

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



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA
PROMOCIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN
RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO EN LA UNIDAD DE
SALA DE PARTOS DEL SERVICIO 5B NEONATOLOGÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS ESSALUD, 2014 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

DELIA VICTORIA QUISPE OCHOA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Delia Quispe Ochoa', is written over the printed name.

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	Presidenta
DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA	Secretario
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON	Vocal

ASESOR: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 004

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 420

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución de Decanato N°2699-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. QUISPE OCHOA DELIA VICTORIA

INDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
MARCO TEORICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.3 DEFINICIONES DE TERMINOS.....	30
EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	32
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	32
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	41
RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIALES.....	55
ANEXOS.....	57

INTRODUCCIÓN

El presente informe trata sobre los cuidados de enfermería en el servicio 5B neonatología, en sala de partos; donde la enfermera es responsable de la atención inmediata del recién nacido realizando la valoración de la condición del recién nacido inmediatamente se ha producido la salida del bebe del ambiente uterino verificando la presencia de respiración, el tono muscular y edad estacional para decidir las intervenciones a aplicar realizando el contacto piel a piel procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado: consiste en colocar inmediatamente al recién nacido desnudo en decúbito prono sobre el vientre materno el personal que atiende el parto se encargará de secado con un campo pre calentado, se procede a retirar el primer húmedo y cubrir con el segundo campo precalentado el contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre – niño iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz en recién nacidos.

El contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanente por el equipo profesional responsable de atención neonatal brindando atención integral y especializada al recién nacido, con calidad calidez, equidad y eficacia la valoración integral del recién nacido con su madre y vigilancia continua de lactancia materna.

El presente informe tiene por finalidad describir la experiencia profesional en las intervenciones de enfermería en la promoción de la lactancia materna exclusiva en un centro de salud materno infantil. Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, el capítulo II incluye el marco teórico conceptual, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII Referencias bibliográficas y un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El contacto piel con piel del recién nacido con su madre, después de producido el parto, fue por siglos la costumbre usual en las distintas culturas como forma natural de protección al recién nacido, como primera manifestación de cariño por parte de la madre y como forma de reconocimiento mutuo entre ésta y el niño de esta forma se garantizaba la supervivencia del neonato. (1)

Sin embargo en la cultura occidental una vez que se institucionalizó la atención del parto y las madres fueron hospitalizadas para tener a sus hijos se abandonó esta práctica con ella se consiguió reducir las tasas de morbilidad materna e infantil, mejorando la expectativa y calidad de vida de la población. (1)

Desde hace unos años se están remirando las experiencias ancestrales que rodean el nacimiento de un niño, tomándose conciencia de la importancia de volver a ciertas prácticas más naturales, sin por ello descuidar el control sobre los posibles riesgos que pudieran causar complicaciones tanto en las madres como en sus hijos.

Es así como renace la utilización del contacto precoz piel con piel de la madre con su hijo durante las primeras horas post parto, como método que proporciona una serie de beneficios tanto para la madre como para el niño, en el ámbito físico y psicológico. (2) (3)

El presente informe tiene como finalidad es dar a conocer la experiencia en el cuidado de enfermería en el contacto piel a piel en las primeras horas de nacido en la sala de partos del HNERM en los años 2014 – 2016 identificando los factores que hacen que no se brinde esta intervención que influye positivamente en la mantención de la lactancia materna exclusiva al término de la etapa neonatal además de los otros muchos beneficios que tiene en el binomio madre niño.

1.2 OBJETIVO

Describir las intervenciones de enfermería en la promoción del contacto piel a piel y mantenimiento precoz de la lactancia materna en recién nacidos a término en la unidad de sala de partos del servicio 5b neonatología del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins Essalud, 2014 – 2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia profesional que se desarrolla en el servicio 5to B neonatología se justifica por las razones siguientes:

La disminución de la lactancia materna exclusiva a nivel mundial a pesar de conocer sus beneficios es una preocupación de la OMS que promueve que esta sea por lo menos 6 meses. El Perú país en vías de desarrollo no está al margen de ello y tomó algunas medidas como por ejemplo incrementar el descanso postnatal de 30 a 45 días para que las madres pasen mayor tiempo con sus hijos por lo tanto proporcionen lactancia materna exclusiva a sus hijos.

El presente informe se realiza para dar a conocer que el personal de enfermería se interesa para que se cumpla el contacto piel a piel del recién nacido con su madre pues se está volviendo a tomarse en cuenta en las instituciones de salud por los múltiples beneficios que proporciona tanto a la madre como a su recién nacido sin embargo por muchos factores no se cumple a cabalidad.

En el servicio de neonatología del HNERM se promueve el contacto piel a piel del recién nacido y su madre; pero factores como poco personal, exceso de recién nacidos muchos con problemas serios por ser hospital de referencia a los que el personal le debe dedicar mayor atención impiden su adecuada aplicación.

Por ello se hace necesario estudiar si la atención de enfermería facilitando el contacto piel a piel porque tiene muchos beneficios para la madre y el niño los que podrían ser replicados en los establecimientos de salud de menor nivel.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

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.

En cuanto al efecto del contacto piel con piel y su relación con la duración de la lactancia materna, fue evaluado en varios estudios.

LUCCHINI RAIES, Camila; MÁRQUEZ DOREN, Francisca; URIBE TORRES, Claudia. (2012) Realizaron un estudio titulado **“Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre”** Chile, cuyo Objetivo principal: determinar los efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Metodología: revisión bibliográfica de 26 estudios. Límites de búsqueda: new borns, humans, clinical trials, de 10 años de publicación, en bases de datos: Pubmed, ProQuest, CINHALL, Lilacs. Resultados principales: 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. Conclusión principal: el contacto piel con piel brinda múltiples beneficios a recién nacidos. Se presenta como alternativa de cuidado segura, factible de implementar. (2)

Almerco Huayanay, Juana (2014) Elvira realizo un estudio titulado **"Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre niño en el Servicio de Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita 2011"** El objetivo fue establecer la relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño en el servicio de Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita. Material y Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, la técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario y escala tipo Likert aplicados previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (15), 53% (8) no conocen y 47% (07) conocen; en cuanto a las actitudes, 67% (10) tienen una actitud de indiferencia, 20% (03) aceptación y 13% (02) rechazo. Para establecer la relación entre conocimientos y actitudes se aplicó la prueba de ji cuadrado obteniéndose un ji cuadrado calculado mayor que el tabulado, por lo que se rechaza la hipótesis nula es decir se acepta la hipótesis de estudio es decir hay relación

entre las variables de estudio. Conclusiones. El mayor porcentaje de enfermeras no conocen sobre aspectos relacionados al contacto precoz madre-niño, y tienen una actitud de indiferencia y aceptación hacia el contacto precoz; por lo que al aplicar la prueba no paramétrica del ji cuadrado se acepta la hipótesis de estudio, es decir hay relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre – niño. (4)

HERRERA GOMEZ, Antonio (2013) realizo un estudio titulado “**El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto**” cuyo Objetivo fue la realización de un protocolo de actuación de enfermería acerca del contacto piel con piel del recién nacido con su madre o padre. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de los protocolos de actuación y procedimientos enfermeros acerca del tema, en Cuiden y diversas bases de datos y publicaciones de diferentes instituciones y sociedades científicas de ámbito nacional e internacional. Resultados: Procedimiento actualizado del contacto piel con piel en el parto, realizado por la madre, y también realizado por el padre. Conclusiones: Se fomentará el contacto piel a piel de la madre y el recién nacido, y si no se pudiera, se ofrecerá al padre la posibilidad de mantener el contacto piel a piel con su hijo, tal y como la evidencia científica lo expone. (5)

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, T.; DAMIAN FERMAN, N. (2014) realizaron un estudio titulado **“Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal”** Objetivo: Identificar las ventajas y desventajas de realizar el contacto piel a piel en la sala de partos. Material y métodos: Se realizó una búsqueda de artículos de investigación publicados entre 2009 y 2014, en diversas bases de datos; se identificaron 40 artículos específicos, posteriormente se realizó el análisis de acuerdo a ventajas y desventajas. Resultados: Los beneficios encontrados fueron mayor duración en la lactancia materna, parto humanizado, disminución de la depresión posparto y una mejor termorregulación. Como desventajas se encontraron episodios aparentemente letales en el periodo neonatal (EALN), en donde los neonatos dejaron de respirar. Conclusiones: Se observó un número mayor de ventajas que desventajas en la implementación de esta técnica. Sin embargo, todos los artículos hacen referencia a lo necesario que es el realizar una adecuada valoración y determinar si el recién nacido se encuentra en condiciones de ser reanimado en el vientre de su madre, con el objetivo de evitar eventos adversos futuros. (6)

RIOS MORI, Ceci Margoth; LIAS CUERVO, Mónica Patricia (2015) realizaron un estudio titulado **“Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos”** cuyo Objetivo: determinar los beneficios del

contacto piel a piel en el recién nacido (RN) sano durante los primeros 30 minutos inmediato al nacimiento. Metodología: estudio de diseño cuasiexperimental, con una muestra de 50 RN sanos por grupo, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, previo consentimiento informado de la madre. El instrumento fue una lista de observación que midió la adaptación fisiológica y psicológica del neonato, salvaguardando los principios de la ética en investigación. Para el análisis se utilizó la prueba estadística de Mann Whitney. Resultados: el 96% de RN sanos logró succión inmediata a partir de los 10 minutos colocados sobre el abdomen-pecho materno, además de estabilizar sus funciones vitales de respiración y temperatura, con diferencia entre grupos ($p=0,00$). Conclusiones: el contacto piel a piel mejoró categóricamente la adaptación fisiológica y psicológica del RN en el grupo experimental. Es necesario sensibilizar y capacitar al profesional de salud para cumplir la norma y contribuir con la sobrevivencia del neonato.

(7)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Para la realización de este trabajo se planteó las intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido hasta las dos primeras horas.

Cabe destacar, que la Enfermería es una carrera muy compleja que se basa en el cuidado humano y dicho cuidado se expresa en diversas teorías anteriormente mencionadas; los modelos conceptuales representan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. A continuación, se cita el modelo de teoría en la cual se basa el presente informe de experiencia laboral.

Contacto piel a piel: Se la ha definido como la técnica que consiste en poner al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida, aprovechando el estado de alerta tranquila del niño. Se debe tratar que el niño tenga su primera experiencia de lactancia en el pecho de su madre durante este período, aunque no es imprescindible que mame, basta con que su lengua tome contacto con el pezón de su madre. (8)

La Madre Canguro Es una técnica de cuidado para recién nacidos de bajo peso al nacer (< 2000g) creada y desarrollada por un grupo de pediatras en el Instituto Materno Infantil en Bogotá, Colombia. Los componentes originales de la intervención (contacto prolongado piel a piel-posición canguro, nutrición basada en leche materna y salida

temprana en la posición canguro), han sido científicamente probados en estudios experimentales y de observación, y han demostrado ser una alternativa efectiva y segura para cuidar al recién nacido de bajo peso de nacimiento, en las unidades de cuidado mínimo después de su estabilización. Ofrece ventajas adicionales con respecto a la facultad de la madre y el vínculo de la familia con el niño. El método canguro es un procedimiento para el cuidado de los recién nacidos de bajo peso al nacer y sus madres, que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles, como también un establecimiento temprano del vínculo madre-hijo. El método canguro se debe ofrecer como una rutina a todo recién nacido con un peso ≤ 2.000 g. al nacer o con una edad gestacional de menos de 37 semanas. (9)

Se ha llegado a un consenso internacional en cuanto al uso indistinto del término método canguro o contacto piel con piel, haciéndose la diferencia que el primero está destinado a niños de pretérmino y que considera el contacto piel con piel como parte de una serie de cuidados que deben proporcionarse al niño de bajo peso al nacer.

Se han desarrollado una serie de estudios que pretenden demostrar los beneficios y seguridad del método, del que se han descrito algunos efectos como: mayor ganancia de peso, menor número de infecciones nosocomiales, mejor regulación de la temperatura,

mayor duración de la lactancia materna, menor tiempo de hospitalización, como favorecedor del vínculo madre-hijo, entre otros. De esta manera se ha demostrado que el contacto piel con piel o método canguro tiene efectos benéficos y es seguro tanto para el recién nacido de término como de pre término.

Beneficios del contacto piel a piel y de la madre canguro

Duración de la lactancia materna: A pesar que Carfoot S, et al y R. Moore et al G. No 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. Parece quedar establecido que si influye como lo muestran Mizuno K, et al y Mikiel-Kostyra et al donde se precisa que 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.

Así mismo Boo N, Jamli F. y Charpak et al establecieron que en niños de pre término, 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.

Finalmente Flacking R, et al. en el estudio que 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. (10)

Comportamiento neurosensorial. Aquí podemos destacar los estudios de Goldstein S et al (17) y Feldman R et al en la que se evaluaron variables similares, aunque el primero, en niños de término y el segundo de pre término. A pesar de que los sujetos de los estudios tenían distintas condiciones, los resultados encontrados fueron similares. En ambas investigaciones los niños tuvieron un mayor tiempo de sueño tranquilo ($p = 0.019 - 0.016$) y durmieron por más tiempo ($p = 0.0045$) que los niños de los grupos controles. En uno de ellos se encontró que los niños sometidos al método canguro presentaron mayor cantidad de movimientos y posturas de flexión y menos movimientos extensores ($p = 0.046$) (17). Un tercer estudio el de Erlandsson K (18) se demostró los efectos del contacto piel con piel de recién nacidos con sus padres, en situaciones en que a la madre no le era posible realizarlo (parto por cesárea). En él, los resultados obtenidos fueron: menor llanto ($p < 0,001$), mayor

tranquilidad ($p < 0,001$) y sueño profundo ($p < 0,001$) en los niños sometidos a contacto piel con piel con sus padres, en comparación a los que recibieron un cuidado rutinario en cuna.

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 lo que se concluye que el contacto piel con piel ofrece suficiente confort, pues le otorga al niño estímulos táctiles y olfatorios que disminuyen su dolor.

Regulación de la temperatura. 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. Carfoot S et al (8) 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 ($p=0,02$). Chiu s. et al encontró que durante el contacto piel con piel, la mayoría de los niños mantuvieron su temperatura en el rango esperado, salvo raras excepciones.

En estudios en los que 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, quedo demostrado que 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 en los estudios realizados con recién nacidos de pretérmino, se encontraron resultados disímiles, puesto que uno de

ellos encontró que en los niños que recibieron el método canguro, la hipotermia fue significativamente menor que en aquellos que estaban en incubadora ($p=0.006$) (26) y en otro no existió evidencia significativa en la estabilidad térmica de los recién nacidos que permanecieron en contacto piel a piel, de los que siguieron en cuidado estándar.

Disminución en los días de hospitalización. Se ha encontrado que el método canguro proporcionado a niños de pre término disminuía los días de hospitalización, en comparación a los que recibieron el cuidado tradicional ($p<0.0001$).

Disminución en los niveles de cortisol. También se evaluó el efecto del contacto piel con piel versus el masaje en niños de pre término en la secreción de cortisol medido en saliva, como indicador de estrés en el niño. Se encontró que los niveles de cortisol tuvieron una disminución significativa después de recibir el contacto piel con piel con su madre ($p=0.0058$).

Interacción madre e hijo y desarrollo infantil. Cuando se relacionan los efectos del método canguro con la interacción madre-hijo. Se señala que las madres que realizaban contacto piel con piel, mostraron una mayor afectividad positiva, toque y adaptación a las señales de sus hijos. A su vez, los niños mostraron mayor alerta y las madres reportaron menor depresión y tuvieron una menor

percepción de anormalidad en ellos. Además, se señala que tanto las madres como los padres de los niños que recibieron el método canguro eran más sensibles y proveían un entorno más seguro en su hogar. Por otra parte, a los seis meses los niños obtuvieron un puntaje mayor en el desarrollo mental y en desarrollo motor. En otro estudio se señala que los niños que recibieron contacto piel con piel, obtuvieron un coeficiente intelectual mayor que los niños que recibieron cuidado tradicional, al ser evaluados a los 12 meses de edad corregida. Finalmente se señala que las madres que realizaron contacto piel con piel con sus hijos, mostraron una mejora significativa en las variables: sensibilidad materna, autorregulación infantil, mutualidad y reciprocidad de la díada madre-hijo a un año del nacimiento, en comparación con las prácticas habituales de separación entre ambos.

Requisitos para realizar el contacto piel a piel. Recién nacido a término o en el pre término tardío (35-37 semanas), respira o llora sin dificultad y presenta buen tono muscular.

Procedimiento de enfermería para el contacto piel a piel:

- Informar a la madre durante el periodo de dilatación de los beneficios del contacto piel a piel y la importancia de realizarlo con su hijo o hija nada más nacer, así como del procedimiento. Responder a sus dudas y necesidades de forma individual, respetando en todo momento su decisión

- Mantener una adecuada temperatura en la sala de partos (25 a 26 °C)
- Mantener paños, gorros y pañales calientes en la cuna térmica de la sala de partos 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 de la sala de partos 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 pañal o tela caliente.
- Retirar el pañal o tela caliente en el momento del nacimiento.
- Colocar el recién nacido 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 (flexor).
- Retirar el paño utilizado para secar al bebé y cubrir a ambos con un pañal o tela seca y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual.
- Colocar a la madre semi-incorporada abrazando a su hijo/a.
 - Madre próxima a 45° con el RN en posición prona entre sus pechos

- Recién nacido 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.
- Favorecer 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.
- Realizar pinzamiento tardío (a los dos minutos o cuando deje de latir) del cordón.
- El Contacto piel a piel no debe interferir en la realización del alumbramiento dirigido.
- Recoger sangre de cordón según el procedimiento habitual (grupo y Rh fetal, gases, etc).
- Colocación de pinza en el cordón sin interferir el contacto.
- Vigilar el bienestar de la madre y del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular. durante todo el proceso.
- Identificar al RN antes de pasar a la madre a su cama.
- 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.
- Pesar al RN en el misma sala de partos sólo si se sospecha peso menor 2300 si el peso es mayor proseguir con contacto piel a piel.
- Acompañar a la madre en el post parto ayudándola a encontrar una postura cómoda que le permita interactuar y mirar a su hijo, animándola a tocarle y acariciarle, respetando sus deseos y su intimidad.
- Completar e incluir en la historia clínica la hoja de valoración del contacto piel a piel y de la primera toma.
- Comprobar el bienestar materno, administrar la profilaxis oftálmica y colocar si la madre lo desea un pañal al recién nacido sin interrumpir el contacto piel con piel.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería en el recién nacido es proporcionar atención inmediata, mediata y tardía al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte. Para ello cuenta con las competencias necesarias para:

- Evaluar sistemáticamente el estado general del neonato de acuerdo con esquemas establecidos, a través de las siguientes acciones: Realizar la valoración de apgar, Silverman, Capurro y examen físico completo.

- Identificar y registrar al recién nacido conforme a las disposiciones legales e institucionales que aseguren su personalidad jurídica.
- Efectuar intervenciones de acuerdo a la etapa y riesgo del recién nacido.
- Realizar las medidas necesarias para mantener la temperatura corporal del recién nacido así evitar complicaciones y daños irreversibles.
- Realizar manejo adecuado del cordón umbilical.
- Detectar en forma oportuna y adecuada signos de alarma.
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización del recién nacido ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirlo durante su traslado.
- Aplicar las medidas profilácticas preventivas tales como :
 - Profilaxis ocular
 - Profilaxis de la enfermedad hemorrágica.
- Propiciar el bienestar, seguridad física, legal y emocional del recién nacido con sus familiares.

Luego del periodo de contacto piel a piel se procederá a completar los siguientes procedimientos de la atención inmediata neonatal:

- Identificar al neonato: registrar los datos en un brazalete plástico (nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido). La identificación del recién nacido deberá

realizarse en presencia de la madre antes de salir de la sala de partos.

- Prevenir la infección ocular usando tetraciclina ungüento aplicado en cada saco conjuntival este procedimiento no está indicado en nacimientos por cesárea.
- Prevenir la enfermedad hemorrágica: aplicar vitamina k en recién nacidos 0.5 mg por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo derecho.
- Aplicar medidas del cuidado del cordón: verificar la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, colocar una gota de alcohol etílico al 70% y cubrir con gasa esteril.
- Realizar la somatometría: medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y torácico registrando los datos en la historia clínica neonatal
- Realizar el examen físico completo examinar en forma sistemática al recién nacido (examen general y regional) incluye la determinación de la edad gestacional aplicando el test de Capurro y examen visual de la región anal.
- Registrar los datos en la historia clínica neonatal: deben registrarse los datos completos y en la sección correspondiente al neonato de la historia clínica del centro Latinoamericano de perinatología (CLANP) así como en el sistema de registros del servicio. Registrar la puntuación de Apgar al minuto y a los 5 minutos.

- Vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de de puerperio inmediato: donde se deberá continuar la evaluación de la temperatura, los signos vitales y la condición clínica del recién nacido /a y brindarle información a la madre sobre la técnica de lactancia, la identificación de los signos de alarma y los cuidados del neonato.

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTEA OREM consta de tres teorías relacionadas, que en conjunto se refieren a la teoría general de la enfermería de Orem.

- **La teoría del auto cuidado:** es un concepto fundamentalmente empleado en la literatura de enfermería y ha despertado el interés de muchas áreas. Partiendo de los conceptos de la teoría de Orem se propone una lista de chequeo para evaluar al recién nacido y su familia en la unidad de neonatología la teoría de auto cuidado de Orem asegura que todos los individuos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida. Los recién nacidos son totalmente dependientes de los otros para su protección bienestar y nutrición más aun los hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en donde con frecuencia son intubados, medicados, inmovilizados restringiendo su capacidad de respuesta verbal (llanto) o comportamiento que son capaces de motivar las

acciones de los agentes de cuidado al dependiente y deben ejecutar a su favor.

A pesar del conocimiento teórico de la importancia de involucrar a la familia en los cuidados del bebé pocos servicios permiten la participación de los padres en la asistencia de este modo al momento de alta los padres no están preparados para cuidarlos apropiadamente.

El modelo de auto cuidado de Orem permite desarrollar el cuidado centrado en la familia en tres formas:

- Ayuda a la familia a desarrollarse a sí misma como una unidad.
- Promueve el desarrollo de las capacidades del agente de cuidado al dependiente.
- Favorece la observación y el análisis de las inter-relación de las demandas terapéuticas entre los miembros de la familia y los asiste en el planteamiento y satisfacción de demandas utilizando sus propios recursos.

- **Teoría del déficit del auto cuidado:**

Es el enfoque central de la teoría general de la enfermería de Orem. Ella explica cuando necesita la enfermera y también describe y explica como las personas pueden ser ayudados por medio de la enfermería.

- **Teoría de sistema de enfermería:**

Hace referencia a la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de auto cuidado del paciente. Está determinada por los requisitos de auto cuidado y por la agencia de auto cuidado del paciente. Compuesta de tres sistemas (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo-educativo) para satisfacer los requerimientos de auto cuidado del paciente; cada sistema describe las responsabilidades enfermeras, los roles de la enfermera y del paciente, las relaciones entre la enfermera y el paciente y los tipos de acciones requeridas para satisfacer la agencia de auto cuidado y la demanda de auto cuidado terapéutico del paciente. A continuación, se plasman los Sistemas de Enfermería:

- El sistema de Enfermería totalmente compensatorio se utiliza cuando la agencia de auto cuidado del paciente es tan limitada que el bienestar del paciente depende de otros (por ejemplo un paciente inconsciente).
- El sistema de Enfermería parcialmente compensatorio se utiliza cuando un paciente puede satisfacer parte de los requisitos de auto cuidado, pero requiere de la ayuda de la enfermera para satisfacer otros; la enfermera y el paciente desempeñan los papeles principales en la realización del auto cuidado (por ejemplo, un paciente que puede bañarse pero que necesita ayuda para vestirse).

- El sistema de Enfermería de apoyo-educativo se utiliza cuando un paciente puede satisfacer los requisitos de auto cuidado, pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades (por ejemplo, un paciente con hipertensión controlada que busca información adicional de la enfermera sobre la dieta); en este sistema, la enfermera intenta promocionar el órgano de auto cuidado.

Es de hacer notar, que los sistemas en relación al informe en estudio, permite manejar de una mejor manera los cuidados al recién nacido, que bien es cierto no se puede promover el auto cuidado por su condición de vulnerabilidad y necesidad de cuidados pero el sistema de Enfermería totalmente compensatorio permitir manejar este tipo de paciente y donde la participación del profesional de Enfermería se hace total, ya que el paciente depende en casi un 100% de dicha profesión.

En el hospital Rebagliati tratamos que los padres participen en el cuidado del recién nacido como educación continua de lactancia materna, cuidados del recién nacido, ejemplo baño, curación del cordón umbilical, como estimular al recién nacido, cambio de pañales, los signos de alarma que deben saber cuándo están en casa, saber las técnicas de amamantamiento, sobre las primeras vacunas, como controlar la ansiedad en las madres primerizas. Se

le hace entrega de una cartilla de cuidados del recién nacido donde se explica detalladamente cada acción que realiza la enfermera, atendemos las 24 horas del día solo tiene que llamar ALO BEBE si tienen alguna duda donde la enfermera está capacitada para la atención.

2.3 DEFINICIONES DE TERMINOS

CONTACTO PIEL A PIEL: Se conoce así al contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre al momento del nacimiento dependiendo del momento en el que se coloque en contacto piel a piel con su madre se hablará de inmediato (en el nacimiento) o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

Periodo neonatal: Se habla desde el nacimiento hasta los primeros 28 días. (11)

Contacto piel con piel precoz: inmediato.

El contacto piel con piel (CPP) debe hacerse inmediatamente al nacimiento del RN, salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan.

Contacto piel con piel precoz: sin interrupciones.

El CPP debe hacerse sin interrupciones tras el nacimiento del RN durante las dos primeras horas (mínimo una hora), salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan. (12)

Apgar: Una calificación que mide las condiciones de nacimiento del bebé. Se mide de 0 al 10 y se toma en intervalos de tiempo definidos.

Bebé a término: Un bebé nacido entre las semanas 37 y 40 de gestación.

Bebé post-término: Un bebé nacido después de la semana 40 de gestación.

Bebé prematuro: Un bebé nacido antes de la semana 37 de gestación.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para realizar este estudio se tuvo acceso a varias fuentes de información como se detalla a continuación.

- Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión documentaría, para lo cual se hizo la revisión de registros de enfermería como libros de ingreso, las historias clínicas de los años 2014- 2016 de los cuales se recabaron datos coherentes para el estudio.
- Consolidado de producción del servicio de neonatología 5B.
- El informe se realiza después de un análisis.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional en enfermería en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati martins empieza en el año 1998 realizando mi labor asistencial en el servicio cardiología luego en el año 2003 realizo mi labor como asistencial en el servicio de endocrinología luego en el año 2010 paso a reten y en el año 2013 ingreso al servicio de neonatología hasta la actualidad desempeñando mi labor como asistencial.

El servicio de neonatología del hospital nacional Edgardo Rebagliati martins se encuentra en el 5to piso B cuenta con un total de 24 cunas tomando un promedio de 10 a 15 nacimientos por día y el número de altas es un promedio de 10 a 15 por día

El servicio está estructurado en cinco ambientes:

Alojamiento conjunto se brinda atención al binomio madre-niño, observación signos de alarma, reforzando la lactancia materna exclusiva y la educación sanitaria sobre los cuidados del bebe en el hogar.

Algunos fracasos de la lactancia materna por parte de las madres que se encuentran deprimidas necesitan ser estimuladas para continuar con la lactancia materna , depende de una serie de de influencias de carácter social, cultural, educativo, aspecto psicológico y económico de la población, todos estos factores contribuyen a la disminución de la práctica de la lactancia materna exclusiva importante analizar como la tecnología moderna y la modificación de las estructuras sociales están ocasionando cambios en el estilo de vida , por lo que no valoran o fomentan la lactancia exclusiva carece de importancia para las madres como medio de prevención de las enfermedades diarreicas y respiratorias también como método anticonceptivo natural.

Cuidados transicionales atención de recién nacidos por cesárea y parto vaginal, reingresos de emergencia pediátrica para recibir, fototerapia u otros problemas como de madres de VIH/SIDA, TBC, hepatitis, condilomas, por causa materna, gestantes que ingresan por emergencia en periodo expulsivo donde la enfermera y el pediatra brindan atención inmediata.

Estos recién nacidos son recepcionados por la enfermera asistencial de turno, donde adecúa un espacio aislado con todos los principios de bioseguridad, ya que el servicio no cuenta con una sala para recién nacidos de madres infectados por diferentes diagnósticos (VIH/ SIDA, hepatitis, TBC, condilomas, etc.). El servicio muchas veces recibe neonatos sobrepasando su capacidad de oferta. Sin embargo la necesidad del área hospitalaria por parte de los usuarios- neonatos a término, prematuros o infectados, cada día es mayor.

Implica una necesidad, no sólo de un área disponible, sino también una permanente necesidad de personal calificado y capacitado que goce de un perfil adecuado para cubrir las expectativas del servicio. También se realizan algunos procedimientos como: tamizaje cardiaco, metabólico.

Sala de parto con tres ambientes equipado con cuatro cuna de transporte a cada servicio, tres incubadoras, y tres servo cuna donde se brinda atención inmediata del recién nacido, balanza,

saturómetro, termómetro digital, estetoscopio, coche de paro equipado con respectivos medicamentos todo lo que se necesita para una atención del recién nacido y el primer contacto piel a piel madre y recién nacido y lactancia materna precoz. Las tres salas constan de equipos y materiales para la atención del recién nacido coche de paro equipado, blender neupack, oxígeno, aire comprimido, incubadora de transporte equipada para el traslado a UCI si lo requiere.

Sala de operaciones que está ubicado en el cuarto piso del lado b con dos ambientes equipado igual que sala de partos para la atención por cesárea del recién nacido.

Unidad de cuidados transicionales inmediatos (UCTI) monitoreo de la lactancia precoz donde se absuelve dudas de la madre para iniciar la lactancia materna y valorar el grado de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva donde se brinda educación sobre importancia, beneficios y técnicas correctas de amamantamiento.

Neonatología cuenta con un jefe de servicio y 21 médicos especialistas, una enfermera jefe, 32 enfermeras asistenciales que rotan en cada unidad, 10 técnicos asistenciales de enfermería que conforman 5 grupos con 4 enfermeras por turno mañana, tarde y noche. En sala de operaciones laboran 10 enfermeras y está formado por cinco grupos y 2 enfermeras por turno.

Actualmente participo activamente en el comité de lactancia materna donde se da educación a personal multidisciplinario sobre la importancia de la lactancia materna en recién nacido. En las pacientes puérperas lo cual permite dar una educación personalizada y también brindando educación a los familiares en el momento de alta.

Actividades que realiza la enfermera en sala de partos:

- Reporte de enfermería en sala de partos.
- Control de material con registro y lista de chequeo.
- Mantener coche de paro operativo.
- Limpieza de cuna de transporte neonatal.
- Mantener sala de parto en orden y limpio.
- Realizar y supervisar limpieza de frascos.
- Equipamiento en cada turno.
- Revisar y mantener operativo los equipos biomédicos.
- Cada sala de partos debe tener equipado los kit de enfermería (oftalmo profilaxis, prevención de la hemorragia, vestido, y confort del neonato).
- Ordenar y mantener las áreas limpias y sucias.
- Medidas de bioseguridad para cada parto.
- Limpieza y desinfección de servocuna y de cuna de transporte después de cada atención.

- Es responsabilidad del equipo de enfermería mantener las salas de partos equipados para las emergencias.
- Apoyar y participar en la consejería sobre lactancia materna en alojamiento conjunto.
- Apoya en la atención de los recién nacido en UCTI.
- Apoya a la enfermera de cuidados transicionales en los procedimientos.

Actividades de enfermería unidad de cuidados inmediatos transicionales:

- Recepcionar reporte de enfermería.
- Control de equipamiento de material.
- Control de operatividad y funcionabilidad de material biomédico.
- Control de funciones vitales de los recién nacidos.
- Comodidad y confort de los recién nacidos.
- Educación y consejería a la madre sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- Vigilancia de lactancia materna.
- Observación del recién nacidos durante la permanencia en UCTI.
- Revisión de historia clínica.
- Anotaciones en libro de ingresos.
- Verificación de identificación de recién nacido.

- Traslado del recién nacidos al servicio destinado de la madre con grupo y RH sanguíneo.
- Medidas de bioseguridad.
- Mantener limpio y ordenado el área de atención.
- Realizar el control de cadena de frio de vacuna HVB.
- Administra vacunas a todos los recién nacidos dentro de las 12 primeras horas de vida.
- Realizar el control y el abastecimiento de la vacuna para las 24 horas del día.

Actividades de enfermería en sala de partos y sala de operaciones

- Proporcionar atención inmediata, mediata y tardía al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte para ello cuenta con las competencias necesarias.
- Evaluar sistemáticamente el estado general del neonato de acuerdo con esquemas establecidos a través de las siguientes acciones: realizar la valoración de Apgar, Silverman, Capurro y examen físico completo.
- Identificar y registrar al recién nacido conforme a las disposiciones legales e institucionales que aseguren su personalidad jurídica.

- Realizar el contacto piel a piel por espacio de 45 a 60 minutos, con intervención de acciones para la estimulación temprana del recién nacido, evaluando estado de la madre y del recién nacido.
- Confección de la historia clínica neonatal del recién nacido.
- Identificar al recién nacido en cumplimiento con las normas legales e institucionales que aseguran su personalidad jurídica del neonato.
- Realizar el pelmatoscopia al recién nacido que consiste el tomar huella plantar entintando la planta del pie derecho a través de un rodillo y luego se coloca la impresión en una tarjeta de color celeste para sexo masculino y rosada para el sexo femenino, en cumplimiento a normas institucionales de identificación.
- Tomar huella del dedo índice de la mano derecha de la madre colocando la impresión en la tarjeta de huella correspondiente al recién nacido.
- Elaboración de la pulsera para el recién nacido con apellidos, fecha y hora de nacimiento, sexo, peso.
- Colocación de la pulsera del recién nacido y mostrar huella plantar a la madre para su verificación.
- Verificar la permeabilidad del ano en forma visual.
- Control de temperatura.
- Realizar las medidas necesarias para mantener la temperatura corporal del recién nacido.

- Realizar el clampado , el manejo adecuado y la profilaxis de cordón umbilical , con alcohol puro al 70% .
- Detectar signos de alarma en el recién nacido.
- Aplicar las intervenciones de enfermería necesarias para estabilización del recién nacido ante la presencia inminente de complicaciones y en el caso necesario asistir durante su traslado a servicios de mayor complejidad.
- Aplica las medidas preventivas tales como:
 - Profilaxis oftálmica con tetraciclina ungüento en cada ojo.
 - Administración de fitomenadiona 1 mg .Im .(0.1cc)
- Somatometria.
- Realizar la limpieza del recién nacido con vaselina y vestido con ropa temperada.
- Colocar al recién nacido en cuna térmica mientras la madre es atendida.
- Facilitar la relación afectiva del recién nacido con la madre para el inicio precoz de la lactancia materna.
- Iniciar el alojamiento conjunto promoviendo la lactancia materna exclusiva.
- Valorar al recién nacido en la sala de partos favoreciendo el alojamiento conjunto con la madre.
- Registrar los datos del recién nacido en el libro de ingresos de sala de partos.

- Equipar sala de partos y dejar operativo para las posteriores atenciones.
- Realizar el transporte de los recién nacidos de alto riesgo al servicio de UCI neonatal o a las salas de cuidados transicionales de los servicios de neonatología.
- Realizar el informe de enfermería, estadísticas de procedimientos y actividades en cada turno.
- Reportar en cada turno sobre incidencias del servicio, materiales y estado actual de los pacientes.

3.3 PROCESOS REALIZADOS

EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL CONTACTO PIEL A PIEL.

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre al momento del nacimiento dependiendo del momento en el que se coloque en contacto piel a piel con su madre se hablará de inmediato (en el nacimiento) o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

Requisitos para realizar el contacto piel a piel. Verificar la presencia de respiración o llora, tono muscular, edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar.

Procedimiento de enfermería para el contacto piel a piel

- Informar a la madre durante el periodo de dilatación de los beneficios del contacto piel a piel y la importancia de realizarlo con su hijo o hija nada más nacer, así como del procedimiento. Responder a sus dudas y necesidades de forma individual, respetando en todo momento su decisión
- Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de (25-26°C)
- Preparar recursos y equipos para recepción del recién nacido.
verificar :
 - Funcionamiento del equipo de aspiración
 - Operatividad del resucitador manual, laringoscopio, incubadora.
 - Disponibilidad de fuente de oxígeno.
 - Funcionamiento de incubadora
 - Materiales completos
 - Lavado de manos.
 - Preparar el equipo para recepción del recién nacido:
 - Encender incubadora para la atención del recién nacido.
 - Mantener puertas y ventanas cerradas.
 - Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.
 - Conectar el resucitador manual a la fuente de oxígeno.
 - Conectar el resucitador manual a la fuente de oxígeno.

- Conectar la sonda de aspiración al equipo de aspiración.
- 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 de la sala de partos 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 pañal o tela caliente.
- Recepcionar, al neonato en un campo o toalla precalentada colocarlo sobre el vientre materno. intentaremos lo menos invasivo posible, respetando la intimidad de tan feliz momento, iniciaremos las medidas de secado, fundamentalmente del polo cefálico y estimulación del recién nacido.
- Todas las medidas iniciales pueden realizarse sobre el vientre de la madre.
- Aspiración de secreciones de las vías aéreas solo cuando las secreciones producen obstrucción de las vías aéreas.
- Le mostraremos el sexo del recién nacido a la madre, así como si hubiera malformaciones visibles a simple vista.
- Colocar el recién nacido directamente sobre la piel de su madre, secándole suavemente el dorso con un paño precalentado,

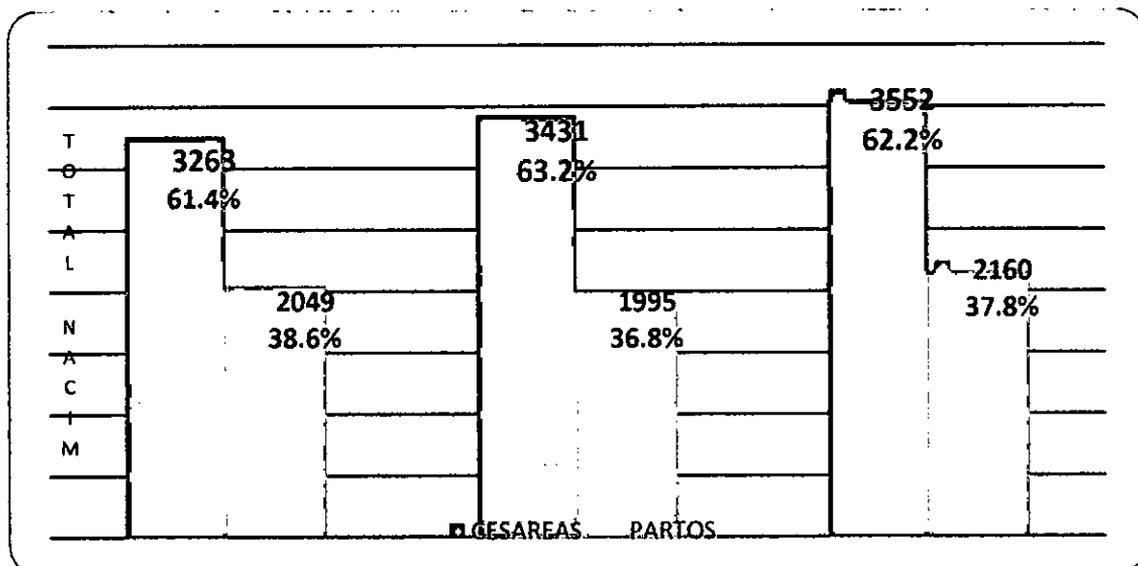
comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos y que tiene buen tono muscular (flexor).

- Retirar el paño utilizado para secar al bebé y cubrir a ambos con un pañal o tela seca y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual.
- Colocar a la madre semi-incorporada abrazando a su hijo/a.
 - Madre próxima a 45° con el RN en posición prona entre sus pechos
 - Recién nacido con las extremidades abiertas y flexionadas y la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiper extensión del cuello.
 - Favorecer 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.
- Realizar pinzamiento tardío (a los dos minutos o cuando deje de latir) del cordón.
- El Contacto piel a piel no debe interferir en la realización del alumbramiento dirigido.
- Recoger sangre de cordón según el procedimiento habitual (grupo y Rh fetal, gases, etc.).
- Colocación de pinza en el cordón sin interferir el contacto.
- Vigilar el bienestar de la madre y del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular. durante todo el proceso.

- Identificar al RN antes de pasar a la madre a su cama.
- 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.
- Pesar al RN en el misma sala de partos sólo si se sospecha peso menor 2300 si el peso es mayor proseguir con contacto piel a piel.
- Acompañar a la madre en el post parto ayudándola a encontrar una postura cómoda que le permita interaccionar y mirar a su hijo, animándola a tocarle y acariciarle, respetando sus deseos y su intimidad.
- Completar e incluir en la historia clínica la hoja de valoración del contacto piel a piel y de la primera toma.
- Comprobar el bienestar materno, administrar la profilaxis oftálmica y colocar si la madre lo desea un pañal al recién nacido sin interrumpir el contacto piel con piel.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

**GRAFICO N° 4.1
DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE NACIMIENTO HNERM 2014 - 2016**

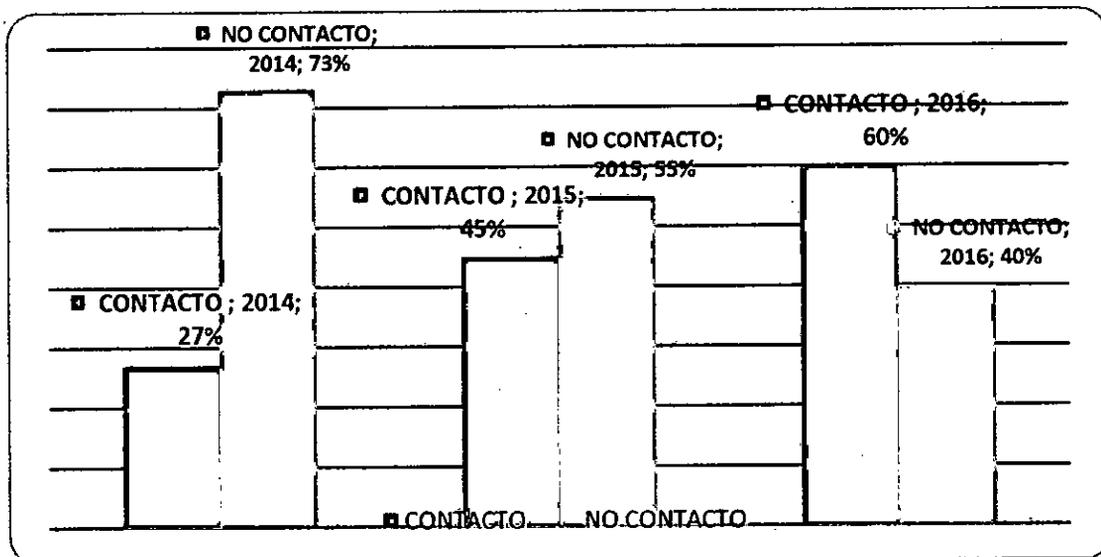


Fuente propia.

En el grafico 4.1 se observa que el mayor porcentaje entre 61 a 63% de nacimientos en el HNERM es por cesáreas debido a que es un hospital de referencias de IV nivel, también se observa que el N° de nacimientos atendidos está incrementando.

GRAFICO N° 4.2

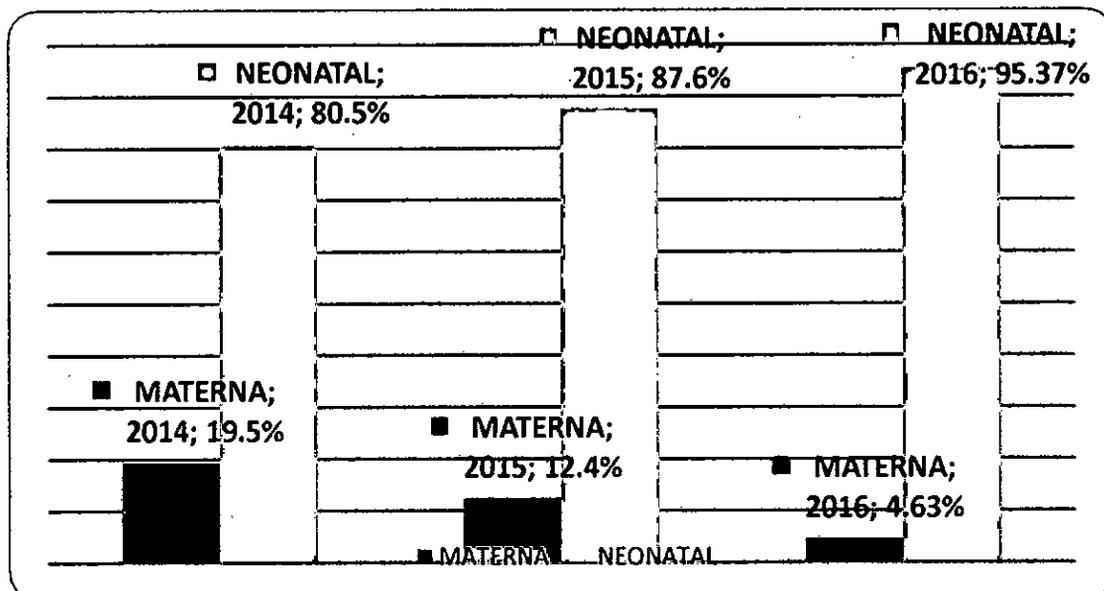
DISTRIBUCION SEGÚN SE REALIZO CONTACTO PIEL A PIEL EN EL HNERM 2014 – 2016.



Fuente propia.

En el grafico N° 4.2 se observa que el porcentaje de la intervención de enfermería en contacto piel a piel se viene incrementando desde el 27% en 2014 a 60% en 2016.

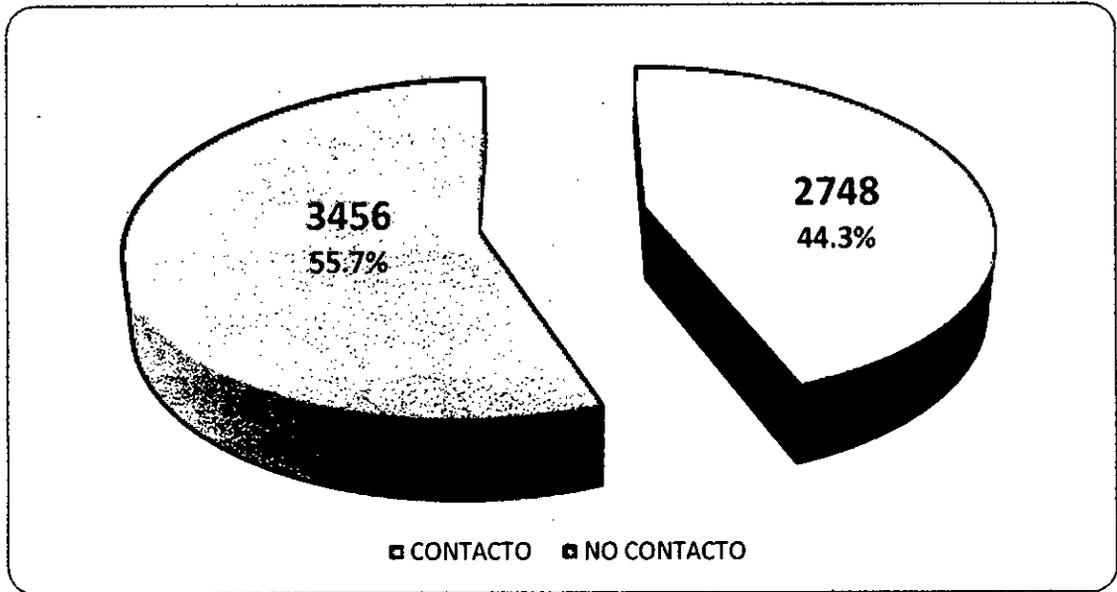
GRAFICO N° 4.3
DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE CAUSA DE NO INTERVENCION DE
CONTACTO PIEL A PIEL HNERM 2014 – 2016.



Fuente propia.

En este gráfico podemos apreciar que la causa materna como impedimento de la intervención de enfermería para el contacto piel a piel viene disminuyendo siendo en el 2016 sólo el 4.63%.

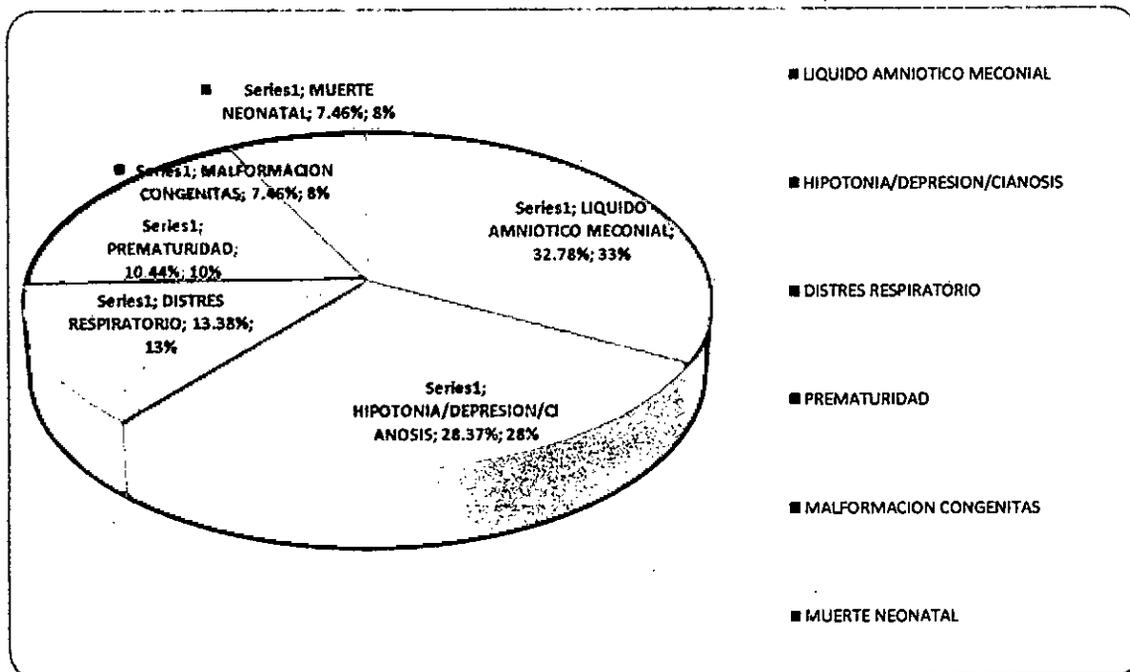
GRAFICO N° 4.4
DISTRIBUCION SEGÚN RECIBIÒ O NO CONTACTO PIEL A PIEL
PARA EL TOTAL DE NACIMIENTOS 2014 – 2016 HNERM.



Fuente propia.

Aquí podemos observar en el total de nacimiento por parto vaginal de los años 2014-2016 sólo el 44.3% recibieron contacto piel a piel.

GRAFICO N° 4.5
DISTRIBUCIÓN DE CAUSAS NEONATALES QUE NO PERMITIERON
LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA CONTACTO PIEL A PIEL
HNERM 2014-2016.

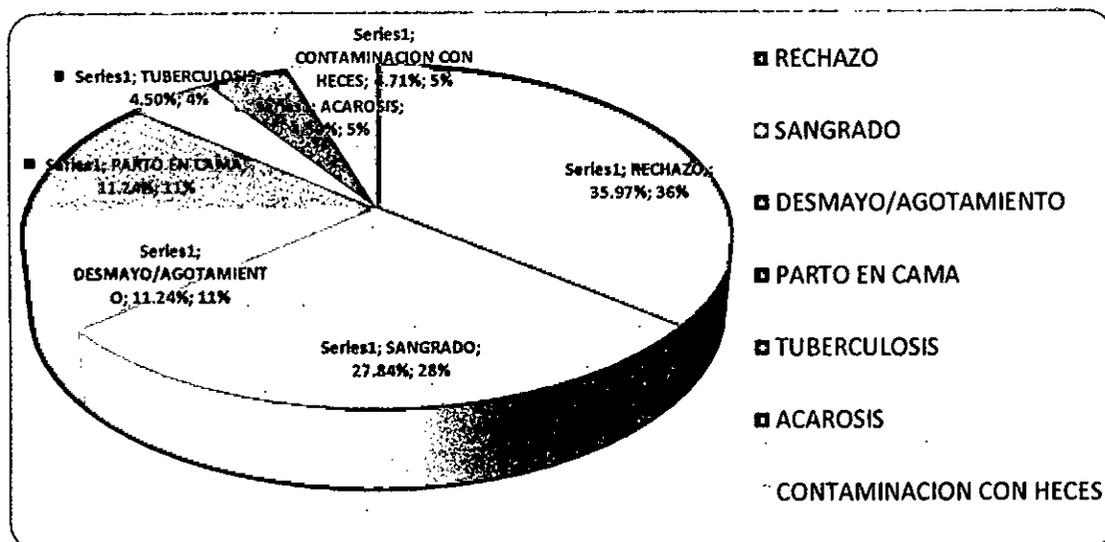


Fuente propia.

En este gráfico podemos apreciar que la principal causa de no intervención de contacto piel a piel es el líquido amniótico meconial con 32% seguido de hipotonía-depresión-cianosis del recién nacido que alcanza 28%.

GRAFICO N° 4.6

DISTRIBUCIÓN DE CAUSAS MATERNAS QUE NO PERMITIERON LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CONTACTO PIEL A PIEL HNERM 2014-2016.

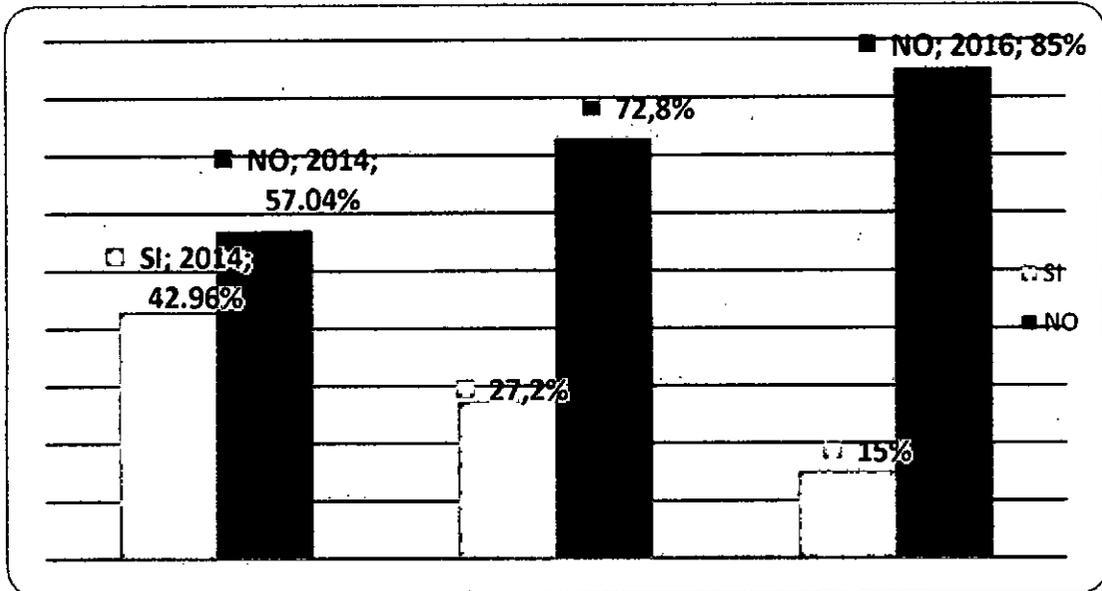


Fuente propia.

Aquí podemos observar que las principales causas de no intervención de enfermería para el contacto piel a piel es el rechazo con 36% seguido del sangrado materno con 27%.

GRAFICO N° 4.7

DISTRIBUCION DE LA EVOLUCION DEL RECHAZO MATERNO COMO CAUSANTE DE NO INTERVENCION DE ENFERMERIA HNERM 2014-2016.



Fuente propia.

En este gráfico podemos observar que el rechazo materno como causante de la no intervención viene disminuyendo en el 2014 era 42.9% siendo en el 2016 sólo del 15%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que la enfermera desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y en la actitud para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente durante la intervención de enfermería contacto piel a piel.
- b) La intervención de enfermería para el contacto piel a piel viene incrementándose en los últimos años, los motivos neonatales es la principal causa por el que no se da contacto piel a piel y de estas es la presencia de líquido amniótico meconial.
- c) La principal causa materna de no administración de la intervención en el contacto piel a piel es el rechazo sin embargo esta viene disminuyendo dramáticamente en los últimos años debido a la educación brindada por la enfermera previa al nacimiento.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales en neonatología se les recomienda que deben actualizarse permanentemente en los cuidados y destrezas en la intervención de enfermería en el contacto piel a piel por los enormes beneficios que esta tiene.
- b) A la institución de ES SALUD se le recomienda que establezca como obligación a nivel nacional el contacto piel a piel a los recién nacidos que no tengan contraindicación por el gran beneficio que este proporciona al binomio madre – niño.
- c) Al servicio de neonatología se le recomienda que implemente un programa de capacitación para las enfermeras de los niveles de atención I, II y III de ES SALUD que les permita rotar por el HNERM para que conozcan y adquieran las destrezas en el contacto piel a piel y lo puedan implementar en sus servicios.

REFERENCIALES

1. Chavez Peña dR. Actitudes de la madre hacia el contacto precoz piel a piel con el recién nacido a término en la Unidad de Neonatología Hospital Base II EsSalud Huánuco 2014. Tesis especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana; 2014.
2. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Mi scielo. 2012 Diciembre; 21(4).
3. Salud OMdl. Who nutrition. [Online].; 2016 [cited 2017 11 1. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
4. Almerco Huayanay E. Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre niño en el Servicio de Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita 2011. Tesis especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de san Marcos, Facultad de medicina humana; 2014.
5. Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Scielo. 2013 Junio; 22(1 - 2).
6. Martinez Martinez T, Damian Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Mi scielo. 2014 Abril; 11(2).
7. Rios Mori CM, Lias Cuervo MP. Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. Cuidado y Salud KAWSAYNINCHIS. 2015 Diciembre ; 2(2).

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. OMS. [Online].; 2016 [cited 2017 10 14]. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/newborn-health-34>.
9. Moore E, GC A, Bergman N. Cochrane. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15]. Available from: <http://www.cochrane.org/es/CD003519/contacto-piel-piel-temprano-para-las-madres-y-sus-recien-nacidos-sanos>.
- 10 Jiménez Risquez j. Beneficios del Método canguro en niños prematuros. Tesis pregrado. Ubeda: Universidad de Jaén , Departamento de Enfermería ; 2014.
- 11 Mateo Sota S. El contacto piel a piel: Beneficios y limitaciones. Tesis pregrado. Cantabria: Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería; 2014.
- 12 Andalucía jd. Servicio Andaluz de salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 08]. Available from: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/protocolo_contacto_piel_con_piel_cpp.pdf.

ANEXOS

ANEXO 01

EVIDENCIAS DEL TRABAJO

**SERVICIO 5B NEONATOLOGÍA: ATENCIÓN INMEDIATA DE
ENFERMERÍA EN SALA DE PARTOS.**

FOTO 1: CONTACTO PIEL A PIEL

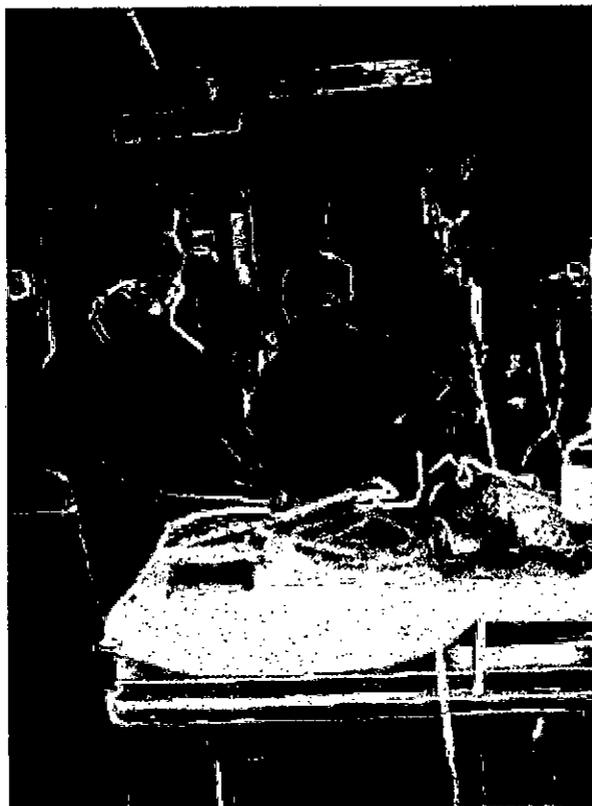


ANEXO 02
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO DESPUES DEL CONTACTO PIEL CON PIEL



Administración de vitamina k

ANEXO 03
REVISION DEL BLENDER



ANEXO 04
UNIDAD DE CUIDADOS TRANSICIONALES INMEDIATOS (UCTI)



ANEXO 05
EDUCACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.



ANEXO 06
ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS DE HVB



ANEXO 07
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS TRANSICIONALES INGRESO
DE RECIÉN NACIDO DE CESAREA.



ANEXO 08
INGRESO DE RECIÉN NACIDO DE SALA DE PARTOS



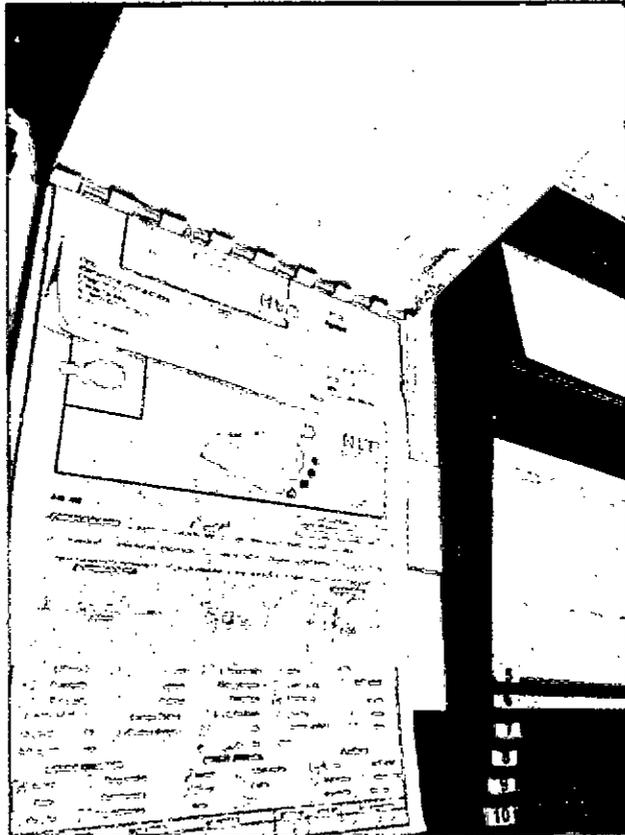
**ANEXO 09
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**



**ANEXO 10
PROCEDIMIENTOS: TAMIZAJE NEONATAL**



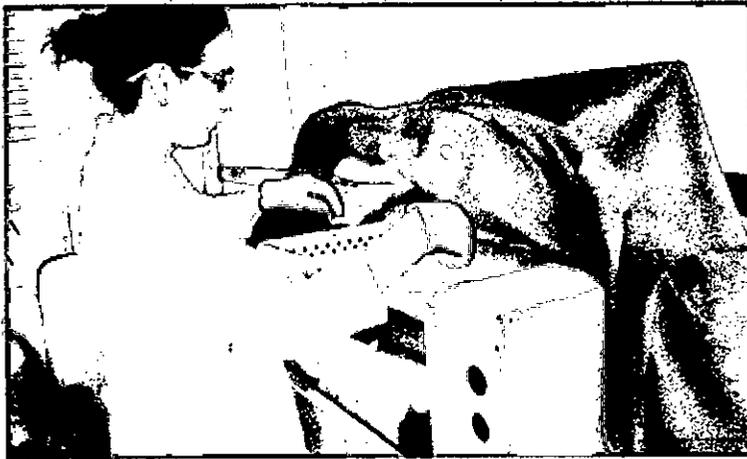
**ANEXO 11
VACUNA HEPATITIS B**



**ANEXO 12
TAMIZAJE CARDIACO Y MONITOREO**



**ANEXO 13
FOTOTERAPIA**



**ANEXO 14
RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON VIH/SIDA**



**ANEXO 15
ALOJAMIENTO CONJUNTO**



**ANEXO 16
ALTA DEL RECIÉN NACIDO**

