



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE MATERNO INFANTIL**



CONTACTO PIEL A PIEL EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Autores:

Emiliano Montanaro
Mariana Galasso
Erika Viera

Tutora:

Prof. Adj. Mg. Alicia Pérez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....

GLOSARIO.....

RESUMEN.....

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....

METODOLOGÍA.....

RESULTADOS.....

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....

CONCLUSIONES.....

SUGERENCIAS.....

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:.....

ANEXO 1: PROTOCOLO.....

ANEXO2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....

ANEXO 4: APROBACIÓN DE LAS INSTITUCIONES.....



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



AGRADECIMIENTOS

Gracias de corazón a nuestra tutora Mg. Alicia Pérez por su paciencia, dedicación y motivación continua, logrando hacer de este camino difícil, un proceso accesible.

Agradecemos también a ambos servicios por habilitarnos a realizar dicha investigación, especialmente a las Lic. Enf. jefes de servicio Fabiana Delorrio , Victoria Hermida y Sylvia Taibo.

Agradecemos a todas las madres y padres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas y del Servicio Médico Integral, por su confianza, apoyo y disposición ya que sin ellos no podríamos haber ejecutado este trabajo.

A todos los miembros de la Facultad de Enfermería especialmente a la decana Lic. Prof. Mercedes Pérez por su atención, apoyo, humanidad y calidad en todo lo referente a nuestro camino en esta carrera.

A nuestros familiares y amigos que son clave en nuestra vida personal quienes desde un comienzo nos acompañaron y brindaron apoyo emocional para continuar y seguir persiguiendo nuestra meta vocacional: ser Licenciados en Enfermería



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



GLOSARIO

(AIEPI) Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

(APAPREM) Asociación Argentina de Padres de Niños Prematuros.

(AUPAPREM) Asociación Uruguaya de padres con hijos prematuros

(EBPN) Extremado bajo peso al nacer

(EG) Edad Gestacional

(FENF) Facultad de Enfermería

(HC) Hospital de Clínicas

(IAMC) Institución de Asistencia Médica Colectivizada.

(INK) International Kangaroo Care Network

(LM) Lactancia Materna



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



(MMC) Método Madre Canguro

(OMS) Organización Mundial de la Salud

(PD) Pecho directo

(RN) Recién Nacido

(SMI) Servicio Médico Integral

(UCIN) Unidad de cuidados Intermedios Neonatales

(UNICEF) United Nations International Children's Emergency Fund. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



RESUMEN

El contacto piel a piel precoz, es una técnica mediante la cual se coloca al recién nacido en contacto directo con el pecho y abdomen de la madre para mantenerlos en termorregulación y todos los beneficios, tales como comienzo del apego, aumento de peso, mayor producción de leche materna, entre otros y menores trastornos en la internación.

El objetivo general es describir el contacto piel a piel precoz en los prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Se realizó un estudio con un diseño descriptivo, con un enfoque cuantitativo de corte transversal. La muestra es de tipo probabilístico, denominado muestreo no probabilístico por conveniencia. Incluyó 25 neonatos entre 33 a 37 semanas de gestación al nacer, durante el período de recolección de datos, a través de la historia clínica, el carné perinatal y mediante la aplicación de un cuestionario cerrado realizado por el grupo investigador a madres y padres, previamente se entregó el consentimiento informado.

Los objetivos planteados para esta investigación fueron cumplidos satisfactoriamente en el tiempo estipulado por el grupo investigador, en un periodo de un mes y dos semanas.

Sería importante continuar con dicha investigación, por lo cual la dejamos abierta para cualquier ampliación del tema o interés por otros estudiantes que deseen realizar un estudio similar.

Palabras claves : Piel a piel, Método Canguro, Recién nacido, Prematuro.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación es describir el contacto piel a piel en los prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación internados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Luego como objetivos específicos planteamos; caracterizar a la población de recién nacidos prematuros, identificar los factores que intervienen en el contacto piel a piel y conocer la realización del contacto piel a piel al nacimiento, y durante la internación.

METODOLOGÍA

La propuesta se llevó a cabo mediante un diseño de estudio descriptivo, con un enfoque cuantitativo de corte transversal.

La investigación se realizó en la ciudad de Montevideo, desarrollándose en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, perteneciente a la Clínica Ginecológica B, en piso 16 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR.

El universo de estudio para esta investigación son todos los recién nacidos prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación internados en dichas Instituciones.

La muestra estuvo compuesta por 25 prematuros entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer, que cumplieran con los criterios de inclusión y se encontraran en el período de recolección de datos.

Para seleccionar los individuos componentes de la muestra a estudiarse, se aplica el procedimiento denominado muestreo no probabilístico por conveniencia.

La unidad de análisis es el contacto piel a piel entre los prematuros de 33 a 37 semanas de gestación con sus madres y/o padres que se encuentren internados en las instituciones antes mencionadas. Los datos se recogieron a través de la historia clínica, el carné perinatal y aplicando un cuestionario cerrado realizado por el grupo investigador a las



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



madres y padres de dichos neonatos.

Se incluyen en esta investigación a los recién nacidos de 33 a 37 semanas que se encuentren internados en dichas instituciones seleccionadas y también se incluyeron a las madres y padres de esos recién nacidos.

Se excluyen de esta investigación: al personal de enfermería, el personal médico y los recién nacidos que sean menores a 33 semanas o mayores a 37 semanas. También se excluyen a los recién nacidos prematuros provenientes de otras instituciones.

Variables de caracterización, todo lo que se tome en cuenta para describir a la población: tipo de nacimiento, puntaje del test de apgar, peso al nacer, edad gestacional al nacer, días de nacido, días de internación en la ucín, conocimiento del contacto piel a piel, contacto piel a piel al nacer, contacto piel a piel en la Ucin, duración del contacto piel a piel, tipo de dispositivo de apoyo, alimentación, ambiente que favorece el contacto piel a piel, termorregulación, disposición de la madre/padre para realizar el contacto piel a piel, disposición del personal de salud para realizar el contacto piel a piel.

Se contó con las garantías éticas y de confidencialidad de la información proporcionada, según la Declaración de Helsinki.

No hubo dificultades en cuanto al acceso a las historias clínicas de los neonatos, en



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



cuanto a las preguntas dirigidas a los padres fueron accesibles y comprensibles para dicha población. No hubo preguntas que dañan la sensibilidad de los padres.

Esta investigación permitió describir el contacto piel a piel, identificando los factores que intervienen en el mismo y también permitió caracterizar a la población de recién nacidos prematuros.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



RESULTADOS
TABULACIÓN Y GRÁFICOS

Tabla N°1: Tipo de Nacimiento.

Tipo de Nacimiento	FA	FR	FR%
Parto Natural	2	0.08	8%
Cesárea	23	0.92	92%
Partovaginal instrumental	0	0	0
Total	25	1.00	100%

Gráfico N° 1 Tipo de Nacimiento.

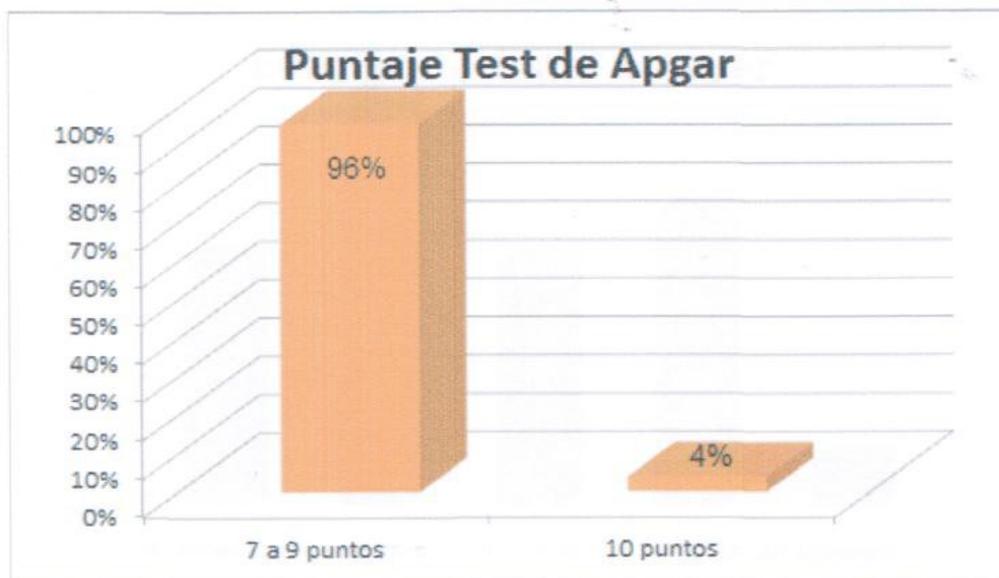


Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas. Octubre- Noviembre 2018.

Tabla N°2: Puntaje de Test de Apgar.

Puntaje Test de Apgar	FA	FR	FR%
1 a 3 puntos	0	0	0
4 a 6 puntos	0	0	0
7 a 9 puntos	24	0,96	96%
10 puntos	1	0,04	4%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°2 Puntaje de Test de Apgar

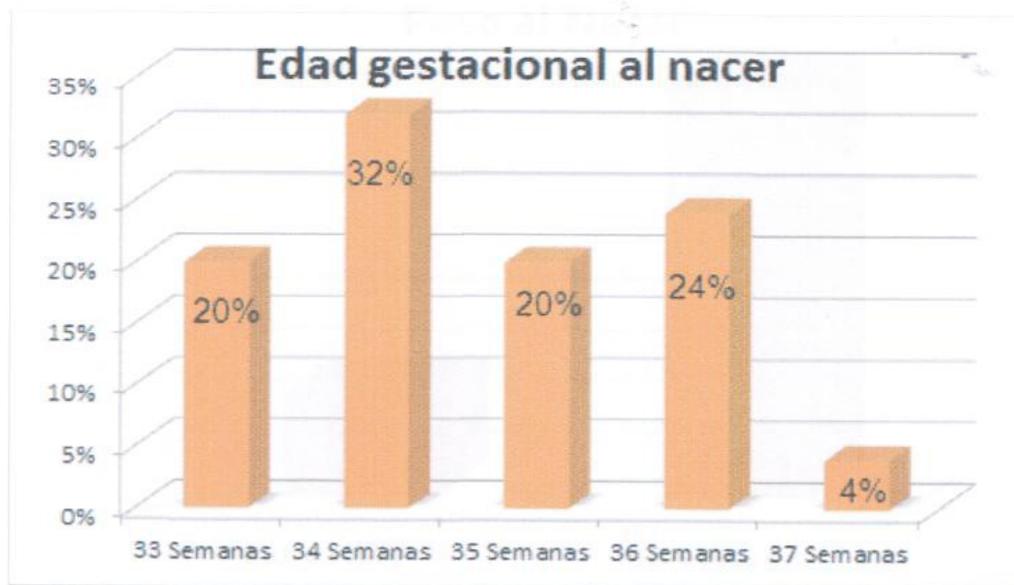


Fuente: Datos recabados de las historias clínicas de los neonatos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°3: Edad Gestacional al nacer

Edad Gestacional al nacer	FA	FR	FR%
33 Semanas	5	0,20	20%
34 Semanas	8	0,32	32%
35 Semanas	5	0,20	20%
36 Semanas	6	0,24	24%
37 Semanas	1	0,04	4%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°3

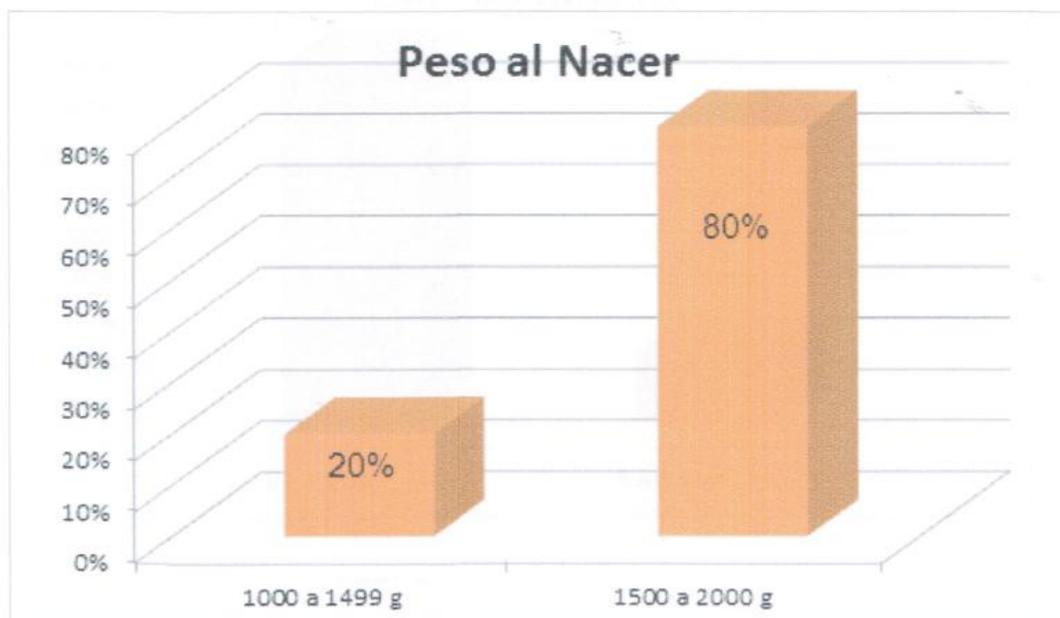


Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°4 Peso al Nacer

Peso al nacer	FA	FR	FR%
Menor a 1000 g	0	0	0%
1000 a 1499 g	5	0,20	20%
1500 a 2000 g	20	0,80	80%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°4. Peso al Nacer



Fuente: Historia clínica y carné perinatal pertenecientes a recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

.Tabla N°5: Días de Nacido

Días de nacido	FA	FR	FR%
1 a 4 Días	21	0,84	84%
5 a 8 Días	4	0,16	16%
9 a 12 días	0	0	0
13 a 16 Días	0	0	0
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°5 Días de Nacido

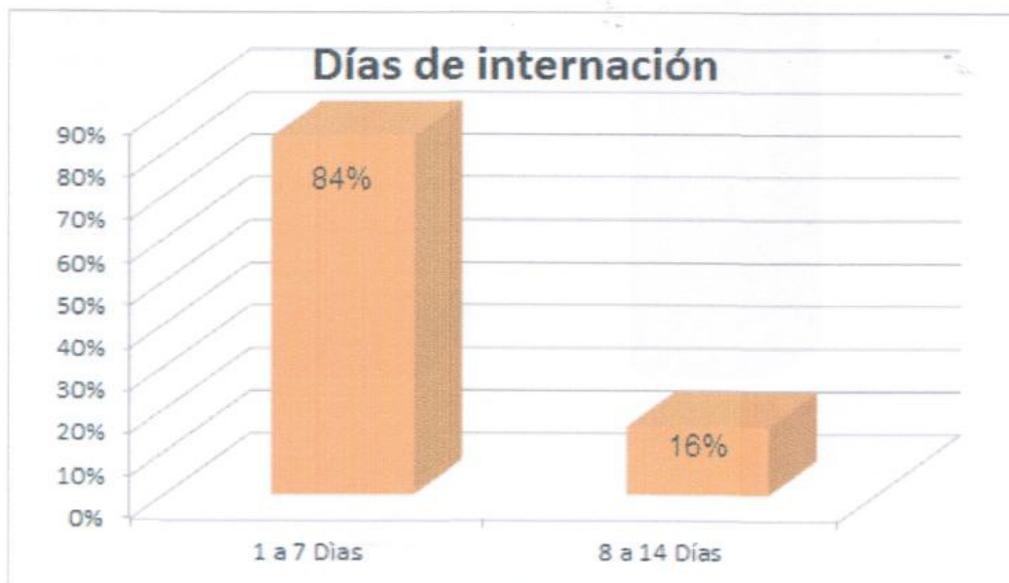


Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°6 Días de internación en Ucin

Días de internación en Ucin	FA	FR	FR%
1 a 7 Días	21	0,84	84%
8 a 14 Días	4	0,16	16%
15 a 21 Días	0	0	0
22 a 28 días	0	0	0
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°6 Días de internación en la UCIN



Fuente: Historia clínica perteneciente a los recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°7 Conocimiento del contacto piel a piel

Conocimiento del contacto piel a piel	FA	FR	FR%
SI	3	0,12	12%
NO	22	0,88	88%
Total	25	1,00	100%

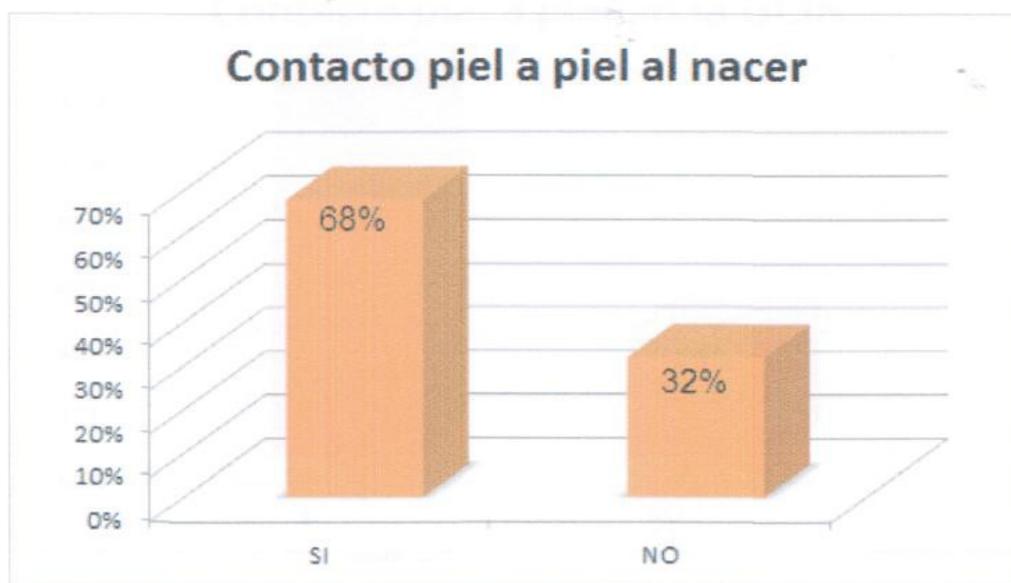
Gràfica N° 7



Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°8 Contacto piel a piel al nacer

Contacto piel a piel al nacer	FA	FR	FR%
SI	17	0,68	68%
NO	8	0,32%	32%
Total	25	1,00	100%

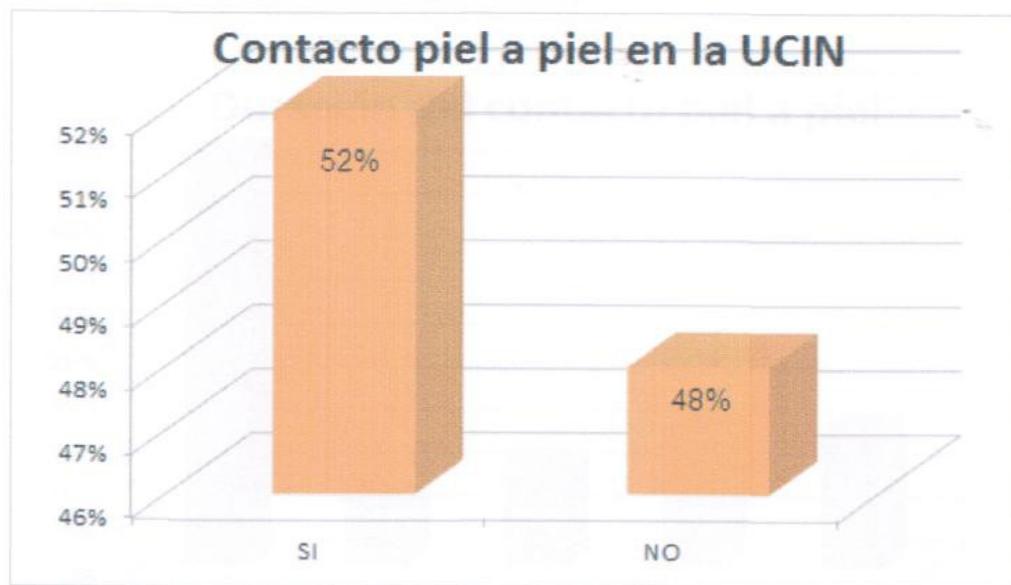


Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°9 Contacto piel a piel en la Ucin

Contacto Piel a Piel en Ucin.	FA	FR	FR%
SI	13	0,52	52%
NO	12	0,48	48%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°9 Contacto piel a piel en la Ucin

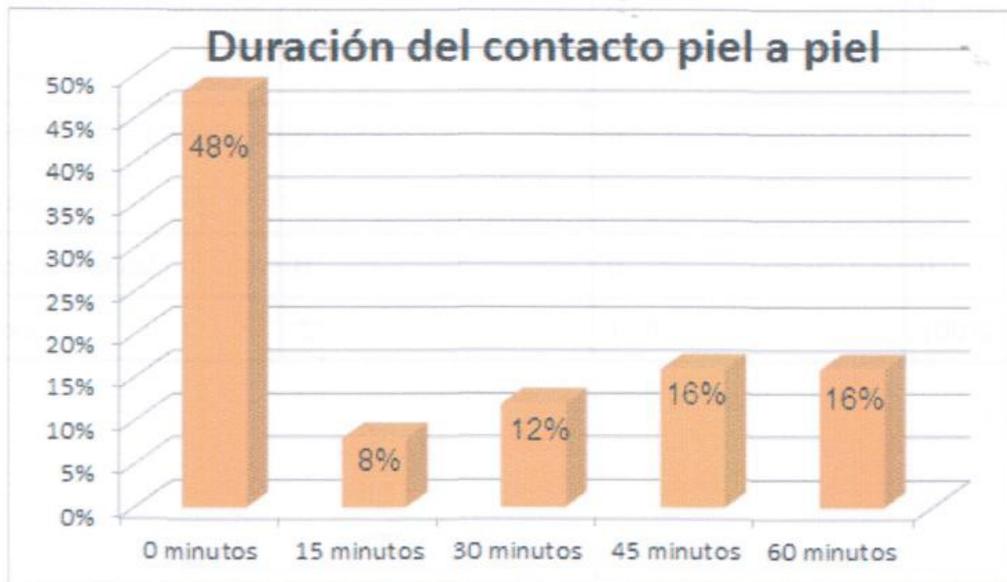


Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°10: Duración del CPP

Duración del contacto piel a piel	FA	FR	FR%
0 minutos	12	0,48	48%
15 minutos	2	0,08	8%
30 minutos	3	0,12	12%
45 minutos	4	0,16	16%
60 minutos	4	0,16	16%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°10 Duración del contacto piel a piel.



Fuente: Cuestionario realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de gestación al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N°11 Tipos de dispositivo de apoyo

Tipos de dispositivo de apoyo	FA	FR	FR%
Nido de contención	7	0,28	28%
VVP	3	0,12	12%
Monitorización	7	0,28	28%
Sonda Orogástrica	8	0,32,	32%
CPAP	0	0	0
Sonda Endotraqueal	0	0	0
VVPP	0	0	0
Catéter Umbilical Venoso	0	0	0
Catéter Umbilical Arterial	0	0	0
Sonda Vesical	0	0	0
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°11 Tipo de dispositivos de apoyo



Fuente: Historia clínica perteneciente a los recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

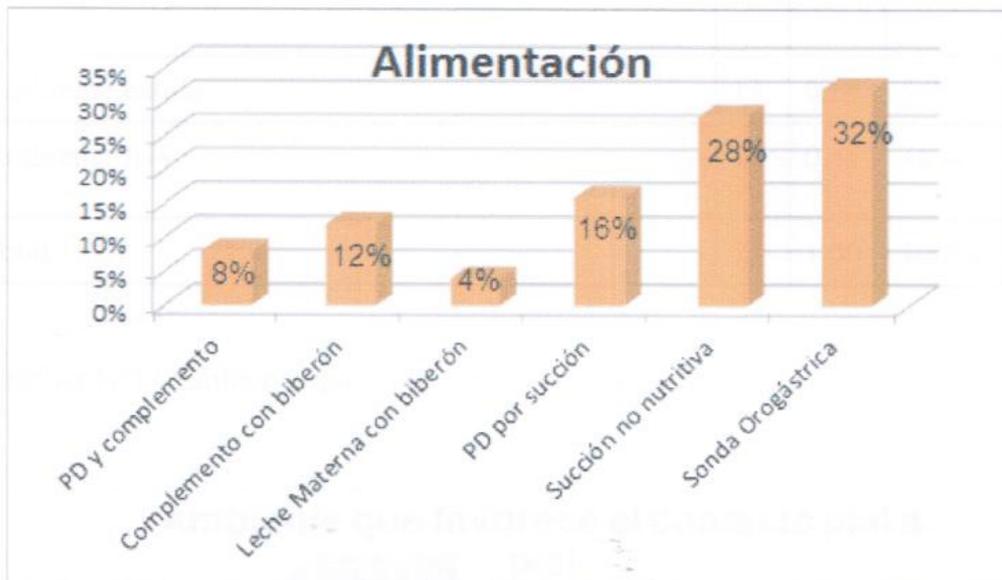
Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Tabla N°12 Alimentación

Alimentación	FA	FR	FR%
Complemento con biberón	3	0,12	12%
Leche Materna con biberón	1	0,4	4%
PD por succión	4	0,16	16
PD y complemento	2	0.8	8%
Sonda Orogástrica	8	0.32	32%
Succión no nutritiva	7	0,28	28%
Total	25	1.00	100%

Gráfico N°12 Alimentación

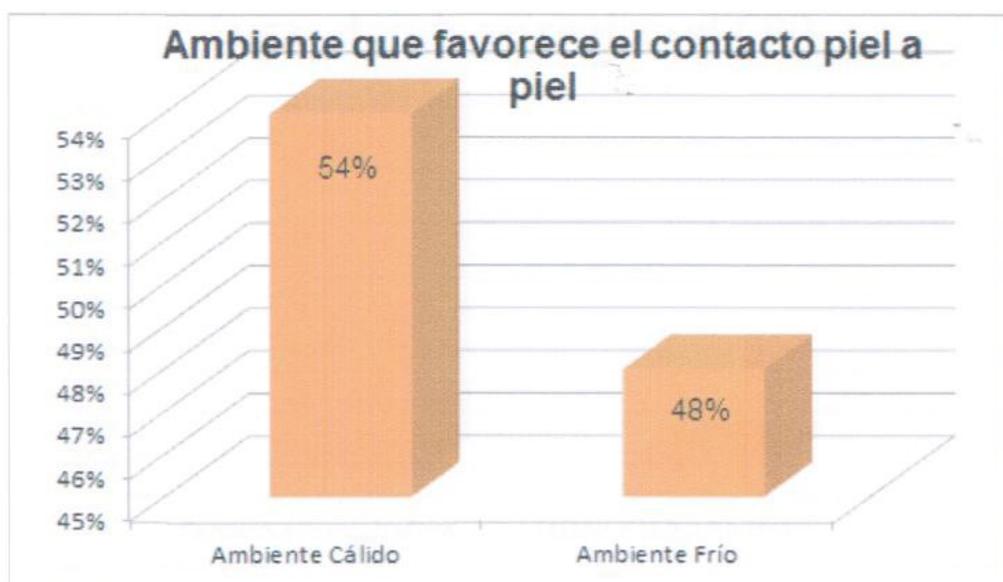


Fuente: Historia clínica perteneciente a los recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer e instrumento de recolección de datos. Montevideo, Uruguay. Octubre- Noviembre de 2018.

Tabla N°13 Ambiente que favorece el contacto piel a piel

Ambiente que favorece el contacto piel a piel	FA	FR	FR%
Ambiente cálido	13	0,54	54%
Ambiente frío	12	0,48	48%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°13 Ambiente que favorece el contacto piel a piel

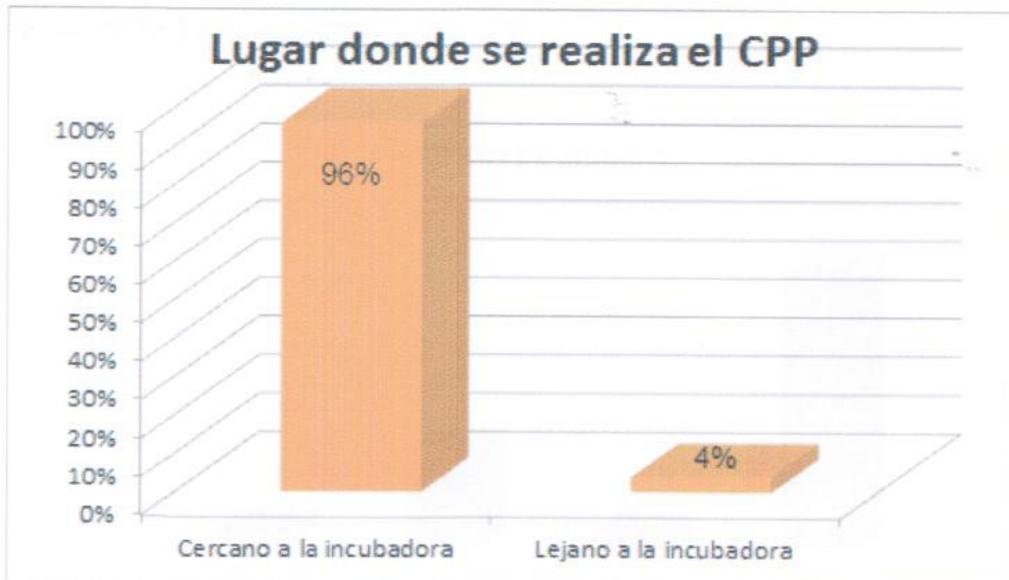


Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madre y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

Tabla N° 14 Lugar donde se realiza el CPP.

Lugar donde se realiza el contacto piel a piel	FA	FR	FR%
Cercano a la incubadora	24	0,96	96%
Lejano a la incubadora	1	0,04	4%
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°14 Lugar donde se realiza el CPP



Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madre y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

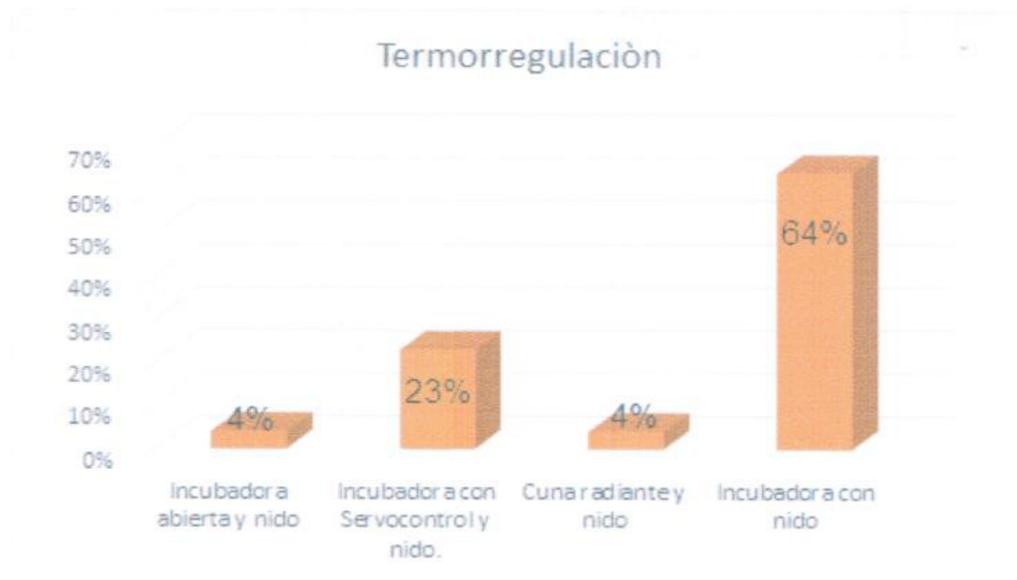
Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Tabla N° 15 Termorregulación.

Termorregulación	FA	FR	FR%
Incubadora abierta y nido	1	0,04	4%
Incubadora con Servocontrol y nido.	7	0,23	23%
Cuna radiante y nido	1	0,04	4%
Incubadora con nido	16	0,64	64%
Incubadora cerrada y con humidificación	0	0	0
Total	25	1,00	100%

Gráfico N°15 Termorregulación



Fuente: Historia clínica perteneciente a los recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Tabla N°16 Disposición de la madre/padre para realizar el CPP

Disposición de la madre/padre para realizar el contacto piel a piel	FA	FR	FR%
Aceptación	19	0,76	76%
Rechazo	3	0,12	12%
Indiferencia	2	0,08	8%
Temor	1	0,04	4%
Total	25	1,00	100%



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Gráfico N°16



Fuente: Instrumento de recolección de datos realizado a madre y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.

0753T



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Tabla N° 17 .Disposición del personal de salud para realizar el contacto piel a piel.

Disposición del personal	FA	FR	FR%
Hubo disposición	15	0.60	60%
Escasa disposición	9	0,36	
No hubo disposición	1	0,04	
Total	25	1.00	100%

Gráfico N°17



Fuente:

Instrumento de recolección de datos realizado a madres y/o padres de recién nacidos entre 33 y 37 semanas de edad gestacional al nacer. Montevideo, Uruguay. Octubre-Noviembre de 2018.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Según los datos obtenidos en las Historias Clínicas, el Carnet Perinatal y el Instrumento del cuestionario aplicado a madres y padres de RN prematuros de 33 a 37 semanas de gestación internados en UCIN de dos Instituciones de Salud en la ciudad de Montevideo, recogemos de todas las variables estudiadas, los siguientes resultados.

En cuanto a la variable tipo de nacimiento, la información fue recabada de la historia clínica de los prematuros. De donde se obtiene que un 92% nacimientos la vía de nacimiento fue por cesárea y un 8% el nacimiento se produjo por parto natural, no se obtienen resultados de parto vaginal instrumental. Este resultado nos hace referencia a lo mencionado en el marco teórico de nuestro protocolo en donde los embarazos catalogados como de alto riesgo para la madre o el neonato ocurren por cesàrea.

Para la variable puntaje del Test de Apgar a los cinco minutos de vida encontramos a la mayoría de prematuros en el rango de 7 a 9 siendo un 96% y un 4% obtuvo el puntaje 10 lo que se corresponde según la bibliografía con un adecuado estado de adaptación a la vida extrauterina.

En cuanto a la edad gestacional obtuvimos mayoritariamente un 32% de neonatos con 34 semanas de edad gestacional, un 24% resultaron ser de 36 semanas, un 20% de entre 33 y 35 semanas y por último de 37 semanas hubieron un 4% de neonatos. Estos resultados concuerdan con la referencia bibliográfica que se menciona según la

clasificación AIEPI, donde la mayoría son neonatos pretérmino, utilizada en el marco teórico del protocolo.

Para la variable peso al nacer los resultados arrojaron que mayoritariamente un 80% de los neonatos tuvo un peso dentro del rango de 1500 a 2000 gramos y un 20% de estos neonatos tuvo un peso dentro del rango de 1000 a 1499 gramos y no obtuvimos resultados de menores a 1000 gramos. Estos resultados indican mayoritariamente un bajo peso al nacer y no obtuvimos neonatos de extremado bajo peso al nacer según la edad gestacional en nuestra bibliografía consultada.

En cuanto a la variable de días de internación en la UCIN se obtuvo un 84% de neonatos internados están en el rango de 1 a 7 días y un 16% en el rango de 8 a 14 días de internación. No se obtuvieron resultados en los rangos ; de 9 a 12 días, ni de 13 a 16 días de internación. Este resultado nos indica un alto porcentaje de neonatos que permanecieron menor tiempo dentro de la UCIN lo que hace referencia al estado de salud de los neonatos ya que el tiempo que permanecen en esta unidad depende de la gravedad o situación individual que padezcan.

En cuanto a la variable de conocimiento de los padres sobre el contacto piel a piel se desprende que un 88% de nuestra muestra no conocen sobre la técnica de contacto piel a piel y sólo un 12 % si lo conoce. Éste alto porcentaje de desconocimiento, nos demostraría que hay escasas prácticas que fomenten y promuevan el CPP.

La variable contacto piel a piel en la UCIN se desprende del instrumento de recolección de datos realizado a los padres y arrojó que un 52% si lo realizó dentro de la UCIN y un 48% no lo pudo realizar allí. De estos datos se desprende que no existe notoria diferencia entre los resultados obtenidos.

En relación a la variable contacto piel a piel al nacer se desprende que un 68% de los prematuros realizaron contacto con sus padres y un 32% no lo realizaron. Comparando estos datos con la bibliografía consultada, los autores afirman que lo ideal es realizar el contacto piel a piel precoz ya que posee múltiples beneficios para el neonato y los padres.

En cuanto a la duración del contacto piel a piel se obtuvo un 31% que practica la técnica en un lapso de tiempo de 45 min y 60 minutos. El resto de los neonatos hicieron un contacto piel a piel con sus madres en un lapso de 30 minutos lo que corresponde a un 23% y un lapso de tiempo de 15 minutos lo que corresponde a un 15%. Expresamos en la escala el valor de 0 minutos para aquellos padres y madres que respondieron no haber realizado el contacto piel a piel los cuales representan un 48%. Según los autores consultados en la bibliografía, establecen que el tiempo ideal estimado para el contacto piel a piel es de 45 minutos a 1 hora ya que dentro de este lapso de tiempo llega a la relajación y al sueño profundo en contacto con su madre.

Para la variable tipos de dispositivos de apoyo se obtuvo mayoritariamente neonatos con sonda oro gástrica lo que se corresponde con un 32%, luego con un 28% se encontraron neonatos con nido de contención y monitorización. Un 12 % de los neonatos presentó vía venosa periférica. No obtuvimos resultados de neonatos que posean CPAP, sonda endotraqueal, VVPP, catéter umbilical venoso, catéter umbilical venoso y arterial y sonda vesical. En esta variable se puede relacionar lo teórico en cuanto al estado de salud en el que se encuentre el neonato, lo cual beneficiaría el contacto piel a piel. Mientras menos dispositivos posea el prematuro, más favorable es su estado de salud para realizar el contacto piel a piel.

En la variable alimentación destacamos que un 32% dependen de una sonda orogástrica para la alimentación, un 28% realizaron succión no nutritiva, 16% se alimentaron con pecho directo por succión, un 4% leche materna con biberón, un 12 % complemento con biberón y un 8% se alimentaron con pecho directo complemento. Estos resultados nos indican que además de que la mayoría están recibiendo alimentación por sonda orogástrica, cabe destacar que se recomienda la succión no nutritiva al seno materno cuando el neonato está estable clínicamente. Se aplica lo expuesto en el marco teórico en cuanto a que , el fundamento de la práctica de estimulación al deseo y correcta técnica de succión, sería lo que asegura una más rápida transición a la alimentación oral ya que esta es una acción positiva para el prematuro y su madre, pues e importante antes de comenzar la lactancia materna nutritiva, colocando al neonato en contacto piel a piel

cercano al seno materno.

En cuanto al ambiente que favorece el contacto piel a piel un 54% de los padres respondió que el ambiente fue cálido para poder realizar el contacto piel a piel con sus neonatos y un 48% respondió que el ambiente fue frío para realizar el CPP. Estos resultados hacen referencia a lo mencionado en el marco teórico en cuanto a que lo ideal sería crear un ambiente cálido exterior que imite al experimentado por el feto intraútero como; cambiar el tono de voz, bajar el volumen de las alarmas, reparar equipos ruidosos, excluir radios, teléfonos, impresoras, utilizar carteles o señales de silencio. Empleo de luces tenues e individuales. Estos factores contribuyen al neurodesarrollo.

Para la variable termorregulación un 64% se encontraron en incubadoras con nido, un 23% se encontraron en incubadora con servo control con nido, en incubadora abierta con nido un 4% y en cuna radiante con nido un 4%; no se obtienen resultados de incubadora cerrada con humidificación. Analizando estos resultados con lo referenciado en el marco teórico a que ambas instituciones apuntan a la transferencia de calor por radiación y no a la transferencia

de calor por evaporación. Se destaca la importancia de la utilización de nido ya que este dispositivo de contención ayudará a evitar la inestabilidad térmica, ayudando así a mantener la temperatura corporal del neonato, evitando pérdidas de temperatura.

En cuanto a la disposición del personal de salud para realizar el contacto se obtuvo que un 60% refirió que hubo disposición por parte del personal que atendió a ese neonato y a sus padres durante la internación, un 36% con escasa disposición y un 4% que no hubo disposición del personal sanitario. De estos resultados se desprende que el mayor porcentaje del personal sanitario que atendió a esos prematuros y a sus padres durante la internación tuvo disposición para que puedan realizar el contacto piel a piel, como indica en la bibliografía consultada deben ser profesionales de salud capacitados para brindar cuidado especializado para los neonatos, también debe contar con una atmósfera acogedora que contemple el confort de los pacientes y los familiares debiendo ser pensada como el primer hogar del neonato.

CONCLUSIONES

Comparando la información previa acerca del contacto piel a piel que obtuvimos a través de la búsqueda en diferentes plataformas, artículos científicos y la bibliografía consultada con lo que pudimos preguntar y analizar en la investigación, concluimos que múltiples factores son los que influyen para que se de un adecuado contacto piel a piel entre el neonato y sus padres, por eso decidimos incluirlos en las variables para así estudiar su influencia y ver cómo inciden en ese primer contacto. Cabe destacar que los más influyentes en nuestra investigación fueron el ambiente que favorece el contacto piel a piel y la disposición por parte del personal sanitario. También concluimos que la gran mayoría de los padres de los prematuros sienten el deseo de realizar contacto piel a piel con los mismos.

Los resultados obtenidos dependen de la institución en la que se encontraban los neonatos y sus padres ya que según lo consultado en el marco teórico de esta investigación, todo depende de las consideraciones en los niveles de ruido, iluminación y manipulaciones que corresponden a los cuidados pertinentes al neurodesarrollo.

No hubo neonatos que presentaran otros dispositivos de apoyo como los de tipo invasivo, siendo estos CPAP, sonda endotraqueal, VVPP, catéter umbilical venoso, catéter umbilical venoso y arterial y sonda vesical. Estos resultados son favorables para la investigación ya que la situación clínica de los neonatos era clínicamente estable y adecuada para realizar el contacto piel a piel con sus padres.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Según las investigaciones realizadas sobre termorregulación para prematuros, estos recién nacidos no tienen este control desarrollado, por lo cual es necesario proveerles un medio ambiente con temperatura y humedad controlada. Los mecanismos de pérdidas de temperatura pueden estar aumentados, según la edad gestacional y el peso.

Los resultados correspondientes a la disposición del personal sanitario para realizar el contacto piel a piel dependen del criterio de cada una de las instituciones en la cual se realizó la investigación.

En cuanto a la bibliografía consultada los porcentajes del contacto piel a piel, dependen del deseo materno y el estado clínico del neonato.

SUGERENCIAS

En esta investigación los resultados obtenidos acerca de si se pudo realizar un adecuado contacto piel a piel entre los neonatos prematuros y sus padres, dependen de la institución en la que se encontraban, lo cual no debería estar condicionado por las mismas, en todas y cada una de ellas habría que realizar y fomentar el contacto piel a piel, como un derecho de las madres y de los recién nacidos.

En caso que este tema sea de interés por otros estudiantes que deseen realizar un estudio similar sugerimos también apuntar a describir el Rol del Licenciado en Enfermería en la UCIN frente al contacto piel a piel.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

Fundación Bernard van Leer. Espacio para la infancia. [Internet]. 2016. Disponible en: https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/08/Espacio-para-la-Infancia-2016_low-res.pdf

[consulta: 5 set 2018].

Montes M, Plascencia M, Groso Z, Ferreira P, Quiroga A, López I, et al. Práctica clínica del contacto a piel en neonatología. Sociedad Iberoamericana de Neonatología; 2012.

Disponible en: <http://www.siben.net/images/files/4pielapiel.pdf> [consulta: 5 set 2018].

Solá A. Cuidados neonatales. 3a ed. Buenos Aires: Edimed; 2011.

Tamez Nascimento R. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: asistencia del recién nacido de alto riesgo. 5° ed. Buenos Aires: Panamericana; 2016.

Uvnas Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. Psychoneuroendocrinology [Internet] 1998; 23(8): 819-35. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453098000560?via%3Dihub>

[consulta: 5 set 2018].

Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet] 2011; 33(1):7-11. Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf> [consulta: 5 set 2018].

Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. Dev Psychobiol 2005; 47(3): 217-29. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252290> [consulta: 5 set 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



ANEXO 1: PROTOCOLO.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Contacto Piel a Piel en Recién

Nacidos Prematuros



Autores:

Emiliano Montanaro 

Mariana Galasso 

Erika Viera 

Tutora:

Prof. Adj. Mg. Alicia Pérez

Montevideo 2018

ABREVIATURAS UTILIZADAS

(EBPN) Extremado bajo peso al nacer

(EG) Edad Gestacional

(RN) Recién Nacido

(UCIN) Unidad de cuidados Intermedios Neonatales

(MMC) Método Madre Canguro

(INK) International Kangaroo Care Network .

(LM) Lactancia Materna

(OMS) Organización Mundial de la Salud

(UNICEF) United Nations International Children's Emergency Fund. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



(AIEPI) Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

(APAPREM) Asociación Argentina de Padres de Niños Prematuros.

(FENF) Facultad de Enfermería

(SMI) Servicio Médico Integral

(HC) Hospital de Clínicas

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo de investigación será elaborado por un grupo de cuatro estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, correspondiente al plan de estudios 1993, respondiendo a un requisito curricular para la obtención del título de grado. El mismo corresponde a una investigación dentro de los ejes temáticos del Departamento Materno infantil.

La investigación planteada se enfoca en describir el contacto piel a piel precoz de los recién nacidos prematuros entre 33 y 37 semanas que se encuentran en unidad de cuidados intensivos de institución pública y privada en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

“El contacto piel a piel del recién nacido con su madre ha sido una práctica ancestral en toda cultura, que debido a la institucionalización de la atención del parto, disminuyó en occidente. Afortunadamente con la atención humanizada al parto la cual comenzó a principios del siglo XX, se ha ido retomando su importancia en estos últimos tiempos. El contacto piel a piel, se 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, al menos las 2 primeras horas de vida, aprovechando el estado de alerta tranquila del niño. La separación precoz en cambio, puede provocar

hipotermia, que el prematuro intenta minimizar haciendo vasoconstricción periférica, que comporta un mayor consumo de glucosa y una acidosis metabólica.”¹

Los nacimientos prematuros han sido un problema grave y desatendido, dicen los grandes referentes a nivel mundial en la salud. Epidemiológicamente según un estudio realizado por la OMS “Se estima que en 2012 de los 11 países con índices de nacimientos prematuros mayores al 15%, todos menos 2 están en África subsahariana. Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo, 60% de ellos en Asia meridional y África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los neonatos nacen demasiado pronto, en comparación con el 9% en los países de mayores ingresos.

“El problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12%, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros. Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son India 3.519.100; China: 1.172.300; Nigeria: 773.600; Pakistán; 748.100; Indonesia; 675.700; Estados Unidos; 517.400; Bangladesh; 424.100; Filipinas: 348.900; República Democrática

¹Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* [Internet] 2012; 21(4): 209-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007 [consulta: 14 nov 2017].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



del Congo: 341.400; y Brasil: 279.300.”²

“En Uruguay nacen 4200 bebés prematuros al año, lo que corresponde a un 9 % de los recién nacidos según informa la Asociación Uruguaya de padres con hijos prematuros (AUPAPREM). El 8,9% del total de nacimientos se produce prematuramente, en el Centro Hospitalario “Pereira Rossell” perteneciente a ASSE nace un promedio de 7000 niños por año y el 15% de ellos requieren cuidados intensivos o intermedios debido a su condición como prematuros menores a 37 semanas.”³

En el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” durante el año 2017 según datos estadísticos extraídos en la Clínica Ginecológica B perteneciente a la Facultad de Medicina en la planilla anual que poseen en el piso 16, los partos prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación, abarcan un número de 77 recién nacidos, lo que corresponde a un 20% de la población total.

²Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html [consulta: 22 ago 2018].

³Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Día nacional de la prevención de la prematuridad. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/d%C3%ADa-nacional-de-la-prevenci%C3%B3n-de-la-prematurez> [consulta: 29 jul 2018].

JUSTIFICACIÓN

Consideramos de gran importancia el estudio del tema porque según “La Organización Mundial de la Salud, la incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas, se estima que cada año nacen aproximadamente un 15% de neonatos prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando”.

Además, lo que motivó el interés en investigar sobre el tema sería porque los recién nacidos prematuros poseen otras cualidades a un recién nacido a término y que en la búsqueda realizada no se han encontrado trabajos similares.

Es importante que se lleve a cabo el contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre ya

que tiene múltiples beneficios⁴ para ambos, entre ellas, favorece la termorregulación, mantiene las constantes vitales del recién nacido, favorece el apego, disminuye el riesgo de apneas, favorece el sueño y disminuye el estrés producido por el parto, favorece la lactancia materna y la producción de leche.

⁴Mateo Sota S. El contacto piel con piel: beneficios y limitaciones. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf?sequence=1> [consulta: 29 jul 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Para que lo anteriormente expuesto se lleve a cabo debe existir una humanización en la atención por parte médica y de enfermería. Según el magister en la Humanización de la salud José Carlos Bermejo “Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el contacto piel a piel precoz en los prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación internados en cuidados intermedios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a la población de recién nacidos prematuros

Identificar los factores que intervienen en el contacto piel a piel.

Conocer la realización del contacto piel a piel al nacimiento.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



ANTECEDENTES

Para poder identificar los antecedentes relacionados al tema de esta investigación se realizó una búsqueda bibliográfica en: Biblioteca de Facultad de Enfermería y utilizando las bases científicas de Timbó, Scielo y Google Académico.

En la estrategia de búsqueda utilizando palabras clave y términos relacionados a la investigación, se obtuvieron seis resultados con los siguientes descriptores a destacar: Contacto piel a piel, prematuro, método canguro, apego, recién nacido, UCIN.

Luego de haber realizado la revisión bibliográfica, se tuvo acceso a algunas investigaciones relacionadas al tema, pero no encontramos en Uruguay una investigación similar.

Se sabe que el contacto piel a piel precoz entre la madre y el neonato reduce el llanto al nacer, mejora la interacción entre ambos y mantiene al recién nacido en una respuesta termorreguladora fisiológica.

Esta ha sido una práctica de suma importancia en toda cultura, que, debido a la institucionalización de la atención del parto, donde se comenzó a aplicar la atención humanizada del parto.

El contacto temprano piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. “El fundamento para el contacto piel a piel se basa en estudios

realizados en animales, en los que se demostró que ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat. En la biología de los mamíferos, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato, que conducen a una lactancia satisfactoria y, por lo tanto, a la supervivencia. La separación de este medio produce un llanto inmediato por angustia”⁵

“En los seres humanos, la separación de rutina poco después del nacimiento es puramente propia del siglo XX. Esta práctica diverge de la historia evolutiva, donde la supervivencia del neonato dependía del contacto materno íntimo y prácticamente continuo. El contacto piel a piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal”⁶

Por este motivo se necesita evaluar de forma cuidadosa la posibilidad de que la separación postnatal del neonato no sea estresante y produzca efectos perjudiciales que quizás persistan durante toda la vida.

⁵Fundación Bernard van Leer. Un buen inicio: avances en el desarrollo de la primera infancia. Espacio para la Infancia [Internet] 2015; 43. Disponible en: <https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/un-buen-inicio-avances-en-el-desarrollo-de-la-primer-infancia.pdf> [consulta: 29 jul 2018].

⁶Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un niño prematuro? [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/ [consulta: 15 ago 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



“Existe un consenso casi absoluto en cuanto a que Kangaroo Mother Care (KMC) es una importante intervención basada en pruebas y de bajo coste destinada a mejorar la salud y las probabilidades de supervivencia de los prematuros y de bajo peso al nacer. Esta iniciativa, cuyo nombre alude a la forma en la que las crías de canguro viajan en el bolsillo de su madre, consiste en promover el contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre el cuidador y el bebé, la alimentación mediante lactancia o leche materna en exclusiva, y un proceso de alta que tenga en cuenta el contexto y ofrezca un seguimiento posterior para el neonato y su familia.

Esta práctica surgió a finales de los años setenta en un hospital colombiano que tenía las incubadoras masificadas. Los médicos animaron a las madres a colocarse a sus prematuros en el pecho y envolverlos para mantenerlos calientes, con tan buen resultado que decidieron publicar su hallazgo. El interés por este tema fue creciendo y, en 1996, un grupo de investigadores de distintos países y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunió en Trieste (Italia) para fundar la red International Kangaroo Care Network (INK).

Se ha demostrado que el contacto piel con piel inmediato beneficia a todos los recién nacidos (Moore y otros, 2016), pero las repercusiones positivas de este contacto temprano, continuo y prolongado (con una media de 18 horas al día) son especialmente intensas en los recién nacidos de bajo peso al nacer. Se incluye en este grupo a los menores de 37 semanas de gestación y también a los que tienen un peso inferior al correspondiente a su edad gestacional a pesar de haber nacido más tarde.

Estos recién nacidos son mucho más propensos a fallecer poco después del parto o durante su primer año de vida, y los que sobreviven tienen más probabilidades de padecer problemas de salud crónicos, sobre todo déficits sensoriales y discapacidades de desarrollo neurológico (Lawn y otros, 2014).

La implantación de la iniciativa KMC es sencilla, ya que no requiere equipamiento médico especializado. No obstante, sí suele exigir un cambio radical en la mentalidad y los procedimientos médicos. Durante las últimas dos décadas, una red cada vez más numerosa y firme de profesionales comprometidos, con el apoyo de la OMS y otras entidades internacionales de gran calado, han contribuido a crear “centros de excelencia” (CoE) de KMC en más de 30 países, así como unidades canguro en miles de hospitales de todo el mundo. En comparación con la mayoría de las intervenciones sanitarias complejas, KMC ya es todo un éxito en cuanto a su implantación en diferentes países. Sin embargo, teniendo en cuenta la gravedad del problema, el alcance de KMC sigue siendo insuficiente incluso en los países en los que ha cosechado los mejores resultados. Una implantación exhaustiva podría contribuir a evitar 770.000 fallecimientos más de neonatos al año (Howson y otros, 2013; Lawn y otros, 2013b). Entre aquellos que sobreviven, se ha demostrado recientemente que KMC tiene un efecto duradero en su desarrollo físico, social, emocional y cognitivo.”



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



MARCO TEÓRICO

Recién nacido prematuro: Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación. Debido a que su organismo no está desarrollado completamente posee diversas dificultades para adaptarse a la vida extrauterina, tales como; dificultad para mantener una termorregulación adecuada ya que su piel se encuentra inmadura, más fina y con menos capas que la del RN término, ausencia de reflejo de succión- deglución - respiración a causa de inmadurez anatómico funcional de su tubo digestivo.

Según la OMS⁷ “El recién nacido prematuro es aquel cuya edad gestacional es mayor a 24 semanas e inferior a las 37 semanas de gestación. Entre los factores que determinan la probabilidad de sobrevida de los recién nacidos prematuros se encuentran las semanas de gestación del prematuro, el peso, presencia de problemas respiratorios, existencia de anomalías congénitas e infecciones.”

⁷Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un niño prematuro? [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/#.VBXmdh4jOfY.link Consultado 15/08/18

Existen diferentes clasificaciones del recién nacido prematuro; según AIEPI⁸, utilizando el peso y su edad gestacional.

“Dependiendo de la edad gestacional, e independiente del peso de nacimiento se clasifica de la manera siguiente:

Pretérmino, cuando se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación, o sea menos de 37 semanas.

Se identificaron prematuros entre 34 a 37 semanas. En donde su peso característico es entre 1.700 a 3.400 gramos, mide entre 43,2 a 45,7 centímetros. La tasa de supervivencia es entre el 98 al 100%.

Término, cuando se ubica entre la semana 37 y 41 de gestación.

Postérmino, cuando se ubica después de la semana 41 de gestación.

Dependiendo de su peso al nacer, e independiente de la edad gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

Extremado bajo peso al nacer (EBPN), cuando el peso de nacimiento es menor de 1.000 gramos.

Muy bajo peso al nacer (MBPN), cuando el peso de nacimiento se halla entre 1.000 y

⁸Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: manual Clínicos para profesionales de la salud. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=91-aiapi-manual-clinico-para-profesionales-de-la-salud-modulo-de-capacitacion&Itemid=253 [consulta: 15 ago 2018].

1.499 gramos, o sea, es de menos de 1.500 gramos.

Bajo peso al nacer (BPN), cuando el peso de nacimiento se halla entre 1.500 y 2.499 gramos, o sea, es de menos de 2.500 gramos.

Según el Instituto Nacional de Salud de La Sociedad Americana (National Institutes of Health) al recién nacido, en el cuidado de la Transición a la vida extrauterina, la edad gestacional les permite anticiparse a las necesidades de los recién nacidos a asistir, razón por la que se clasifican en:

No viables al nacer, los menores a 24 semanas de gestación.

Periviables, 24 a 27 semanas, tienen una alta mortalidad y una morbilidad del 100%

Pretérmino inmaduro, 28 a 33 semanas, donde la prematurez sigue marcada por la inmadurez, debiendo prestarse especial atención a las dificultades en la termorregulación, el medio interno y la adaptación cardiorrespiratoria.

Pretérmino maduro, 34 a 38 semanas, incremento en el número de nacimientos, destacándose la baja mortalidad, pero con riesgo por una morbilidad elevada, debiendo prestarse especial atención a la estabilidad respiratoria y la circulación pulmonar.

Término de mínimo riesgo, 39 a 40 semanas, marcan la diferencia y la entrada al período de término del embarazo, con el menor riesgo para el RN. Si el embarazo fue controlado los cuidados solo involucra; el control de la adaptación a la vida extrauterina y el inicio de la succión, debiendo evitarse maniobras que pueden ser perjudiciales.

Término de altísimo riesgo, 41 o más, están en alto riesgo por insuficiencia placentaria. Es un grupo que ha disminuido en cantidad en los últimos años ya que el



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



cuidado debe estar centrado en las dificultades hemodinámicas y respiratorias graves.⁹

Puerperio, “Es el período durante el cual se produce en el organismo materno la total involución de las modificaciones producidas durante el embarazo. Dura aproximadamente 45 a 60 días. En las primeras 24 horas, o puerperio inmediato, se controlan los signos vitales, y la madre puede recibir medicación para que se contraiga el útero. Se observan características de los loquios (secreciones vaginales) y la sutura, en el caso de haberse realizado episiotomía.

También se controlan las mamas, el calostro y el plan seguido para el desarrollo de una lactancia exitosa, lo cual puede estar a cargo de una puericultora. Si el parto fue por cesárea, se controla la herida, se indica deambulacion con una faja abdominal, y la alimentación materna se introduce de manera gradual.”

“Este período es un tiempo de cansancio y agotamiento físico en el cual ocurren muchos cambios, hormonales y emocionales. Estos constituyen una crisis para la madre y su familia, y se requiere una reorganización y adaptación psicológica. Hay que encontrar un equilibrio entre lo perdido (embarazo) y lo nuevo, lo adquirido (el hijo). En las

⁹Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of Indicated Late-Preterm and Early-Term Birth. *Obstet Gynecol* 2011; 118(2 Pt 1): 323–33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160133/> [consulta: 10 may 2018].

primeras horas la madre se encuentra muy vulnerable. Suele dormir pocas horas y el bebé demanda todo el tiempo, por lo cual suele sentirse exhausta y emocionalmente lábil”

Contacto piel a piel: “El contacto piel a piel precoz, es una técnica mediante la cual, ponemos al recién nacido en contacto con el pecho directo y abdomen de la madre para mantenerlos calientes.

¹⁰Se ha demostrado que el contacto piel a piel precoz o inmediato beneficia a todos los recién nacidos, pero las repercusiones positivas de este contacto temprano, continuo y prolongado (con una media de 18 horas al día) son especialmente intensas en los recién nacidos de bajo peso al nacer. Se incluye en este grupo a los recién nacidos que nacen con menos de 37 semanas de gestación y también a los que tienen un peso inferior al correspondiente a su edad gestacional a pesar de haber nacido más tarde.” ¹¹

Beneficios del Contacto piel a piel A nivel cognitivo, proporciona a

¹⁰Mateo Sota S. El contacto piel con piel: beneficios y limitaciones. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf?sequence=1> [consulta: 29 jul 2018].

¹¹Teresa Moreno, Espacio para la Infancia, Avances en el desarrollo de la primera infancia. Editorial Fundación Bernard van Leer. 2017. También disponible en inglés: Early Childhood Matters [consulta: 29 jul 2018].

aprematuro: estimulación auditiva a través de la voz materna; evita la exposición al ambiente estresante de las unidades de UCIN, ya que los sonidos próximos se amortiguan en la ropa y la piel de la madre; estimulación olfativa por la proximidad del cuerpo de la madre; estimulación vestibular-kinestésica por la situación del neonato sobre el tórax materno; estimulación táctil por el contacto piel a piel permanente; estimulación visual al visualizar la cara y el cuerpo materno.

Es económico ya que no se necesitan grandes recursos para implementarlo. Es un método seguro, eficaz, natural, fácil de aplicar.

Beneficios fisiológicos para el recién nacido, pues favorece su desarrollo psicomotor, disminuye las apneas y mejora el sistema inmunitario del neonato protegiéndolo de infecciones. Su situación clínica mejora notablemente, lo cual contribuye a que el recién nacido gane peso y se recupere más rápido.

Beneficios para los padres, porque al tener el prematuro a pecho estimula la succión con más frecuencia, aumentando así la producción de leche, lo cual repercute en beneficio del recién nacido. A la vez, los padres se sienten partícipes de la recuperación de su hijo, se sienten más confiados y con más fuerza para sobrellevar el período de internación. Quienes han practicado el contacto piel con piel aseguran que es una experiencia muy positiva y placentera, y desde luego el bienestar que sienten los padres se refleja en el neonato.

Método canguro: El método canguro o también llamado contacto piel a piel, se llevó a cabo

por primera vez en Bogotá, Colombia, por los neonatólogos Rey y Martines en el año 1979.

En esa época nacían aproximadamente veinte mil niños al año, donde el 15% eran prematuros¹². Se realizó por la falta de incubadoras en la unidad neonatal, lo cual requirió mantener a los neonatos en contacto piel a piel durante 24 horas para mantener la temperatura corporal. A partir de esto, se observaron múltiples beneficios para la madre y el recién nacido.

Este método consiste en colocar al recién nacido en contacto piel a piel con su madre en la región torácica. El comienzo de este contacto va a depender del deseo materno, el estado clínico del recién nacido, y la púerpera¹³.

El comienzo del contacto piel a piel varía según la edad gestacional, el peso, la gravedad de la patología y la estabilidad del recién nacido, así como la disponibilidad y el deseo de la madre de realizarlo. La OMS ha divulgado y recomendado el método canguro como norma del cuidado del neonato prematuro y de muy bajo peso al nacer, así como el neonato de término enfermo.

12Aguilar Cordero MJ. Lactancia Materna. Madrid: Elsevier; 2005.

1311-Organización mundial de la salud. Visita al programa Madre Canguro del Hospital San Ignacio. [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2173:visita-al-programa-madre-canguro-del-hospital-san-ignacio&Itemid=562 [consulta: 23 abr 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Entre los beneficios para el prematuro se destacan que favorece el desarrollo neuro-psicomotor, favorece la termorregulación, aumento de peso corporal más rápido, favorece el apego, estabiliza la frecuencia cardiaca, disminuye el riesgo de apneas, favorece el sueño y disminuye el estrés producido por el parto.

Para observar estos beneficios es necesario llevar a cabo el procedimiento al minuto del parto y en la UCI neonatal, siempre y cuando el estado clínico sea estable.

En caso de presentar signos de alteraciones fisiológicas, es necesario abandonar el procedimiento. Otro de los cuidados que se puede mencionar es valorar signos vitales y fisiológicos del neonato.

“Éste método puede comenzar antes del nacimiento, cuando se identifica a las embarazadas ellas reciben la orientación relacionada con el cuidado del neonato durante el contacto piel a piel. El método se recomienda para todos los neonatos estables, con Apgar mayor a 5, nacidos de partos normales. Durante el primer minuto después del parto se coloca al neonato en posición prona en contacto con la piel de su madre. Si se encuentran dentro de los criterios de edad gestacional, peso y patologías que no contraindiquen el alojamiento conjunto, estos recién nacidos deberán ser derivados, con sus madres, al alojamiento conjunto, en el que permanecerán las 24 horas con ellas.”

“El cuidado tipo canguro debe tener tres componentes: 1) Contacto piel a piel, colocando al niño desnudo salvo el pañal, sobre el pecho de la madre, tan pronto y tan continuamente como sea posible. 2) Lactancia materna. 3) Alta precoz con seguimiento

estricto.”¹⁴ consideran que el componente piel a piel de este programa es de gran valor para contrarrestar los efectos negativos de la separación prolongada. Además, ofrece el primer encuentro íntimo entre la madre y el niño incluso en cuidados intensivos. Este contacto piel a piel tan próximo, tierno y prolongado (siempre que el niño demuestre estabilidad para colocarlo sobre el pecho de la madre), ayuda a la madre a reconocer este frágil y pequeño ser humano como a su hijo y le reafirma en su papel de madre. La experiencia es también positiva para el niño que no ha visto nunca a su madre antes, pero que ha crecido acostumbrado a los confrontantes ruidos de su cuerpo, a su voz y a su calor.

Un estudio randomizado de madre canguro versus cuidado tradicional, demuestra que no hay morbilidad adicional ni readmisión en el hospital, por problemas relacionados con la inmadurez (hipoglucemia, hipotermia) o complicaciones infecciosas. Por el contrario, las infecciones nosocomiales severas fueron menos frecuentes en niños cuidados con técnica de canguro y alta precoz.”

15

14Charpak N, Figueroa Z. Método madre canguro: guías de manejo. [Internet]. Disponible en: <https://docplayer.es/3982363-Metodo-madre-canguro-guias-de-manejo.html> [consulta: 29 jul 2018].

15Sánchez Guisado MM, Guedes Arbelo C, Martos López IM. Cuidado Neonatal con atención al desarrollo. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://w3.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONEDUCACIONYSALUD/Cuidados%20del%20neonato.pdf> [consulta: 29 jul 2018].

Alimentación Neonatal; En este período de internación en la UCIN, el método inicial de alimentación es la nutrición parenteral que tiene como objetivo satisfacer los requerimientos metabólicos y lograr un aumento sostenido del peso hasta la resolución del proceso patológico y la reinstalación de la vía enteral. Uno de los factores más relevantes en el cuidado del recién nacido es la nutrición adecuada con el fin de facilitar la recuperación del estado patológico y optimizar las condiciones clínicas del niño. El rol de enfermería es fundamental, debido a que establece una relación directa y estrecha con la madre que provee leche para su bebé enfermo o prematuro y se convierte en el eje principal del equipo de salud pues su aporte nutricional favorece al crecimiento y desarrollo del niño. Verificar los accesos vasculares centrales y periféricos. Verificar la posición y fijación de la sonda orogástrica. Establecer la succión al pecho vacío o llamada succión no nutritiva. Controlar la alimentación por gavage: velocidad de infusión, temperatura de la leche y posición del recién nacido.

Favorecer el contacto piel a piel. Favorecer la participación activa de los padres. Fomentar la lactancia precoz. Brindar información acerca de los beneficios de la leche humana. Enseñar las técnicas de extracción de leche y los cuidados de la mama.

16

Vínculo de Apego: En este trabajo es importante diferenciar entre la conducta de apego y el vínculo de apego. “El vínculo de apego es el lazo afectivo por las personas que

16Maiza Gutierrez, Claudia Luna, Clarisa Salvatierra; Experiencia institucional relacionada con el contacto piel a piel. Enfermeras asistenciales 2010;:17-18

tienen una significación especial en su vida. Decir que un niño o una persona tienen apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo, sobre todo ante la sensación de inseguridad. La conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”.

17

Rol del profesional de Enfermería respecto a cuidados al recién nacido prematuro, en el aspecto profesional ...“corresponde en su rol como Licenciados en Enfermería definido por el Departamento Materno Infantil de la FENF la Especialista en Enfermería Neonatal (2015-2016) ; el desarrollo de sus competencias profesionales especializadas en el cuidado de los RN y sus familias en todos los niveles de atención, mediante la gestión del cuidado de enfermería de manera integral, preventiva, humanizada, basado en evidencias científicas, con enfoque de género y pertinencia social, mejorando la calidad de la atención de los servicios. El cuidado de los recién nacidos críticamente enfermos está en permanente evolución por lo tanto Enfermería debería mantener competencias a lo largo de sus carreras. Brindar el cuidado seguro, identificarse con un Modelo de Atención, orientado al cuidado del neurodesarrollo y centrado en la familia,

17 Bowlby J. Una base segura; apego y salud en el desarrollo humano. 2a. ed. Barcelona: Paidós; 1989.

sería el desafío de los Enfermeros en la especialidad neonatal. En otras décadas el rol de la Enfermería Neonatal estaba centrado en la estabilización de problemas médicos agudos, la prevención y tratamiento de las complicaciones, la gestión integral de la lesión y/o enfermedad y la restauración de los niveles máximos de la salud. Tal vez sea las L.E, los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin, identificando cuales son los principios del cuidado. Los de mayor influencia en su labor son: conocer su función, fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de salud de los neonatos, conocer sus límites definidos por su nivel de preparación y desarrollo, tener conocimiento de la aplicabilidad de los cuidados dado por su experiencia y la adquisición de conocimientos científicos, tener experiencia en la aplicabilidad de los cuidados ligada a los años de experiencia pero puede ser errónea al realizar técnicas y creer que es la idónea, razón por la cual hay que tener espíritu de mejora, tener capacidad para mejorar, dada por el grado de implicación con sus pacientes.” “La puesta en posición canguro, sobre todo las primeras veces que se realiza, es un proceso que requiere supervisión cuidadosa. Es necesario que el profesional de salud en general, un profesional de enfermería, debidamente capacitado, ayude y apoye al proveedor de la posición hasta que este se sienta suficientemente seguro y cómodo realizando la maniobra por sí mismo.”

18

18Pérez Borba A. Percepción de los licenciados de enfermería del segundo y tercer nivel de atención, sobre el seguimiento del recién nacido de riesgo y su familia al alta [tesis maestría]. Montevideo; Facultad de Enfermería, Udelar; 2017.

Cuidados de Enfermería en recién nacidos prematuros, ... “el acompañamiento del personal de enfermería es imprescindible para la familia. Mientras nos adaptamos al lenguaje y aparatología de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), las enfermeras nos ayudan en el aprendizaje diario del bebé lo que nos permite asimilar mejor la información, nos brinda seguridad y confianza y nos prepara para el alta y garantiza que comprendamos la importancia de los controles incluidos en el Programa de Seguimiento post- hospitalario” comentó la Sra. Andrea Dolce, Presidenta de APAPREM - Asociación Argentina de Padres de Niños Prematuros.¹⁹

Además, son las enfermeras y enfermeros quienes muchas veces están en contacto directo con los padres. Así, hacen de nexo al mismo tiempo que los contienen y les enseñan a cuidar a su neonato. “Se debe tratar de involucrar a los padres lo antes posible en los cuidados que el neonato necesita, en la medida en que ellos quieran y puedan hacerlo. Esto es importante para fomentar el apego ya que, muchas veces, las hospitalizaciones prolongadas constituyen un obstáculo para el vínculo. La educación a los padres es una intervención que Enfermería debe realizar y priorizar en el caso de los padres de prematuros. En general, el temor, la inseguridad y la incertidumbre suelen influir en la forma en que ellos se desenvuelven cuando tienen que estar en contacto con

¹⁹Intramed. El rol de la enfermería en el cuidado de los prematuros. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=90035> [consulta: 10 may 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



sus niños para brindar algún tipo de cuidado o tenerlo en contacto piel a piel. Además, es importante prepararlos para el cuidado en sus hogares”.

Los cuidados del recién nacido prematuro son distintos. Por eso, el personal de enfermería debe tener conocimientos específicos. “Estos recién nacidos requieren cuidados especiales acordes a su condición de prematuros, potenciada por las complicaciones propias que conlleva el haber nacido antes” aseguró la Licenciada Fernanda Retes, directora de la red de Enfermería por la prevención. Además, agregó: “es necesario que los enfermeros a cargo de estos niños posean el conocimiento, las habilidades e idoneidad necesarias para realizar sus intervenciones con este grupo en particular, ya que los cuidados que reciban los bebés prematuros determinarán, en gran medida, su futuro desarrollo, ya sea motor, neurológico, cognitivo etc.”

Indudablemente se genera un vínculo entre el recién nacido, el personal de enfermería y la familia de ese niño, que espera con ansias el momento del alta médica. “A medida que pasa el tiempo la convivencia con el personal de enfermería promueve el conocimiento de la situación emocional de la familia y una relación donde se comparten las luchas y logros del recién nacido. Vamos sintiendo el apoyo, un cuidado humano mientras no estamos presentes en la neo que nos ayuda a atenuar la necesidad de control de todo lo que ocurre en nuestra ausencia y mucha gratitud por todo el empeño puesto en enseñarnos a “ser padres” en el mundo de la UCIN, impensable para el comienzo de la vida de nuestro hijos” finalizó la Sra. Andrea Dolce.

Una vez dados de alta deberán realizarse controles rigurosos a medida que vayan



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



creciendo. En tal sentido, el personal de enfermería juega un rol fundamental, ya que son ellos quienes cuidarán del recién nacido mientras se encuentre en neonatología y durante los controles posteriores, al mismo tiempo que serán los encargados de acompañar a los padres y la familia involucrada en el tratamiento.

Crisis al Nacimiento, la mayoría de las parejas esperan un neonato sano al nacimiento, cualquier variación a lo esperado, provoca sentimientos de pérdida. Las crisis perinatales son inesperadas y no planificadas. Múltiples factores afectan el manejo de la crisis al nacimiento.

Causa temor y aprehensión de que el fracaso se convierta en una realidad.

Las reacciones individuales son determinadas por la cultura, religión y costumbres y del modo que se maneje la crisis puede afectar a los padres y la adaptación de la familia por varios años.

La crisis incluye, pérdida espontánea del embarazo en el primer o segundo trimestre. Óbito o muerte neonatal (muerte del neonato en las primeras cuatro semanas de vida). Diagnóstico de anomalías fetales durante el control prenatal o después del nacimiento. Paciente en estado crítico o muerte durante el período periparto.²⁰

²⁰ Soporte Vital Avanzado en Obstetricia. Crisis al nacimiento: cuidados para la familia después de una muerte perinatal o complicaciones. México: Academia Estadounidense de Médicos de Familiares; 2006



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Segundo Nivel de Atención, se ubica en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. Se enfoca en la promoción, prevención, y diagnóstico, los cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN): Los recién nacidos que necesitan atención médica especializada se ingresan en el área del hospital llamada unidad de cuidados intensivos neonatales, la misma cuenta con tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar cuidado especializado para los neonatos, también debe de contar con una atmósfera acogedora que contemple el confort de los pacientes y los familiares debiendo ser pensada como “el primer hogar” del neonato.

Para ello se debe tener ciertas consideraciones en los niveles de ruido, iluminación y manipulaciones que corresponden a los cuidados pertinentes al neurodesarrollo.

El cambio que debe afrontar este crecimiento cerebral en el ambiente de la UCIN, completamente distinto del ambiente uterino, siendo la evidencia contundente de que el mismo provoca una sobrecarga sensorial que impacta negativamente en el sistema neurológico en desarrollo. Está demostrado que los periodos prolongados de estados de

sueño difuso, la posición supina y la excesiva manipulación, así como la luz y el ruido ambiental, la falta de oportunidades de succión no nutritiva y de interacción social adecuada, tienen efectos adversos en el neurodesarrollo.

Las intervenciones de enfermería en la UCIN han adquirido mucha importancia ya que la manipulación del recién nacido conlleva un impacto determinado en su evolución.

Antes de manipular al recién nacido se deberá comprobar su estabilidad clínica, su estado de sueño- vigilia, planificación de cuidados de enfermería previos con el fin de reducir los niveles de estrés, evitar estímulos innecesarios y manipulaciones bruscas y prolongadas tras las mismas el recién nacido debe dejarse estable con correctas medidas de confort y protección.

La iluminación artificial como natural cumple varios roles en el ambiente de la UCIN, soporta la función visual de los profesionales, transmite sensaciones, además de su uso terapéutico, afecta a la fisiología y el desarrollo del neonato debido a que el sistema visual del neonato no está completamente desarrollado al nacer y el mismo se produce durante el último trimestre. Hasta alcanzar la edad gestacional corregida correspondiente a un recién nacido a término no es necesaria la luz para desarrollo visual, siendo inapropiado someter al pretérmino a luz cuando intraútero no lo está. Los niveles altos de iluminación han sido asociados con cambios clínicos como menor ganancia de peso, cambios comportamentales, alteraciones en el desarrollo del sueño.

Los beneficios que tiene el contacto piel a piel en el recién nacido son que mejora la estabilidad cardio respiratoria, favorece la colonización del recién nacidos con gérmenes

maternos, disminuye los niveles de estrés causados por el parto, favorece la termorregulación.

Por otro lado, también tiene efectos positivos para la madre, ya que es un estimulante vagal, que libera oxitocina, la cual produce aumento de la temperatura de las mamas y le proporciona calor al recién nacido.²¹

“La comunicación es un proceso dinámico y esencial para todo ser humano. El recién nacido no tiene capacidad de expresarse verbalmente y se expresa a través del comportamiento. Para la familia la comunicación con el equipo de salud es muy importante, porque en él están puestas todas las expectativas del cuidado de su bebé. Priorizar el contacto temprano. Evaluar la comunicación verbal y no verbal del niño y su familia. Valorar el contacto visual, tono de voz y permanencia de los padres con su hijo. Favorecer la comunicación de los padres con el equipo de salud. Facilitar el acceso irrestricto de los padres y hermanos. Usar un lenguaje sencillo y claro. Brindar respuestas en el momento oportuno. Demorar rutinas que interfieran el vínculo. Necesidad de dormir y descansar. El recién nacido con estadía prolongada en la UCIN, es sometido a múltiples intervenciones que alteran el sueño y el reposo. En este caso

21Intramed. El rol de la enfermería en el cuidado de los prematuros. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90035> [consulta: 10 may 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



favorecer la organización del sistema nervioso central y disminuir factores de estrés minimiza el daño que esto produce en su cerebro. Adaptar el ambiente extrauterino en semejanza al intrauterino con el fin de disminuir los estímulos acústicos, visuales, técnicas de diagnóstico y terapéuticas. Crear un ambiente cálido y seguro. Brindar atención individualizada e integral en función de las necesidades del niño y la familia. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. El recién nacido se muestra frágil y vulnerable, por lo tanto, necesita de nuestra protección y cuidado. Facilitar cuidados de posicionamiento correcto en la incubadora y durante la implementación del contacto piel a piel, promover su tono flexor y ayudarlo a llevar las manos a la línea media, con el fin de proporcionar al recién nacido un desarrollo psicomotor adecuado. Necesidad de aprender. Durante la experiencia de COPAP, los padres viven con incertidumbre y ansiedad. Por ello requieren de orientación y educación para incorporar pautas de cuidado y signos de alarma. La educación a la familia se debe realizar en forma individual respetando los tiempos de aprendizaje. Enseñar a la madre a responder a las necesidades del recién nacido. Concientizar sobre la importancia del vínculo. Educar para poder identificar signos de estrés y confort durante la alimentación. Reconocer signos de alarma durante la experiencia. Facilitar posturas fisiológicas durante el COPAP que disminuyen el riesgo de apneas.”

22

22Maiza Gutierrez, Claudia Luna, Clarisa Salvatierra; Experiencia institucional relacionada con el contacto piel a piel. Enfermeras asistenciales 2010;:17-18

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general de estudio: La propuesta se llevará a cabo mediante un diseño de estudio descriptivo, con un enfoque cuantitativo de corte transversal.

Área de estudio: La investigación se llevará a cabo en la ciudad de Montevideo, se desarrollará en la unidad de cuidados intensivos del Servicio Médico Integral (IAMC) y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, perteneciente a la Clínica Ginecológica B, en piso 16 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina. Udelar.

Universo: El universo de estudio seleccionado para esta investigación serán todos los recién nacidos prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación de dos instituciones públicas.

Muestra: Para seleccionar los individuos componentes de la muestra a estudiarse, se aplica el procedimiento probabilístico denominado muestreo no probabilístico por conveniencia.

La unidad de análisis será el contacto piel a piel entre los prematuros 33 a 37 semanas y sus madres y padres que se encuentren internados en las instituciones antes mencionadas. Los datos se recogerán a través de la historia clínica y el carné perinatal y también de las madres y padres aplicando un cuestionario cerrado realizado por el grupo investigador.

El criterio de inclusión Se incluirán a los recién nacidos de 33 a 37 semanas que se encuentren internados en dos instituciones, una pública y otra privada seleccionadas



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



para realizar esta investigación, y también se incluirán a las madres y padres de esos recién nacidos.

El criterio de exclusión Se excluirán de esta investigación al personal de enfermería, el personal médico y los recién nacidos que sean menores a 33 semanas o mayores a 37 semanas. También se excluirán a los recién nacidos prematuros provenientes de otras instituciones.

Variables de caracterización Todo lo que se tome en cuenta para describir a la población: tipo de nacimiento, test de apgar, peso al nacer, edad gestacional al nacer, edad cronológica, días de nacido, días de internación en la ucín, contacto piel a piel al nacer, contacto piel a piel en la Ucin, duración del contacto piel a piel, tipo de dispositivo de apoyo, ambiente que favorece el contacto piel a piel, termorregulación, disposición de la madre y/o padre para realizar el contacto piel a piel, disposición del personal de salud para realizar el contacto piel a piel

Definición teórica y operacional de las Variables

1- Tipo de nacimiento

Tipo: Es una variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Culminación del embarazo hasta el período de la salida del neonato del útero.

En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea: la extracción del neonato a través de una incisión quirúrgica en el abdomen.

Definición operacional: Obtener la vía de nacimiento del neonato por medio del cuestionario hacia la madre y/o padre.

Escala:

Parto Natural

Parto Vaginal instrumental

Parto Abdominal o Cesárea

Representación: gráfico de barras vertical

2- Puntaje de Test de Apgar

Tipo: Es una variable cuantitativa discreta.

Definición conceptual: Es un método objetivo de cuantificar la condición del recién

nacido y es útil para obtener información acerca del estado general, de la adaptación a la vida extrauterina y recuperación frente al stress del parto. La valoración de Apgar se asigna al minuto de vida y a los cinco minutos de vida. Definición operacional: Es el puntaje que se realiza para evaluarlo con un examen rápido de parámetros clínicos que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento.

Escala:

1 a 3 - Depresión neonatal grave

4 a 6 - Depresión neonatal moderada

7 a 10 - Adecuado estado al nacimiento.

Representación: gráfico de barras vertical.

3- Edad gestacional al nacer

Tipo: Es una variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas

Definición operacional: Se mide en semanas, y en función de esa edad gestacional se realiza un test de evaluación, de 5 variables somáticas; textura de la piel, formación de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón y pliegues plantares.

Escala:

33 semanas cumplidas

34 semanas



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



35 semanas

36 semanas

37 semanas cumplidas

Representación: gráfico de barras vertical.

4- Peso al nacer

Tipo: Es una variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: Hace referencia a la cantidad de masa en kg que alberga el cuerpo de una persona.

Definición operacional: Cifras que se obtiene al pesar al neonato en una balanza al momento de nacer.

Escala:

Menor a 1000 gramos

Entre 1000 y 1499 gramos

1500 y 2500 gramos

Mayor de 2500

Representación: gráfico de barras vertical.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



5- Días de Nacido

Tipo: Es una variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: Rango de tiempo luego de la fecha de nacimiento del neonato, medido en días.

Definición operacional: Número de días desde la fecha de nacimiento, extraída de carné perinatal o historia clínica, hasta el momento de recolectar los datos.

Escala:

1 a 4 días de nacido

5 a 8 días de nacido

9 a 12 días de nacido

13 a 16 días de nacido

Representación: gráfico de barras vertical.

6- Días de Internación en Ucin

Tipo ; es una variable cuantitativa continua.

Definición conceptual; días de internación en una unidad especializada de atención al recién nacido y su familia con un enfoque de riesgo con énfasis en problemas

prevalentes, patologías complejas, prematurez y que requieran procedimientos especializados, de alta tecnología y personal capacitado para realizar el trabajo que requiere el área.

Definición operacional; Número de días de permanencia en la Ucin que se ubica en el tercer nivel de atención, al momento de recolectar los datos.

Escala:

7 días

14 días

21 días

28 días

Representación gráfica: Gráfico de barras vertical

7- Conocimiento de los padres sobre contacto piel a piel

Tipo: Es una variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Definición operacional: Grado de conocimiento que poseen los padres acerca del tema.

Escala:

Si

No

Representación gráfica: gráfico de barras vertical.

8- Contacto piel a piel al nacer

Tipo: Es una variable cualitativa nominal

Definición Conceptual: El contacto piel a piel precoz, es una técnica mediante la cual, ponemos al recién nacido en contacto con el pecho directo y abdomen de la madre para mantenerlos termorregulado. El contacto piel a piel precoz o inmediato beneficia a todos los recién nacidos, pero las repercusiones positivas de este contacto temprano, continuo y prolongado en los primeros minutos de vida, son especialmente intensas en los recién nacidos de bajo peso al nacer.

Definición Operacional: Se coloca al neonato desnudo en su pecho al momento del nacimiento.

Escala

Si

No

Representación gráfica: Gráfico de barras vertical

9- Contacto piel a piel en la Ucin

Tipo: Es una variable cualitativa nominal

Definición Conceptual: El contacto piel a piel precoz, es una técnica mediante la cual, se coloca al recién nacido en contacto con el pecho directo y abdomen de la madre para mantenerlo termorregulado. El contacto piel a piel precoz o inmediato beneficia a todos los recién nacidos, pero las repercusiones positivas de este contacto temprano, continuo y prolongado (con una media de 18 horas al día) en los primeros minutos de vida, son especialmente intensas en los recién nacidos de bajo peso al nacer

Definición operacional: Se coloca al neonato en su pecho dentro de la unidad de cuidados intensivos.

Escala

Sí

No

Representación Gráfica: Gráfico de barras vertical

10- Duración del contacto piel a piel

Tipo: Es una variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: Tiempo que permanece el recién nacido boca abajo, desnudo, en

contacto piel a piel sobre el abdomen o pecho de la madre.

Definición operacional: Número de minutos que permanece el neonato colocado en el pecho de su madre en la Ucin.

Escala:

30 minutos

60 minutos

90 minutos

120 minutos

Representación: gráfico de barras vertical.

11- Alimentación con Lactancia Materna

Tipo: es una variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Es la modalidad que favorece la implicación, interacción y establecimiento de vínculos entre la madre y el lactante. Es el alimento que proporciona nutrientes específicos para el crecimiento normal del neonato, factores inmunitarios, hormonas y otros componentes bioactivos que pueden actuar como señales biológicas y pueden reducir la incidencia de enfermedades infecciosas, estimular el desarrollo neurológico, disminuir la incidencia de la obesidad infantil y de algunas enfermedades crónicas.

Definición Operacional: Modalidad por el cual el neonato recibe alimentación de Leche materna y otros, dentro de la UCIN

Escala

Succión no nutritiva

Pecho directo por succión

Leche materna con biberón

Complemento con biberón

Leche materna por sonda oro gástrica

Pecho directo y complemento.

Pecho directo más Leche de banco

Representación: gráfico de barras vertical

12- Tipos de dispositivos de apoyo

Tipo; es una variable cualitativa nominal.

Definición conceptual; Son diversos dispositivos de apoyo terapéutico, de tratamiento, alimentación y dispositivos multiparamétricos que conducen a obtener información objetiva sobre la estabilidad o la modificación de los sistemas del organismo.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Definición operativa; Medios artificiales de apoyo que presenta el neonato al momento del contacto piel a piel con sus padres.

Escala

Nido de contención

Sonda oro gástrica

CPAP

Sonda Endotraqueal

V V P

V V P P

Catéter Umbilical Venoso

Catéter Umbilical Arterial

Sonda vesical

Monitorización de: FC

FR

Servo Control

Sat O2

Representación Gráfica: Gráfico de barras vertical



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



13- Ambiente que favorece el contacto piel a piel

Tipo: Es una variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: un ambiente cálido, confortable y de privacidad, lo cual podría favorecer el vínculo de apego.

Definición operacional: Característica del ambiente de confort en cuanto al espacio brindado para realizar el contacto piel a piel con los padres.

Escala:

Ambiente Cálido

Ambiente Frío

Representación: gráfico de barras vertical.

14- Lugar donde se realiza el CPP

Tipo: Es una variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Espacio donde se practica la técnica de CPP

Definición operacional: Espacio específico y determinado donde es realizada la técnica.

Escala:

Ambiente cercano a la incubadora

Ambiente lejano a la incubadora

Representación: gráfico de barras vertical.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



15- Termorregulación

Tipo: Es una variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Es el mecanismo de control fisiológico que poseen los seres humanos homeotérmicos. Los RN y los prematuros no tienen este control desarrollado por lo cual es necesario proveerles un medio ambiente con temperatura y humedad controlada. Existen métodos para evitar las pérdidas de calor inmediato después de nacer como; envolver en plástico, colocarlo sobre la madre, bajo un calefactor radiante o dentro de una incubadora. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y el peso.

Definición Operacional: Aparatos de manejo del microambiente que mantienen la temperatura corporal del neonato en valores clínicos estable, al momento de realizar el contacto piel a piel.

Escala:

Incubadora cerrada y con humidificación

Incubadora con servocontrol

Incubadora abierta o cuna radiante

Incubadora en nido

Cuna vestido

Representación: gráfico de barras vertical.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



16- Disposición de la madre o padre para realizar el contacto piel a piel

Tipo: Es una variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Es la decisión de la madre al momento en que le es entregado su hijo para realizar la técnica del contacto piel a piel.

Definición operacional: Cumplimiento de la técnica de contacto piel a piel de la madre con el neonato.

Escala:

Aceptación

Rechazo

Indiferencia

Temor

Representación: gráfico de barras vertical.

17- Disposición del personal de salud para realizar el contacto piel a piel

Tipo: Es una variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Disposición del personal sanitario para brindar ayuda mediante técnicas que beneficien el contacto piel a piel.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Definición operacional: Cumplimiento de la técnica de contacto piel a piel

con el aporte de técnicas realizadas por el personal sanitario.

Escala: Lickert

Hubo disposición

Escasa disposición

No hubo disposición

Representación: gráfico de barras vertical.

Instrumento de recolección de datos a utilizar

Para la recolección de datos se elaboró un instrumento, el cual fue implementado en la modalidad de cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas, en este caso preguntas cerradas respecto de una o más variables a medir.

También mediante la observación la cual consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías. Útil para analizar el comportamiento de neonatos y sus madres al momento de tener contacto piel a piel.

Métodos para el control de datos y garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

Con la finalidad de garantizar los aspectos éticos de la investigación siendo un estudio relacionado con seres humanos se solicitará consentimiento informado a la población de estudio (Madres o Padres de recién nacidos de 33 a 37 semanas de gestación), de acuerdo con la Declaración de Helsinki²³.

Se mantendrá de manera confidencial, por la cual se procederá a la codificación

23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> [consulta: 5 set 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



numérica de los cuestionarios. Por tal motivo, evitamos riesgos para los participantes de la investigación. Los mismos son libres de optar por acceder o no a las encuestas, refiriendo abandonar la misma si así lo desean.No existiendo beneficio económico de ningún índole para los investigadores y participantes.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

Fundación Bernard van Leer. Espacio para la infancia. [Internet]. 2016. Disponible en:

https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/08/Espacio-para-la-Infancia-2016_low-res.pdf

[consulta: 5 set 2018].

Montes M, Plascencia M, Groso Z, Ferreira P, Quiroga A, López I, et al. Práctica clínica del contacto a piel en neonatología. Sociedad Iberoamericana de Neonatología; 2012.

Disponible en: <http://www.siben.net/images/files/4pielapiel.pdf> [consulta: 5 set 2018].

Solá A. Cuidados neonatales. 3a ed. Buenos Aires: Edimed; 2011.

Tamez Nascimento R. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: asistencia del recién nacido de alto riesgo. 5° ed. Buenos Aires: Panamericana; 2016.

Uvnas Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. Psychoneuroendocrinology [Internet] 1998; 23(8): 819-35. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453098000560?via%3Dihub> [consulta:

5 set 2018].

Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet] 2011; 33(1):7-11. Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf> [consulta: 5 set 2018].

Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. Dev Psychobiol 2005; 47(3): 217-29. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252290> [consulta: 5 set 2018].



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



ANEXO2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Por este consentimiento, declaro que fui informado, claramente sobre el objetivo de la investigación “Describir el contacto piel a piel en los prematuros entre 34 y 37 semanas de gestación internados en cuidados intermedios”.

La presente investigación es realizada por 4 estudiantes de la facultad de enfermería (UDELAR).

He recibido información detallada acerca de la justificación de la investigación y de los instrumentos para la recolección de datos, es decir, cuestionario de preguntas cerradas.

Estoy informado sobre los siguientes aspectos:

- Podré retirar mi consentimiento en cualquier momento y no participar del trabajo sin que implique ningún prejuicio
- No seré identificado y la información relacionada con mi vida privada se mantendrá confidencial
- Se mantendrán todos los preceptos de la ética legal durante y después del final de la investigación
- Podré acceder a la investigación y a los resultados, aunque esto pueda afectar mi voluntad de seguir participando.

Desde ya muchas gracias por su participación y tiempo brindado.

Nombre y firma del participante: Investigador responsable:



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Modelo de instrumento para la recolección de datos

¿Qué tipo de parto fue?

- Natural
- Cesárea
- Vaginal instrumental

Apgar al nacer

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 1 a 3 - Depresión neonatal grave
- 4 a 6 - Depresión neonatal moderada
- 7 a 10 - Adecuado estado al nacimiento.

¿Cuántos días lleva luego del parto?

- Un día
- Siete días
- Treinta días o más



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



- ¿Cuántas semanas de gestación tenía al nacer?

- 33
- 34
- 35
- 36
- 37

¿Cuál fue el peso al nacer del neonato?

- Menor a 1000 gramos
- Entre 1000 y 1499 gramos
- Entre 1500 y 2500 gramos

Número de días de permanencia en la UCIN

- 7 días
- 14 días
- 21 días
- 28 días



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



¿Conoce el contacto piel a piel?

-SI

-NO

¿Realizó la técnica de contacto piel a piel con su hijo al nacer?

-SI

-NO

Disposición por parte de los padres para realizar contacto piel a piel

- Sintió deseo de realizar dicha técnica de contacto piel a piel con su hijo
- Si practicó la técnica, sintió una sensación agradable y placentera o de conexión con su hijo
- Realizó contacto visual
- Sintió beneficiosa esta técnica para su hijo

Contacto piel a piel

- Se ha puesto el neonato en contacto piel a piel durante cuánto tiempo aproximadamente?
-
- 15 minutos
- 30 minutos
- 45 minutos
- 1 hora



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



La Alimentación del Neonato es:

- Succión no nutritiva
- Pecho directo por succión
- Leche materna con biberón
- Complemento con biberón
- Leche materna por sonda oro gástrica
- Pecho directo y complemento.
- Pecho directo más Leche de banco

Ambiente que favorece el contacto piel a piel

- Sintió comodidad, a gusto y contenida en el ambiente hospitalario
- Sintió que el ambiente la favoreció en el vínculo de apego con su hijo

En qué lugar lo realizó:

- Al lado de la incubadora
- Lejos

¿En que tipo de cunase encontraba el neonato?

- Incubadora cerrada y con humidificación
- Incubadora con servocontrol
- Incubadora abierta o cuna radiante
- Incubadora en nido
- Cuna vestido

El neonato presenta algún dispositivo de apoyo

- Nido de contención
- Sonda oro gástrica
- CPAP
- Sonda Endotraqueal
- VVP
- VVPP
- Catéter Umbilical Venoso
- Catéter Umbilical Arterial
- Sonda vesical
- Monitorización de: FC

FR

Servo Control

Sat O2

¿Hubo disposición por parte del personal de salud para que se realice el contacto?

Escala Lickert:

- Si hubo disposición
- Escasa disposición
- No hubo disposición.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



ANEXO 4: APROBACIÓN DE LAS INSTITUCIONES



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



Montevideo, 19 de Octubre, 2018

Centro Médico Integral
Cuidados Intensivos Neonatales
Jefe Lic. Enf. Fabiana Delorrio

Por la presente quienes suscriben

Emiliano Montanaro C.I. [redacted] Erika Viera [redacted] Mariana Galasso [redacted] y Mariana Domínguez [redacted] estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UDELAR, Plan 93 solicitan su autorización para entrevistar a las madres o padres de recién nacidos de 34 a 37 semanas de gestación que se encuentren en la Unidad de Cuidados Neonatales.

Nuestra investigación se titula: **Contacto Piel a Piel en Recién Nacidos Prematuros**. Se trata de un estudio cuantitativo, cuyo objetivo general es: **Describir el contacto piel a piel en los prematuros entre 34 y 37 semanas de gestación internados en cuidados intermedios**.

El método que utilizaremos será entrevistas con las madres o padres, con previo consentimiento informado firmado por quienes deseen participar y obtener datos del nacimiento de la Historia Clínica. La información recabada será de carácter anónimo siendo solamente de utilidad académica para nuestro título de Licenciados en Enfermería.

Esta investigación cuenta con el aval de quien ejerce la tutoría Prof. Adj. Mg. Alicia Pérez Borba, perteneciente al Departamento Materno Infantil de la Facultad de Enfermería.

Si fuese necesario coordinar una entrevista con Ud. estamos dispuestos a concurrir con un resumen del Protocolo y el instrumento de recolección de datos.

Sin más y agradeciendo su gentil atención le saludamos afectuosamente.

Emiliano Montanaro C.I. [redacted]

Erika Viera [redacted]

Prof. Adj. Mg. Alicia Pérez Borba [redacted]

Fabiana Delorrio

Se deriva a Dirección de Cuidados

Lic. Fabiana Delorrio

Jefa de Sector U.P.E.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil



HOSPITAL DE CLINICAS
"DR MANUEL QUINTELA"

COMUNICADO INTERNO

DIA MES AÑO

9	10	2018
---	----	------

HC 2 3 02016 2004 1847 16055

Nº ...

De.Piso 16 Ginecología y Neonatología.

A. Div. Enf.
L E Ana Díaz
Directora Dpto de Educación

Mediante el presente enviamos respuesta de solicitud de Investigación Contacto piel a piel en recién nacido prematuros.

Entendemos que el tipo de investigación planteada es cualitativa y no cuantitativa como plantea la nota recibida.

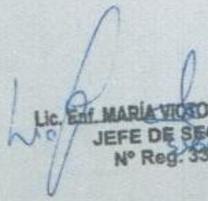
Se debe establecer que las entrevistas se realizarán en el alojamiento y no dentro del área neonatal.

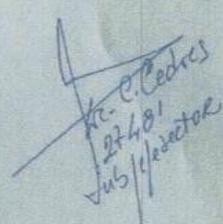
No se aclara en la solicitud si el contacto piel a piel es en el nacimiento, si es durante la estadía del neonato pretérmino dentro de la Unidad con "técnica canguro" o ambas.

En cuanto al instrumento a nuestro entender se debería modificar dos aspectos:

* Agregar la definición de contacto piel a piel y si los padres están familiarizados o conocen este termino.

*Corregir el enunciado de la variable numero 7, formular el mismo en un lenguaje comprensible para los padres.


Lic. ENT. MARIA VICTORIA HERMIDA
JEFE DE SECTOR
Nº Reg. 33888


Lic. P. Cedres
27/10/18
Subsector