca en el pecho de la madre, el cual es de 60 minutos como detallaron el 76% de las madres en el estudio de investigación, por encima de 60 minutos acumulado, está el 22% de madres y 2% en 50 minutos.

De lo que se deduce que más de tres cuartas partes de neonatos permanecieron 60 minutos en el contacto piel a piel después del nacimiento, donde toda la población en estudio cumplió con la Norma Técnica de Atención del Ministerio de Salud- R.M. N° 828 – 2013/MINSA-2015 (1).

Gráfico N° 9
Duración del Contacto Piel a Piel



Estabilidad de la Temperatura

Tabla N° 10

Grados de Temperatura de los Recién Nacidos al Nacer

Temperatura al nacimiento	N°	%
36.3	1	2
36.4	6	12
36.5	12	24
36.6	15	30
36.7	2	4
36.8	5	10
36.9	3	6
37.0	5	10
37.5	1	2
Total	50	100

En la presente tabla se observa la temperatura de los recién nacidos al momento del nacimiento donde el 30% es de 36.6°C, el 24% es de 36.5°C, 12% es de 36.4°C y los demás con menor porcentaje.

De lo que se deduce que la temperatura del recién nacido al nacer fue en cerca de una tercera parte de 36.6° C.

Gráfico N° 10

Grados de Temperatura del Recién Nacido al Nacer

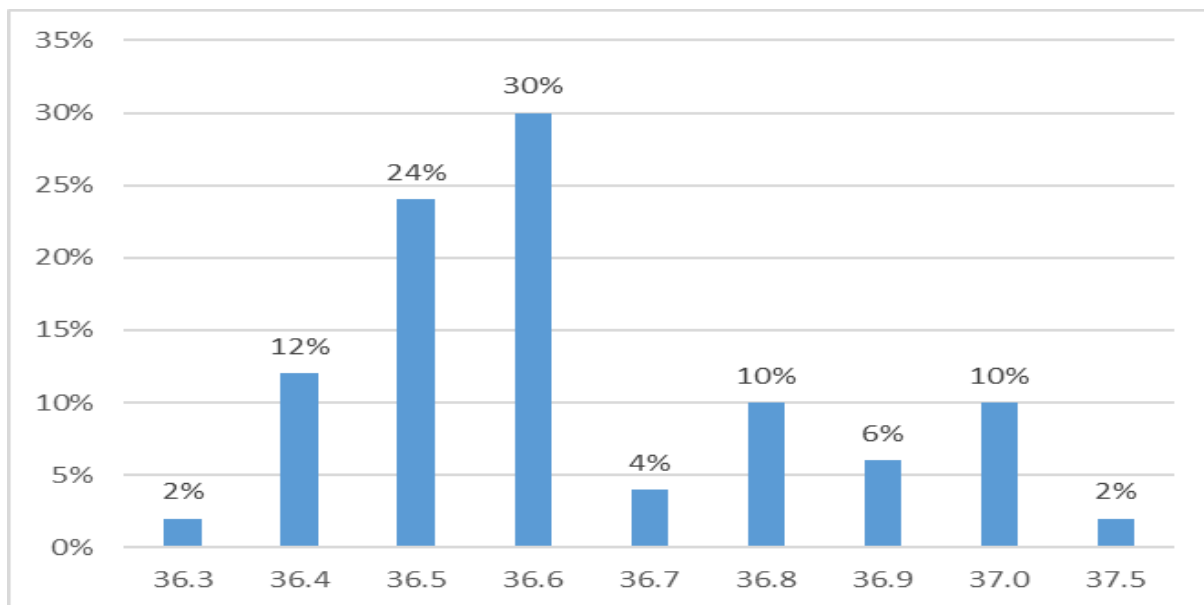


Tabla N° 11

Grados de Temperatura de los Recién Nacidos al Minuto 0 del Contacto Piel a Piel

Temperatura al minuto 0	N°	%
36.4	3	6
36.5	7	14
36.6	14	28
36.7	18	36
36.8	3	6
36.9	1	2
37.0	3	6
37.2	1	2
Total	50	100

En la presente tabla se observa la temperatura al minuto 0 del contacto piel a piel en los recién nacidos donde el 36% es 36.7°C, el 28% es de 36.6° C, el 14% es de 36,5°C y demás con menor porcentaje.

De lo que se deduce que más de la tercera parte presentó una temperatura de 36.7° C al minuto 0 del contacto piel a piel.

Gráfico N° 11

Grados de Temperatura de los Recién Nacidos al Minuto 0 del Contacto Piel a Piel

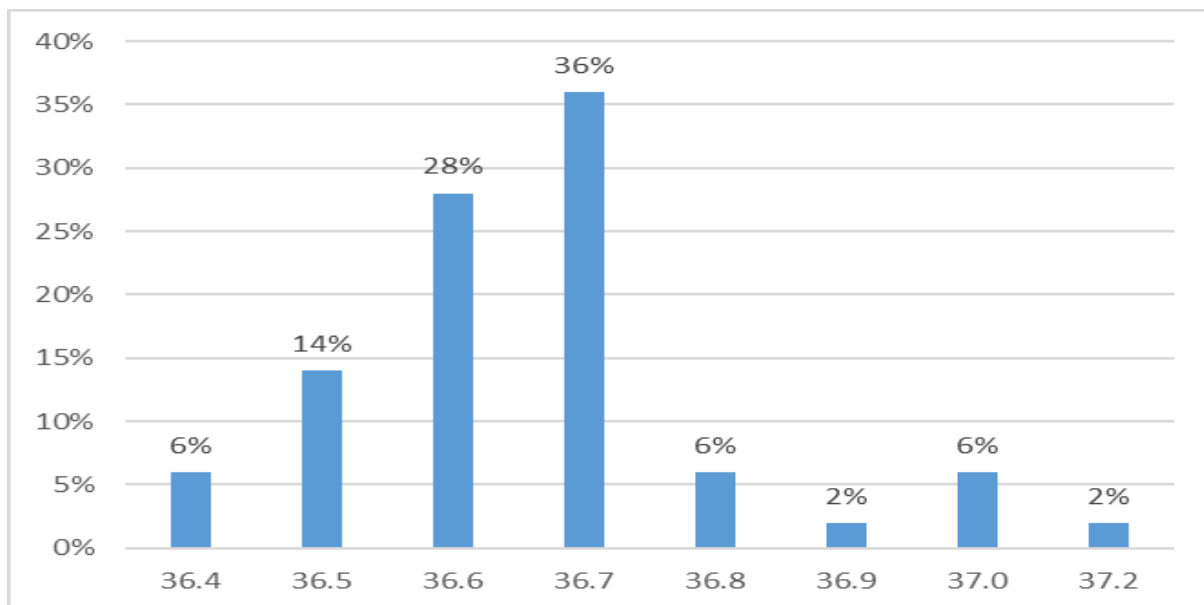


Tabla N° 12
Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 20 Minutos de Iniciado el
Contacto Piel a Piel

Temperatura a los 20 min.	N°	%
36.3	1	2
36.4	4	8
36.5	15	30
36.6	15	30
36.7	4	8
36.8	2	4
36.9	3	6
37.0	6	12
Total	50	100

En la presente tabla se observa la temperatura de los recién nacidos a los 20 minutos de iniciado el contacto piel a piel donde el 30% presenta 36.6°C, otro 30% presenta 36.5° C, el 12% presenta 37° C y demás con menor porcentaje.

De lo que se deduce que cerca de la tercera parte presentan temperaturas de 36.5° C y 36.6°C a los 20 minutos.

Gráfico N° 12

**Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 20 Minutos de Iniciado el
Contacto Piel a Piel**

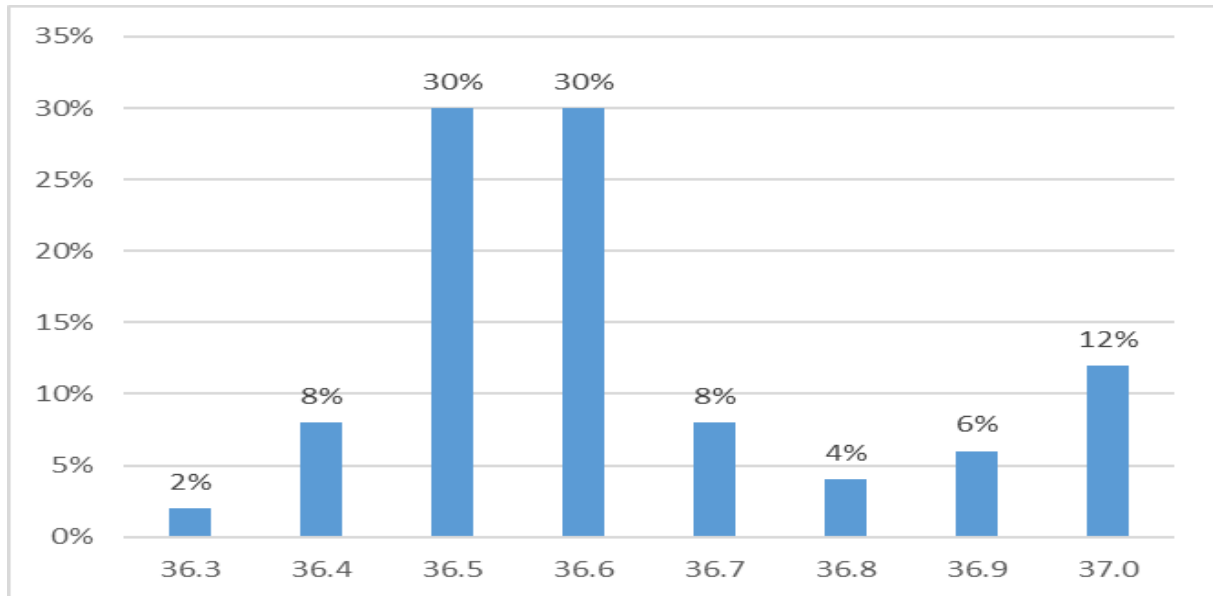


Tabla N° 13
Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 45 Minutos de Iniciado el
Contacto Piel a Piel

Temperatura a los 45 min.	N°	%
36.4	2	4
36.5	5	10
36.6	6	12
36.7	18	36
36.8	12	24
36.9	2	4
37.0	2	4
37.1	1	2
37.2	1	2
37.5	1	2
Total	50	100

En la tabla se observa la temperatura de los recién nacidos a los 45 minutos de iniciado el contacto piel a piel, donde el 36% es de 36.7° C, 24% es de 36.8 ° C, el 12% es de 36.6°C y en menor porcentaje los demás.

De lo que se deduce que en más de la tercera parte presentan temperatura de 36.7 ° C a los 45 minutos de iniciado el contacto piel a piel.

Gráfico N° 13

**Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 45 Minutos de Iniciado el
Contacto Piel a Piel**

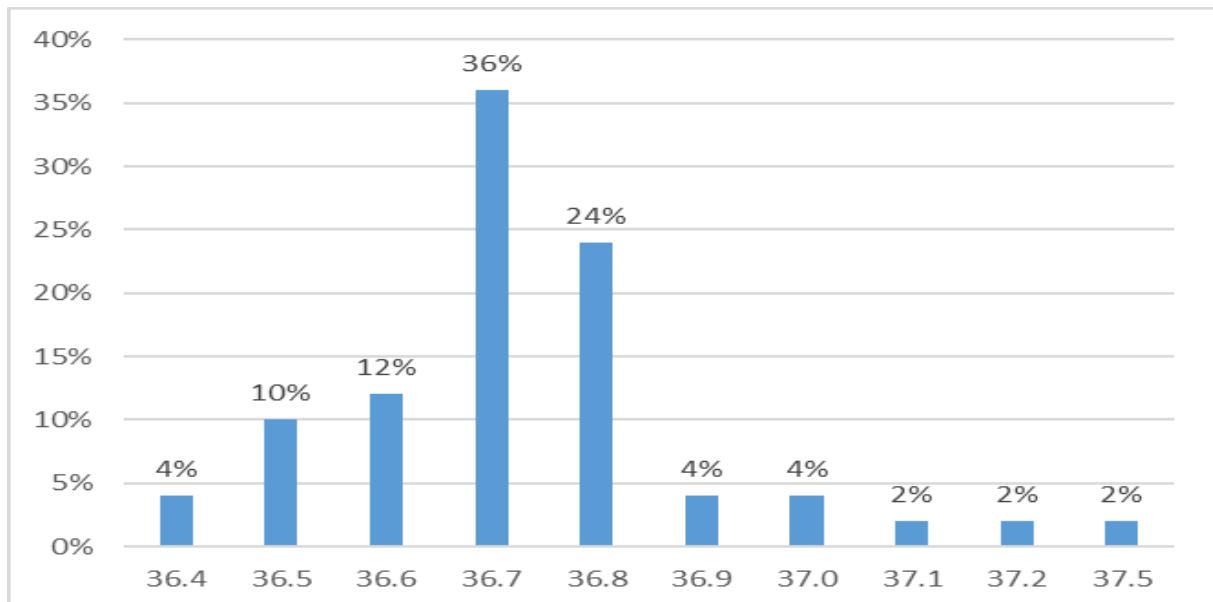


Tabla N° 14
Grados de Temperatura de los Recién Nacidos a los 60 Minutos de Iniciado el
Contacto Piel a Piel

Temperatura a los 60 min.	N°	%
36.5	8	16
36.6	3	6
36.7	9	18
36.8	12	24
36.9	2	4
37.0	10	20
37.1	1	2
37.2	1	2
37.3	2	4
37.5	2	4
Total	50	100

En la presente tabla se observa la temperatura de los recién nacidos a los 60 minutos de iniciado el contacto piel a piel donde el 24% es de 36.8 ° C, el 20% es de 37° C, el 18% es de 36,7° C y en menor porcentaje los demás.

Se deduce que cerca de una cuarta parte presenta temperatura de 36.8% a los 60 minutos de iniciado el contacto piel a piel.

Gráfico N° 14
Grados de Temperatura de los Recién nacidos a los 60 Minutos de Iniciado el
Contacto Piel a Piel

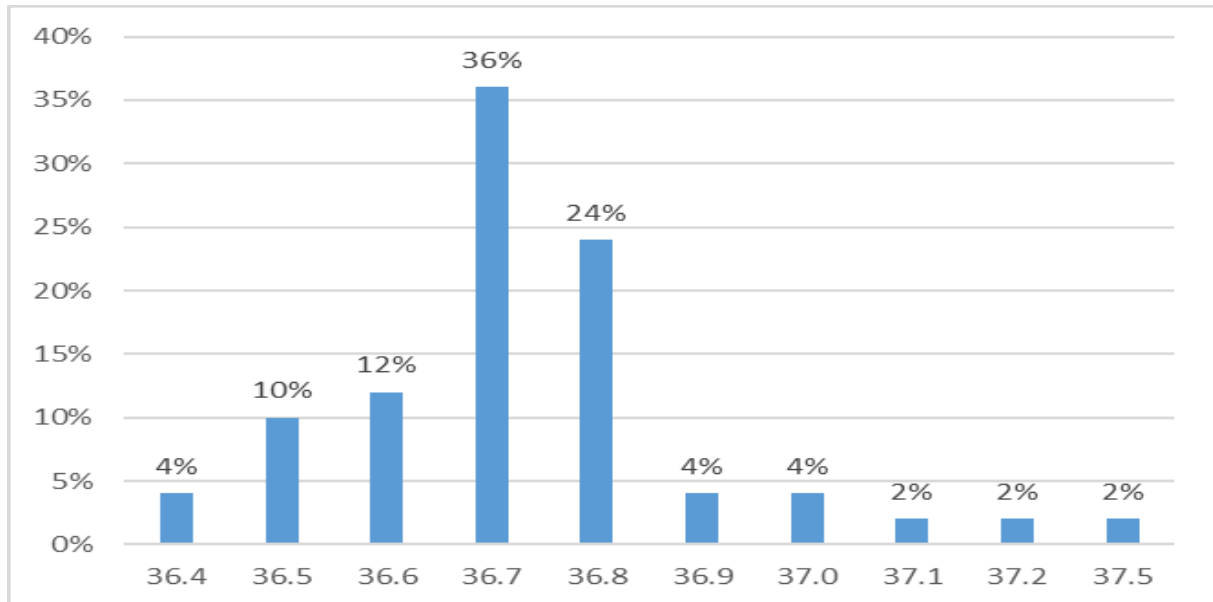


Tabla N° 15

Estabilidad de la Temperatura de los Recién Nacidos

Estabilidad	N°	%
Se mantiene	8	16
Temperatura disminuye	9	18
Temperatura aumenta	33	66
Total	50	100

En la presente tabla se observa que la estabilidad de la temperatura de los recién nacidos a término según las variaciones del entorno predomina en el 66% la temperatura que aumenta, en el 18% la temperatura disminuye y en el 16% la temperatura se mantiene.

De lo que se deduce que en el recién nacido a término la estabilidad de la temperatura aumenta en más de la mitad.

Gráfico N° 15

Estabilidad de la Temperatura de los Recién Nacidos

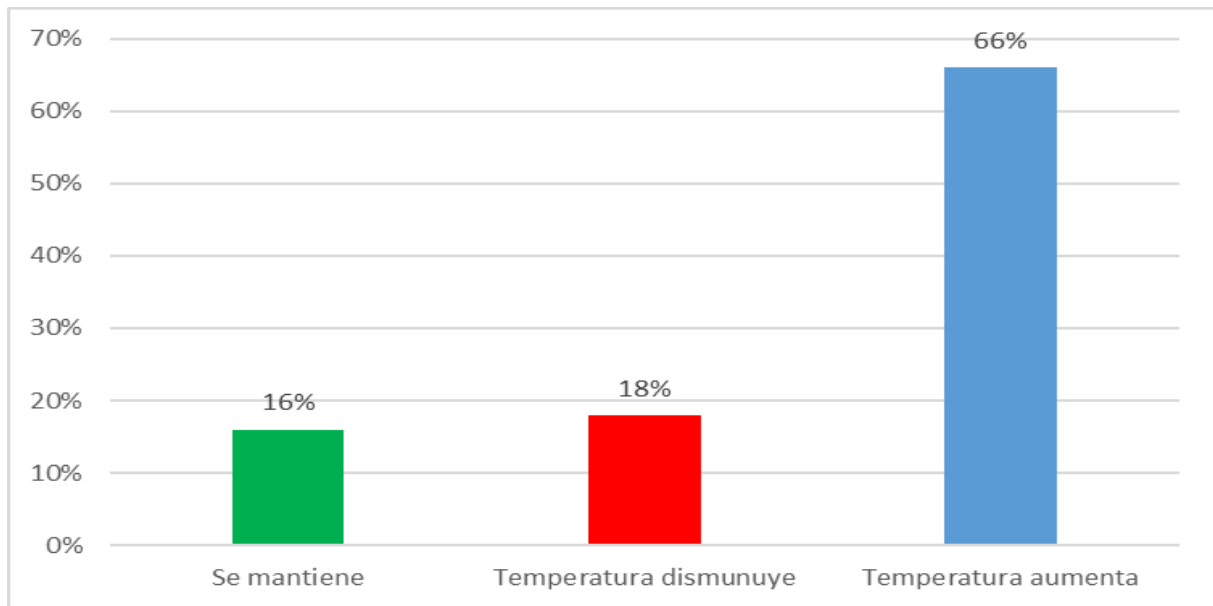


Tabla N° 16

Grado de Temperatura de los Recién Nacidos al Nacer, al Inicio del Contacto Piel a Piel, a los 20 Minutos, a los 45 Minutos y a los 60 Minutos.

Grado de temperatura	Al nacer		Inicio contacto piel a piel		A los 20 minutos		A los 45 minutos		A los 60 minutos	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
36.3	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0
36.4	6	12	3	6	4	8	2	4	0	0
36.5	12	24	7	14	15	30	5	10	8	16
36.6	15	30	14	28	15	30	6	12	3	6
36.7	2	4	18	36	4	8	18	36	9	18
36.8	5	10	3	6	2	4	12	24	12	24
36.9	3	6	1	2	3	6	2	4	9	4
37	5	10	3	6	6	12	2	4	10	20
37.1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
37.2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
27.3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
37.5	1	2	1	2	0	0	1	2	2	4
Total	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

En la presente tabla se observa el grado de temperatura de los recién nacidos en estudio y el tiempo del contacto piel a piel al nacer, al inicio, a los 20, a los 45 y a los 60 minutos. Se observa que el 30 % de los recién nacidos al nacer presentaron temperatura de 36.6; que el 36% de los recién nacidos presentaron una temperatura de 36.7; a los 20 minutos presentaron 30% de los recién nacidos temperaturas de 36.5 y 36.6, a los 45 minutos aumenta en un 6% más siendo el 36% con temperatura del 36.7 y al terminar se vio un aumento de temperaturas entre 36.8 a 37.

Deduciendo que los recién nacidos en estudio aumentaron su temperatura de 36.6° a 37° desde el nacimiento hasta terminar el contacto piel a piel.

Gráfico N° 16

Grado de Temperatura de los Recién Nacidos al Nacer al Inicio del Contacto Piel a Piel, a los 20 Minutos, a los 45 Minutos y a los 60 Minutos.

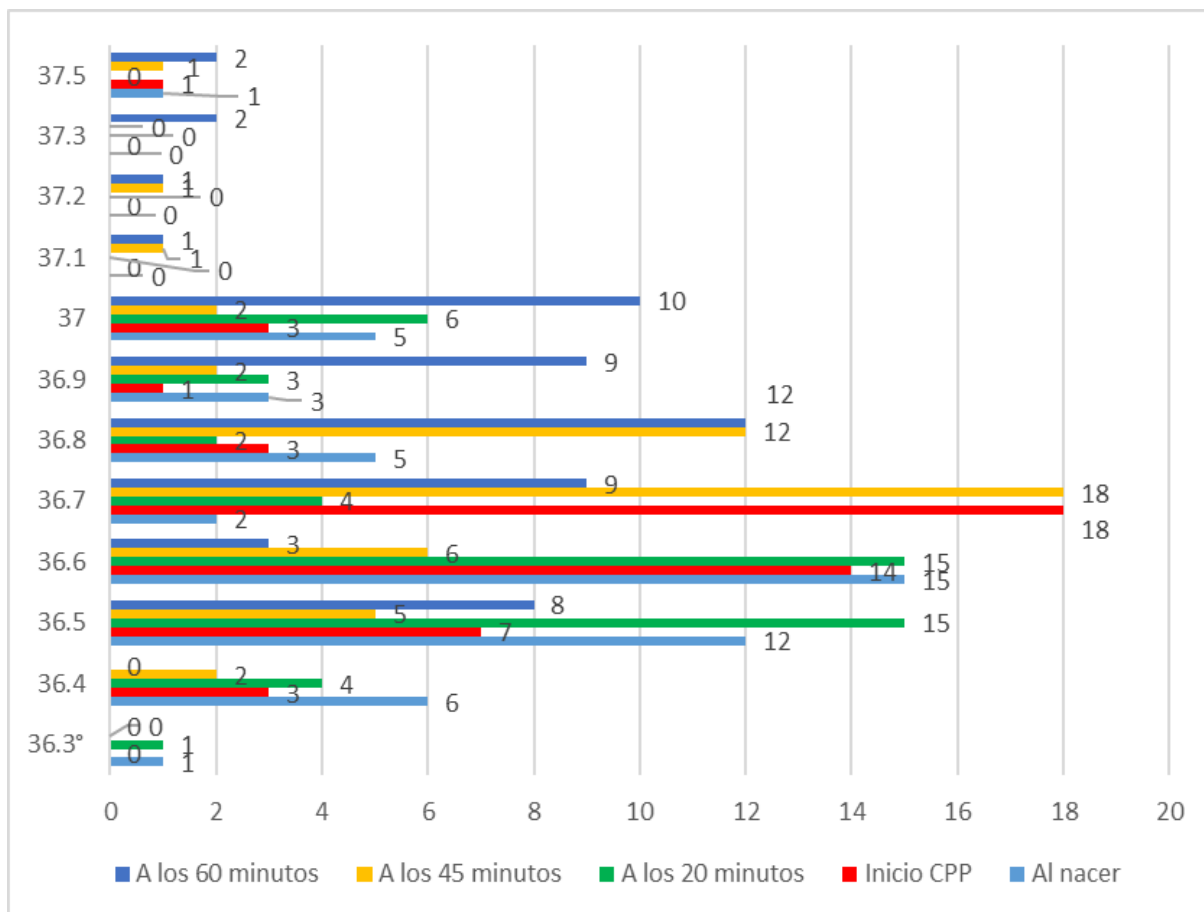


Tabla N° 17
Efecto del Tiempo del Inicio del Contacto de Piel a Piel con la Estabilidad de la
Temperatura de los Recién Nacidos

		Prueba de muestras emparejadas							
		Diferencias emparejadas							
Temperatura	Tiempo	Desviación Media estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de Confianza de la diferencia		t	gl		
				Inferior	Superior				
Inmediatamente nac	-60 m.	-.142	.38732	.06742	-.27976	-.00509	-2.112	32	.043
5 min	nac -60 m.	-.247	.20656	.05333	-.36106	-.13228	-4.625	14	.000
Más de 5 min	nac- 60 m.	-.350	.21213	.15000	-2.25593	1.55593	-2.333	1	.258

Tiempo al contacto: inmediatamente-Temperatura al comparar al nacimiento y a los 60 min sig. bilateral=0.043 $p<0.05$

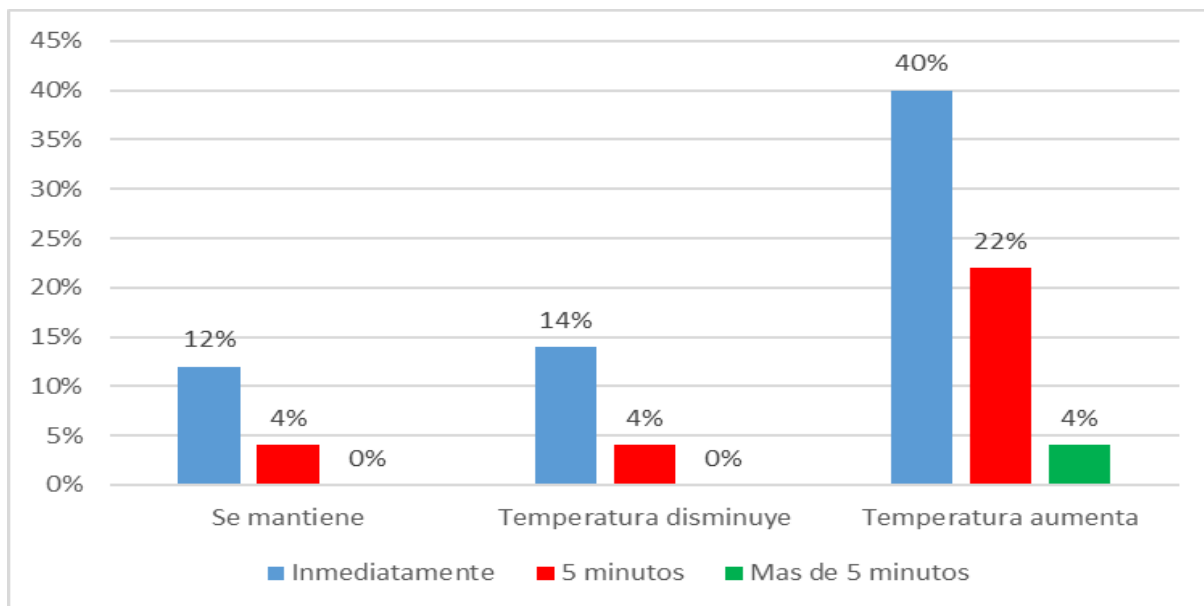
En la tabla obtenida con la prueba t-student para comparar el antes y después de la temperatura de al inicio del nacimiento con la temperatura a los 60 de minutos y evaluando el tiempo de inicio del contacto piel a piel después del nacimiento se distingue:

En los recién nacidos que permanece inmediatamente del contacto piel a piel con la madre y comparar la temperatura al inicio con la de 60 minutos se distingue que existe diferencia significativa ($p<0.05$) y que la temperatura varía con diferente tiempo.

También existe diferencia significativa en el tiempo al inicio del nacimiento al comparar con la de 60 minutos en el grupo del contacto piel a piel a los 5 minutos como detalla el sig bilateral 0.0004 ($p<0.05$)

Gráfico N° 17

**Efecto del Tiempo del Inicio del Contacto Piel a Piel con la Estabilidad de la
Temperatura de los Recién Nacidos**



CONCLUSIONES

PRIMERA: Más de la mitad de las madres inició el contacto piel a piel con su hijo inmediatamente después del nacimiento con un tiempo de duración de 60 minutos.

SEGUNDA: La estabilidad de la temperatura de los recién nacidos a término luego de iniciado el Contacto Piel a Piel a los 20, 45 y 60 minutos fue en aumento en más de la mitad.

TERCERA: Se determina que existe relación estadística significativa entre el contacto piel a piel inmediatamente o hasta los 5 minutos del nacimiento con la estabilidad de la temperatura a los 60 minutos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se recomienda al Jefe de la Unidad de Neonatología del Hospital Regional de Moquegua, que no sólo continúen promoviendo y practicando el contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después del nacimiento o hasta los 5 minutos de haber nacido, sino que también refuercen la importancia de esta práctica, proporcionen capacitaciones al respecto y alienten a otros colegas a adoptar esta valiosa intervención que beneficia tanto a la madre como al bebé.
- SEGUNDA:** Se recomienda al Director del Hospital Regional de Moquegua se involucre activamente en trabajos de investigación centrados en los múltiples beneficios del contacto piel a piel inmediato. Estos beneficios, que se extienden tanto a la madre como al recién nacido, son esenciales para promover prácticas saludables desde los primeros momentos de vida. Es crucial que las futuras generaciones de profesionales de la salud comprendan, valoren y promuevan este contacto esencial, ya que tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de ambos.
- TERCERA:** Se recomienda a la Enfermera Jefe de Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Moquegua, no sólo continuar con el compromiso pleno en el cuidado de enfermería para la salud neonatal, sino también intensificar sus esfuerzos para garantizar la aplicación metódica de la Norma Técnica de Atención del Ministerio de Salud- R.M. N° 828 – 2013/MINSA-2015. Es esencial reconocer y promover los múltiples beneficios del contacto piel a piel, especialmente en la eficacia que demuestra en el manejo de la termorregulación de la temperatura en recién nacidos a término.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica Atención Integral de la Salud Neonatal; 2018 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3281.pdf>.
2. Barrios V. Influencia del cuidado de enfermería en el inicio de la lactancia materna: Ciencias de la salud; 2019 Disponible en: <https://revistas.uladech.edu.pe./index.php/increscendo-salud/article/view/1723>.
3. Klein A. Mecanismos de termorregulación del recién nacido 2018; 2017 Disponible en: http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Termoregulacion/TermorregulacionRN.pdf.
4. Roque J. Características del contacto precoz piel a piel madre neonato en recién nacidos a término del Hospital Carlos Monge Medrano: [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]; 2019 Disponible en: <https://vriunap.pe/repositor/docs/d00005161-Borr.pdf>.
5. Farro D, Gutierrez D. El contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera, microred Chiclayo 2014: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/466>.
6. Cabana Rodríguez. Nivel de sobrecarga del cuidador en familiares del paciente adulto mayor con patología crónica. consultorio externo de medicina del Hospital Goyeneche, 2019: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2023 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12346/60.1502.EN.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
7. Organización Mundial de la Salud. El mejor comienzo para cada recién nacido; 2019 Disponible en: https://www.unicef.org/media/47731/file/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EI_BF_2018_SP.pdf.
8. Dois A, 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. Chilena de pediatría. 2013; 105(6): 579-592 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000300006.

9. Agüera J J y Cols. Protocolo regional de contacto precoz Piel con piel; 2022 Disponible en:
<https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/9184/contacto%20piel%20con%20piel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas aspectos prácticos para la puesta en marcha; 2017 Disponible en:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702- cpp en cesareas.pdf>.
11. Alcántara CS, Chuquichaico NI, Chujutalli Y. Características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2017 Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/955/Caracteristicas_AlcantaraChavarria_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
12. Costa M, Lalaguna P, Díaz N. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. Rev. Esp. Sal. Pub. 2020; 93: 190 – 200 Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201902006/>.
13. Ferrer A. Hora sagrada y agarre espontáneo al pecho. [Online].; 2019. Available from:
<https://www.natalben.com/vinculo-madre-hijo- beneficios-piel-con-piel>.
14. Ministerio de Salud. Contacto piel a piel entre madre y recién nacido asegura el inicio de la lactancia materna. [Online].; 2018. Available from:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/17899-contacto-piel-a-piel-entre-madre-y-recien-nacido-asegura-el-inicio-de-la-lactancia-materna>.
15. De Camargo S, Kallsten M P, Spengler M, Torres A. Apego y Lactancia: Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires; 2017 Disponible en:
<http://escuelanutricion.fmed.uba.ar/revistani/pdf/17b/rb/784c.pdf>.
16. Fukui N, Motegi T, Watanabe Y, Hashijiri K, Tsuboya R, Ogawa M, Sugai T, Egawa J, Enomoto T, Someya T. Exclusive Breastfeeding Is Not Associated with Maternal- Infant Bonding in Early Postpartum, Considering Depression, Anxiety, and Parity. Nutrients. 2021; 13(4): 1184 Disponible en: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**
17. Asociación Española de Pediatría. Protocolo de contacto piel con piel en el área de partos; 2018 Disponible en:
[https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%](https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL.pdf)

20PIEL%20CON%20PIEL%20HUMV.pdf.

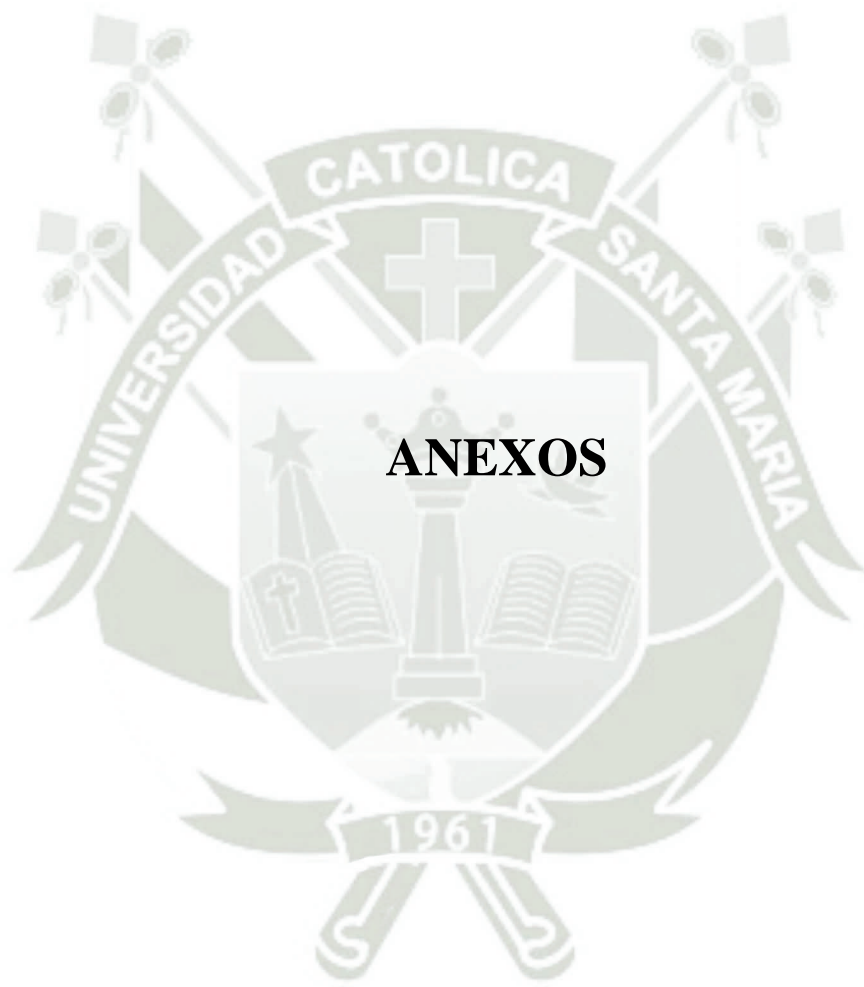
18. Rodríguez A, Hoffmann E, Silva S. Acolhimentona Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. *Argumentum*. 2018; 10(1): 198, 212. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545997>.
19. Acuña J, Alonso C. Lías CMP. Importancia del contacto piel con piel inmediato. [Online].; 2019. Available from: <https://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/salud-emocional/en-el-lactante-y-nino-pequeno/importancia-del-contacto-piel-con-piel>.
20. Aquino A y Cols. Perfil de los recién nacidos de riesgo relacionados con la termorregulación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*. 2021; 20(61): 59-97 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100003.
21. Martínez S. Termorregulación en el recién nacido. *Manual de Neonatología*. 2017;; 10-17 Disponible en: http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_4.pdf.
22. Serrano C. Ken Hub. Hipotálamo: Anatomía, conexiones función y hormonas; 2022.
23. Sociedad Chilena de Pediatría. Guía de práctica clínica; 2016 Disponible en: http://www.manuellosses.cl/BNN/gpc/Manual%20Neo_H.SnJose_2016.pdf.
24. Costas G. Hipotálamo: Qué es, estructura, funciones, hormonas implicadas. [Online].; 2021. Available from: <https://cienciaybiologia.com/hipotalamo/>.
25. Muñoz Hoyos E, Narbona López E, Valenzuela Ruiz A. *Neonatología: Editorial Alhulia; 2000* Disponible en: <https://www.ugr.es/~juberos/Curriculum/cl12.pdf>.
26. Picón J A, Orozco J E, Molina J F, Franky M P. Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *Med Unab*. 2020.; 23(1): 118-130 Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3714/3219>.
27. Ceriani J. Regulación de la temperatura corporal en el recién nacido y el medioambiente en las unidades neonatales; 2017 Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/NEONATOLOGIA%20PRACTICA/9789500695558>.
28. Mukunya D, Tumwine J, Nankabirwa V, et al. Neonatal hypothermia in Northern Uganda: a community-based cross-sectional study. *BMS Open*. 2021; 11(2): e041723

Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33574146>.

29. Espada B. Hipotermia del recién nacido: síntomas, riesgos y tratamiento. [Online].; 2022. Available from: <https://okdiario.com/bebes/hipotermia-del-recien-nacido-sintomas-riesgos-tratamiento-8914604>.
30. Zamorano-Jiménez, Clara Aurora; Cordero-González, Guadalupe; Flores-Ortega, Juan; Baptista-González, Héctor Alfredo; Fernández-Carrocerá, Luis Alberto. Control térmico en el recién nacido pretérmino. *Perinatología y reproducción humana*. 2012; 26(1): 43--50.
31. Lattari Balest A. Manual MSD Hipotermia en recién nacidos. [Online].; 2021. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/hipotermia-en-reci%C3%A9n-nacidos>.
32. Menezes de Aquino W, de Oliveira M, Martins da-Silva V, Gutiérrez R. Precisión de las características definatorias del diagnóstico de enfermería termorregulación ineficaz en recién nacidos. *Enfermería Clínica*. 2020; 30(6): 377-385 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7630036>.
33. Gallegos L. Cuidado de enfermería en termorregulación y sus efectos adversos en el recién nacido. Hospital Regional de Ica 2018: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2019 Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3bf90f99-2606-4627-925c-5f87a3db6e58/content>.
34. Aspuri GJ. Cuidado de enfermería aplicado a un recién nacido de alto riesgo en el servicio de neonatología Hospital de Ica: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2019 Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9113/SEascrgj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
35. Osorio, Fandiño; Cenit, Vilma. Ejercicio liberal de la enfermera (o) en el área materno infantil. *Aquichan*. 2002; 2(1): 49--60.
36. Rojas B. Percepción de la madre sobre el contacto piel a piel con el recién nacido. Centro de Salud Monsefú. Chiclayo 2019: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2020 Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6558>.
37. Santos M L, Pérez D M, Lozada E, Ramírez N, Landeros E. Validez y confiabilidad de

- la Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas. Enfermería universitaria. 2021; 18(1) Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632021000100069&script=sci_arttext.
38. Vargas P. Cuidado de la enfermera para fortalecer el rol materno en usuarias del Servicio de Neonatología Hospital Daniel Alcides Carreón 2017: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2017 Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10914/Vargas_CP.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
39. Guzmán E. Intervención de Enfermería en lactancia materna exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses del Centro de Salud Mara Cotabambas; Apurímac – 2019: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2020 Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5763>.
40. Bravo E, Parra S M. Adopción del rol maternal en una puérpera primigesta: A propósito de un caso. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. 2019; Disponible en: <https://revistamedica.com/adopcion-rol-maternal-puerpera-primigesta/>.
41. García P K, Coronado I A, Valencia C, Núñez J C. Contacto piel a piel al nacer. erinatología y reproducción humana. 2017; 31(4): 170- 173. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-contacto-piel-piel-al-nacimiento-S0187533718300335>.
42. Garcia K, Reis A, Braga E, Trugilho F. Paiva E, Cristiano M. Estrategia de intervenção para prevenção de hipotermia neonatal. Nursing (São Paulo). 2019; 22(259): 3426-3430.
43. Anchapuri Y, Limache M. Satisfacción del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en madres puérperas del hospital Hipólito Unánue de Tacna - 2019: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2019 Disponible en: <https://vriunap.pe/repositor/docs/d00005161-Borr.pdf>.
44. Vásquez M A. Características del contacto piel a piel de la madre y su recién nacido a término en el Hospital de Ventanilla, 2019: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2019 Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39631>.
45. Urday J. Estado nutricional fetal, contacto temprano piel a piel y su asociación con la

- conducta alimentaria en el recién nacido en el Hospital Goyeneche, 2014-2015: [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]; 2014 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/3205/70.1975.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Neuenschwander P I, Yupanqui L M. Nivel de conocimientos del Método Mamá Canguro en Enfermeras del Servicio de Neonatología, En Hospitales MINSA Honorio Delgado y Goyeneche, Arequipa-Perú – 2019: [Tesis para optar el título profesional de Enfermera]; 2019 Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6bb6fd7f-6e60-4fae-acf9-609e622f4a13/content#:~:text=Conclusiones%3A%20El%20nivel%20de%20conocimientos,de%20nivel%20medio%20en%2067.40%25>.
47. Apaza V G. Influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado: [Tesis para optar el grado académico de Maestro]; 2018 Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8193/MDMapquvg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
48. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la Investigación: Mac Graw Hill; 2014 Disponible en: Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
49. Phaloprakarn, Chadakarn; Manusirivithaya, Sumonmal; Boonyarittipong, Payon. Risk score comprising maternal and obstetric factors to identify late preterm infants at risk for neonatal intensive care unit admission. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2015; 41(5): 680--688.
50. Gómez-Gómez, Manuel; Danglot-Banck, Cecilia; Aceves-Gómez, Manuel. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista mexicana de pediatría. 2012; 79(1).



ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con
N° DNI....., por la presente declaro haber recibido información
suficiente respecto a la investigación: **Efecto del contacto piel a piel en la estabilidad de
la temperatura del recién nacido a término. Hospital Regional Moquegua 2022.** Para la
cual se me ha pedido mi colaboración y autorización para participar en dicha investigación;
al respecto he hecho las preguntas que he considerado necesarias y he recibido respuestas
satisfactorias a cada una de ellas. Se me ha explicado, en que consiste el procedimiento de
contacto piel a piel que se me brindará con mí recién nacido después del parto. También se
me ha explicado que este procedimiento no atañe ningún riesgo para mi persona ni para mí
recién nacido, estando ambos en todo momento siendo monitoreados por la investigadora.

Si usted acepta participar en este estudio se le hará algunas preguntas sobre sus datos
maternos y del recién nacido.

Por lo manifestado es que **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE**, que tanto mi hijo como yo
formemos parte de dicha investigación, en fe de lo cual firmo.

Firma de la madre DNI

Moquegua, de del 2022

ANEXO 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN

Fecha.....

Características maternas:

Nombre:.....

Edad.....

Semanas de gestación:..... Número de hijos vivos:.....

Parto Eutócico :..... Cesárea:.....

Características del recién nacido:

Edad gestacional:37 – 39 :..... 40 – 42:....

...Sexo: Masculino:..... Femenino:.....

Peso:..... gramos.

Adecuado para la edad gestacional:.....

Grande para la edad gestacional:

Tallacentímetros

Pequeña para la edad gestacional

Adecuada para la edad gestacional Grande para la edad gestacional

APGAR al minuto:..... A los cinco minutos:

Contacto piel a piel:

Hora de inicio:..... Hora de término:

Duración:.....minutos.

Tiempo de inicio del contacto piel a piel después del nacimiento: Inmediatamente:.....

5 minutos:..... Más de 5 minutos:.....

Estabilidad de la temperatura del recién nacido:

Temperatura al nacimiento:.....°C

Temperatura al minuto 0 de iniciado el contacto piel a piel:.....°C

Temperatura a los 20 minutos de iniciado el contacto piel a piel:.....°C

Temperatura a los 45 minutos de iniciado el contacto piel a piel:.....°C

Temperatura a los 60 minutos de iniciado el contacto piel a piel:.....°C

Estabilidad de la temperatura:

Se mantiene estable:.....

Disminuye :.....

Aumenta:.....



ANEXO 3 VALIDACION DE EXPERTOS

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Título del proyecto: EFECTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ESTABILIDAD DE LA TEMPERATURA DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA. MOQUEGUA, 2020.

Nombre de investigador: Licenciada CHAYÑA CONCHA, URSULA ROSARI

Experto: MGTER. EN SALUD PÚBLICA. FERNANDO SEGUNDO VARGAS BERRIOS

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido bueno excelente, muy bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (x) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Bueno	Muy bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa sin ambigüedades	X				
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con las hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.	X				
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez del contenido y criterio.	X				
4	Organización	La estructura es adecuada y comprende agradecimiento, datos demográficos, instrucciones.			X		
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-re test (piloto).	X				
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas.		X			
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactados utilizando la técnica de lo general a lo particular.		X			
8	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.	X				
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.		X			
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado.	X				

Observaciones: Ninguna

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado

Arequipa: 04 de enero 2022.


 Firma del experto
 DNI: 29230678

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Título del proyecto: Efecto del lactato Periférico en la Estabilidad de la temperatura del Recién Nacido término

Nombre de investigador: Lic. Nilda Chuyra Concha

Experto: Lic. Sandra Juárez Peñaloza - Lic. de Enfermería Especialista en Neonatología


Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido bueno excelente, muy bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (x) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Bueno	Muy bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa sin ambigüedades	✓				
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con las hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.		✓			
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez del contenido y criterio.			✓		
4	Organización	La estructura es adecuada y comprende agradecimiento, datos demográficos, instrucciones.	✓				
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-re test (piloto).			✓		
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas.			✓		
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactados utilizando la técnica de lo general a lo particular.			✓		
8	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.			✓		
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.			✓		
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado.		✓			

Observaciones: Ninguna

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado

Arequipa: 04 de Enero del 2022


 SANDRA JUAREZ PEÑALOZA
 LIC. EN ENFERMERIA
 Firma del experto
 DNI 04434366

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Título del proyecto: Efecto del lactato Prolactina en la Estabilidad de la Temperatura del Recuo Nuevo al término

Nombre de investigador: Dr. Arnoldo Chayra Concha

Experto: Dra. Ericka Janira Pérez - Médico Neuróloga

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido bueno excelente, muy bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (x) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Bueno	Muy bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa sin ambigüedades	✓				
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con las hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.		✓			
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez del contenido y criterio.		✓			
4	Organización	La estructura es adecuada y comprende agradecimiento, datos demográficos, instrucciones.	✓				
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicado el test- re test (piloto).			✓		
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de la respuestas.			✓		
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactados utilizando la técnica de lo general a lo particular.			✓		
8	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.			✓		
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.			✓		
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado.		✓			

Observaciones: Ninguna

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado

Arequipa: 04 de Enero del 2022



Ericka Janira Pérez
M.R. NEURÓLOGA
C.M.P. 41221

Firma del experto
DNI 22303490

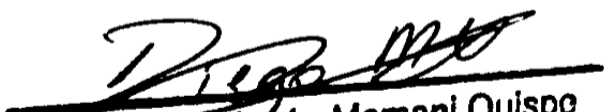
ANEXO 4

CONSTANCIA DE REALIZACION DE ESTADISTICA Y CONFIABILIDAD DE PRUEBAS ESTADISTICAS

YO, LIC DIEGO MAMANI QUISPE, certifico haber realizado las pruebas estadísticas de la tesis titulada **“EFECTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ESTABILIDAD DE LA TEMPERATURA DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2022”**, elaborado por la Lic. Ursula Rosario Chayña Concha, para obtener el título de Segunda Especialidad en neonatología.

Emito el presente documento a petición del interesado para fines que estime convenientemente el interesado.

Arequipa, 07 de Julio del 2023



Lic. Diego Jesús Mamani Quispe
Reg. Único de Colegiatura N° 28190