

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL CONTACTO PRECOZ CON PIEL  
DEL RECIÉN NACIDO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL  
HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI DELGADO ESSALUD-PIURA,  
2014- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

**ELSA TORRES ALTAMIRANO**

**Callao, 2017  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY     | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA       | VOCAL      |

### **ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN**

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 246

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1703-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	33
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	35
3.1 Recolección de Datos	35
3.2 Experiencia Profesional	35
3.3 Procesos Realizados del Informe	38
<b>IV. RESULTADOS</b>	47
<b>V. CONCLUSIONES</b>	49
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	50
<b>VII. REFERENCIALES</b>	51
<b>ANEXOS</b>	54

## INTRODUCCIÓN

Se denomina “contacto piel con piel precoz” al que se realiza colocando al recién nacido (RN) en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de su madre, inmediatamente tras el parto (1) . Esta práctica sin ninguna interferencia constituye una de las estrategias que impactan en la salud física y mental del recién nacido a corto y largo plazo como lo demuestran estudios en el campo de la neurociencia (2)

Sin embargo en muchos casos desde el nacimiento del RN, esta práctica no se realiza por la ejecución de otras actividades de la atención inmediata al RN, que si bien son necesarias, pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones (3)

La separación del RN después del nacimiento pertenece puramente al siglo XX, debido a la institucionalización de la atención del parto práctica que contradice la historia evolutiva del ser humano, donde la supervivencia neonatal dependía del contacto íntimo y prácticamente continuo con la madre. (4)

En los últimos años se ha venido reconsiderando la práctica del contacto precoz piel a piel madre RN en el posparto en los diferentes establecimientos de salud públicos o privados como un derecho fundamental del binomio, respaldada y sustentada en diversos documentos y por organizaciones internacionales como: La Declaración

conjunta Organización Mundial de la Salud - El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989), la declaración de Inocenti (1990) y la normativa de la OMS/Unicef con la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños", que desde los años 1991 promueve diez pasos hacia una feliz lactancia natural, promoviendo el contacto precoz como estrategia para el inicio de la lactancia materna en la primera hora postparto (3)

El presente informe de experiencia laboral titulado Cuidados de enfermería en el contacto precoz piel con piel del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Jorge Reátegui Delgado 2014-2016 Piura, tiene como objetivo describir las intervenciones de enfermería relacionadas con el contacto precoz del recién nacido inmediatamente tras el parto.

Los cuidados de Enfermería están dirigidos a potenciar la adaptación del recién nacido al medio extrauterino de forma lo más semejante posible al vientre materno; brindando la asistencia de una manera humanizada, con calidad en la atención.

El Presente informe consta de siete capítulos y anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre/padre-hijo y para la instauración de la lactancia materna.. Ambos hechos, favorecen el proceso de vinculación y la lactancia materna e influirán de forma determinante en el estado de salud del niño/a y en su desarrollo emocional. (5)

En el mundo casi el 20% de las defunciones mundiales corresponden a niños menores de 5 años. La mortalidad neonatal (cifra de defunciones en los primeros 28 días de vida por 1000 nacidos vivos) es responsable de una gran proporción de las defunciones en la niñez en muchos países, sobre todo en los entornos de ingresos bajos. (6)

Iniciar lactancia materna en la primera hora de vida disminuye la mortalidad neonatal en el 22 % y retrasar el inicio de lactancia después de 1 hora de nacido aumenta la probabilidad de muerte neonatal hasta 2.5 veces, después de un día la aumenta hasta 4.5 veces y después de 3 días aumenta 11 veces la mortalidad neonatal. (7)

Las tasas de mortalidad neonatal en Europa varían entre los distintos países, oscilando entre el 1,2 por 1.000 de nacidos vivos en Islandia al 4,5 en Malta y 5,5 en Rumanía, experimentando la mayoría de los países descensos en sus tasas de mortalidad neonatal (con un valor medio del 24%). (8)

En América Latina y el Caribe la mortalidad neonatal representa el 58% de las muertes en menores de 5 años de edad, y más del 70% de las muertes en menores de 1 año. El 17% de los 11.2 millones de nacimientos son atendidos sin personal capacitado y las muertes suceden en los sitios más postergados, promoviéndose a nivel de la región y dentro de los mismos países, un verdadero problema de inequidad (7)

Según la ENDES 2012 la tasa de mortalidad neonatal nacional fue 9 por mil nacidos vivos y representó el 52.9% de la mortalidad infantil. En el departamento de Piura según Endes 2012, nos demuestra que durante la primera hora de vida el 49.7% de nacidos recibieron lactancia materna, el 94.6% lo hizo durante el primer día de nacido, el 45.6% recibieron alimentos antes de empezar a lactar (9)

El hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura es un hospital de nivel II, con capacidad para la atención primaria, hospitalización y rehabilitación. Las cifras en cuanto recién nacidos atendidos por cesárea oscilan entre 29.4 % al 37.3% del total de atendidos. La separación del recién nacido y la privación del contacto precoz empeoran las condiciones para una lactancia exitosa. Así tenemos que en el 2014 se tuvo un 65.4 % de lactancia materna exclusiva en el 2015 63.5 % en el 2016 56.6%. Además en el servicio de neonatología el contacto precoz no se viene realizando de acuerdo al tiempo requerido, lo cual lleva a pensar que está repercutiendo negativamente en la práctica del amamantamiento al seno materno.

Conociendo esta realidad surge la necesidad de realizar esta investigación relacionada al contacto precoz piel con piel del recién nacido inmediatamente al nacer y poder evidenciar su repercusión en la salud del neonato.

## **1.2. OBJETIVO**

Describir la experiencia profesional en el cuidado de Enfermería en el contacto precoz piel a piel del recién nacido en el servicio de neonatología del hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud- Piura, 2014 – 2016.

## **1.3. JUSTIFICACIÓN:**

El presente informe tiene por finalidad conocer los cuidados de enfermería en el contacto precoz del recién nacido con su madre, medida que permite establecer ese acercamiento mutuo, natural, enriquecedor que define el bienestar y adaptación de este nuevo ser al entorno.

El contacto precoz inmediatamente tras el nacimiento es importante porque en este tiempo se establecen lazos de interacción mutua en la intervienen aspectos bioquímicos neurosensoriales para el reconocimiento, facilitando el inicio de la alimentación con el seno materno y así mismo de una manera natural y fisiológica la adaptación del recién nacido fuera del útero.



Así mismo este informe se justifica:

A nivel teórico, Permita que el desempeño de enfermería se base en conocimientos evidenciados y respaldados por la ciencia, brindando la calidad de atención que merece el recién nacido.

A nivel práctico: El personal de salud pasarían a ser los principales actores del sistema, facilitando la función de los padres.

A nivel Económico: Es una intervención de bajo costo y muy eficaz, ya que disminuiría los costos de salud, familiar y social.

Los beneficiados serán: recién nacidos, padres, familias, personal de salud, instituciones de salud, sociedad, y estado.

El aporte en la sociedad, construir un mundo más humanizado, aportando seres felices, seguros de sí mismos que no solo se preocupen por ellos mismos sino también por los demás y su entorno.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES:

Para el presente estudio se reunió las siguientes fuentes de investigación realizados:

#### A.- ESTUDIOS INTERNACIONALES

Luchini R, C, Marquez D, F, Uribe T,C ( Granada 2012 ). En su estudio "Efectos el contacto piel con piel del recién nacido con su madre" Concluyeron que el contacto piel con piel brinda múltiples beneficios a recién nacidos. Se presenta como alternativa de cuidado segura, factible de implementar. Se observaron beneficios en las variables: duración de lactancia materna, comportamiento neurosensorial, regulación de temperatura, como alternativa al cuidado estándar, disminución en días hospitalización y niveles de cortisol, favorecedor de la interacción madre-hijo y desarrollo infantil. (10)

Cristobal Rengel Díaz. (Málaga- España 2012) En su estudio "Contacto Piel con Piel con padres" el tipo de diseño empleado fue cuasi experimental en la que se muestra una tendencia clínica significativa a tener en cuenta. unos resultados concluye que : El contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesáreas influye de modo positivo en el tiempo de inicio de la lactancia materna, habiéndose constatado que éste es más corto en el grupo de madres cuyos bebés han estado en CPP con

sus padres, mientras la madre estaba en la recuperación anestésica, además muestra una tendencia clínica no significativa en el tipo de lactancia al alta, siendo exclusiva en un porcentaje mayor en los recién nacidos del grupo intervención frente al grupo comparación (96,3% vs 88%). (4)

## **B.- ANTECEDENTES NACIONALES**

Guzmán Vela Fiorella P. (Lima- 2015). En su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal denominado cuyo objetivo fue describir la “Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y sus recién nacidos a término vigorosos” , el tipo de diseño aplicado fue descriptivo, prospectivo, de corte transversal llegó a la siguiente conclusión que, la calidad no fue la adecuada, debido a que el tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno fue menor de 15 minutos en el 96% de las pacientes Y respecto a la forma de entrega del recién nacido a término vigoroso a la madre fue de buena calidad, ya que se entregó al bebé desnudo y en posición prono. (11)

Almerco Huayanay J. (Lima- 2011). En su estudio realizado “Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermera hacia el contacto precoz madre-niño en el servicio de neonatología del hospital Jorge Voto Verdales Essalud –2011, cuyo tipo de estudio fue descriptivo correlacional, obtienen los siguientes resultados: que existe una relación

entre actitud y conocimientos de las enfermeras, comprobado mediante la prueba del Ji cuadrado se obtiene un  $X^2$  calculado  $> X^2$  tabulado = 24.20  $>$  5.99. del 100% de enfermeras el 53% no conocen y 47% conocen a cerca del contacto precoz madre - niño. (12)

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **CONTACTO PRECOZ**

Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel entre el bebé y su madre después del nacimiento. Se habla de contacto inmediato cuando es de inmediato y de contacto precoz cuando se da durante la media hora post parto. Es el reconocimiento mutuo entre madre, hijo o padre a través del contacto piel a piel después del parto, estableciendo entre ellos un fuerte lazo afectivo el que induce en la madre padre un fuerte sentimiento de ternura admiración y necesidad de protección hacia su hijo. (13)

Históricamente en muchas culturas los bebés eran colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento, siendo este un comportamiento necesario para la supervivencia del recién nacido. En la actualidad la mayoría de los niños nacen en el ámbito hospitalario, lo que lleva implícito en la mayoría de las ocasiones la separación del recién nacido y la madre, lo cual ha sugerido

que estas rutinas hospitalarias pueden llegar a tener efectos nocivos como el impedimento de una lactancia satisfactoria. (14). Este contacto podría representar un "período de reconocimiento sensible" para predisponer a las madres y sus recién nacidos a que desarrollen pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo (15). La revisión de Mercer concluyó que el contacto piel con piel temprano presenta beneficios tanto a corto como a largo plazo: a corto plazo aumenta y mantiene la temperatura del RN, duerme más tiempo y llora menos. A largo plazo, cuando se produce el contacto piel con piel y el amamantamiento en la primera hora, aumenta el tiempo de lactancia, se aumenta el afecto materno y se obtiene una puntuación más alta en los niveles de sentimientos (vínculos madre-hijo). No se han encontrados efectos adversos en el contacto piel con piel. (14)

Las hormonas del vínculo intervienen en todo este sistema desde el embarazo y muy especialmente a través de la lactancia materna. Las madres que tenían niveles más altos de oxitocina en el primer trimestre los mantenían durante el embarazo y después, presentaban más conductas maternas postparto y se sincronizaban más con los bebés que las que tenían niveles más bajos. Además presentaban pensamientos más vívidos y placenteros de sus bebés (Feldman & Eidelman, 2007; Feldman, Gordon, Schneiderman, Weissman, & Zagoory-Sharon, 2010). Se ha comprobado como la sincronía puede tener un efecto duradero en el desarrollo cerebral del lactante (Swain, Lorberbaum, Kose, &

Strathearn, 2007). A los 3 y 9 meses el grado de sincronía predice la autorregulación a los 2, 4, y 6 años y en la empatía de los adolescentes (Feldman, 2007). Comprender las bases neuronales y neuroquímicas del sistema afectivo madre-hijo/a puede proporcionarnos ideas sobre los orígenes de la sociabilidad en general. Ya que es plausible que este lazo fundamental, que es común a todos los mamíferos, vaya a proporcionar la base neural para el desarrollo de otros sistemas de gratificación social. (Keverne, 1988). Por tanto, alterar las bases neurobioquímicas que regulan estos circuitos en el momento perinatal podría producir una mayor susceptibilidad a presentar problemas en la edad adulta. (16)

#### FISIOLOGÍA DEL CONTACTO PRECOZ

Durante las 2 primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en alerta tranquila, es el llamado período sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el parto.

El bebé ha estado en contacto, con el olor del líquido amniótico materno durante el embarazo. Los niveles elevados de noradrenalina en el encéfalo facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación del ambiente posnatal. (13)

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un período crítico y delicado porque implica cambios en la respiración, circulación sanguínea y en la manera de alimentación. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos y el recién nacido

los recibe tal cual son, sin ningún tipo de filtro. Estos filtros los va desarrollando con el aprendizaje. Aunque la unión entre madre e hijo/a es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia, proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y criatura, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Esto tiene efectos positivos para toda la vida. La IHAN especifica la duración de al menos una hora o incluso más, pues los RN pueden tardar más de ese periodo en engancharse de forma efectiva al pecho, salvo que haya una indicación médica que justifique la separación. Con más de 50 minutos de contacto la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos. El CPP supone una continuidad con el útero materno donde se encontraba en un ambiente térmico oliendo a su madre, donde oía su voz y sentía el latido de su corazón. (2)

El cerebro del RN libera la hormona del estrés cortisol, que aumenta el ritmo cardíaco y la respiración como una reacción básica del instinto de «lucha o huida». La somatostatina (que contrarresta la hormona del crecimiento) también se libera y actúa en el intestino para reducir la absorción de los alimentos. Estas hormonas del estrés permanecen elevadas mientras dure la separación y siguen elevadas incluso 30 minutos tras iniciar el contacto. (4)

## **AUTOREGULACIÓN DEL RECIEN NACIDO**

El contacto piel a piel (CPP) permite que el recién nacido experimente estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos, el ritmo cardíaco, el sonido del flujo de los grandes vasos y las caricias maternas mientras es sostenido. Esto estimula la autorregulación necesaria para la supervivencia, evidenciado en la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación con los cambios ambientales extrauterinos a través de diversos comportamientos como: tono y postura relajados, despertar-mirar, posición flexionada-relajada, gateo, familiarización, succión del pecho y sueño (17)

Lucchini C, refiere que Gitau R., en su estudio sobre el efecto del contacto piel con piel vs. el masaje en niños pretérmino medido en la secreción de cortisol en saliva como indicador de estrés en el niño, demostró que los niveles de cortisol tuvieron una disminución significativa después de recibir el contacto piel con piel con su madre ( $p = 0,0058$ ). (10)

## **DESARROLLO SENSORIAL Y PERCEPTIVO DEL RECIEN NACIDO**

**PERCEPCIÓN TÁCTIL** Los receptores sensoriales cutáneos inician su desarrollo en la región perioral alrededor de las 6 semanas de gestación y están bien distribuidos antes de las 20 semanas de gestación. Un recién nacido a término tiene una densidad de receptores sensoriales cutáneos comparativamente mayor que el adulto (18). Los recién nacidos



responden activamente frente a las estimulaciones del tacto y la sensibilidad táctil aumenta rápidamente durante los primeros días de vida. Por tanto se recomienda un contacto precoz, acelera el desarrollo, facilita la adaptación metabólica y su recuperación; ya que el gasto energético es menor (al reducir el llanto e incluso erradicarlo y al tener calor humano).

(15)

**PERCEPCIÓN GUSTATIVA Y OLFATIVA** Ambos sentidos están presentes en el recién nacido, aunque no muy desarrollados todavía. Aun así el RN es capaz de reconocer el olor del líquido amniótico y leche materna de su madre. Por ello, el sistema olfativo es el más importante para la supervivencia del RN, los olores generan diferentes expectativas en su cerebro. Por tanto, se recomienda la lactancia materna ante el biberón, ya que los RN pierden los estímulos sensoriales para su desarrollo. (19)

**PERCEPCIÓN AUDITIVA** Entre la 10-12 semanas intraútero el feto ya puede oír; inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido podrá oír, su umbral sensitivo es más alto que el de los adultos. La mayoría de los lactantes son sensibles a los estímulos auditivos intensos y fuertes, calmándose cuando escuchan música clásica, o la voz humana sobre todo materna; diseñada para ayudar a simular el ambiente fetal. (1) Dentro del útero, el feto se encuentra en un ambiente cálido, oscuro, húmedo y con los ruidos del exterior amortiguados, un "habitat" que

proporciona al feto estímulos sensoriales adecuados que le permiten un desarrollo global correcto en cada etapa de su crecimiento. Por el contrario, el ambiente que rodea al neonato fuera del útero a veces es frío, seco, ruidoso, con bastante iluminación, con estímulos constantes e inapropiados, se ve sometido a una sobrecarga sensorial tóxica inesperada para un Sistema Nervioso Central inmaduro, pero en rápido crecimiento y está sometido a un gran riesgo de que se produzca una desorganización de su desarrollo que puede conllevar problemas serios en su futuro. (20) Actualmente se han incrementado los artículos que advierten del ambiente extrauterino no adecuado como fuentes potenciales de enfermedad iatrogénica, entre ellos la luz y el ruido (21)

## **PERCEPCIÓN VISUAL**

William James dijo que el mundo del recién nacido aparece girando a su alrededor de forma confusa; se equivocaba. La percepción del bebé está más avanzada de lo que pensábamos.

Los lactantes pueden diferenciar los estímulos visuales y ya discriminan la luz y la oscuridad, perciben los colores, siguen con la mirada el movimiento de ciertos objetos (19).

*KONRAD* (22) llamó "imprinting" podría traducirse como impronta a la huella que queda en el cerebro de los recién nacidos con la imagen de su madre o del primer ser que encuentra al salir del cascarón. Adaptación Neurosensitiva del recién nacido. Estudio de las mejores prácticas (14) .  
Calidad de visión: El ojo humano es un instrumento perceptivo muy

importante. Desde una edad muy precoz (30-32s); su desarrollo total a los 3 años de vida (19).

## CONTACTO PRECOZ Y LA LACTANCIA MATERNA

El recién nacido en decúbito prono, en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre, mediante los movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón pone en marcha los reflejos de búsqueda, se dirige hacia la areola que reconoce por su olor y la succiona correctamente. Este proceso requiere su tiempo. El 90 % de los bebés hace la primera toma espontánea al pecho antes de los 70 minutos. Sin embargo la separación aunque sea unos minutos altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas realizadas con éxito. Muchas veces con el afán de ayudarlo a agarrarse al pecho, se le fuerza y se pueden abolir el reflejo de búsqueda y alterar la colocación de la lengua lo da lugar a una técnica de succión inadecuada. Es mucho mejor que todo ocurra en forma espontánea y lo ideal es que la madre y el bebé permanezcan en contacto piel con piel durante las dos primeras hora de vida (13).

Si el niño se ha secado bien y está en contacto piel con piel con la madre, ella lo calienta y el recién nacido regula su temperatura con mayor eficiencia que en una cuna calefaccionada. Durante las primeras horas de vida el niño se encuentra en estado de alerta tranquilo lo que le permitirá mirar con atención a su alrededor y fijar la vista en la cara de su madre y



regulación relacionada con el dolor. La atención de madres canguro puede ser efectiva si se administra a los recién nacidos durante más de respuesta de desconexión del medio, que se puede acompañar con disminución de la temperatura corporal y ritmo cardiaco, y, la liberación masiva de hormonas del estrés. Esta respuesta de angustia a la separación, también se ha observado en niños que se encuentran en cunas, donde lloran hasta 10 veces más que los bebés que se encuentran piel con piel con su madre. Hoy en día, se sabe que enseñar a los niños a dormir en estas condiciones no produce beneficios físicos ni psíquicos. Existen pruebas convincentes de que los niveles elevados de hormonas de estrés pueden causar cambios permanentes en las respuestas al estrés en el bebé. Estos cambios afectan a la memoria, la atención y a la emoción, y pueden provocar una respuesta exagerada al estrés durante toda la vida, que incluye una predisposición a la ansiedad y trastornos depresivos (16)

#### PADRE Y CONTACTO PRECOZ

Si la madre, por su estado de salud, no puede estar en contacto piel con piel con su hijo se ha mostrado que el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto con el padre puede ser beneficioso para ambos. Los niños que estuvieron en contacto piel con piel con su padre lloraron menos, se mantuvieron más calmados y adquirieron un comportamiento más organizado de forma más precoz. Parece que el

padre puede ser el cuidador principal en este periodo de tiempo tan importante, ya que facilita el comportamiento que tendrá que poner en marcha el niño para asegurar una adecuada lactancia materna (16)

## BENEFICIOS FISIOLÓGICOS y PSICOLÓGICOS PARA EL RECIÉN NACIDO

- Disminución de los niveles de las hormonas del estrés (cortisol),
- favorece la estabilidad respiratoria, cardíaca, la glicemia y temperatura corporal
- estimula la secreción de oxitocina con su efecto antiestrés por aumento de niveles endógenos opiáceos;
- Favorece el amamantamiento y lactancia prolongada:
- Fortalece la interacción positiva madre niño a corto y largo plazo (Protección para su neurodesarrollo sensitivo y perceptivo)
- Favorece el “periodo de reconocimiento sensible”, la autorregulación y fortalece la interacción positiva con la madre a corto y largo plazo; en relación a la madre se encontró como beneficios fisiológicos que favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del RN, produce satisfacción materna y disminución de niveles de depresión posparto (24)

REQUISITOS PARA REALIZAR EL CPP: Puede realizarse CPP sin restricciones si:

- RN a término o en el pretérmino tardío (35-37 semanas)

- Líquido amniótico claro
- Respira o llora sin dificultad
- Presenta buen tono muscular Además en los partos de riesgo, podrá realizarse el CPP, siempre que el o la pediatra presente lo considere indicado.
- Los procedimientos y las medidas médicas no urgentes no deberían realizarse inmediatamente tras el parto, no sólo porque implican separación, sino porque son maniobras estresantes que pueden interferir en la adaptación del RN a la vida extrauterina y contribuir a su desestabilización. (25)

#### COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL CPP

Tras el nacimiento, el bebé descansa sobre el cuerpo de su madre, adquiriendo una coloración sonrosada de los labios, con los ojos abiertos y realizando pequeños movimientos durante 10-20 minutos. A continuación, pone en marcha los reflejos de arraigo (pataleo, reptación, cabeceo, acercamiento del puño a la cara, lametadas, búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico materno), lo que le permite acercarse al pezón y realizar un agarre espontáneo. Más del 70% se agarra al pecho en la primera hora de vida y si el CPP se prolonga hasta las dos horas más del 90%. (25)

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Informar a la madre durante el periodo de dilatación de los beneficios del CPP y la importancia de realizarlo con su hijo o hija.
- Responder a sus dudas y necesidades de forma individual, respetando en todo momento su decisión.
- Mantener una adecuada temperatura en paritorio (22-24°C) .
- Mantener paños, muletones, gorros y pañales calientes en la cuna térmica del paritorio que se mantendrá en modo precalentamiento.
- El parto es un acto íntimo que requiere de un entorno que favorezca la confianza, la tranquilidad y la privacidad de la mujer. El ambiente del paritorio debe ser silencioso, cálido, con poca luz, con un acompañante para la madre y con el menor número de profesionales posible.
- En los últimos minutos del expulsivo invitar a la madre a que se descubra el abdomen/pecho ayudándola si lo necesita y cubriéndola con un muletón caliente.
- Retirar el muletón en el momento del nacimiento.
- Colocar el RN directamente sobre la piel de su madre, secándole suavemente el dorso con un paño precalentado, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos y que tiene buen tono muscular.
- Retirar el paño utilizado para secar al bebé y cubrir a ambos con un muletón seco y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual.



- Colocar a la madre semiincorporada abrazando a su hijo/a a 45° con el RN en posición prona entre sus pechos o RN con las extremidades abiertas y flexionadas y la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello favoreciendo el contacto visual entre madre-hijo/a.
- Colocar un gorro de algodón precalentado
- Realizar el Test de Apgar al minuto y a los 5 min sobre el cuerpo de la madre.
- Recoger sangre de cordón según el procedimiento habitual (grupo y Rh fetal, gases).
- Vigilar el bienestar del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular. durante todo el proceso.
- Permitir, si la madre lo desea, que el RN se agarre al pecho espontáneamente, sin forzar la primera toma, dejando que se mueva hacia el pecho y ponga en marcha los reflejos de arraigo (succión del puño, búsqueda, lametadas...). Se puede facilitar el acceso al pecho pero es importante dejar que realice el agarre espontáneo.
- Mantener al RN en contacto piel con piel mientras la madre pasa a la cama. (25)

## TEORÍA DEL APEGO

Es la forma de explicar y entender la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular.

Esta nos puede ayudar a comprender las reacciones que surgen tras una separación indeseada y una pérdida afectiva tales como: el dolor emocional, los trastornos de la personalidad, emociones como la ansiedad, la ira, la represión o el alejamiento emocional.

La figura de apego es una pieza clave en el desarrollo. La calidad en la historia afectiva estructura todo el funcionamiento interno de la persona generando confianza y seguridad ayudando en su desarrollo personal.

La figura de apego actúa como base de seguridad para el niño, que la considera incondicional, estable, accesible y duradera, a la vez que le ayuda a explorar el mundo, alejarse y acumular experiencia.

Por otro lado la figura de apego, es el lugar donde acude para consolarse y reafirmarse ante situaciones percibidas como peligrosas, malestar o aflicción (26).

El concepto de "interacción" en la teoría del apego también es importante, el desarrollo del bebé depende del ambiente es decir de la figura de apego. (27).

## BASES NEUROLÓGICAS DEL APEGO

El sistema nervioso autónomo de nuestro organismo está compuesto de dos Subsistemas que actúan simultáneamente, prevaleciendo uno u otro en función de si la situación en la que se encuentra la persona es una reacción de alarma o si por el contrario se encuentra tranquilo y sosegado. Estos sistemas son el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático, los cuales adquieren un marcado interés en la teoría del apego, pues la activación de las conductas de apego surge en situaciones que la persona considere seguras, le inspiren confianza y se sienta relajada.

Cuando una persona capta un suceso considerado de peligro o amenaza, da inconscientemente una alarma al organismo, que rápidamente se coloca en posición de defensa: entra en acción el sistema nervioso simpático, poniendo en marcha los mecanismos para la supervivencia individual y la huida, generando ansiedad, excitación, elevando la tasa cardiaca y respiratoria, contrayendo los esfínteres y produciéndose broncodilatación. Ante esta situación percibida como amenaza, no es posible la interacción social, pues el organismo está dispuesto para la supervivencia individual (28).

Por el otro lado tenemos al nervio vago (X par craneal) el cual está regulado por el sistema nervioso parasimpático, responsable de las respuestas experimentadas como seguridad, armonía y tranquilidad, y entre sus funciones se encuentran la relajación del organismo y

ralentización de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria del cuerpo. Es el encargado también de regular los principales órganos viscerales, la musculatura de la cara y de la cabeza: que está relacionada con el contacto visual y la vocalización: relacionada con la inflexión de llamada y las expresiones faciales. Todas ellas colaboran en el proceso de comunicación.

Según la teoría del Apego, la interacción social necesaria para que se desarrolle la vinculación afectiva y la exploración del ambiente solo se da si el individuo se siente seguro, confiado, y no percibe una amenaza en su supervivencia. El apego se produce entonces con la activación del sistema nervioso parasimpático (26).

## SEPARACION EN EL POSPARTO INMEDIATO

En ocasiones, como consecuencia de patología materna o neonatal, o bien debido a prácticas no refrendadas por la evidencia científica (limitando el acceso a los padres a las unidades neonatales o evitando el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento), se produce la separación entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del parto. Los estímulos físicos y táctiles llevados a cabo entre la madre y su recién nacido son de una gran relevancia para el futuro neurodesarrollo de éste. Concretamente estos estímulos táctiles que de forma espontánea realiza la madre ante su cría, tienen especial relevancia en las primeras

horas, días tras el parto, pues, al menos en roedores, implican una serie de cambios epigenéticos, es decir, modificaciones en su programación genética, con efectos que persisten a largo plazo. Así, en estos animales la privación del contacto con su madre tras el nacimiento conlleva una alteración de la respuesta en la edad adulta al estrés o la ansiedad (Nagasawa, Okabe, Mogi, & Kikusui, 2012). Del mismo modo, favoreciendo el contacto íntimo madre-cría tras el nacimiento, se produce una elevación de los niveles de oxitocina en el cerebro de la cría que a su vez, implican una serie de cambios neuroanatómicos que perduran con el tiempo y permiten que, llegada la edad adulta, ejerza una actitud de apego mayor para con sus descendientes (Kendrick, 2004). Las secuelas de la separación materno-filial temprana son duraderas, en un estudio se comprobó como el impacto de pasar las dos primeras horas de vida separados se traducían en una peor interacción madre bebé al año de vida, independientemente de otras variables (Bystrova et al., 2009). En diversas especies de mamíferos la separación desencadena una respuesta altamente agresiva en la madre, sin que se haya estudiado hasta la fecha la respuesta en humanas. (16)

## TEORÍAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Las teorías de enfermería que se adaptan al tema de investigación sobre el cuidado al recién nacido son las siguientes:

### **KATHRYN E. BARNARD** (modelo de interacción padres - hijo)

La teoría de nivel medio de Kathryn E. Barnard procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas.

Barnard cree que el sistema padres-lactante está influido por las características de cada uno de los miembros. Estas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo.

La interacción entre el padre (o el cuidador) y el niño se describen en el modelo de Barnard mediante cinco señales y actividades:

- 1) la claridad del lactante en la emisión de señales
- 2) la reactividad del lactante a los padres
- 3) la sensibilidad de los padres a las señales del lactante

4) la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante

5) las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres (29).

### **RAMONA MERCER “ADOPCION DEL PAPEL MATERNAL”**

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

### **METAPARADIGMAS:**

**Persona:** Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

**Salud:** La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.

**Entorno:** No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

**Enfermería:** Se refiere a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad (30).

## **DIMENSIONES SEGÚN LOS FACTORES DE CUIDADO DE JEAN WATSON**

### **1) Dimensión Fenomenológica**

Watson, afirma que el campo fenomenal corresponde a la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y significado de las percepciones de uno mismo; todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. Agrega además que el campo fenomenológico está integrada en las tres esferas de la persona (el alma, el cuerpo, y el espíritu) para conseguir la armonía interior.



Sabiendo que el resultado de la interacción constante que se da entre la enfermera y el paciente, se forma percepciones del cuidado dado por la enfermera; formando parte del desarrollo del campo fenomenológico del paciente. (31)

## **2) Dimensión de Interacción**

Abarca los siguientes factores (relación de ayuda y confianza, promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos). Dimensión basada en el cuidado transpersonal; Esta relación va más allá de una evaluación objetiva, mostrando interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Permite al paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro, teniendo como objetivo proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona y su armonía interior. (32)

## **3) Dimensión de Necesidades Humanas**

Se entiende por necesidad humana, “la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla, cuya satisfacción es un recurso necesario e importante para la supervivencia, bienestar o confort de una persona” (33). La teorista Jean Watson, basándose en la pirámide jerárquica de las necesidades humanas del psicólogo Abraham Maslow, estratifica dichas necesidades, afirmando que las necesidades del primer nivel está representado por las necesidades que el individuo precisa satisfacer y son referentes a la supervivencia o también llamadas “biofísicas” como son: respirar, comer, descanso etc. En el segundo nivel

se ubican las necesidades psicofísicas (reposo, actividad etc.); en un tercer nivel se encuentran las necesidades psicosociales (pertenencia y logros) y el nivel más elevado las necesidades interpersonales (realización) (34).

#### **4) Dimensión Científica**

La enfermería como profesión científica, aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos; afirmación que concuerda y abarca el factor de cuidado establecido por Watson (utilización sistemática del método científico). Método que permite a la enfermera (o) realizar los cuidados, basados en pensamientos lógicos a través del proceso de atención de enfermería, el cual constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, en el que influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico, capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales de la enfermera (35). Así mismo debe adquirir habilidades o capacidades sociales tales como el trabajo en equipo, la comunicación cordial y efectiva, mostrar seguridad y confianza en sí misma, ser influenciable y desarrollar el liderazgo, etc. Así mismo Watson afirma que en la práctica cotidiana de la enfermería se debe sostener, cultivar e integrar los conocimientos científicos a lo largo de la vida profesional para guiar su actuar diario, sin embargo enfatiza que la asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera.

### **2.3. DEFINICION DE TERMINOS:**

**CUIDADO.-** El cuidado, también puede ser entendido como; el arte de interactuar y ofrecer reciprocidad, estar cara a cara con el otro (persona sola o con una familia) en un compromiso de conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida. Significa la presencia comprensiva y respetuosa a la experiencia de quien la solicite y brindar especial apoyo a quien lo necesite, ya sea por incomodidad, dolor físico o psíquico, limitación o incapacidad. (36)

**CUIDADO DE ENFERMERIA.** Se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. El cuidado constituye el elemento esencial en la relación interpersonal enfermera usuario. Por lo que resulta muy importante para satisfacer las necesidades del usuario y brindar un cuidado humanizado.

#### **CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ**

Se denomina “contacto piel con piel precoz” al que se realiza colocando al recién nacido (RN) en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de su madre (piel con piel), inmediatamente tras el parto. (29)

RECIÉN NACIDO: Es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento. Representa una etapa muy corta de la vida, sin embargo en ella suceden cambios la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pos término.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1.- RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la ejecución del presente informe se ha considerado algunos instrumentos de recolección de datos tales como: registro de atención del recién nacido, Oficina de atención primaria, del hospital Jorge Reátegui Delgado.

#### **3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL.**

Desde el inicio de mi carrera , inicié mi labor profesional de enfermería con el SERUMS en el año 1998-1999 en la región Cajamarca, en Jaén Bellavista en el Hospital, donde desempeñé tanto el área asistencial , tanto en atención primaria y hospitalaria durante este año, demostré mis capacidades profesionales, desempeñándome con responsabilidad y dedicación en la áreas asignadas como: área niño: control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, área de control de la tuberculosis donde las actividades básicas eran promoción y prevención de la salud aplicando actividades como : control de crecimiento y desarrollo del niño sano de 0 a 5 años, consejerías en estimulación temprana, nutrición, higiene, charlas educativas, seguimientos , detecciones de casos de desnutrición, alteraciones del desarrollo , detección de sintomáticos respiratorios, febriles, vacunación, campañas de prevención y promoción, etc en las diferentes etapas de vida en todos los servicios desempeñados la atención brindada a los usuarios era dar atención integral, brindando la mayor cantidad de atenciones de acuerdo a sus necesidades. Las

metas alcanzadas fueron adecuadas óptimas de acuerdo a los indicadores establecidos. En hospitalización me desempeñé atendiendo pacientes adultos con diferentes patologías y también en el área de madre-niño atendiendo a los recién nacidos, durante la atención inmediata y en alojamiento conjunto. Durante ese año fui contratada medio año más por modalidad SIS.

En el año 2001 trabajé en centro poblado El Porvenir de Huarango, en un puesto de salud, donde desempeñé como jefe del establecimiento, sólo contaba con un personal técnico, desempeñé tanto la parte asistencial e incluso haciendo la labor de médico atendiendo las consultas médicas, atendiendo también controles de gestante además de toda la parte de enfermería asimismo la labor administrativa y docente y de gestión, donde mi experiencia como un caso difícil fue atender a una paciente con retención de placenta. También en este año laboré en el centro de salud Chunchuquillo laborando como enfermera desempeñándome en el área de programas de salud.

En el año 2002 trabajé en el centro de salud San Felipe, Centro de salud Hurandoza y centro de salud Chunchuquillo, donde mi desempeño a sido netamente promoción y prevención de la salud, donde una de las actividades nuevas realizadas eran las actividades itinerantes fuera de establecimiento en las comunidades, asistencial y visitas domiciliarias.

Del 2003- 2007, laboré en el Distrito de Pucará donde fui la responsable del área adulto y Adulto Mayor y promoción de la salud. Un centro de salud donde contaba con buen número de recurso humano total 20 trabajadores. En este período la estrategia de trabajo se inició con el MAIS donde cada trabajador se hacía cargo de un sector un lugar dentro de la jurisdicción del Distrito, la estratificación de las zonas estaban establecidas mediante el mapeo categorizadas como bajo riesgo, mediano y alto riesgo donde cada trabajador debería realizar las actividades de atención correspondiente a su zona establecida, además se hacía uso de un croquis, identificando el número de casas. En este centro el sistema de capacitación era planificado y estructurado con el mismo personal del establecimiento. Mi persona estaba responsable de la capacitación a los promotores de salud donde prevalecía el sistema de vigilancia de las comunidades y la mutua coordinación con el sistema de salud. En el área de promoción de la salud mi desempeño fue trabajar con escuelas saludables, comunidad saludable, familia saludable, municipio saludable. Donde una experiencia gratificante dentro de mi actividades fue haber eliminado con éxito los inservibles en campañas realizadas con apoyo de las autoridades de la comunidad disminuyendo en forma notable la incidencia de casos de dengue. Asimismo en el programa de escuelas saludables tuve una experiencia exitosa al lograr que el establecimiento cuente servicios higiénicos limpios, lograr que cada aula cuente con utensilios de higiene para lavado de manos, los niños llegaron

a comprender el orden y la limpieza eliminando adecuadamente la basura, y la higiene personal, todo este logro fue obtenido mediante el trabajo en conjunto tanto de profesores, padres de familia, alumnos y personal de salud.

En las áreas del adulto mayor también se realizaban actividades diversas como charlas educativas, preparación de alimentos saludables, práctica de ejercicios, caminatas, tai - chi, campañas de detección de hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad, detección de catarata.

En el 2008 inicié a laborar en el centro de salud El alto, de ES salud, en la cual me desempeñé como enfermera también en atención primaria, dando énfasis a la promoción de la salud en toda las etapas de vida, además de la parte asistencial y administrativa.

En el año 2013 fui desplazada a Piura hospital Jorge Reátegui Delgado, desempeñándome básicamente el área asistencial.

### **3.3.- PROCESOS REALIZADOS EN E L SERVICIO**

El servicio de neonatología del Hospital Jorge Reátegui Delgado, está estructuralmente localizado en el área hospitalaria, cuenta con diferentes ambientes como: sala de partos, alojamiento conjunto, unidad de cuidados intermedios ( 2 ambientes: para los que nacen en el mismo hospital y otro para los que vienen de afuera o es usado como ambiente para recién nacido infectados) dentro de este pabellón se encuentra 2 ambientes de maternidad, cuenta con un ambiente para vestuario, un



ambiente en el cual se bañan a los recién nacidos y allí funciona el lactario a la vez , una pequeña sala de estar para enfermeras del personal donde el personal que labora brinda la atención en forma calificada y está provista de tecnología acorde al nivel hospitalario II. En cuanto a la iluminación los ambientes están provistos de adecuado sistema de iluminación, las ventanas no cuentan con cortinas ya que esas permiten la dispersión de los gérmenes, en cuanto al sistema de climatización del ambiente de sala de partos es un ambiente cerrado para mantener temperaturas entre 24 y 28 grados centígrados adecuados para la atención del recién nacido y mantener su termorregulación

Recursos humanos cuenta con 5 pediatras quienes hacen la labor de neonatología, atendiendo diariamente a los recién nacidos tanto en alojamiento conjunto como los que están hospitalizados por alguna patología. El personal de enfermería son 2 especialistas en neonatología y 3 con experiencia en el área, incluido una coordinadora del servicio; personal técnico son 5, quienes cumplen funciones de apoyo a personal de enfermería.

En cuanto al equipamiento : cuenta con 8 cunas para la atención del recién nacido con patología, con 2 incubadoras que son unas camas cerradas con fuente de calor húmedo que concentran el calor, con un sistema de oxígeno y control de temperatura ) que se usa cuando es estrictamente necesario principalmente en prematuros, 2 servocunas, un monitor multiparámetros, que se usa solo cuando hay que monitorear

estrictamente al recién nacido, 2 bombas de infusión para administración de medicamentos , cuenta con 2 lámparas para fototerapia, cuenta con 17 camas para alojamiento conjunto equipos de oxigenoterapia, cuenta con sistema de mesclador que hace las veces del blender para llegar en forma adecuada al recién nacido.

En cuanto a la organización del servicio; existe un lavamanos en el área del baño del recién nacido, con el objetivo de poder realizar el procedimiento para prevenir y controlar las infecciones, cuenta con letreros y esquemas de los pasos y la técnica del lavado de manos.

El ingreso a la unidad, tanto del personal asistencial y de los visitantes, debe hacerse con ropa apropiada, a las madres se les exige que ingresen bañadas y limpias, previamente se les pide que se laven las manos para ponerse en contacto, con su bebé como reforzamiento de las normas de higiene. En cuanto a los cuidados centrados en la familia en los recién nacidos que está hospitalizados se permite el ingreso solo del papá y la mamá en horarios de día, para que puedan interactuar con su bebé, y se amamamante al recién nacido, además en ese tiempo las madres deben dejar la leche extraída para conservarla en refrigeración. Cuenta con un área de vestuario para que el personal que labora pueda cambiar las ropas de calle por ropas de trabajo. Cuenta con un sistema de comunicación interno, que facilite la comunicación interinstitucional vía teléfono para coordinar la recepción o traslado de pacientes, la

comunicación externa igual se efectiviza vía , teléfono, existiendo problemas mayormente para las contrareferencias y el seguimiento.

La oficina de la enfermera coordinadora está ubicada en el pasadizo, solo hace uso de un escritorio y una silla, no reuniendo totalmente las condiciones adecuadas.

Cuenta con un médico jefe del servicio, responsable de la supervisión, organización y planificación del correcto funcionamiento de la labor de los médicos,

Cuenta con un jefa de enfermeras general del hospital así con una coordinadora que hace turno diurno todos los días con la finalidad de poder realizar funciones de coordinación, supervisión, monitoreo de la labor de enfermería en el cuidado del recién nacido, así mismo que se cumpla con las normas vigentes.

Los ambientes no reúnen las condiciones de un mínimo de 6 metros cuadrados, permitiendo que exista hacinamiento en el área.

La labor de la enfermera en el servicio de neonatología, se desarrolla de acuerdo a la necesidad de los cuidados en los recién nacidos, las enfermeras que desempeñamos en el área, demostramos, capacidades destrezas, habilidades en las diferentes intervenciones de cuidado ejerciendo actividades tanto asistenciales, administrativas, docente e investigación, con el objetivo de optimizar el cuidado y obtener resultados adecuados.

Para cada atención del recién nacido el ambiente debe de estar preparado con todos los materiales y equipos necesarios además de contar con el ambiente propicio y con el recurso humano calificado. Previamente a cada atención la enfermera evalúa el carnet de control perinatal para evaluar el riesgo del recién nacido, las condiciones inmediatas para prevenir posibles daños, identificar y resolver oportunamente las situaciones de riesgos o complicaciones.

Siempre en el servicio se tiene en cuenta que cualquier momento se tienen que atender a un recién nacido con complicaciones. Para estos casos existe dos kit exclusivos (equipos, materiales y medicamentos).

Una consideración importante dentro del área neonatal es el riesgo para las infecciones intrahospitalarias, por lo que la principal política del establecimiento es la práctica del lavado de manos. Antes y después de cada procedimiento o examen del neonato, medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, medidas de asepsia en los procedimientos invasivos, utilización de material estéril.

Los recién nacido con complicaciones o prematuros reciben la atención para su estabilización, luego se refiere al hospital Cayetano Heredia, establecimiento de mayor capacidad resolutive.

## **LABOR ASISTENCIAL**

Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales del servicio.

El equipo responsable de la atención inmediata está conformado por el profesional de enfermería con capacidades o con competencias para la atención del recién nacido. En casos de emergencia y en ausencia de los profesionales antes mencionados, el recién nacido es atendido por la enfermera, sólo en casos de riesgo el médico pediatra participa.

Se realiza la reanimación cardiopulmonar en caso de ser un recién nacido con asfixia o bronco aspiración de meconio.

En cuanto a la práctica del contacto precoz, se vienen aplicando de una manera poco consiente respecto a los beneficios que proporciona esta práctica

Si es un recién nacido normal vigoroso: Se le coloca al recién nacido en forma inmediata al pecho de su madre allí se seca la piel y luego se cambia otro campo seco y precalentado.

Mi experiencia profesional está basada en los principios teóricos y científicos de promoción y protección de la lactancia materna, respaldada y sustentada por organizaciones internacionales como Organización Mundial de la Salud Y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, además de conocimientos básicos sobre los beneficios del contacto precoz del recién nacido con su madre. Al investigar sobre contacto precoz siempre me ha llamado la atención la frase de Nils Bergman, un

médico, reumatólogo, experto en neurociencia perinatal “Los primeros minutos de vida determinan la existencia y desarrollo del cerebro del recién nacido”. La institución no cuenta con un sistema de capacitación permanente y continua , El servicio tampoco tienen establecido como norma desarrollar capacitaciones sistemáticas, lo cual en vez de ser una fortaleza pasa a ser un factor poco favorable para el empoderamiento y desarrollo y fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos. Para el desarrollo de la asistencia al neonato se tienen en cuenta la norma técnica de salud neonatal MINSA 2015, donde contempla el contacto precoz por un tiempo de 45 a 60 min. Dentro de la práctica asistencial este tiempo beneficioso no se está cumpliendo a cabalidad, el tiempo de permanencia en el pecho materno que se practica es entre 10 – 20 minutos, en cuanto a la inmediatez del contacto se puede considerar que es óptima, así como la forma de entrega del recién nacido, es decir en el pecho descubierto de la madre y el recién nacido en posición prono, secando mientras empieza el contacto con campos estériles y precalentados. Durante ese tiempo de interacción del recién nacido mi labor ha sido evaluar cómo se va adaptando a su nuevo entorno y vigilar algún signo de alarma, se ha podido evidenciar como mantuvieron su termorregulación, el nivel de saturación óptima y las funciones vitales dentro de los límites normales. Así también he podido observar como el recién nacido reacciona ante las palabras cariñosas de su madre y abren sus ojitos o intentan abrirlos. Muchas veces se ha intentado dirigir al

recién nacido para que coja el pezón y empiece a lactar pero ha sido una práctica errónea ya que los recién nacidos cogen el pezón solos y dentro de la primera hora y en su mayoría hasta los 70 minutos. Para realizar esta intervención se tuvo en cuenta la estabilidad del recién nacido y previa comunicación con la madre.

### **LABOR ADMINISTRATIVA**

Se garantiza que el servicio cuente con la disponibilidad de material médico, medicamentos e insumos para la atención neonatal oportuna y adecuada. Se participa en el sistema de registros para la elaboración de estadísticas para reporte al sistema de vigilancia y epidemiología. Se recopila los datos en la historia clínica y se detalla el examen físico. Valoro la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina. Se planifican los cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato, por tanto el diagnóstico de enfermería se convierte en la base del plan de cuidados. La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud. Para realizar la evaluación se determina mediante el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y resultado de las acciones de enfermería. En

esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas.

### **LABOR DOCENTE**

La educación que se brinda a los padres para su participación en el contacto precoz y sus beneficios, esta orientación se viene realizando a los padres durante la etapa de dilatación de la madre. En el alojamiento conjunto se brinda educación a las madres sobre la lactancia materna y sus beneficios, se les enseña como posicionar su niño y algunas técnicas para el amamantamiento, además de la importancia del esquema de vacunación. Se interactúa con los padres para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación en algunos casos. Asimismo se brinda información sobre cuidados del recién nacido en condición de alta.

### **LABOR DE INVESTIGACIÓN**

Los profesionales de enfermería por la falta de políticas institucionales de capacitación no cuentan con un verdadero programa sistemático de capacitación, lo que genera que la profesionalización se realice con los propios medios generando de esta manera gasto de bolsillo para beneficio institucional



**IV. RESULTADOS**  
**Cuadros N° 1**

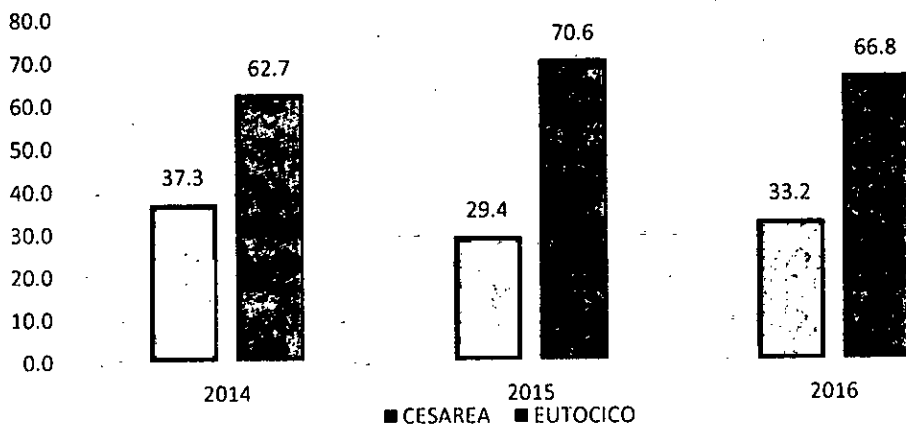
NUMERO DE ATENDIDOS DE RECIEN NACIDOS DE PARTO EUTOCICO DITRIBUIDOS POR SEXO DEL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO PIURA 2014 – 2016

AÑO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
CESAREA	590	37.3	453	29.4	443	33.2
EUTOCICO	991	62.7	1086	70.6	891	66.8
TOTAL	1581	100	1539	100	1334	100

Fuente: Libro de registro de atención del recién nacido del servicio de neonatología

**GRAFICO N° 1**

**PORCENTAJE DE ATENDIDOS POR PARTO EUTOCICO Y CESAREA EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO PIURA 2014-2016**



La Organización Mundial de la Salud, que señala que en ningún país se debería superar el 10-15% de nacimientos por cesárea, mientras en nuestro país se roza el 25%, es decir, uno de cada cuatro niños viene al mundo por cesárea. En el hospital Jorge Reátegui Delgado, las cifras superan al porcentaje nacional 37.3%, , 29.4% Y 33.2%, deduciendo que hay una interferencia de una buena proporción de atendidos para realizar el contacto precoz.

**CUADRO N° 2**

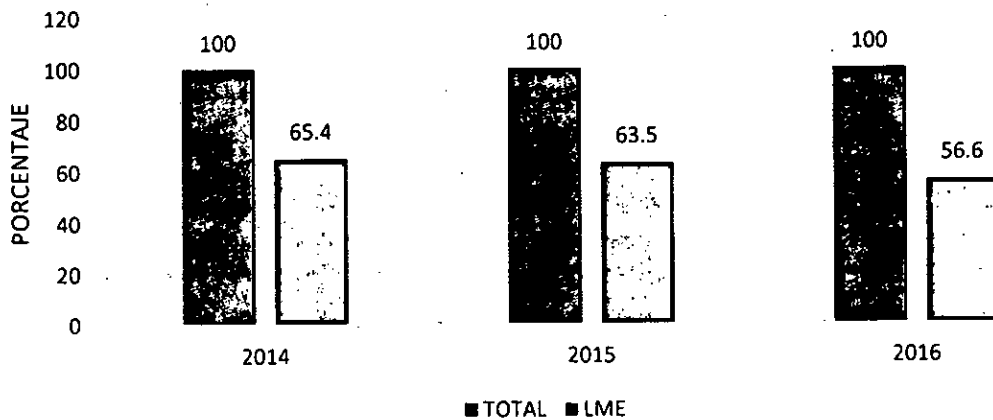
PROPORCION DEL TOTAL DE RECIEN NACIDOS ATENDIDOS Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO PIURA 2014-2016

AÑO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
LME	1034	65.4	977	63.5	755	56.6
TOTAL	1581	100	1539	100	1334	100

Fuente : Oficina de atención primaria.

**GRAFICO N° 2**

**PROPORCION DEL TOTAL DE RECIEN NACIDOS ATENDIDOS Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO PIURA 2014-2016**



La práctica de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad tiene una tendencia a disminuir. Existen una gran diversidad de factores, entre ellas está incluida el problema con el contacto precoz al nacer.

## **V. CONCLUSIONES:**

A.- El contacto precoz piel con piel madre-RN en el postparto inmediato como intervención de enfermería resulta ser un método de bajo costo y eficaz con gran impacto en la salud a corto y largo plazo.

B.- La enfermera es la responsable de este cambio para ofrecer cuidados humanizados y de calidad basados en la evidencia científica.

C.- El padre resulta ser la alternativa para la práctica del contacto precoz cuando la madre no está disponible, por razones de salud. Facilita la lactancia materna y la organización del recién nacido.

## **VI. RECOMENDACIONES**

A.- Realizar investigaciones que evalúen la calidad con que se realiza esta práctica del contacto precoz en el recién nacido, además como influye en el desarrollo y en el comportamiento del ser humano.

B.- Se necesita que las enfermeras especialistas cambien de actitudes para un adecuado desarrollo en la práctica en cuanto al contacto precoz del recién nacido ya que resulta la principal protagonista en este período sensible.

C.- Reorientar las intervenciones de salud, dando lugar a que el padre participe en el momento del parto y principalmente en el parto por cesárea.

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. Granada HUd. Protocolo Contacto Piel Con Piel (Cpp) En El Parto Y Nacimiento De Bajo Riesgo Complejo Hospitalario Universitario Granada Bpso. 2002..
2. C DAR. Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término Servicio de Neonatología.. [Online].; 2013 [cited 2013].
3. Sánchez A. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. Matronas Profesión Disponible en : <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>. [Online].; 2004. Available from: <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>.
4. D. R. Efectos del contacto piel con con padres de recién nacidos por cesarea sobre la lactancia materna. Málaga.; 2013.
5. MADRID MDSYPS. Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas SANIDAD. 2010..
6. OMS. estadísticas sanitarias mundiales. ; 2010.
7. OPS. AIEPI Neonatal Intervenciones Basadas En Evidencia. Segunda edición biblioteca sede OPS ed.; 2010.
8. Ministerio De Sanidad SSEI. Unidades De Neonatología Estándares Y Recomendaciones De Calidad Informes, Estudios E Investigacion. Madrid: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad; 2014.
9. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.. 2012..
- 10 Luchini R, C , Marquez D, F, Uribe T,C. En su estudio " Efectos el . contacto piel con piel del recién nacido con su madre Granada ; 2012.
- 11 Fiorella GV. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su . recién nacido a término vigoroso. Instituto Nacional Materno Perinatal , Lima; 2015.
- 12 Elvira Ahj. Relacion Entre Conocimientos Y Actitudes De Las . Enfermeras Hacia El Contacto Precoz Madre Niño En El Servicio De Neonatología. Hospital "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita ; 2011.

- 13 F GW. Fisiología médica. Décimo tercera edición ed. México.: Editorial :  
. El manual moderno, S.A.; 1992.
- 14 parto GdtdlGdPCsaa. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto  
. normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del  
Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluació. .
- 15 Anderson G.C, et al.. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y  
. sus recién nacidos sanos. Oxford;; 2007.
- 16 Alba Romero, concepcion Aler GAr, Isabel OLza fernandez. [Online].;  
. 2012. Available from:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
- 17 2012. Cuidado para el neurodesarrollo. Enfermería neonatal. In F. E..;  
. 2012. p. 3(14).
- 18 O. B. Desarrollo de la Concepción en el feto y el recién nacido.. Rev  
. Diag. 2002 Mayo-Junio.
- 19 Sabaté N BA. <http://www.centrelondres> Google Académico. [Online].  
. Londres; 2010.
- 20 M. S. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido  
. sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento.. An  
Pediatr. 2009.
- 21 Lai T.T, Bearer Ç.F.. Iatrogenic environmental hazards in the neonatal  
. intensive care unit. Clinics Perinatol.. 2008..
- 22 I. C. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752005000600011&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000600011&lng=es). [Online].; 2005 Dic [citado 2013 Mar 31.
- 23 J. L. Tapia AG. Neonatología. 2011..
- 24 Lozano MEL. Contacto precoz piel a piel madre recién nacido: beneficios  
. fisiológicos y psicológicos. ; 2016.
- 25 Sisnie JRd. Protocolo De Contacto Piel Con Piel En El Área De Partos  
. Hospital Universitario Marques De Valdecilla Servicio De Obstetricia Y  
Pediatria. 2010..
- 26 J GZ. Apego y sexualidad, entre el vínculo afectivo y el deseo sexual.  
. Alianza editorial ed. Madrid; 2009.

- 27 Lopez F. El apego psicología evolutiva. Alianza universidad. 1984.
- 28 Afifi Adel K, Bergman RA. Neuroanatomía Funcional. 2006.
- 29 Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 2007.
- 30 Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería.. 1997.
- 31 Corbanil. Humanización de la atención de enfermería: qué es eso? . Revista Brasileira de Enfermagem. 2009. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009.
- 32 Nilza Maria de Souza Corbani Nilza Maria de Souza Corbanil. . Humanización de la atención de enfermería: qué es eso? Revista Brasileira de Enfermagem. 2009.
- 33 L Em. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital . Es Salud Huacho. .
- 34 Gutiérrez B. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: . revisión sistemática de estudios cualitativos. 2008.
- 35 G. A. Psicología de la personalidad. [Online].; /2009. Available from: . [http://psicoperblog.blogspot.com/11/campo-fenomenico\\_25.html?showComment=1259375984453#c1963541635621375445](http://psicoperblog.blogspot.com/11/campo-fenomenico_25.html?showComment=1259375984453#c1963541635621375445).
- 36 Experiencia de recibir un cuidado d enfermía humanizado en el servicio . de hospitalización. ; 2002.

## ANEXOS:



## CUESTIONARIO :

- 1.- Ha recibido información sobre contacto precoz previo al nacimiento SI ( ) NO ( )
- 2.- Colocaron a su bebé boca abajo inmediatamente al nacer en su pecho desnudo SI ( ) NO ( )
- 3.- Porque tiempo aproximado mantuvieron a su niño en contacto piel con piel. ....
- 4.- Interrumpieron el contacto precoz piel a piel para pesar a su niño. SI ( ) NO ( )

PARTO EUTOCICO : 13

PARTO POR CESAREA: 7

REALIZADO A LAS MADRES QUE SE ENCONTRARON EN EL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

## RESULTADOS

EL 100% DE CESAREADAS NO REALIZARON CONTACTO PRECOZ

EL 100% DE PARTO EUTOCICO REALIZARON CONTACTO PRECOZ POR SOLO ENTRE 5 A 20 MINUTOS.

EL 40% DE LAS ATENDIDAS POR PARTO EUTOCICO INTERRUPIERON EL CONTACTO PRECOZ PARA PESAR A SU NIÑO

EI 20% DE LAS ATENDIDAS POR PARTO EUTOCICO RECIBIERN INFORMACIÓN SOBRE CONTACTO PRECOZ PREVIO AL NACIMIENTO