

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



EFFECTO DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SOBRE EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA TERMORREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO SANOS.HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA ABRIL – JUNIO 2015

PRESENTADO POR:

- BACHILLER: DELGADO VALENCIA MARÍA DEL ROSARIO, CANDY
- BACHILLER: INCA TORRES LUCY OLIVIA

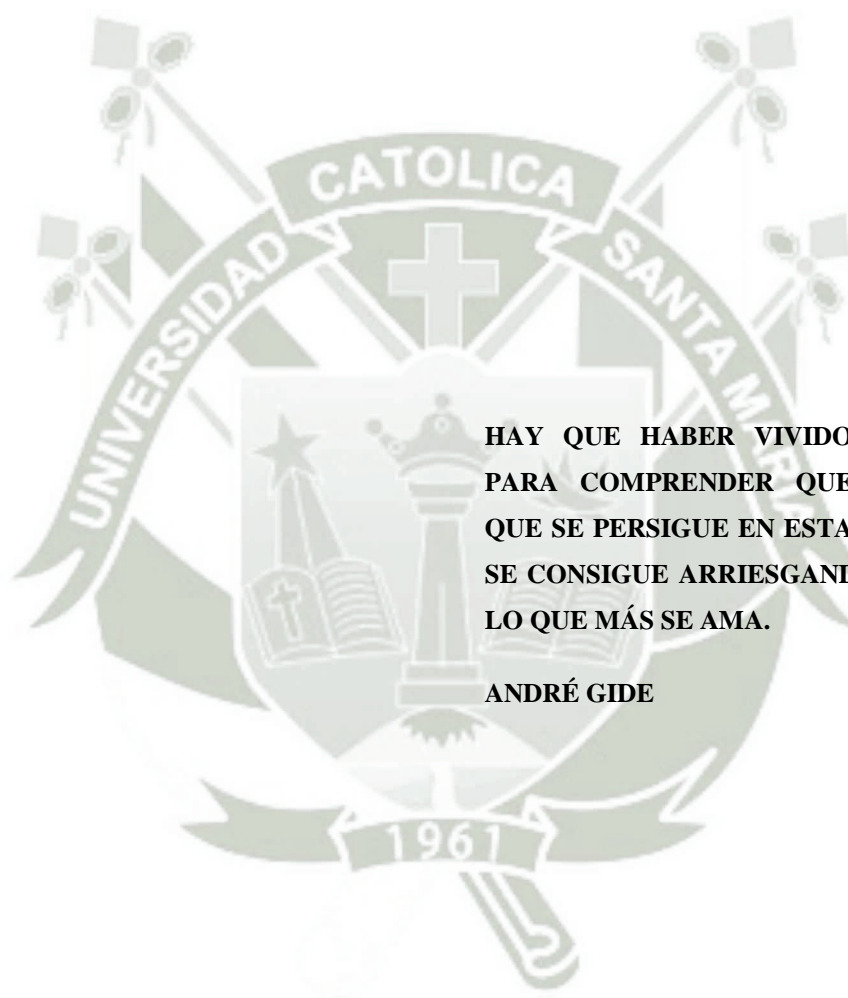
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL:

DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

AREQUIPA- 2015



**DEDICADA A NUESTROS
AMADOS PADRES Y
HERMANOS, QUIENES SON
NUESTRA MAYOR
MOTIVACIÓN**



**HAY QUE HABER VIVIDO UN POCO,
PARA COMPRENDER QUE TODO LO
QUE SE PERSIGUE EN ESTA VIDA SÓLO
SE CONSIGUE ARRIESGANDO, A VECES
LO QUE MÁS SE AMA.**

ANDRÉ GIDE

ÍNDICE

RESUMEN.....	01
INTRODUCCIÓN.....	03
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	04
1. Problema De Investigación.....	04
1.1. Enunciado	04
1.2. Descripción.....	04
1.3. Justificación.....	06
2. Objetivos.....	08
3. Marco Teórico.....	09
3.1. Marco Conceptual.....	09
3.2. Análisis De Antecedentes Investigativos.....	38
4. Hipótesis.....	44
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	44
1. Técnicas, Instrumentos Y Materiales de Verificación	44
2. Campo de Verificación.....	45
2.1. Ubicación Espacial.....	45
2.2. Ubicación Temporal.....	45
2.3. Unidades de Estudio.....	46
3. Estrategia de Recolección de Datos.....	47
3.1. Organización.....	47
3.2. Recursos.....	47
3.3. Validación del Instrumento.....	48
4. Estrategia para Manejar Resultados.....	49
4.1. Sistematización de Datos.....	49
CAPITULO III: RESULTADOS	51
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	76

RESUMEN

Históricamente el contacto precoz entre la madre y el recién nacido ha sido necesario para la supervivencia de éste, sin embargo actualmente en el mundo occidental, debido a las rutinas hospitalarias, se suelen separar en los primeros momentos tras el parto. El presente trabajo busca demostrar el efecto del Contacto Precoz Piel a Piel sobre dos procesos de adaptación importantes para el recién nacido: el Inicio de Lactancia y la Termorregulación.

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital III Goyeneche, donde realizamos un estudio cuasi experimental, teniendo dos grupos, conformados por 30 recién nacidos a término, sanos, cada uno, el primer grupo que recibió contacto precoz piel a piel y el segundo grupo que no recibió contacto precoz piel a piel; se aplicó una ficha de observación clínica, elaborada por las investigadoras, donde se evaluaron los siguientes parámetros: si hubo o no contacto precoz piel a piel; duración del contacto, desde los 15 minutos hasta más de 60 minutos de contacto; temperatura del recién nacido desde los 5 minutos hasta más allá de los 60 minutos, dependiendo de la duración del contacto; y finalmente si inicia o no la lactancia. Se obtuvo como resultado, que el 100 % de los recién nacidos que recibieron Contacto Precoz Piel a Piel iniciaron lactancia materna, sin importar el tiempo de contacto, siendo el contacto logrado de 30 a 44 minutos de duración, con respecto a la termorregulación el trabajo muestra mejor adaptación en el grupo que recibió Contacto Precoz Piel a Piel, con una temperatura promedio de 36.91°C en comparación de los recién nacidos que no recibieron contacto precoz piel a piel, quienes tuvieron una temperatura promedio de 36.67°C. Se encontraron diferencias altamente significativas entre ambos grupos en cuanto al inicio de la lactancia así como en la termorregulación.

Por eso concluimos que el Contacto Precoz Piel a Piel influye significativamente en ambos aspectos estudiados, hallándose importantes diferencias entre los grupos con Contacto Precoz Piel a Piel y los que no tuvieron Contacto Precoz Piel a Piel. Palabras clave: Contacto Precoz Piel a Piel, Termorregulación, Inicio de la Lactancia materna.

ABSTRACT

Historically the early contact between the mother and the newborn it was necessary for the survival of this, however at present in the Western world, because the hospital routines, usually separate in the first moments after birth, the present paper seeks to show the effect of early skin contact to skin on two important processes of adaptation for the newborn the onset of lactation and thermoregulation.

The research work was conducted in the Hospital Goyeneche III, where we do a quasi-experimental study, having two groups, comprised of term infants, healthy, 30 each, the first group that received early contact skin-to-skin and the second group who did not receive early contact skin-to-skin; applied a tab of clinical observation, developed by ourselves, where the following parameters were evaluated: If there was or not contact early skin-to-skin; duration of contact, taking at least 15 minutes up to 60 minutes of contact; temperature of the newborn from 5 minutes up to beyond 60 minutes, depending on the duration of contact; and finally if you start or not breastfeeding. Was obtained as a result, 100% of the neonates who received early contact skin-to-skin started breastfeeding, regardless of the time of contact, being the average of 30 to 44 minutes in length; with regard to thermoregulation.

Therefore, we conclude that the early skin to skin contact significantly influences both aspects studied, being found significant differences between the groups contact early skin-to-skin and who had no contact early skin to skin.

Key words: early skin to skin, thermoregulation, home of the lactation maternal, benefits of the contact early skin-to-skin contact.

INTRODUCCIÓN

En las primeras horas de vida de un Recién Nacido (RN) es cuando se establece el vínculo madre – hijo(a). Esta es una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción con la madre. Los primeros minutos, horas y días constituyen un periodo sensible para el Recién Nacido y para los padres. (6)

En las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo. (12)

La separación de las madres de los recién nacidos cuando nacen, se ha convertido en la práctica estándar a pesar de las pruebas cada vez mayores de sus posibles efectos nocivos. Nosotras creemos que en la búsqueda de un parto humanizado y que sea menos traumático para la madre y el niño es de vital importancia el contacto precoz piel a piel, no solo por los múltiples beneficios que éste posee para los recién nacidos, como una mejor adaptación a la vida extrauterina sino que además es un proceso espontáneo y natural que lleva a formar un lazo único, entre su madre, quien lo ha llevado en el vientre durante 9 meses, y finalmente lo puede sostener en sus brazos. Creemos que este lazo que se forma en los primeros minutos de vida es una oportunidad única de poder afianzar y comenzar con una buena relación madre – hijo.

Es por ello que este trabajo buscó demostrar dos de los grandes beneficios de contacto precoz piel a piel, la relación con la termorregulación, que es un nuevo proceso en la vida extrauterina del recién nacido, y la relación con el inicio de la lactancia materna, que es un proceso por el cual el recién nacido va a poder recibir todo lo que necesita para un correcto desarrollo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado.

EFFECTO DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SOBRE EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA TERMORREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO SANOS.HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA ABRIL – JUNIO 2015

1.2. Descripción.

a. Área del conocimiento.

- **Área General:** Ciencias de la salud
- **Área específica:** Obstetricia
- **Especialidad:** Salud Perinatal
- **Línea de investigación:** Atención Inmediata del Recién Nacido

b. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE 1. Contacto precoz piel a piel.	SI	
	NO	
VARIABLES DEPENDIENTES 1. Termorregulación	NORMOTERMIA (36.5°C – 37.5°C)	
	HIPERTERMIA (>37.5°C)	
	HIPOTERMIA (< 36.5°C)	
2. Inicio de la Lactancia Materna	INICIA LACTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
VARIABLE INTERVINIENTE 3. Características Materno – Fetales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna • Escolaridad • Paridad • Edad Gestacional • Duración del Periodo Expulsivo 	
	<ul style="list-style-type: none"> • APGAR • Peso del Recién Nacido 	

c. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el efecto del contacto precoz piel a piel sobre el inicio de la lactancia materna en recién nacidos a término sanos, comparado con un grupo de Recién Nacidos que no tuvieron contacto precoz piel a piel?
- ¿Cuál es el efecto del contacto precoz piel a piel sobre la termorregulación en recién nacidos a término sanos, comparado con un grupo de Recién Nacidos que no tuvieron contacto precoz piel a piel?
- ¿Existe diferencia en el inicio de la lactancia materna y termorregulación entre recién nacidos con contacto precoz piel a piel y los que no tuvieron contacto precoz piel a piel?

d. Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es de Campo

e. Nivel de Investigación.

Cuasi - experimental

1.3. Justificación

Relevancia social: El recién nacido es un pequeño ser humano, con todos sus sentidos altamente desarrollados y receptivos. Los bebés nacen conscientes, conociendo, sintiendo, amando, esperando una relación. El contacto piel con piel es muy importante, conecta el cuerpo de la madre con el cuerpo del bebé, el cerebro de la madre con el cerebro del bebé, y la mente de la madre y la mente del bebé empiezan a desarrollar inteligencia social y emocional. Es un proceso espontáneo y natural que lleva a formar un lazo único, entre su madre, quien lo ha llevado en el vientre durante 9 meses, y finalmente lo puede sostener en sus brazos. Creemos que este lazo que se forma en los primeros minutos de vida es una oportunidad única de poder afianzar y comenzar con una buena relación madre – hijo.

Relevancia Científica: el presente estudio, se constituirá en la base de investigaciones futuras, acerca del contacto piel a piel y sus beneficios en el recién nacido, queda en evidencia el hecho de que se deben desarrollar más

investigaciones respecto al tema, midiendo variables ya estudiadas, con el objetivo de que los resultados aporten al cuerpo de conocimientos ya construido y permitan comparar la evolución del uso del método en el tiempo. De modo que es portador de una contribución académica para los investigadores, tanto para el planteamiento como para los datos estadísticos.

Relevancia personal: la necesidad de conocer los beneficios reales del contacto piel a piel en recién nacidos, y demostrar el rol importante de esta práctica, despertó un interés personal, que también fue un motor pilar importante para la realización del presente estudio.



2. OBJETIVOS

- Identificar el efecto del contacto precoz piel a piel sobre el inicio de la lactancia materna en recién nacidos a término sanos, comparado con un grupo de Recién Nacidos que no tuvieron contacto precoz piel a piel.
- Determinar el efecto del contacto precoz piel a piel sobre la termorregulación en recién nacidos a término sanos, comparado con un grupo de Recién Nacidos que no tuvieron contacto precoz piel a piel.
- Establecer la diferencia en el inicio de la lactancia materna y termorregulación entre recién nacidos con contacto precoz piel a piel y los que no tuvieron contacto precoz piel a piel.



3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Marco Conceptual.

3.1.1. CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL (CPPP)

El contacto precoz piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. El fundamento para el contacto piel a piel se basa en estudios realizados en animales en los que se demostró que ciertas conductas innatas de los neonatos son necesarias para la supervivencia y que dependen del hábitat. (17)

En el momento del nacimiento el bebé cambia su medio acuático por el aéreo terrestre, su circulación sanguínea, su modo de respirar y oxigenarse, su temperatura exterior, recibiendo de manera mucho más intensa que antes cualquier estímulo óptico, acústico o táctil. En la hora o dos horas siguientes al parto, se encuentra en un estado de alerta tranquila, receptiva, activa y es especialmente importante que estos primeros minutos-horas en la vida del bebé tenga una acogida que favorezca una adaptación lo más tranquila al nuevo medio.

A. TEORÍA DEL APEGO

La teoría del apego (John Bowlby, 1998) describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos sobre todo en las familias y entre amigos a lo largo de la vida. Su principio más importante es que el niño necesita una relación con al menos un cuidador primario para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad, además, las relaciones posteriores se basarán en los modelos desarrollados en estas primeras relaciones.

La teoría del apego se enmarca en el campo de estudios interdisciplinarios que abarcan los ámbitos de la psicológica general, evolutiva y la teoría etológica (comportamiento animal).

Se inició como resultado de experiencias durante la Segunda Guerra Mundial en Inglaterra cuando los niños fueron evacuados

de las ciudades para escapar de los bombardeos. Los cuidadores de los niños separados de sus padres o huérfanos no podían ayudarlos pero eran conscientes del dolor de los niños y la angustia profunda que sentían. Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, Naciones Unidas pidió al psiquiatra y psicoanalista John Bowlby escribir un artículo sobre el asunto. Más tarde pasó a formular la teoría del apego (Cassidy, 1999).

Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos en la interacción social con ellos, y que permanecen como cuidadores consistentes durante varios meses en un período de cerca de seis meses a dos años de edad. Tal vez, por este motivo, el inicio precoz de apego puede tener importancia incluso desde los primeros momentos de vida extrauterina y por ello pueda ser significativo el contacto precoz del padre tras el parto o cesárea. (17)

Se ha investigado mucho sobre cómo la separación de la madre y el hijo condicionan los cuidados posteriores. Con el desarrollo de la incubadora por Tarnier en 1880 se observó que algunas madres que no habían cuidado de sus hijos perdieron el interés por ellos, era cierto pues que la vida del niño se salvaba pero a costa de la relación con la madre. Otro ejemplo es la disminución de la tasa de abandono de Tailandia, Rusia, Filipinas o Costa Rica tras la introducción del contacto precoz. (6)

El Método Canguro o el Contacto piel con piel comenzó en 1979 con los doctores Rey y Martínez en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (Colombia) debido al número insuficiente de incubadoras para atender a los niños prematuros. Se comenzó con un programa de cuidados del prematuro que consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre y alimentarle con leche materna. (4)

B. TÉCNICA DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL

Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel con la madre, el RN, poco a poco va reptando

hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores, pataleo, cabeceo, y poniendo en marcha los reflejos de búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico, (3) alcanzando el pezón y realizando un agarre espontáneo. Este proceso no debe forzarse y debe ser espontáneo. Su duración es de unos 70 minutos en el 90% de los casos, con un mínimo de 30 minutos, la separación madre-recién nacido, altera este proceso y disminuye la frecuencia de las tomas de lactancia con éxito. (17)

El Contacto Precoz Piel a Piel puede realizarse sin restricciones si: el RN es a término o pretérmino tardío (35-37 semanas de gestación), el líquido amniótico es claro, respira o llora sin dificultad o si presenta buen tono muscular. Realizar Contacto Piel a Piel en el recién nacido a término y sano tiene diversos beneficios, favoreciendo la adaptación a la vida extrauterina, y mejorando la estabilidad cardiorrespiratoria del RN. (21)

Todo esto es posible en los partos eutócicos. En el caso de los partos distócicos, el procedimiento es el mismo siempre que el estado de la madre y del RN lo permitan. Si el niño tiene que ser valorado en la cuna térmica por el pediatra o la matrona, una vez finalizada la valoración, se comenzará el contacto piel con piel con la madre, ya que precisamente los bebés que presentan algún problema son los que más necesitan de su madre, y eso no impide que reciban los cuidados necesarios. Definitivamente, los que más necesitan del contacto piel con piel son los bebés que nacen con algún problema, y así obtener sus beneficios. (17)

El Contacto Piel a Piel se puede realizar también en cesáreas programadas, con la colaboración del personal médico y de enfermería. En el caso de que el estado de la madre no permita realizar el Contacto Piel a Piel en el mismo quirófano, éste se puede continuar con el padre, y una vez terminada la cesárea, la madre se pasará a la sala de reanimación postquirúrgica y anestesia,

donde se llevará a cabo el contacto piel con piel lo más precoz posible. (16)

C. BENEFICIOS DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL

En la biología de los mamíferos, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a una lactancia satisfactoria y, por lo tanto, a la supervivencia. La separación de este entorno da lugar a llantos inmediatos de angustia y a una conducta de "protesta-desesperación". En los estudios en roedores se observó que las crías que recibieron menos atención de sus madres fueron las que presentaron compromisos en su salud e inteligencia a lo largo de la vida. En los seres humanos, la separación de rutina poco después del nacimiento pertenece puramente al siglo XX. Esta práctica contradice la historia evolutiva, donde la sobrevivencia neonatal dependía del contacto íntimo y prácticamente continuo con la madre. El contacto piel a piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera ocitocina materna. La ocitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido. La ocitocina antagoniza el efecto de lucha o huida, lo que reduce la ansiedad materna y aumenta la tranquilidad y la receptividad social. Durante las primeras horas después del nacimiento, es posible que la ocitocina también estimule las conductas de crianza.

Los beneficios que se encuentran son los siguientes: (a) favorece la colonización del RN por los gérmenes maternos, (b) disminuye los niveles de estrés en el RN, por la disminución de cortisol en sangre, (c) facilita la regulación térmica, lo que disminuye el consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la adaptación metabólica, (d) tiene un efecto favorable en el proceso de vinculación madre-recién nacido, (e) disminuye el tiempo de

llanto del RN, (f) provoca menor ingurgitación mamaria y menor grado de ansiedad en la madre, (g) favorece el agarre correcto al pecho, (h) aumenta la frecuencia y la duración de la lactancia maternal. (16)

D. BARRERAS PARA EL CONTACTO PIEL A PIEL

Muchas de las barreras para un Contacto Piel a Piel adecuado se relacionan a prácticas comunes más que a preocupaciones médicas.

- **El bebé “necesita” succión buco-faríngea al nacer.**

Durante los primeros minutos hay un aumento normal de secreciones bucales, que un recién nacido vigoroso, puede deglutir o eliminar, más aún si es colocado en decúbito prono sobre su madre. La aspiración de secreciones no sólo no es necesaria en la gran mayoría de recién nacidos sino que puede causar daño de las mucosas o apnea refleja.

- **El bebé puede “aspirarse” la leche.** Los recién nacidos no necesitan “suero” para “probar” su capacidad para succionar o deglutir. En la rara situación en la que el bebé tenga una anomalía para succionar, el calostro (una sustancia fisiológica natural) ofrece menos riesgo para los pulmones del bebé que una sustancia extraña como agua o fórmula artificial.

- **El bebé puede enfriarse.** La madre proporciona el calor necesario para mantener la estabilidad térmica del bebé. Las mujeres que acaban de dar a luz tienen 1°C más en el pecho y pueden aumentar su temperatura hasta en 2°C para calentar al bebé. Si la temperatura del ambiente es adecuada, hay un buen contacto piel a piel y se ha secado al bebé previamente, el bebé aumentará su temperatura progresivamente en el transcurso de una hora. Adicionalmente debemos mencionar que la temperatura de la sala de partos debe ser idealmente de 24 a 28°C, un ambiente en el que un adulto se siente cómodo con ropa de

algodón, con manga corta. Si la temperatura es menor, debe abrigarse a la madre y al niño juntos, manteniendo el contacto piel a piel y al bebé se le puede colocar un gorro.

- **El bebé puede hacer hipoglicemia.** El recién nacido en contacto piel a piel eleva su glicemia antes que el que es separado de su madre. Además, gracias a que el calostro tiene un alto nivel de grasa, lipasa y carnitina, puede obtener cuerpos cetónicos, mediante la lipólisis y la oxidación de ácidos grasos facilitada por la carnitina, y utilizarlos como sustrato alternativo para el metabolismo cerebral. La fórmula artificial suprime la cetogénesis, bloqueando el mecanismo natural que protege al neonato del daño que puede causar la hipoglicemia.
- **El bebé necesita examen y procedimientos.** El examen minucioso y los procedimientos pueden postergarse hasta después de la primera mamada o pueden hacerse con el bebé sobre la madre, aunque es mejor tratar de no interrumpir el contacto madre-bebé.
- **El bebé debe ser vigilado.** Es cierto, pero puede vigilarse estando en contacto piel a piel con su madre.
- **La madre necesita ser suturada.** El contacto piel a piel tranquiliza y distrae a la madre de la sutura, por lo que el bebé puede permanecer con su madre.
- **El bebé debe ser bañado.** Por el contrario, el baño debe ser postergado ya que retira el vérmix de la piel del bebé, quitándole su lubricación y protección, además de poner en riesgo de hipotermia al recién nacido e interferir con la lactancia.
- **La sala de partos requiere ser ocupada.** La madre y el bebé pueden transferirse a la sala de puerperio en contacto piel a piel y este contacto puede continuar allí.

- **No hay personal para quedarse con la madre y el bebé.** Un miembro de la familia puede quedarse con la madre y el bebé.
- **El bebé no está alerta.** Si un bebé está soñoliento debido a medicación materna es aún más importante que el bebé tenga contacto ya que necesita apoyo extra para el apego y la alimentación.
- **La madre está cansada.** Raramente una madre está tan cansada que no quiera tener a su bebé. El contacto con su bebé puede ayudar a la madre a relajarse.
- **La madre no quiere tener a su bebé.** Si una madre no desea tener a su bebé puede ser que esté deprimida y hay un mayor riesgo de abandono, negligencia o abuso del bebé. Estimular el contacto es importante, ya que puede reducir estos riesgos, pero debe estar presente una persona para animar a la madre a sostener al bebé y para la protección del mismo.
- **La madre es VIH positiva.** Cargar al bebé no está implicado en la transmisión del VIH. Para una madre con VIH es importante cargar, abrazar y tener contacto físico con su bebé. Debe disponerse del alimento de reemplazo para el bebé que no amamantará y debe comenzarse con pequeñas cantidades.
- **La madre no desea amamantar.** A menos que haya una razón médica conocida para no amamantar, (por ejemplo que la mujer sea VIH-positiva) todas las madres deben ser animadas para que el bebé succione el pecho. Si la madre tiene un fuerte deseo personal de no amamantar, puede decirlo en este momento.
- **La madre tuvo gemelos.** Generalmente, el primer recién nacido puede tener contacto piel a piel hasta que la madre empiece el trabajo de parto para el segundo parto. El

primer gemelo puede ser sostenido en contacto piel a piel por un miembro de la familia para un contacto tibio mientras el segundo gemelo nace. Luego, los dos niños pueden ser sostenidos por la madre en contacto piel a piel y ayudados a lactar cuando estén listos.

3.1.2. TERMORREGULACIÓN

La termorregulación es la propiedad que tiene el organismo de mantener la temperatura corporal dentro de los límites fisiológicos (36-37.5°C.). (1)

Valores normales de temperatura en el recién nacido a término (OMS 1997) (13)

- 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). Academia Americana de Pediatría (AAP).
- 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 mayor a 37.5°C.

Caso en que está más baja de 36.5°C (18)

- Se debe evaluar porque esto ha ocurrido considerando primero que todo si la temperatura ambiental es adecuada.
- Luego se debe revisar en la historia si hay antecedentes que puedan alterar la termorregulación como el antecedente de

asfixia o la ingestión materna de derivados del diazepam o drogas anestésicas.

- Siempre que baja la temperatura axilar del rango normal se debe medir la t° rectal. Si esta está bajo 37° significa que se superaron los mecanismos de termorregulación, el niño se enfrió y está más propenso a presentar hipoglicemia y acidosis.
- Según el resultado de esta evaluación, se tomarán las medidas que correspondan: corrección de la t° ambiental, abrigar al niño, efectuar evaluaciones según clínica: glicemia, gases en sangre, pesquisa de infección. La inestabilidad térmica en el RN sin causa aparente es un signo precoz de infección y de enterocolitis necrotizante.

Caso en que la temperatura axilar esta sobre 37°C (18)

- Se debe evaluar las condiciones ambientales: temperatura, grado de abrigo etc.
- Se debe medir la temperatura rectal. Cuando la gradiente axilo/rectal disminuye de 0.5° y especialmente si son iguales o se invierte, es un signo importante de que el alza térmica se debe probablemente a un ambiente demasiado cálido. Es la situación más frecuente en verano en los Recién Nacido a Término que se encuentran en puerperio con sus madres. En caso contrario se deberá evaluar las condiciones clínicas generales del niño y de acuerdo a esto descartar en primer lugar, una infección.

En todos los casos de alteración de la temperatura debe efectuarse un seguimiento del RN controlando su temperatura axilar cada media a una hora hasta que ésta se estabilice y evaluando las condiciones clínicas de éste.

A. FISIOLÓGÍA

El R.N. tiene menor capacidad de termorregulación por:

- Mayor superficie corporal en relación a su peso.
- Mayor conductancia térmica por menor panículo adiposo
- Dificultades para disminuir su superficies radiantes (acurrucarse por flexión) especialmente el RN prematuro y deprimido.
- Incapacidad de temblar y limitaciones en aumentar la actividad espontánea.
- Depósitos limitados de grasa (parda) de rápido metabolismo.
- Frecuentes limitaciones para aumentar el consumo de oxígeno (situaciones de hipoxemia).
- Aportes calóricos insuficientes.(1)

El RN prematuro, tiene termolabilidad por:

- Inmadurez del centro termorregulador de la temperatura.
- Delgadez de la piel y escaso tejido celular subcutáneo, favoreciendo la radiación del calor.
- Falta de queratinización de la piel, mayor pérdida de líquidos y calor.
- Deficiente reacción de vasoconstricción y vasodilatación.
- Desproporción entre peso y superficie corporal.
- La hipotermia lleva al RN a un mayor consumo de oxígeno, hipoglucemia y acidosis metabólica.(5)

Los mecanismos de pérdida de calor y de las causas que pueden hacer que el prematuro se desestabilice.

Hay cuatro mecanismos por los que el recién nacido puede perder calor:

- **Convección:** pérdida de calor a causa de que el aire o fluidos que tocan al niño están más fríos
 - Corrientes en los boxes
 - Puertas abiertas
 - Baño a temperatura incorrecta
 - Conducción: pérdida de calor por estar en contacto con una superficie más fría.
 - Ropa de cama fría
 - Movimiento del niño en la incubadora y toca las paredes
 - Contacto con manos frías
- **Radiación:** pérdida de calor por estar cerca de un objeto más frío.
 - Ventana al exterior
 - Paredes frías de la incubadora
- **Evaporación:** pérdida de calor al evaporarse el agua de la superficie del cuerpo.
- **Sudoración** (16)

B. PRODUCCIÓN DE CALOR

Para que la temperatura corporal sea estable, la producción de calor debe ser igual a la pérdida. Se logra por tres mecanismos:

- Actividad muscular voluntaria
- Actividad muscular involuntaria (escalofrío ausente)
- Termogénesis no dependiente de la actividad muscular.
(1)

En el RN la actividad muscular voluntaria es limitada y la actividad muscular involuntaria es inadecuada; por ello, depende de la grasa parda para la termogénesis. (1)

La producción de calor se realiza por activación de los triglicéridos, que son paulatinamente hidrolizados por una enzima lipolítica.

Grasa parda: Tejido metabólicamente muy activo, con gran cantidad de vacuolas de grasa, extensamente vascularizado

En el RN representa el 2-6% de su peso corporal total (RN)

Distribuida principalmente en el cuello, mediastino posterior, zona ínterescapular, zonas Perirrenales, alrededor de las glándulas suprarrenales. (1)

Ambiente Térmico Neutro (ATN)

El Ambiente Térmico Neutro es aquel que permite al RN mantener su temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menor gasto metabólico. (1)

El control térmico ideal es aquel en el cual la temperatura corporal se mantiene estable permitiendo un aumento de peso adecuado del RN.

Algunos factores pueden alterar este equilibrio, por ejemplo: procedimientos, estrés, agitación, uso de fototerapia, en estos casos se requieren ajustes en el microclima independientemente de los parámetros sugeridos en la tabla de control térmico neutro (1)

Tener en cuenta que:

La región del cuerpo que más se aproxima a la temperatura interna o central es la región axilar, sitio indicado para la medición de la temperatura en el RN.

El uso del servocontrol, es imprescindible porque reduce la manipulación excesiva y ayuda a mantener el ATN. (1)

Es importante tener la precaución de colocar el servocontrol sobre superficies blandas para lograr un buen contacto y evitar que el RN se apoye sobre éste, porque esto generaría una lectura falsamente alta de la temperatura.

El servocontrol debe ser fijado al RN utilizando parche con hidrocoloide.

El microclima con alta humedad, favorece la disminución de pérdidas insensibles, ayuda a mantener la termorregulación y estimula la cornificación de la piel.

Es muy importante mantener la temperatura adecuada para evitar injuria por frío, que provocan un aumento en el consumo de oxígeno y el metabolismo basal. Esto complica aún más su función respiratoria y aumenta el riesgo de hipoglucemia.

Trastornos de la termorregulación

Debido a factores como:

- Hipoxia aguda
- Fármacos administrados
- Trastornos hemodinámicos
- Trastornos metabólicos
- RN prematuros
- Septicemia
- Aporte nutricional y calórico inadecuado
- Inmadurez del sistema de control térmico
- Cantidad deficiente de tejido adiposo subcutáneo

C. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALTERACIÓN EN LA TERMORREGULACIÓN (11)

Signos de hipotermia:

Cuerpo frío al tacto	Mala perfusión periférica
Cianosis central y/o acrocianosis (existe después de las primeras horas de vida)	Disminución de la actividad
Aumento del requerimiento de oxígeno.	Letargia / Irritabilidad
Respiraciones irregulares y/o apnea / Taquipnea	Disminución de los reflejos. Hipotonía
Intolerancia alimentaria	Llanto débil
Distensión abdominal, aumento del residuo gástrico	Succión débil
Bradycardia	Hipoglucemia
	Edema
	Dificultad para descansar

Signos de hipertermia secundaria a sobrecalentamiento

Taquipnea	Alimentación irregular
Apnea	Letárgia
Taquicardia	Hipotonía
Hipotensión	Postura en extensión
Rubor	Llanto débil o ausente
Extremidades calientes	Temperatura de piel mayor que central
Irritabilidad	

D. CUIDADOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL DEL RECIÉN NACIDO

En sala de partos

Control térmico en la sala de partos. Diferenciar los cuidados del RNT y RNMBP.

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 bebe. (Conducción).

Evitar puertas abiertas que produzcan corrientes de aire. (Convección).

La temperatura ambiental recomendada es de 24°C - 26°C (OMS 1997).

Las Intervenciones para evitar la pérdida de calor y aportar calor se aplicarán lo más precoz posible, hasta los 10 minutos después del nacimiento.

Si el RNT no puede colocarse encima de la madre (piel con piel), utilizar fuente de calor (Radiación) y secado rápido (Evaporación) cubrirlo con sabanillas secas y tibias, (Convección-Conducción). Cambiar rápidamente la sabana mojada. Cubrir la cabeza con la sabanita primero y posteriormente con un gorro de material aislante adecuado.

Los gorros de malla tubular y algodón no cumplen la función de disminuir las pérdidas de calor.

Hay que 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 está en la cuna de calor radiante si se va a demorar tiempo el traslado.

Si el niño RNT ha nacido en buenas condiciones, puede ser colocado con su madre en contacto piel a piel secándolo encima de ella y bien cubierto con paños calientes, lo que le dará un ambiente térmico adecuado. Control regular de su temperatura axilar verificando que ésta se estabilice entre 36.5 y 37,5°C.

En los RN de bajo peso y edad gestacional (< 1500g o <33 sem) después del parto puede disminuir de manera precipitada la temperatura central como consecuencia de una pérdida de calor por evaporación, y convección. Utilizar bolsas de polietileno en prematuros pequeños. La evidencia científica demuestra que introducir al RNMBP inmediatamente después de nacer, sin secar en una bolsa de polietileno, evita con efectividad una disminución de la temperatura. La bolsa de polietileno debe de cubrir todo el cuerpo incluida cabeza y dejando solo la cara expuesta Solo si no es posible cubrir la cabeza con la bolsa de polietileno se colocará un gorro de tejido aislante. La reanimación se realiza con el niño colocado dentro de la bolsa, en la cuna de calor radiante.

Es importante no olvidar que la mayoría de los RN necesitan ayuda externa para mantener su temperatura corporal en las primeras 12-24 H después del nacimiento.

3.1.3. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. (11)

A. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

La lactancia, o el amamantamiento, es un proceso complejo cuyo principal objetivo es la supervivencia óptima del lactante.

En la lactancia, existen dos elementos necesarios para cumplir el objetivo:

- la madre, que produce y ofrece la leche, y
- el lactante, que extrae la leche del pecho.

Estructura Anatómica de la Mama (9)

La glándula mamaria tiene una disposición arborescente, o ramificada, en la que se distinguen los alvéolos y los conductos. Los alvéolos, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche de la luz de los alvéolos hacia los conductos. Los conductos son tubos ramificados, entrelazados e interconectados.

Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos constituyen un lóbulo.

La glándula mamaria tiene entre 4 y 18 lóbulos (9, en promedio) que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos o mamarios, que desembocan en el pezón, el cual es una pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada un poco por debajo del centro de la mama.

El color y el olor de la areola parecen ayudar al bebé a encontrar el pecho. Una gran proporción del tejido glandular (más del 70%) se localiza en un radio de 30 mm a partir del pezón. En algunas mujeres la glándula mamaria puede extenderse hasta la zona axilar, lo que se denomina la cola de Spence.

El tejido adiposo da forma y tamaño a la mama, su proporción es variable de mujer a mujer (9 a 54%). La asimetría de ambos pechos es común. El tamaño de las mamas se debe a la cantidad de grasa. El volumen de leche que se produce no depende del tamaño del pecho. Las mujeres con pechos pequeños pueden amamantar normalmente.

Los pechos pequeños pueden tener menor capacidad de almacenar leche entre mamadas que los pechos más grandes. Los bebés de madres con pechos pequeños pueden necesitar mamar más frecuentemente, pero la cantidad de leche producida en un día es igual que en los pechos más grandes.

Fisiología del pezón

En reposo, los pezones son blandos y poco elevados. Al estímulo táctil, se vuelven más prominentes y firmes, debido a la contracción de sus fibras musculares, lo que se denomina protractilidad.

Aunque el bebé forma una tetilla no sólo del pezón sino también del tejido blando circundante, la protractilidad del pezón facilita el acoplamiento de la boca del niño al pecho (“agarre”). Algunas mujeres tienen poca protractilidad del pezón, pero ésta mejora con el transcurso del embarazo y con la lactancia.

Cuando el pezón, en vez de sobresalir, se retrae al estímulo (pezón plano o invertido), puede haber alguna dificultad para la lactancia.

Producción de Leche

La primera etapa de producción de leche está bajo un control endocrino. Dos hormonas – prolactina y oxitocina son importantes para ayudar a la producción y al flujo de leche, respectivamente.

Prolactina

Producido el parto, la salida de la placenta determina un descenso brusco de las hormonas placentarias, permitiendo la acción de la prolactina que, por estímulo de la succión del pecho, se libera del lóbulo anterior de la hipófisis, en forma pulsátil. La prolactina es alta en las primeras 2 horas después del parto. La prolactina funciona después que el bebé ha lactado, para producir la leche para la siguiente mamada.

La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos en la glándula mamaria. Esos receptores aumentan durante la lactancia precoz y frecuente, y luego permanecen estables. Parece haber una precoz “ventana de oportunidad” para que la succión del pecho estimule los receptores de prolactina. La acción de la prolactina provoca el aumento rápido de la producción de leche. Las multíparas tendrían una mayor cantidad de receptores que las primíparas, lo que explicaría el aumento más rápido de la leche en ellas, a pesar de tener menores niveles de prolactina.

La prolactina es alta durante la noche, de ahí que la lactancia en la noche permite más producción de leche.

Además, la prolactina: tiene un efecto relajante, haciendo que la mujer que da de lactar se sienta calmada y soñolienta, demora el retorno de la ovulación, haciendo de la lactancia un método de espaciamiento de embarazo, está presente en la leche, donde

tendría un rol en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia y en el intercambio intestinal de líquidos y electrolitos del lactante. (9)

Oxitocina

En respuesta a la succión del pecho, la hipófisis posterior libera oxitocina al torrente sanguíneo produciendo la contracción de las células mioepiteliales de los alveólos mamarios y el vaciamiento de estos. Este proceso se llama el reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de la leche o de bajada. Es esencial para que el bebé obtenga leche. Puede ocurrir varias veces durante una mamada.

El reflejo de eyección, o de oxitocina, puede desencadenarse al ver, oír, tocar y aún al pensar en el bebé, sin mediar el estímulo del pezón o de la areola. La liberación de oxitocina puede inhibirse temporalmente por el miedo y otros sentimientos negativos de la madre, como dolor intenso, estrés, dudas, vergüenza o ansiedad. La nicotina y el alcohol pueden inhibir el reflejo. La forma cómo se le habla a una madre puede ayudar u obstaculizar el flujo de leche. Si se hace que ella se preocupe por su producción de leche, esta preocupación puede afectar la liberación de Oxitocina. (10)

Rol del Bebé, Agarre y Succión Eficaz

Si de inmediato al parto, se coloca al recién nacido sobre su madre, en contacto piel a piel y se le permite actuar espontáneamente, sin interrumpirlo, tendrá un agarre correcto del pecho y una succión eficaz.

La succión espontánea en este periodo, se relaciona con menores problemas de lactancia y un período de amamantamiento más largo.

Posteriormente, algunas madres pueden tener dificultades para conseguir que el bebé tenga un buen agarre y necesitan ayuda.

Mientras estén presentes los reflejos del recién nacido (durante, por lo menos, las primeras seis semanas de vida), puede ocurrir el agarre espontáneo del pecho en el contacto piel a piel y ayudar a que el bebé aprenda a mamar.

Para que el recién nacido extraiga la leche, requiere un buen “agarre” del pecho que consiste en la introducción del pezón y de la areola profundamente en la boca, de tal manera que la punta del pezón alcance el paladar blando.

Para lograrlo, al estimular los labios del lactante con el pezón (o cuando el bebé huele la leche), se desencadena el reflejo de búsqueda, que produce la apertura de la boca y la ubicación de la lengua en el piso de aquella.

Una vez que el pezón toca el paladar, se produce el reflejo de succión, el niño desplaza la lengua hacia adelante, por encima de la encía inferior, y comprime la areola contra el paladar duro por medio de movimientos ondulares de la lengua, de adelante hacia atrás, extrayendo la leche de los conductos a la región posterior de la boca. Al mismo tiempo, el reflejo de oxitocina hace que la leche fluya a lo largo de los conductos. La succión estimula la liberación de hormonas intestinales que preparan al bebé para la digestión del calostro, además de provocar la liberación de prolactina. Cuando la boca se llena de leche, se desencadena el reflejo de deglución. Los reflejos de orientación, succión y deglución ocurren automáticamente en un bebé a término, sano. Un buen agarre del pecho no siempre es completamente automático y el bebé puede necesitar ayuda. (9)

Un bebé soñoliento debido a medicamentos administrados a su madre durante el trabajo de parto, un prematuro o un bebé enfermo necesitan más ayuda para prenderse del pecho en forma eficaz. La madre debe aprender a reconocer las señales del bebé para ponerlo al pecho.

Un bebé sano mostrará ciertas señales cuando esté nuevamente con ganas de lactar:

- Movimientos de succión o de búsqueda
- Sonidos de succión o sonidos suaves o suspiros
- Movimientos de la mano hacia la boca
- Movimientos rápidos de los ojos
- Intranquilidad
- Llanto

Cuando es por hambre, el llanto es un signo tardío y puede interferir con la lactancia adecuada.

Las mamadas son a libre demanda y su frecuencia es variable de un bebé a otro, se ha observado una mediana de 8 mamadas en 24 horas en los bebés con lactancia materna exclusiva (6 en el día y 2 en la noche). El vaciamiento gástrico es más rápido en los bebés amamantados que en los que toman fórmula. (15)

Signos de que el bebé está succionando en forma eficaz

Si un bebé está bien agarrado, es probable que esté succionando bien y obteniendo leche durante la mamada. Los signos de que el bebé está obteniendo leche fácilmente son:

- tiene succiones lentas y profundas, haciendo a veces pausas cortas;
- se puede ver u oír al bebé deglutir;
- las mejillas del bebé están llenas y no se hundén durante una mamada;
- el bebé termina de mamar, suelta el pecho por sí mismo y luce satisfecho.

Signos de que el bebé NO está succionando en forma eficaz

Si un bebé

- hace sólo succiones rápidas;
- hace ruidos con la boca;
- tiene las mejillas hundidas;

- está inquieto y parece inestable en el pecho, agarrándolo y soltándolo;
- mama muy frecuentemente - más seguido que cada hora TODOS los días;
- lacta por mucho tiempo - por más de una hora en CADA mamada, a menos que sea de bajo peso;
- no se muestra satisfecho al final de la mamada,
- La madre siente dolor.

Estos son signos de que la succión es ineficaz y el bebé no está obteniendo la leche fácilmente. Aunque sea uno solo de estos signos indica que puede haber alguna dificultad. (9)

B. BENEFICIOS E IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

BENEFICIOS

La lactancia materna asegura el mejor desarrollo posible para el infante, por ser un producto especie-específico con una composición diferente a cualquier otra leche animal, modificada o no, que cambia de acuerdo a las necesidades del lactante; asimismo, protege su salud a través de la transferencia de células, factores de crecimiento, enzimas e inmunoglobulinas lo cual redundará en una menor cantidad de infecciones (respiratorias, intestinales, meningitis, urinarias) las cuales son menos frecuentes no sólo por las ventajas propias de la leche materna sino por la exposición de los niños no amamantados a agua, alimentos y biberones contaminados. También las enfermedades alérgicas, la diabetes mellitus tipo I y la obesidad son más frecuentes entre los alimentados con fórmula. La lactancia materna, además, promueve la salud del niño; en este sentido estudios recientes tanto en niños a término como en prematuros han hallado un mayor puntaje en pruebas que evalúan el nivel cognitivo entre los alimentados con la leche

materna que en similares alimentados con fórmula, estas ventajas, así como el conocimiento de sus mecanismos subyacentes han dado lugar a esfuerzos para fomentar la lactancia materna a nivel mundial. (13)

La leche materna contiene más lactosa que la mayoría de las otras leches y esto es precisamente lo que él bebe requiere. Como la leche materna contiene las vitaminas que el niño necesita; además contiene la cantidad de agua que se requiere en climas cálidos. El requerimiento promedio diario de líquidos 80 -100 ml/kg durante la primera semana de vida, a 140 -160 ml/kg entre los tres y seis meses de edad. Debido a las bajas concentraciones de sodio, cloruro, potasio y nitrógeno en la leche materna, únicamente es necesaria la suficiente ingesta de esta, para satisfacer los requerimientos hídricos.

Lactancia materna exclusiva debe ser dada por la madre desde que el niño nace y continuarla a libre demanda. Cada mamada debe durar 15 minutos o más en cada seno y el lapso entre mamada y mamada no debe ser mayor a dos horas. La madre deberá saber que lo único que puede impedir la lactancia materna exclusiva es la ingesta de quimioterápicos, y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida en la madre. Si la madre tiene que salir a trabajar o separarse de su niño por algún motivo, debería dejar su leche extraída para que el siga recibiendo leche materna por gotero, cucharadita o directamente del vaso. (4)

IMPORTANCIA

El amamantamiento es importante para la salud a corto y a largo plazo de los niños y de las mujeres. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes.

La acción de amamantar proporciona calor, cercanía y contacto, lo que favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y puede

ayudar al desarrollo físico y emocional del niño. Las madres que amamantan disfrutan especialmente de ese contacto, lo que se traduce en mayor satisfacción y mejor autoestima. La acción de amamantar ayuda a la mandíbula del niño a desarrollar así como a los músculos tales como la lengua y los músculos de la trompa de Eustaquio. Esto reduce la incidencia de infecciones de oído; Ayuda a un lenguaje claro; reduce el riesgo de problemas de mal oclusión dental.

Los lactantes parecen ser capaces de auto-regular su ingesta de leche. Esto puede tener efecto en la posterior regulación del apetito y la obesidad. Este control del apetito no parece suceder con los alimentados con biberón – donde la persona que alimenta al bebé controla el alimento, más que el bebé. (6)

La lactancia materna Puede evitar muertes infantiles. Si todo bebé fuera amamantado exclusivamente hasta los 6 meses, se salvaría en el mundo un estimado de 1.3 millones adicionales de vidas cada año y más millones de vidas mejorarían.

Muchos de los efectos del amamantamiento son ‘dependientes de la dosis’. Esto significa que la lactancia exclusiva y prolongada muestra mayores beneficios.

La leche materna está fácilmente disponible. No hay nada que comprar y no necesita preparación ni almacenamiento.

La lactancia es simple y no necesita utensilios ni preparación. Es ecológica. No tiene desperdicios ni requiere combustibles, que contaminen el medio ambiente. (6)

Situación de la lactancia materna en el Perú

Desde la Iniciativa Hospital Amigo, en el Perú se produjo una mejora en los indicadores de lactancia hasta el 2000, sin embargo, posteriormente se observa un retroceso en algunos.

Actualmente, según ENDES 2013, reporta una tasa de 72,3% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva y el 6,7% que tenían entre seis a nueve

meses de edad continuaban alimentándose con solo leche materna. (7)

El 55,6% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 93,6% dentro del primer día. En relación con los valores observados en el año 2009, aumentó en 2,9 puntos porcentuales en el primer caso y en el segundo, referido al primer día que empezó a lactar, en 1,7 puntos porcentuales.

El inicio adecuado (dentro de la primera hora de nacido) de la lactancia materna se presentó en mayor porcentaje entre niñas y niños de madres cuyo parto fue atendido por otra persona distinta a profesional de salud, partera tradicional / comadrona (73,8%), seguido de madres sin educación (73,5%), cuyo parto fue atendido en casa (70,8%), con parto atendido por partera tradicional/comadrona (70,4%) y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (69,0%).

Por área de residencia, fue mayor en el área rural (67,6%) y según departamento; Huánuco (85,8%), Junín (78,3%), Amazonas (76,2%), Cusco (72,1%) y Loreto (71,1%). Los menores porcentajes de lactancia antes de la primera hora de nacido, se encontraron entre niñas y niños ubicados en el quintil superior (37,9%) y cuyas madres tuvieron educación superior (43,3%). Por departamento, los menores porcentajes se presentaron en Lima (43,9%), Ica (45,0%) y Arequipa (45,6%).

(2)

10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA (10)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

3.2. Análisis de antecedentes investigativos

A NIVEL LOCAL

NO SE ENCONTRARON TRABAJOS INVESTIGATIVOS DE ESTE TIPO.

A NIVEL INTERNACIONAL

1. **Abraham Badner, Karina Quiroz. INFLUENCIA DEL CONTACTO INMEDIATO DEL RECIÉN NACIDO CON LA MADRE EN LA REGULACIÓN TÉRMICA** Revista **Boliviana de Pediatría**. v.41 n.2. jun. 2002. La Paz (17)

RESUMEN

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Neonatología del Maternológico 18 de Mayo de la Caja Nacional de Salud (CNS) durante el mes de agosto de 1999.

Se incluyeron en el mismo a recién nacidos de término, sanos, de parto vaginal, con peso mayor de 2500 gr, atendidos en sala de partos, con APGAR al primer minuto igual o mayor a 6.

Se distribuyeron a los mismos en dos grupos de forma aleatoria: Grupo A, aquellos que al nacer reciben contacto inmediato con la madre. La rutina de atención para estos neonatos consistió en los siguientes pasos: 1° secado y aspirado de secreciones, 2° contacto del niño piel a piel con la madre y estímulo con el seno materno para la lactancia durante 15 minutos, 3° toma de mediciones antropométricas, 4° toma de temperatura rectal, 5° vestido del niño y 6° retorno con la madre para lactancia. Grupo B, los que al nacer no reciben contacto inmediato con la madre. La rutina de atención en estos neonatos difirió del grupo anterior, en que la lactancia (paso 2°) se efectivizó con posterioridad a la realización de todos los otros pasos. En ambos grupos, y todavía en sala de partos, donde se considera existir una temperatura ambiental adecuada (25°C), se determinó la temperatura

rectal dentro de los 15 minutos del nacimiento, con termómetro de mercurio, colocando el termómetro por un tiempo mínimo de tres minutos y registrando la cifra de temperatura con un decimal. A las dos y cuatro horas del nacimiento en condiciones de alojamiento conjunto en todos los niños, se realizó una nueva toma de temperatura rectal por la misma persona y con el mismo termómetro. Se consideró: temperatura rectal en límites normales aquella entre 36,5°C a 37,5°C e hipotermia a la temperatura corporal central menor de 35°C.

RESULTADOS

En el servicio de neonatología del Maternológico 18 de mayo de la CNS, en Agosto de 1999, de un total de 400 recién nacidos vivos de término con peso mayor a 2500/grs, se incluyeron en el estudio en forma aleatoria 66 recién nacidos vivos que reunían los criterios de inclusión establecidos, de estos completaron el protocolo de estudio 60 neonatos (100%), excluyéndose 6 por que no se completaron las tres tomas de temperatura requeridas por el protocolo. De los 60 neonatos, 26 (43,3%) correspondían al sexo femenino y 34 (56,7 %) al sexo masculino. Se asignó a 30 neonatos (50%) al grupo A y 30 neonatos (50%) al grupo B. En el grupo total, la temperatura dentro de los 15 min. del nacimiento se estableció entre 35,5°C la mínima y 37,7°C la máxima, con una mediana de 36,7°C (DS \pm 0,54). A las 2 horas de vida la temperatura encontrada fue entre 35.0 la mínima y 37,7°C la máxima, con una mediana de 36,3°C (DS \pm 0,56). La temperatura a las 4 horas de vida se estableció entre 35.2 la mínima y 36,7°C la máxima, con una mediana de 36,7°C (DS \pm 0,51). La *moda* en el *grupo A* mostró una temperatura de 36 °C dentro de los 15 min. del nacimiento, 36,2°C a las 2 horas y 36,7°C a las 4 horas. La *moda* en el *grupo B* indico una temperatura de 37,0 °C dentro de los 15 min. de nacimiento, 36,2°C a las 2 horas y 36,0°C a las 4 horas.

2. **Camila Lucchini Raies, Francisca Márquez Doren, Claudia Uribe Torres. EFECTOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL DEL RECIÉN NACIDO CON SU MADRE. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Diciembre 2012 (14)**

RESUMEN

Para la realización de esta revisión se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, ProQuest, CINHALL, Cochrane data base y Lilacs, siendo en la primera donde se encontraron la mayor cantidad de artículos. Los límites utilizados para la búsqueda fueron: new borns, humans, clinical trials y estudios que no tuvieran más de 10 años de publicación. Las palabras claves utilizadas fueron: skin to skin contact, kangaroo care, early attachment. Se encontraron 26 estudios publicados durante los años 2001 y 2011. No se consideraron las revisiones publicadas respecto al tema.

RESULTADOS

Si bien es cierto que los efectos atribuidos al contacto piel con piel son múltiples, su uso no ha estado exento de dudas respecto a los riesgos a los cuales puede estar sometido el niño durante su implementación, por lo cual se han realizado investigaciones que han sometido a prueba una serie de efectos. A continuación señalamos algunos de los que han sido comprobados científicamente.

Duración de la lactancia materna. El efecto del contacto piel con piel y su relación con la duración de la lactancia materna, fue medido en 8 de los estudios revisados. En dos de ellos, los niños que recibieron contacto piel con piel tuvieron una duración de la lactancia entre 1.43 y 1.9 meses mayor que el grupo que no lo recibió y fueron destetados 2.10 meses más tarde. En niños de pretérmino, el método canguro fue favorecedor en la duración de la lactancia materna tanto al alta, en uno

de los estudios, con un 29,7% vs. 14,5% ($p < 0,04$), como al tercer mes de edad corregida en un 81,7% vs. 75,3% ($p = 0,05$), en el segundo de ellos. En dos de los estudios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración de la lactancia materna entre el grupo que recibió el contacto piel con piel y el grupo control. Sin embargo, en el estudio de Flacking en que se comparó la relación entre método canguro y duración de la lactancia materna en prematuros de muy bajo peso al nacer v/s prematuros de bajo peso al nacer, se encontró una diferencia significativa ($p < 0,05$) a favor del primer grupo, en relación con la duración de la lactancia materna. Asimismo, encontraron diferencia significativa en la lactancia materna exclusiva al mes y dos meses de edad corregida entre ambos grupos.

Con respecto al efecto del contacto piel con piel en la respuesta neurosensorial frente a un estímulo doloroso (punción del talón), se encontraron 3 estudios. En dos de ellos existe una diferencia significativa en los puntajes totales de la escala de dolor, siendo menor en los niños que recibieron contacto piel con piel durante el estímulo doloroso. Un tercer estudio comparó la utilización del método canguro v/s método canguro junto a otros estímulos calmantes (canto, succión y mecer). Los puntajes promedios de dolor no tuvieron diferencias significativas entre los grupos, por la regulación de la temperatura. Se encontraron cinco estudios que midieron el efecto del contacto piel con piel en la regulación de la temperatura en recién nacidos de término sanos y dos en recién nacidos de pretérmino. Todas las investigaciones que estudiaron el efecto del contacto piel con piel en la regulación de la temperatura en niños sanos, concluyeron que el método permite al recién nacido regular su temperatura y mantenerla dentro de los rangos normales. El primero de ellos señala que la diferencia en la temperatura promedio, una hora post parto, fue de $0,15^{\circ}\text{C}$ entre el grupo que recibió contacto piel con piel y el grupo control, siendo mayor en el grupo de niños que tuvo el contacto piel con piel ($p = 0,02$). En la segunda investigación se encontró que durante el contacto piel con piel, la

mayoría de los niños mantuvieron su temperatura en el rango esperado, salvo raras excepciones. En dos de los estudios revisados se midieron los cambios de temperatura de los niños y sus madres en tres condiciones distintas: niño y madre en contacto piel con piel, niño vestido en brazos de su madre y niño vestido en cuna. En los dos primeros grupos la temperatura del niño se elevó significativamente durante las primeras dos horas de nacido, en comparación con los niños en cuna, siendo aún mayor la elevación de la temperatura en los niños en contacto piel con piel. Junto a lo anterior se encontró una asociación positiva entre el aumento de la temperatura axilar materna y el aumento de la temperatura axilar del recién nacido, mostrándose una diferencia significativa entre los grupos de contacto piel con piel y en brazos de su madre, en comparación a los niños en cuna ($p < 0,0001$). Además, un quinto estudio comparó los cambios de temperatura experimentados por los recién nacidos sometidos a la práctica de contacto piel con piel v/s el cuidado rutinario, encontrándose una mejor estabilidad térmica en los niños que recibieron el primero ($p < 0,001$).

Finalmente, un cuarto estudio reportó una diferencia significativa ($p = 0,001$) en la interacción madre-hijo, a favor del grupo de diadas que estuvo en contacto piel con piel v/s el cuidado habitual, a los 6 meses de vida.

- 3. Blanca Herrera Cabrerizo, Antonio Luis Muñoz Martínez María Dolores del Rey Márquez. TERMORREGULACIÓN NEONATAL Y CONTACTO PRECOZ MADRE-HIJO TRAS EL PARTO. Matronas, Servicio de Paritorio, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España. 1999. (15)**

RESUMEN

OBJETIVO: demostrar que la temperatura de los niños que permanecen en contacto “piel a piel” con su madre desde el nacimiento

no tiene diferencias significativas con la de los niños que permanecen en cuna térmica.

TIPO DE ESTUDIO: cuasi-experimental, transversal y analítico

SUJETOS: 62 recién nacidos normales en el paritorio del Hospital “San Juan de la Cruz” de Úbeda (Jaén), los cuales se dividieron en dos grupos: un grupo control (recién nacidos que permanecen en cuna térmica) y un grupo experimental (recién nacidos que quedan junto a su madre).

MEDICIONES: A ambos grupos de recién nacidos se les calculó la variación de temperatura del nacimiento a los 60-90 minutos de vida.

RESULTADOS

Tras un análisis de varianza utilizando la F de Snedecor y un error " de 0'01, se apreció que no existían diferencias significativas entre ambos grupos de niños. CONCLUSIONES: el contacto precoz del neonato con su madre no compromete su termorregulación.

4. Hipótesis.

DADO QUE, el contacto piel a piel permite una mejor adaptación del recién nacido al nuevo medio y se relaciona con dos procesos básicos para su supervivencia como son el inicio de la lactancia materna y la termorregulación.

ES PROBABLE QUE el inicio de la lactancia materna sea precoz y efectivo y exista normorregulación en recién nacidos con Contacto Precoz Piel a Piel a diferencia de los recién nacidos que no tuvieron contacto precoz piel a piel, en el Hospital III Goyeneche, Arequipa 2015.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnica: Se utilizó la Observación Clínica

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Contacto piel a piel	Observación clínica	Ficha de Observación Clínica
VARIABLE DEPENDIENTE Termorregulación	Observación clínica	Ficha de Observación Clínica
VARIABLE DEPENDIENTE Inicio de la lactancia materna	Observación clínica	Ficha de observación clínica
VARIABLE INTERVINIENTE Características materno – fetales	Observación documental	Ficha de Observación Documental

Instrumento: Se utilizó una: Ficha de Observación Clínica de tipo elaborado.
(Anexo 1)

Materiales de verificación:

- ✓ Material bibliográfico
- ✓ Tinta de impresora
- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Material de escritorio
- ✓ Termómetros rectales

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Precisión del lugar

La investigación se realizó en el ámbito general de:

- País: Perú
- Región: Arequipa
- Provincia: Arequipa
- Distrito: Cercado

Y en el ámbito específico del Hospital III Goyeneche

2.1.2. Caracterización del lugar

Hospital III Goyeneche, el cual se caracteriza por ser un recinto al que asisten mujeres embarazadas de todas las edades, para la atención prenatal y de su parto.

2.2. Ubicación Temporal

2.2.1. Cronología

La investigación se realizó en los meses de Abril a Junio del año 2015.

2.2.2. Visión temporal: Prospectiva

2.2.3. Corte temporal: Transversal

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo

Para el estudio se tomó la opción grupos, considerando como mínimo 30 participantes en cada grupo lo que equivale al 3.63 % del total de nuestra población en cada caso

Grupo de estudio: 30 con contacto precoz

Grupo control: 30 sin contacto precoz

2.3.2. Universo Cualitativo

- **Criterios de inclusión**
 - Recién Nacidos a término sanos, nacidos de partos eutócicos vaginales en el Hospital III Goyeneche.
 - Recién Nacidos a término, nacidos de partos por cesárea en el Hospital III Goyeneche.

- **Criterios de exclusión**

- * Recién Nacidos de Gestantes con enfermedades concomitantes
- * Recién nacidos o fetos con anomalías congénitas
- * Recién nacidos con otras patologías, o asfixia perinatal.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1 Organización

3.1.1 Autorización

Se emitió una solicitud al Director del Hospital Goyeneche con la finalidad de obtener el beneplácito para desarrollar el proceso de investigación.

3.1.2 Prueba Piloto

Se efectuó una prueba piloto en 5 recién nacidos sanos a término, nacidos por parto eutócico vaginal del hospital Goyeneche que reciben Contacto Precoz Piel a Piel y 5 recién nacidos sanos a término, nacidos por cesárea que no reciben contacto precoz piel a Piel.

3.1.3 Organización del Estudio: Se seleccionaron 30 recién nacidos de partos eutócicos vaginales, que cumplan con los criterios de inclusión, de manera aleatoria, que reciban contacto precoz piel a piel; así también de la misma manera fueron seleccionados aleatoriamente 30 recién nacidos sanos a término, nacidos por cesárea que no reciben contacto precoz piel a piel y que cumplan las condiciones requeridas, estos recién nacidos fueron colocados en la cuna térmica para una atención adecuada.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos

INVESTIGADORAS:

Delgado Valencia María del Rosario Candy

Inca Torres Lucy Olivia

ASESORA

Obsta. Jannet Escobedo Vargas

3.2.2 Físicos

Se utilizaron las instalaciones del Hospital Goyeneche III, en los ambientes de sala de partos y sala de Atención Inmediata del Recién nacido.

Material de escritorio.

Materiales electrónicos (PC-dotado con software convencional, Impresora, Fotocopiadora)

Para la toma de la temperatura de los recién nacidos se utilizaron los termómetros de mercurio rectales.

3.2.3 Económicos

Autofinanciado

3.2.4 Institucionales

Se utilizaron las instalaciones del Hospital III Goyeneche - Arequipa

3.3 Validación del instrumento

3.3.1 Procedimiento

NÚMERO DE UNIDADES PILOTO: Se llevó a cabo en 5 recién nacidos, sanos a término cuyas, madres acudieron al Hospital Goyeneche para atención de parto eutócico vaginal que reciben contacto piel a piel precoz y 5 recién nacidos, sanos a término cuyas, madres acudieron al Hospital Goyeneche para atención de paro distócico, cesárea, que no reciben contacto piel a piel precoz que reunieron las condiciones de inclusiones establecidas.

3.3.2 Finalidad

Cursa como parte de la rutina de perfeccionamiento del instrumento, en aras de ofrecer un formulario idóneo, que se adecúe a las características y necesidades del grupo sometido a estudio. Se efectuó en un espacio de entre 15 minutos hasta

más de 60 minutos aproximadamente, por sesión, en un día comprendido dentro del programa de atención hospitalaria previa coordinación con las autoridades del nosocomio.

4. Estrategia para manejar resultados

4.1 Sistematización de datos

4.1.1 Tipo de sistematización : Manual y electrónica

4.1.2 Plan de operación

Clasificación: Se efectuó una plantilla esquemática de la matriz de clasificación.

Codificación: Se presentó un sistema de codificación en base a dígitos.

Recuento: Se realizó un recuento de tipo mixto, en base a una matriz de conteo.

Análisis:

- Tipo de análisis : Bivariado; cualitativo.
- Tratamiento estadístico : Se utilizó una tabla de frecuencias y se aplicó las medidas de dispersión como la desviación estándar.
- Manejo estadístico : Bajo aplicación de la versión 21 del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).
- Pruebas Estadísticas : Se utilizó T de student y X^2

Tabulación: Se efectuaron cuadros de entrada simple y de doble entrada.

Graficación: En base a la aplicación de diagramas de columnas agrupadas.

CAPÍTULO III

III. RESULTADOS

TABLA 1

VALORES DESCRIPTIVOS DE VARIABLES EVALUADAS A MADRES Y SUS RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENCHE- AREQUIPA.

VARIABLE	$\bar{X} \pm S$	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
EDAD DE LA MADRE	27.87 \pm 6.47	17.00	44.00
SEMANAS DE GESTACIÓN	39.21 \pm 1.23	36.00	42.00
PESO DEL RECIEN NACIDO	3446.50 \pm 391.18	2350.00	4340.00
PERIODO EXPÚLSIVO	14.16 \pm 12.22	4.00	62.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

La tabla 1 muestra los promedios desviaciones estándar y valores mínimos y máximos de las variables evaluadas, observándose que la edad promedio de madres de recién nacidos con y sin contacto precoz es 27.87 años (27 años de edad), las semanas promedio de gestación de las madres fue de 39.21 semanas (39 semanas), el peso promedio de los recién nacidos fue de 3446.50 grs. y el periodo expulsivo de 14.16.

TABLA 2

**FRECUENCIA DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD EN MADRES DE
RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A
TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	
	N°	%
PRIMARIA COMPLETA	2	3.33
PRIMARIA INCOMPLETA	4	6.67
SECUNDARIA COMPLETA	42	70.00
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	16.67
SUPERIOR INCOMPLETA	2	3.33
Total	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

En la Tabla y figura2, se observan las frecuencias del nivel de escolaridad de madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche, la mayor frecuencia de madres presentaron secundaria completa con 70.00% mientras que en menor frecuencia se presentó madres que tuvieron primaria completa y superior completa ambos con 3.33%, en madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche.

FIGURA 2.: NIVEL DE ESCOLARIDAD EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

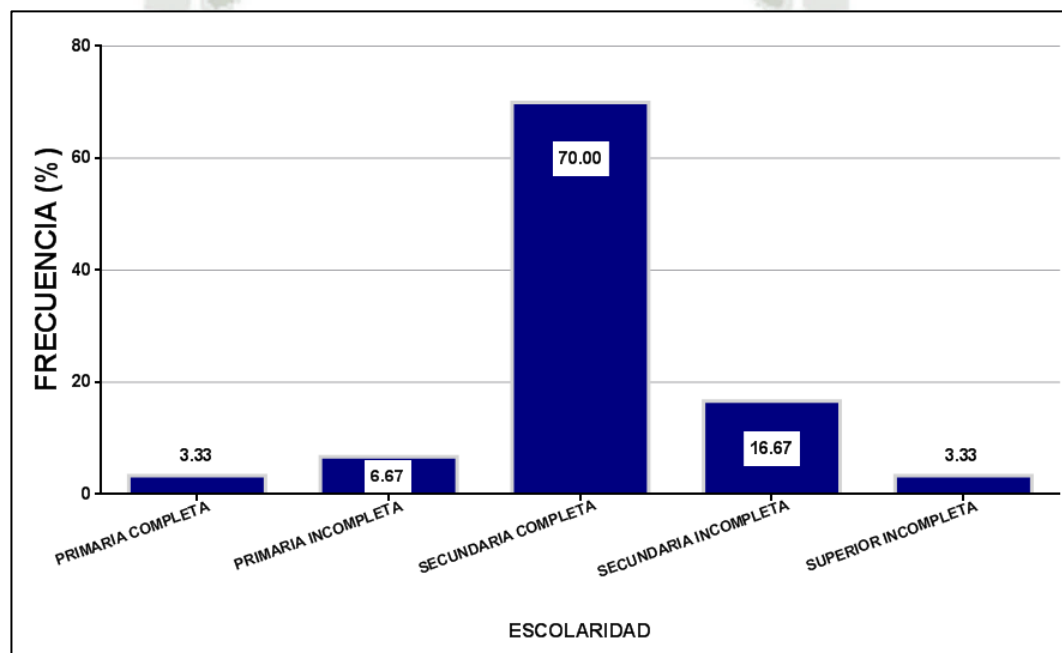


TABLA 3

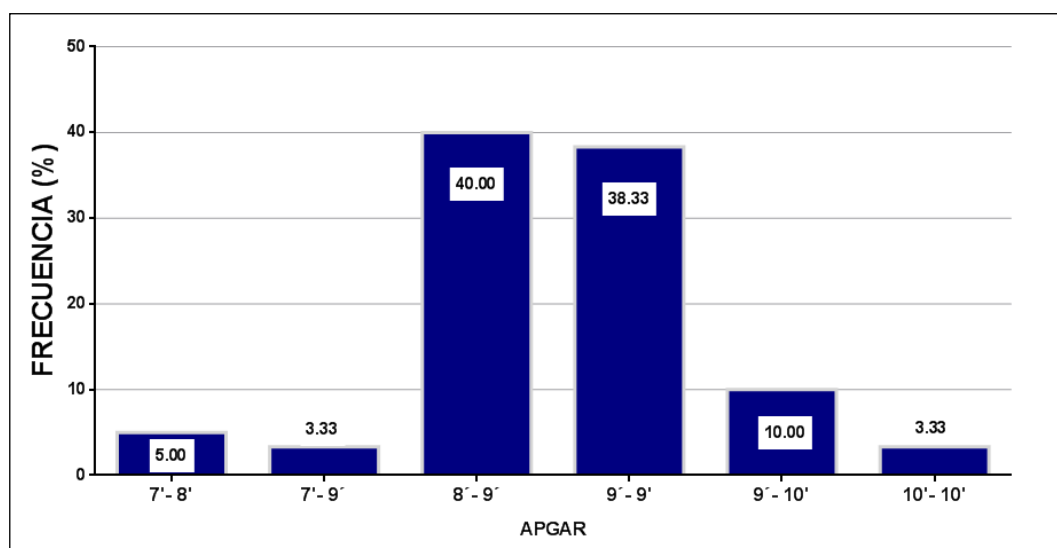
FRECUENCIA DE APGAR DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

APGAR	FRECUENCIA	
	N°	%
7'- 8'	3	5.00
7'- 9'	2	3.33
8'- 9'	24	40.00
9'- 9'	23	38.33
9'- 10'	6	10.00
10'- 10'	2	3.33
Total	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

En la Tabla y figura 3., se observan las frecuencias del APGAR de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche, la mayor frecuencia de recién nacidos presentaron un APGAR de 8'- 9' con 40.00% mientras que en menor frecuencia se presentó de recién nacidos presentaron un APGAR de 7'- 9' y 10'- 10' con 3.33% para ambos, en recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche.

FIGURA 3: APGAR DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 4

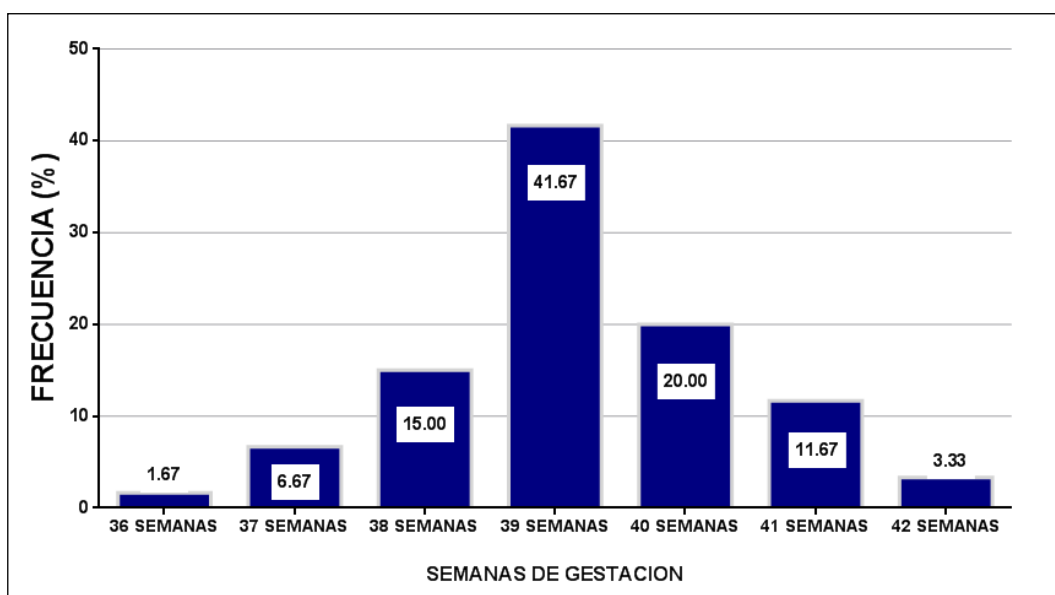
TIEMPO DE GESTACIÓN EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

SEMANAS GESTACION	FRECUENCIA	
	N°	%
37 SEMANAS	5	8.34
38 SEMANAS	9	15.00
39 SEMANAS	25	41.67
40 SEMANAS	12	20.00
41 SEMANAS	7	11.67
42 SEMANAS	2	3.33
Total	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

En la Tabla y figura 4, se observan las frecuencias del tiempo de gestación de madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche, la mayor frecuencia de madres presentaron 39 semanas de gestación con 41.67% mientras que en menor frecuencia se presentó madres que tuvieron 36 semanas de gestación con 1.67%, en madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche.

FIGURA 4: TIEMPO DE GESTACIÓN EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 5

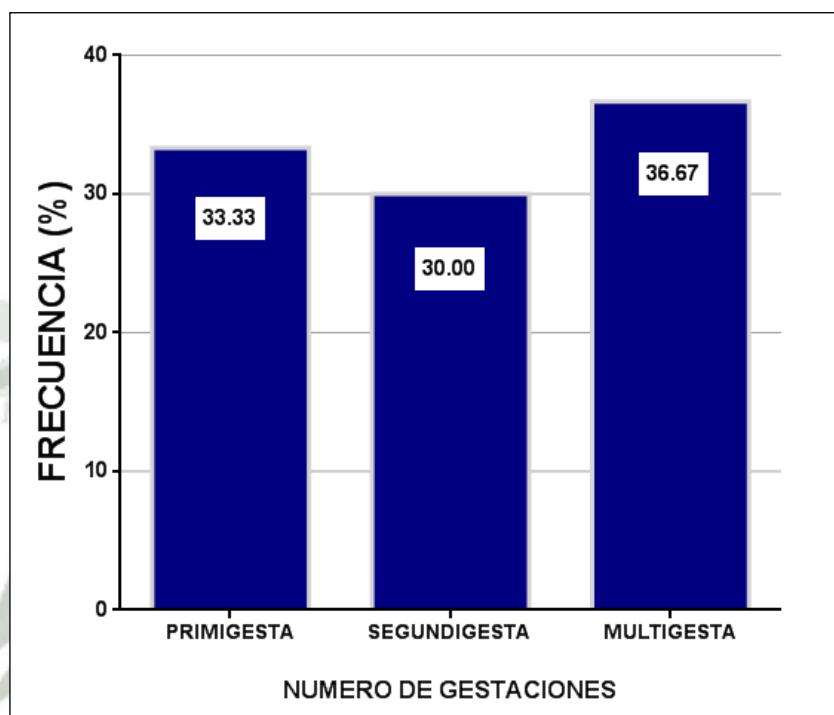
NÚMERO DE GESTACIONES EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

NÚMERO DE GESTACIONES	FRECUENCIA	
	N°	%
PRIMIGESTA	20	33.33
SEGUNDIGESTA	18	30.00
MULTIGESTA	22	36.67
Total	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

En la Tabla y figura 5, se observan las frecuencias del número de gestaciones de madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche, la mayor frecuencia de madres fueron multigestas con 36.67% mientras que en menor frecuencia se presentó madres que fueron segundigestas con 30.00%, en madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche.

FIGURA 5: NÚMERO DE GESTACIONES EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 6

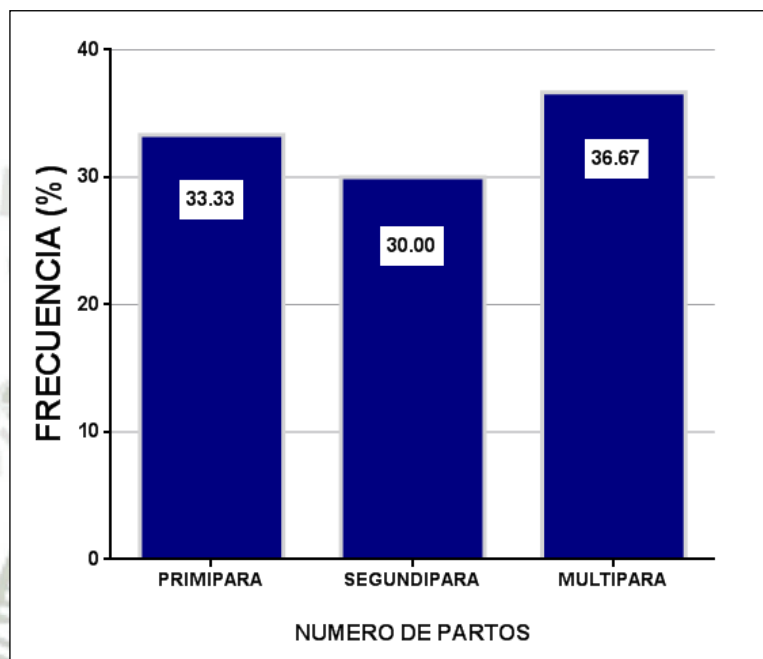
NÚMERO DE PARTOS EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

NÚMERO PARTOS	DE FRECUENCIA	
	N°	%
PRIMIPARA	20	33.33
SEGUNDIPARA	18	30.00
MULTIPARA	22	36.67
Total	60	100.00

FUENTE: ELABORACION PERSONAL

En la Tabla y figura 6, se observan las frecuencias del número de partos de madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche, la mayor frecuencia de madres fueron multíparas con 36.67% mientras que en menor frecuencia se presentó madres que fueron segundíparas con 30.00%, en madres de recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel a término del hospital Goyeneche.

FIGURA 6: NÚMERO DE PARTOS EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHE- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 7

RELACIÓN DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL Y EL INICIO DE LA LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

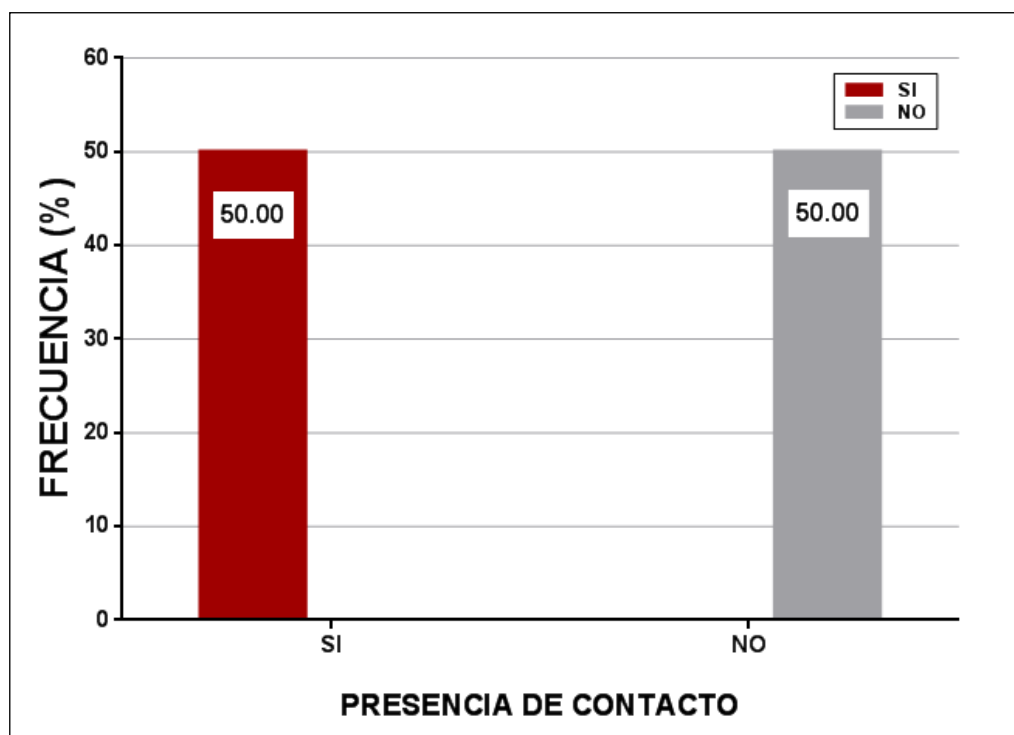
PRESENCIA DE CONTACTO	INICIO DE LACTANCIA				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	30	50.00	0	0.00	30	50.00
NO	0	0.00	30	50.00	30	50.00
Total	30	50.00	30	50.00	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

(*) $X^2_c = 60.00 > X^2_{T(99\%)} = 6.64$ (P<0.01)

En la Tabla y figura 7, se observan las frecuencias del inicio de la lactancia según el contacto piel a piel de recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa, las frecuencias se distribuyen en 50% de recién nacidos que si presentaron contacto piel a piel y presentaron inicio de la lactancia y 50% de recién nacidos que no presentaron contacto piel a piel y no presentaron inicio de la lactancia. (*) Detalla el valor de Chi cuadrado, $X^2_c = 60.00$, dicho valor al ser mayor al X^2_T (Chí-cuadrado de tabla) indica con un 99% de confianza que existe relación (P<0.01) entre la presencia de contacto y el inicio de la lactancia en recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa.

FIGURA 7: CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SEGÚN EL INICIO DE LA LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 8

RELACIÓN DEL TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL Y EL INICIO DE LA LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHE- AREQUIPA.

TIEMPO DE CONTACTO	INICIO DE LACTANCIA				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
SIN CONTACTO	0	0.00	30	50.00	30	50.00
15 – 29 MIN.	1	1.67	0	0.00	1	1.67
30 – 44 MIN.	18	30.00	0	0.00	18	30.00
45 -59 MIN.	10	16.67	0	0.00	10	16.67
≥ 60 MIN.	1	1.67	0	0.00	1	1.67
Total	30	50.00	30	50.00	60	100.00

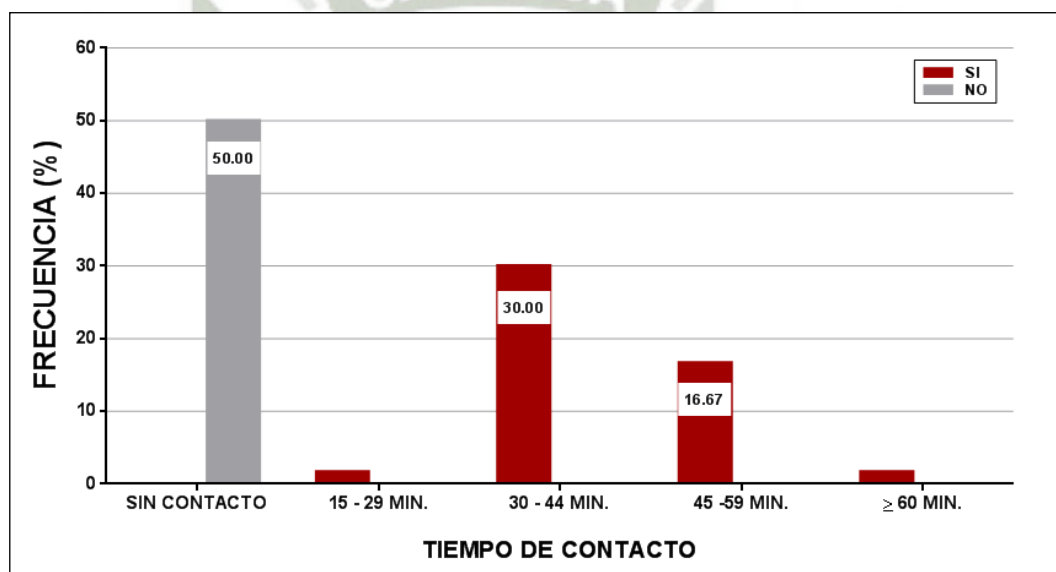
FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

(*) $X^2_c = 60.00 > X^2_{T(99\%)} = 13.28$ (P<0.01)

En la Tabla y figura 8, se observan las frecuencias del inicio de la lactancia según el tiempo de contacto piel a piel de recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa, la mayor frecuencia en niños que presentaron inicio de la lactancia fue para los que presentaron un tiempo de contacto piel a piel de 30-44 min. con 30.00%, mientras que la menor frecuencia se presentó en niños que presentaron un tiempo de contacto piel a piel de 15-29min. y ≥ 60 min. con 1.67%.

(*) Detalla el valor de Chi cuadrado, $X^2_c = 60.00$, dicho valor al ser mayor al X^2_T (Chí-cuadrado de tabla) indica con un 99% de confianza que existe relación (P<0.01) entre el tiempo de contacto y el inicio de la lactancia en recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa.

FIGURA 8: TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SEGÚN EL INICIO DE LA LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 9

**RELACIÓN DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL Y LA
TERMOREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.**

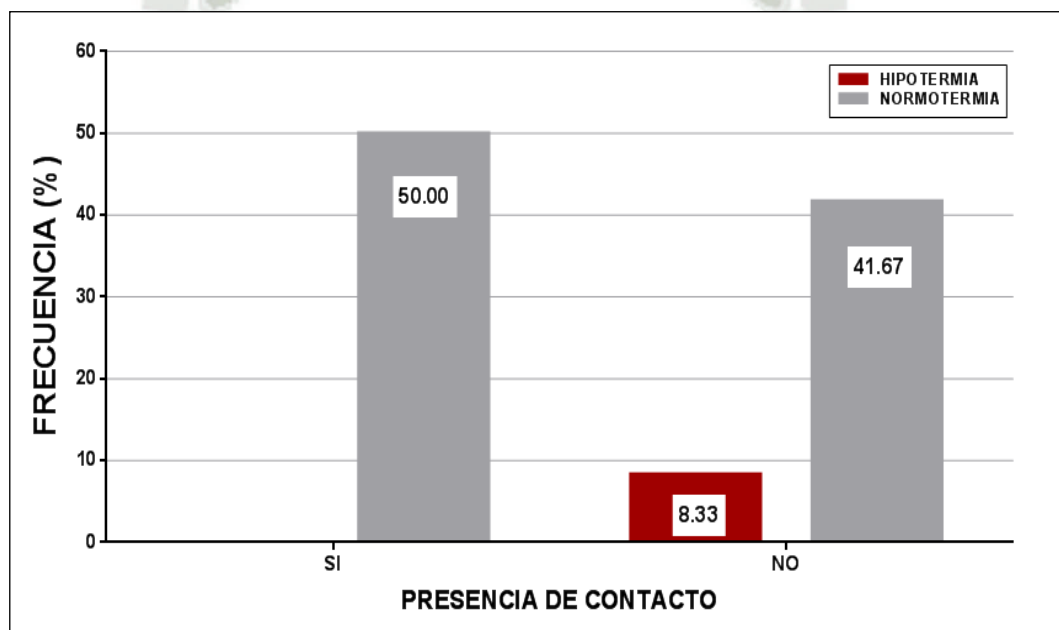
PRESENCIA DE CONTACTO	TERMOREGULACIÓN				Total	
	HIPOTERMIA		NORMOTERMIA		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	0	0.00	30	50.00	30	50.00
NO	5	8.33	25	41.67	30	50.00
Total	5	8.33	55	91.67	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

(*) $X^2_c = 5.45 > X^2_{T(95\%)} = 3.84$ ($P < 0.05$)

En la Tabla y figura 9, se observan las frecuencias de la termoregulación según el contacto piel a piel de recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa, la mayor frecuencia se presentó en niños que presentaron normotermia y si presentaron contacto precoz piel a piel con 50.00%, mientras que la menor frecuencia se presentó en niños que presentaron hipotermia y no presentaron contacto piel a piel con 8.33%. (*) Detalla el valor de Chi cuadrado, $X^2_c = 5.45$, dicho valor al ser mayor al X^2_T (Chí-cuadrado de tabla) indica con un 95% de confianza que existe relación ($P < 0.05$) entre el contacto y la termoregulación en recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa.

FIGURA 9: CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SEGÚN TERMOREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 10

**RELACIÓN DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL Y LA
TERMOREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.**

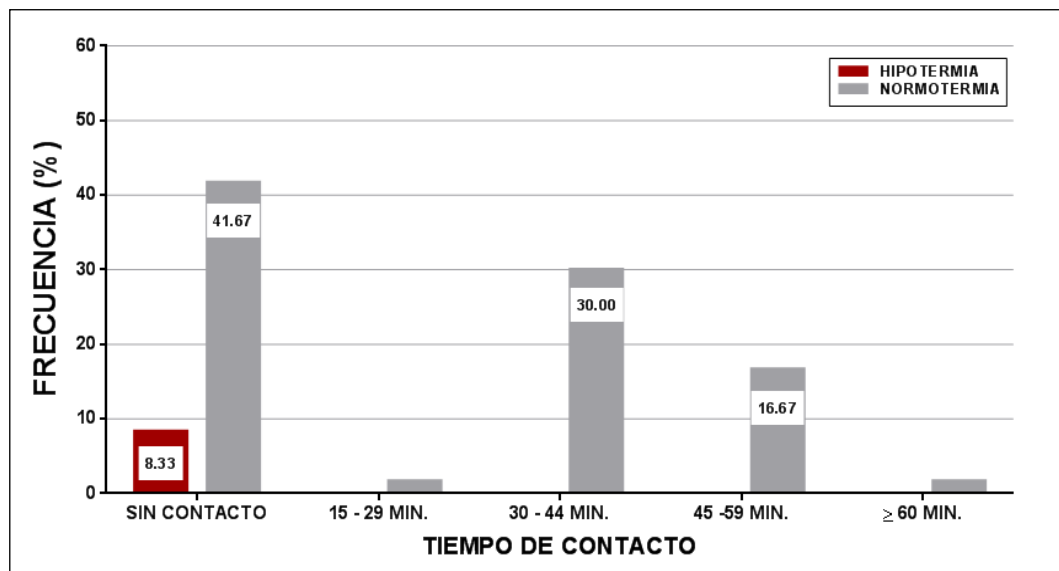
TIEMPO DE CONTACTO	TERMOREGULACIÓN				Total	
	HIPOTERMIA		NORMOTERMIA			
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN CONTACTO	5	8.33	25	41.67	30	50.00
15 – 29 MIN.	0	0.00	1	1.67	1	1.67
30 – 44 MIN.	0	0.00	18	30.00	18	30.00
45 -59 MIN.	0	0.00	10	16.67	10	16.67
≥ 60 MIN.	0	0.00	1	1.67	1	1.67
Total	5	8.33	55	91.67	60	100.00

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

(*) $X^2_c = 5.45 < X^2_{T(95\%)} = 9.49$ (P>0.05)

En la Tabla y figura 10, se observan las frecuencias de la termorregulación según el tiempo de contacto piel a piel de recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa, la mayor frecuencia se presentó en niños que presentaron normotermia y no presentaron contacto precoz piel a piel con 41.67%, seguido de niños que presentaron normotermia y un tiempo de contacto de 30-44 min. con 30%, mientras que la menor frecuencia se presentó en niños con normotermia que presentaron tiempos de contacto piel a piel de 15- 29 min. y >60 min. con 1.67%. (*) Detalla el valor de Chi cuadrado, $X^2_c = 5.45$, dicho valor al ser menor al X^2_T (Chí-cuadrado de tabla) indica con un 95% de confianza que no existe relación (P>0.05) entre el tiempo de contacto y la termorregulación en recién nacidos a término del Hospital Goyeneche de Arequipa.

FIGURA 10: CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SEGÚN TERMOREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 11

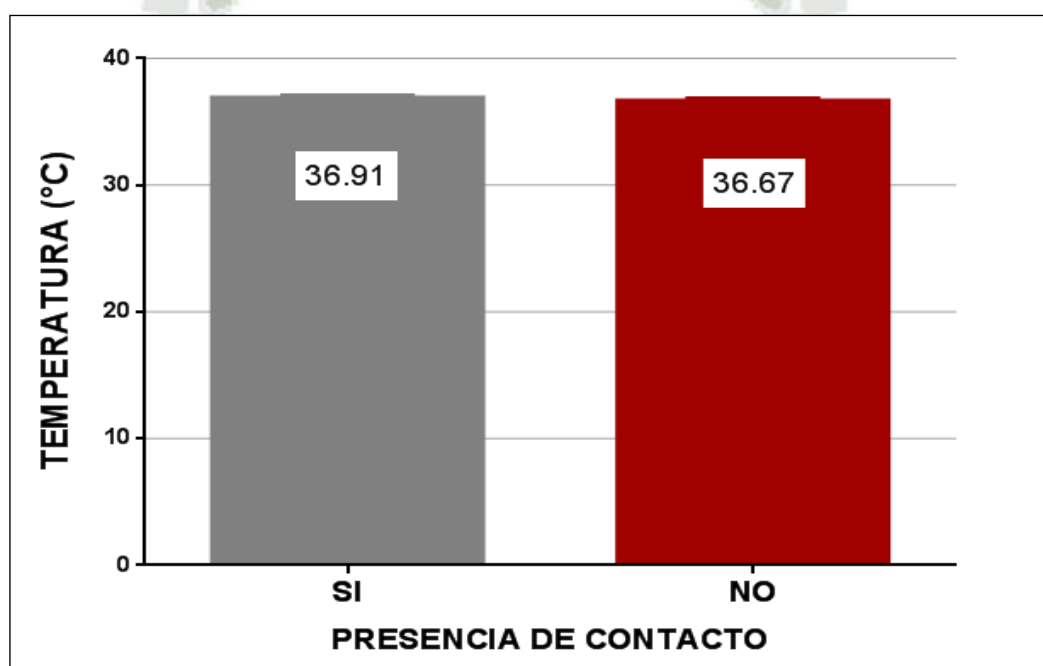
COMPARACIÓN DE LA TEMPERATURA EN RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENCHE- AREQUIPA.

PRESENCIA DE CONTACTO	TEMPERATURA (°C)	t Student	P SIGNIFICANCIA	
SI	36.91 ± 0.19	5.22	0.000...	A,S,
NO	36.67 ± 0.18		(P<0.01)	

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

En la tabla y figura 11 se muestran los promedios y desviaciones estándar de la temperatura corporal en recién nacidos a término que con y sin contacto precoz piel a piel del Hospital Goyeneche, además se muestra la prueba estadística de t de Student la misma que indica diferencias altamente A,S, (P<0.01) significativas en la temperatura corporal en recién nacidos a término con y sin contacto precoz piel a piel, siendo mayor la temperatura corporal en recién nacidos que tuvieron contacto precoz piel a piel con una temperatura promedio de 36.91 °C.

FIGURA 11: TEMPERATURA EN RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

TABLA 12

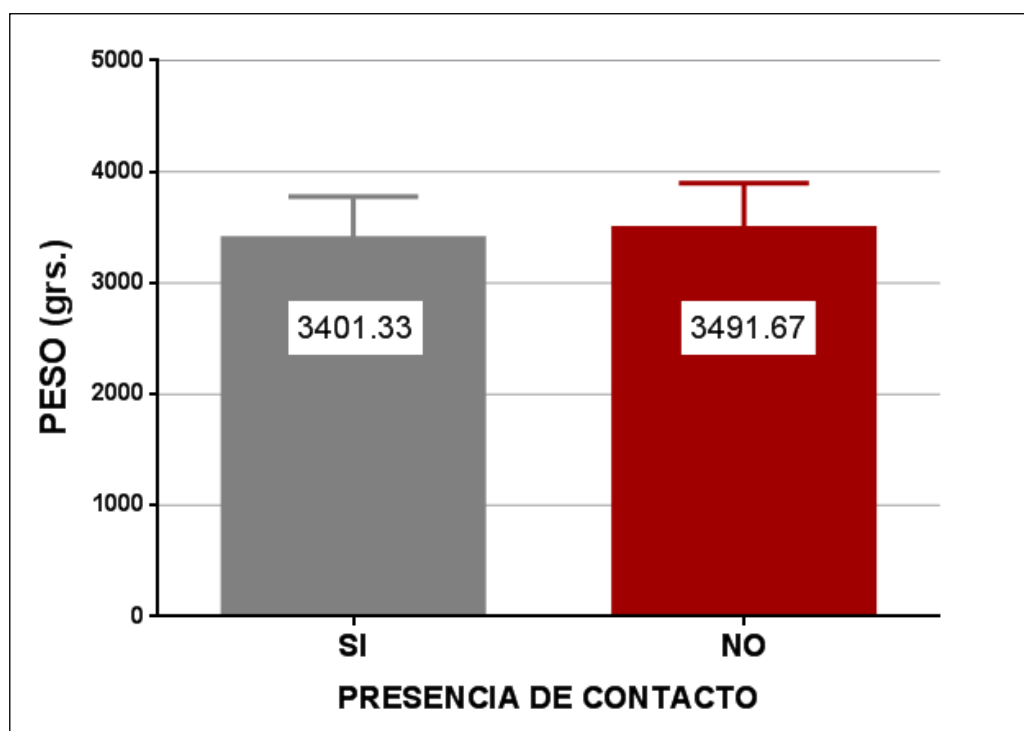
COMPARACIÓN DEL PESO EN RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA.

PRESENCIA DE CONTACTO	PESO (grs.)	t Student	P SIGNIFICANCIA	
SI	3401.33 ± 374.65	0.89	0.376	N,S, (P>0.05)
NO	3491.67 ± 408.34			

FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

En la tabla y figura 12, se muestran los promedios y desviaciones estándar del peso en recién nacidos a término que con y sin contacto precoz piel a piel del Hospital Goyeneche, además se muestra la prueba estadística de t de Student la misma que indica que no existen diferencias NS, (P>0.05) significativas en el peso de recién nacidos a término que con y sin contacto precoz piel a piel del Hospital Goyeneche.

FIGURA 12: PESO EN RECIÉN NACIDOS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL A TÉRMINO DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA.



FUENTE: ELABORACIÓN PERSONAL

DISCUSION

Los datos que muestra el presente estudio refuerzan la hipótesis de que el contacto precoz se relaciona con la lactancia materna. Algunos autores, como Gómez Papí et al.⁴, señalan en sus estudios que si el recién nacido no es separado de su madre, existe una mayor duración de la lactancia materna. Otros, como Moore et al.²¹, comentan que el contacto piel con piel inmediata al nacimiento mejora la lactancia y el vínculo afectivo. Se demuestra que el contacto precoz es importante para una buena instauración de la lactancia materna. Este reflejo de búsqueda y reptación queda bastante mermado en las cesáreas, debido a la separación de la madre y el hijo. Está demostrado que el reflejo de succión del recién nacido se ve afectada positivamente por el contacto piel a piel al nacer, evaluado tal reflejo en la primera hora de vida.

En el estudio de Abraham Badner y Karina Quiroz señala que los neonatos que reciben contacto inmediato con la madre logran mantener su temperatura, 36°C, 36.2°C, 36.7°C – 15', 2 horas, 4 horas respectivamente, mientras que los que no recibieron contacto inmediato con la madre su temperatura desciende relativamente 37°C, 36.2°C, 36°C – 15', 2 horas, 4 horas. Comparado con nuestro estudio se encontró que los neonatos del grupo de contacto piel a piel presentaron una temperatura media de la piel de 36.91°C en comparación con 36.67°C en los neonatos del grupo control que permanecieron en la cuna, descubrimos, que no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la temperatura de los neonatos en un tiempo promedio de 30- 44 minutos después del nacimiento.

En el estudio de Lucchini R. C., Marquez D. F., Uribe T. C. (7), el efecto del contacto piel con piel y su relación con la duración de la lactancia materna no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración de la lactancia materna entre el grupo que recibió el contacto piel con piel y el grupo control, el contacto precoz piel a piel influye significativamente ($P < 0.01$) en el inicio de la lactancia, nuestro trabajo demuestra que todos los recién nacidos estudiados que recibieron contacto precoz piel a piel, más allá de la duración de este, iniciaron lactancia materna.

Con respecto a la termorregulación todas las investigaciones que estudiaron el efecto del contacto piel con piel en la regulación de temperatura en niños sanos, concluyeron que el método permite al recién nacido regular su temperatura y mantenerla dentro de los rangos normales siendo mayor en el grupo de niños que tuvo el contacto piel con piel ($0,15^{\circ}\text{C}$), tal como demostró el estudio realizado, se encontró que los neonatos del grupo de contacto piel a piel presentaron una temperatura media de la piel de $36,91^{\circ}\text{C}$ en comparación con $36,67^{\circ}\text{C}$ en los neonatos del grupo control que permanecieron en la cuna, descubrimos, que no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la temperatura de los neonatos en un tiempo promedio de 30- 44 minutos después del nacimiento.

En el estudio de Herrera C. B., Muñoz M. A. L., Del Rey M. M. D., se apreció que no existían diferencias significativas entre ambos grupos de niños. Tal como demostró el estudio realizado, se encontró que los neonatos del grupo de contacto piel a piel presentaron una temperatura media de la piel de $36,91^{\circ}\text{C}$ en comparación con $36,67^{\circ}\text{C}$ en los neonatos del grupo control que permanecieron en la cuna, descubrimos, que no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la temperatura de los neonatos en un tiempo promedio de 30- 44 minutos después del nacimiento.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El contacto precoz piel a piel influye significativamente ($P < 0.01$) en el inicio de la lactancia, nuestro trabajo demuestra que todos los recién nacidos estudiados que recibieron contacto precoz piel a piel, más allá de la duración de este, iniciaron lactancia materna.

SEGUNDA. En relación al contacto precoz piel a piel y la termorregulación, se muestra que el contacto precoz piel a piel contribuye a un mejor proceso de adaptación mediante una buena termorregulación con una temperatura promedio de 36.91°C , que se encuentra entre los rangos normales ($36.5^{\circ}\text{C} - 37.5^{\circ}\text{C}$).

TERCERA. Se encontró importantes diferencias entre los recién nacidos que recibieron contacto precoz piel a piel y los que no recibieron, tanto en el inicio de la lactancia materna, puesto que los recién nacidos que no tuvieron contacto precoz no iniciaron lactancia en comparación con los que si recibieron contacto precoz piel a piel, como en relación a la termorregulación, donde se indica diferencias altamente ($P < 0.01$) significativas en la temperatura corporal en recién nacidos a término con y sin contacto precoz piel a piel, siendo mayor la temperatura corporal en recién nacidos que tuvieron contacto precoz piel a piel.

RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados obtenidos por medio de la investigación y con el objetivo de contribuir al servicio por parte del Hospital Goyeneche se recomienda lo siguiente:

PRIMERA: El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia sino que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. Por todo ello, se debe fomentar un ambiente propicio para este primer encuentro entre la madre y su hijo, por ejemplo se puede colocar, en la sala de partos, música relajante y tranquila que permita a la madre y al recién nacido conservarse en este estado de alerta tranquila; así como también evitar el ingreso y egreso de personal innecesario a este ambiente, este constante movimiento de personas que salen y entran constantemente, a la sala de partos, interrumpe y perturba este momento especial entre el recién nacido y su madre, este primer contacto debe ser lo más íntimo posible. Otro factor importante en el contacto precoz es el tiempo, no hay que tener prisa, algunos recién nacidos se enganchan rápidamente, pero otros necesitan su tiempo y es necesario posponer los procedimientos no urgentes en busca de alargar este beneficioso contacto.

SEGUNDA: Dados los resultados de este trabajo y habiendo demostrado su beneficio en relación a la termorregulación se debe brindar la oportunidad de este contacto a todas las madres y a todos los recién nacidos, es por eso que se debe implementar creativas formas de contacto precoz entre madres y recién nacidos, aun incluso en sala de operaciones, donde puede ser el padre quien tenga este primer contacto con el recién nacido con el ánimo de no postergar los derechos del recién nacido y buscando la inclusión del padre desde el primer momento de vida de su hijo.

TERCERA: Priorizando la lactancia materna como medio fundamental de alimentación del recién nacido y en busca de promover la lactancia materna exclusiva, se debe reforzar la presencia del personal de obstetricia, tanto durante el contacto precoz como en el alojamiento conjunto, supervisando y brindando

asistencia y asesoría técnica, apoyo emocional en busca de las madre que amamantan.



BIBLIOGRAFÍA, HEMEROGRAFÍA E INFORMATOGRAFÍA

a. Bibliografía

1. Castillo L. A. Departamento General de Enfermería: Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería, Servicio de Neonatología. Jornada de Actualización en Enfermería Neonatal. Palacios 2008
2. Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar. Endes. Lactancia Y Nutrición. Lima, Perú. 2013
3. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona 2007.
4. Gómez Papi A., Pallás A., Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría. Acta Pediátrica Española. 2007.
5. Herrera C. B., Muñoz M. A. L., Del Rey M. M. D. Termorregulación Neonatal Y Contacto Precoz Madre-Hijo Tras El Parto. Matronas, Servicio de Paritorio, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España. 1999.
6. Hospital Universitario 12 de Octubre. Guía de Cuidados de Recién Nacido en la Maternidad. Madrid. 2007.
7. Lucchini R. C., Márquez D. F., Uribe T. C. Efectos Del Contacto Piel Con Piel Del Recién Nacido Con Su Madre. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Diciembre 2012.
8. Mere H. R. L., Pareja B. Z. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Enfermería. “Conocimientos sobre Lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre- natal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé. Mayo 1997”.
9. Ministerio de Salud – Minsa. Documento Técnico Curso Taller “Promoción Y Apoyo A La Lactancia Materna En Establecimientos De Salud Amigos De La Madre Y El Niño”. Primera Edición, Lima, Perú. 2009.
10. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. GUÍA Iniciativa Hospital Amigo del Niño. 2009.

11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
12. Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro. Guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Conexas. Ginebra: OMS. 2004
13. Quiroga A., Chattas G., Gil C. A., Ramírez J. M., Montes B. M. T., Iglesias D. A., Orda I. J., Carrera L. B. Sociedad iberoamericana de Neonatología. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Noviembre. 2010.
14. Rengel D. C. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna [Tesis doctoral]. Universidad de Málaga. Málaga, España. 2012.
15. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Anales de la Facultad de Medicina. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos. Javier Cairo, César Livia. Lima, Perú. 2000

b. Hemerografía

16. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y las primeras horas después del nacimiento. Madrid: Centro de Publicaciones de la Asociación Española de Pediatría; 2009
17. Badner A., Quiroz K. Influencia Del Contacto Inmediato Del Recién Nacido Con La Madre En La Regulación Térmica. Revista Boliviana de Pediatría. v.41 n.2. jun. 2002. La Paz

c. Internet

18. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad de Chile. Manual de Pediatría, Recién Nacido Termorregulación. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNTermorreg.html>
19. Herrera G. A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm [online]. 2013, vol.22, n.1-2 [citado 2014-12-20], pp. 79-82. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>.
20. Meritano J., Rolando N., Solana C., Miranda A., Valenzuela A., Guerra J., Moretto H., Gaidimauskas A., Miragaya J. Comparación de dos métodos para reducir la pérdida insensible de agua en recién nacidos prematuros de muy bajo peso Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [en línea] 2008, 27 () : [Fecha de consulta: 23 de diciembre de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227103>> ISSN 1514-9838
21. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Issue 3. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003519sp.pdf>

ANEXOS



Anexo 1: Modelo del Instrumento

FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA

FICHA N°:

I. DATOS DE LA MADRE

- a. Edad :
- b. Grado de instrucción:
- c. Formula obstétrica:
- d. Edad Gestacional:
- e. Duración del trabajo de parto
 - i. Duración Periodo Expulsivo:

II. DATOS DEL RECIEN NACIDO

- a. Fecha y hora de nacimiento
- b. APGAR:
- c. Peso:
- d. Frecuencia Cardiaca:

III. CONTACTO PIEL A PIEL

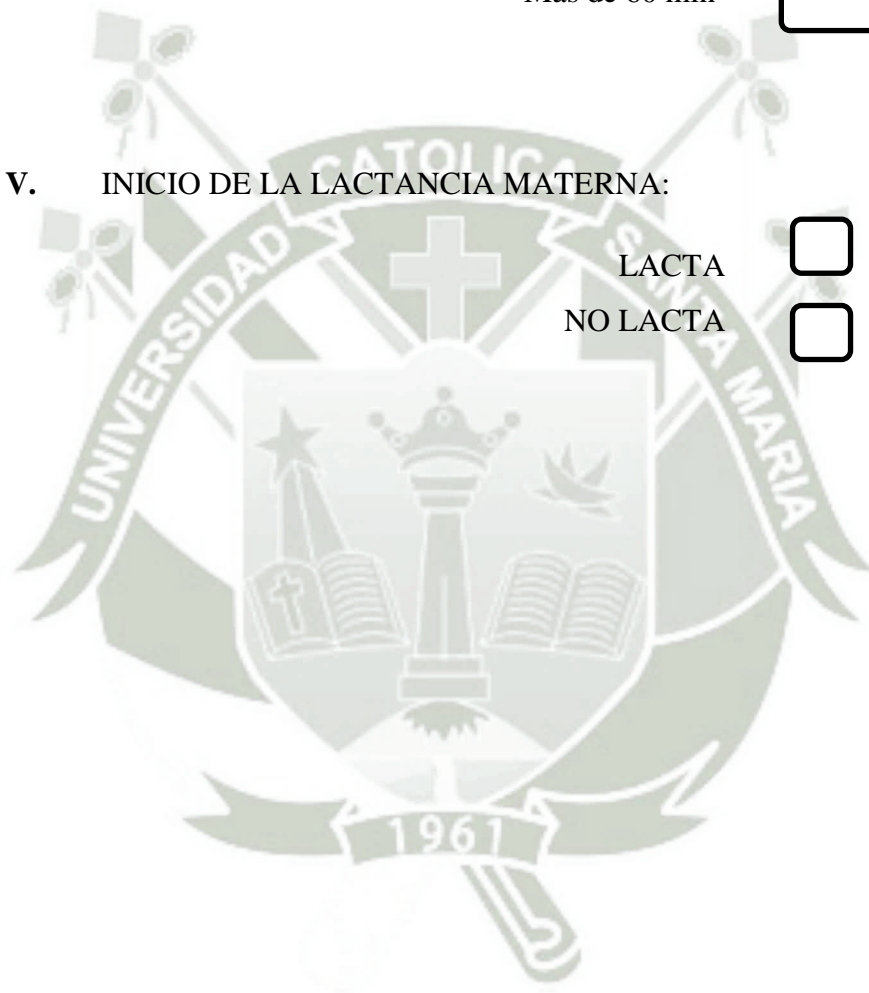
- a. Hubo contacto piel a piel:
 - SI
 - NO
- b. Tiempo:
 - 15 min.
 - 30 min.
 - 45 min.
 - 60 min.
 - Más de 60 min.

IV. TERMORREGULACIÓN:

- a. Temperatura del Neonato a los
- 5 min.
 - 10 min.
 - 15 min.
 - 30 min.
 - 45 min.
 - 60 min.
 - Más de 60 min

V. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA:

- LACTA
- NO LACTA



ANEXO 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código: 000

Consentimiento informado

Título de la investigación: EFECTO DEL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SOBRE EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA TERMOREGULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO SANOS - HOSPITAL GOYENECHÉ - AREQUIPA ABRIL – JUNIO 2015

Investigadoras: Delgado Valencia Maria del Rosario Candy
Inca Torres Lucy Olivia

Lugar: Arequipa, Hospital Goyeneche.

Propósito del estudio: Conocer el Efecto a Corto Plazo del Contacto Precoz Piel a Piel Sobre el Inicio de la Lactancia Materna y la Termorregulación en Recién Nacidos a Término Sanos - Hospital Goyeneche – Arequipa.

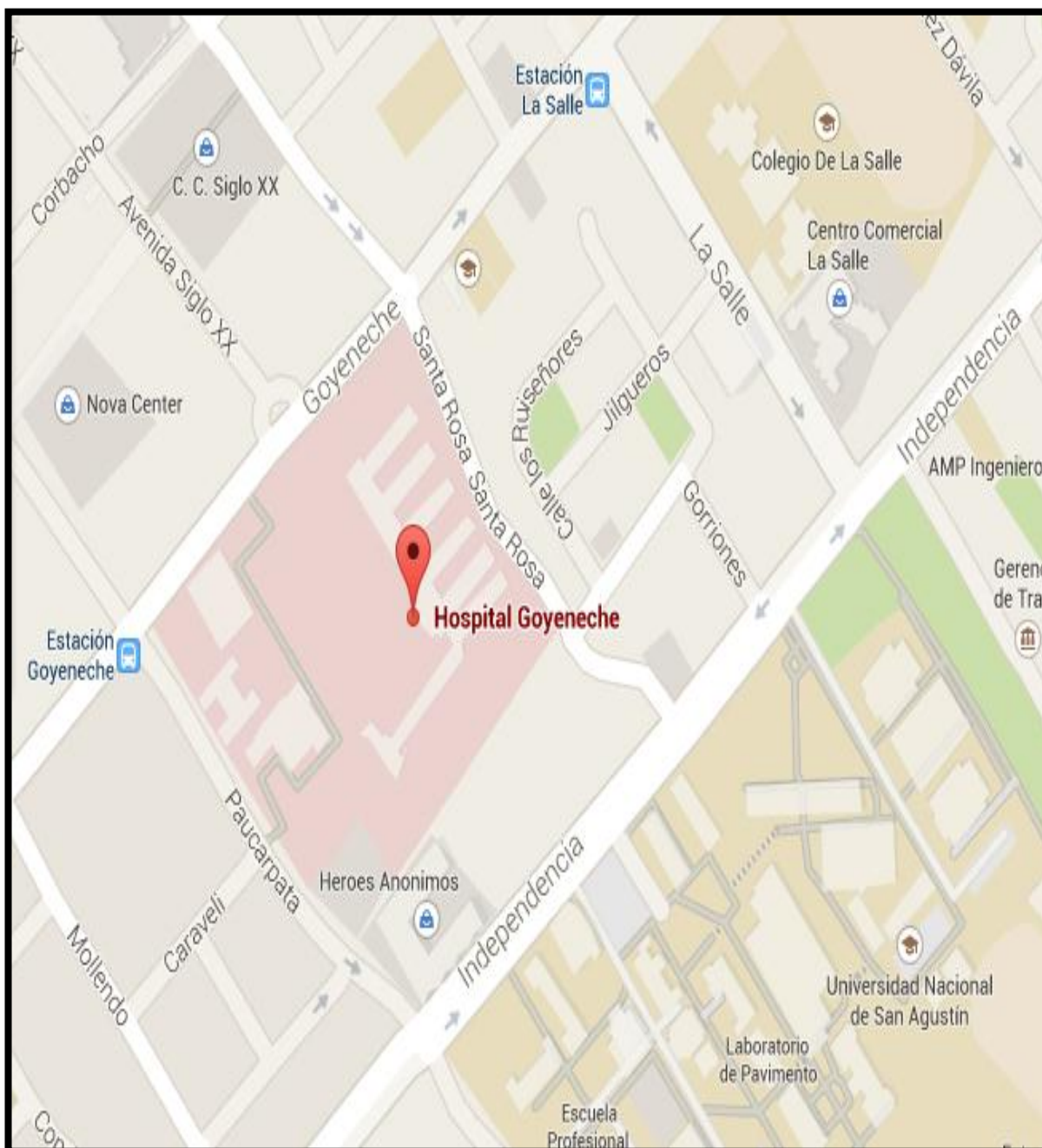
Participantes del estudio: Recién Nacidos a Término sanos que acudan para atención de parto al Hospital Goyeneche El estudio es completamente voluntario.

Procedimientos: Si usted acepta participar, se llenara una ficha de observación clínica con sus datos y con datos del recién nacido.

CONSENTIMIENTO

He leído la información de la hoja de consentimiento, todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Anexo 3: Ubicación



Anexo 4: Matriz de Sistematización

edad madre	sem. De gest.	contacto P.P.	peso R.N.	prom. T°	I.LACT.	TIEMPO CONT.	# gest.	# partos
27	39.40	1	3670	37.07	1	30	3	2
19	39	1	3340	36.93	1	30	1	1
20	40	1	3380	36.93	1	40	1	1
21	40	2	3690	36.57	2		1	1
21	39	2	3630	36.87	2		2	1
18	40	1	3750	37	1	25	2	1
21	39	1	3230	37.13	1	45	1	1
20	40	1	3390	36.67	1	35	1	1
20	41	1	3590	36.93	1	45	1	1
33	38	2	4010	36.63	2		3	3
44	37	1	2350	36.87	1	45	3	3
23	39	1	3710	37.2	1	40	1	1
29	39	1	2710	37	1	40	2	2
36	39	1	3740	36.5	1	40	1	1
23	39	1	2830	36.87	1	35	2	2

38	39	1	3130	36.93	1	45	3	3
18	37	1	3050	36.87	1	35	1	1
30	42	2	3650	36.57	2	35	1	1
30	40	1	3560	36.87	1	35	3	2
25	39	1	3430	37	1	30	2	2
31	39	1	3240	37.13	1	45	3	3
19	40	2	3540	36.67	2		1	1
38	41	1	3900	36.93	1	35	2	2
29	41	1	3540	37.2	1	35	3	3
32	39	2	3770	36.87	2		2	1
35	39	2	3820	36.67	2		2	1
26	40	1	3030	37	1	45	3	3
25	39	1	3220	36.5	1	35	1	1
28	40	1	3290	36.87	1	35	1	1
17	37	2	3570	36.93	2		1	1
29	38	2	3390	36.87	2		2	2
30	40	2	2430	36.6	2		2	2
21	38	1	3600	36.87	1	40	1	1

24	39	2	3790	36.47	2		1	1
26	39	1	3280	37.13	1	50	2	2
22	41	1	4160	36.67	1	60	1	1
27	37	1	3230	36.93	1	55	2	1
36	39	2	3090	36.5	2		3	3
28	39	1	3800	36.87	1	50	3	2
29	39	2	3410	36.67	2		3	3
31	40	1	3550	37	1	40	3	3
28	39	1	3710	36.5	1	35	2	2
25	40	2	3730	36.6	2		3	2
22	38	1	3630	36.93	1	45	3	3
27	41	2	4000	36.87	2		3	1
28	39	2	3260	36.47	2		2	2
24	36	2	2940	36.87	2		3	3
20	39	2	2800	36.5	2		2	1
36	40	2	3410	36.47	2		1	1
33	41	2	3750	36.67	2		3	3
24	38	2	3730	36.93	2		3	2

37	39	2	3630	36.6	2	1	1
34	38	2	3690	36.57	2	3	3
38	42	2	3380	36.4	2	3	3
32	38	2	4340	36.57	2	2	2
25	41	2	3090	36.5	2	3	3
27	38	2	3800	36.87	2	2	1
36	39	2	3040	36.93	2	2	1
38	39	2	3480	36.87	2	3	3
39	38	2	2890	36.4	2	1	1