



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



CONTACTO PIEL A PIEL PRECOZ EN LA PRIMERA HORA DE VIDA

Autores:

Br. Acuña, Johana
Br. Bottino, Williams
Br. Costa, Leandro
Br. López, Paulina
Br. Paz, Antonella

Tutor:

Prof. Adj. Mg. Alicia Perez Borba

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

Montevideo, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos.....	3
Lista de abreviaturas.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	6
Objetivos de la investigación.....	8
Antecedentes.....	9
Fundamento teórico.....	12
Metodología de trabajo.....	23
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	25
Gráficos y tablas.....	29
Conclusiones.....	43
Sugerencias.....	45
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos.....	47

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al compromiso del grupo y de nuestra tutora Prof. Adj. Alicia Pérez quien se encargó del apoyo y enseñanza durante todo el proceso de realización del presente trabajo.

A nuestras familias que sin ellos no hubiese sido posible todo el camino recorrido en estos cinco años de carrera.

A las instituciones en las cuales desarrollamos nuestro trabajo de investigación final para obtener nuestro título de acreditación final de la carrera.

Destacamos además el compromiso y aceptación por partes de todas las usuarias que participaron en el mismo.

Por permitirnos formarnos profesionalmente agradecemos a todos los docentes y funcionarios no docentes de la Facultad de Enfermería UdelaR.

A todos muchas gracias.

ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

CPP: Contacto Piel a Piel

CPPI: Contacto Piel a Piel Inmediato

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell

IAMC: Instituciones de asistencia médica colectiva

MCF: Maternidades Centradas en la Familia

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

RN: Recién Nacido

UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas
(United Nations International Children's Emergency Fund)

RESUMEN

Esta investigación fue realizada a través de un estudio de tipo descriptivo, presentando un diseño cuantitativo y de corte transversal, cuyo objetivo general contempló la determinación del contacto piel a piel entre la madre y el hijo durante la primera hora de vida, enumerando los beneficios que contrae para la madre y el recién nacido, describiendo además las condiciones referentes al entorno físico y la actitud que deben presentar los profesionales de todo el equipo de salud multidisciplinario, recomendadas por parte de la OMS.

La misma fue llevada a cabo en un servicio de atención privada de Canelones, Las Piedras, y un servicio de atención pública de la Ciudad de Montevideo.

Se tomó como muestra a 25 mujeres cursando puerperio inmediato, seleccionadas a través de criterios de inclusión y exclusión.

Para realizar la recolección de los datos se aplicó un cuestionario estructurado compuesto por 12 variables. 7 de estas con una opción de respuesta, las cuales corresponden a variable número 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10 ; luego se obtienen variables no excluyentes donde la usuaria pudo elegir entre más de una opción en la escalas, y no se excluye una de la otra, corresponden a las variables número 6, 7, 9, 11, 12.

Su análisis se realizó a través de programa Excel mediante gráficas y tabulación de los datos obtenidos.

Se obtuvo como resultado final que el 92% de las mujeres y sus recién nacidos presentaron Contacto Piel a Piel en la primera hora de vida, siendo este un número favorable, las mismas desconocen la razón por la cual es importante realizarlo y los beneficios que contrae para ella y su recién nacido.

En todo momento de la investigación se tomaron en cuenta las condiciones éticas necesarias para realizar una investigación científica para preservar la intimidad, y los derechos de las usuarias participantes.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo final de investigación fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, plan de estudios 1993, correspondiente al cuarto ciclo de la carrera.

Su propósito fue determinar el contacto piel a piel precoz entre la madre y el hijo, tomando dicho concepto como eje principal, más específicamente dentro de la primera hora de vida, en una Institución de Atención Médica Colectiva (IAMC) del interior del país, y un servicio de Atención Pública de la Capital.

Se eligió esta temática para realizar nuestro trabajo de investigación final, debido a que el contacto piel a piel es fundamental para el recién nacido ya que necesita de la contención materna para suplir la contención uterina.

El contacto piel a piel tiene muchos beneficios de los cuales los más destacados son la efectividad en el reflejo de búsqueda y la succión efectiva, regula y mantiene la temperatura corporal, se produce una reducción del llanto del recién nacido, mejora el comportamiento de afecto y vínculo de la madre, y disminuye el dolor post parto de la misma.

Para que se establezca el vínculo entre madre e hijo y para facilitar la futura relación de apego, es algo instintivo e inconsciente. Los pediatras J. Kennel y M. Klaus (1972- 1983, Ohio. USA) ya definen el apego como “una relación singular y específica entre dos personas, que persiste en el transcurso del tiempo”.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el recién nacido con su madre y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo y su punto de partida es el contacto piel a piel inmediato al nacer. Por tanto, todo recién nacido no aprende a autorregularse solo, lo hace gracias a la relación emocional con su madre y o padre, es la piedra angular del crecimiento independiente.

Durante el contacto piel a piel en la primera hora de vida se desarrolla un apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y su hijo, en donde se afianzan los primeros momentos de relación. Tras el trabajo de parto, madre e hijo están en alerta tranquila, pendientes de lo que sucede a su alrededor.

Si se le deja en decúbito prono (boca abajo) entre el pecho desnudo de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, pone en marcha los reflejos de búsqueda y espontáneamente, comienza a succionar.

El contacto del bebé con la piel de su madre, que tiene aumentada la sensibilidad en ese momento, da lugar a un aumento de la secreción de oxitocina, nivel máximo de esta hormona, se inicia la producción de leche materna comenzando el establecimiento del vínculo.

El presente trabajo final de investigación presentó su eje principal en los Servicios de Maternidad de baja complejidad destinadas a la atención de mujeres con embarazos y partos que inicialmente se cataloguen de bajo riesgo que pueden garantizar el adecuado seguimiento de la situación clínica tanto materna como fetal.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si se realiza contacto piel a piel entre la madre y el Recién Nacido sano durante la primera hora de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a las usuarias entrevistadas.
2. Identificar las condiciones físicas en que se realizó el contacto piel a piel.
3. Analizar el contacto piel a piel que se realizó en la muestra estudiada

ANTECEDENTES

El contacto precoz se practica en Estados Unidos y en el norte de Europa desde el año 1970, pero ha sido la norma de la humanidad hasta principios del siglo XX, cuando empezaron a separarse los recién nacidos de sus madres para realizar prácticas rutinarias en la recepción del recién nacido.

Según investigaciones en diferentes países, el contacto precoz es fundamental para afianzar el vínculo entre el binomio (madre-hijo), para este fin se deben evitar separaciones inmediatas innecesarias, y también reducir los procedimientos rutinarios en el posparto inmediato.

Desde hace siglos y debido a las costumbres de las diferentes culturas, el contacto piel a piel es una manifestación de cariño y reconocimiento entre la madre y el recién nacido y una manera de proteger al mismo.

Esta práctica se ha llevado a cabo antes de institucionalizar el parto. En aquellos lugares donde las madres comenzaron a ser hospitalizadas para tener a los recién nacidos, comenzó a perderse la oportunidad de mantener el contacto piel a piel al momento del nacimiento.

Actualmente se ha publicado los Protocolos Clínicos en la Maternidad, Tomo I Asse, C.H.P.R donde se mencionan estos aspectos; “El CPP debe ser inmediato al nacimiento, temprano en la primera hora post parto o precoz en cualquier momento durante las primeras 24 horas, según las posibilidades” “Se realizará el Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos sin separar al RN de su madre. Se recomienda realizar el examen físico, permanecer vigilante y observar periódicamente, interfiriendo lo menos posible en la relación entre la madre y el RN, controlando los signos vitales del mismo; coloración, movimientos, respiración, tono muscular y Frecuencia Cardíaca si es necesario” “ Las evidencias recientes demuestran que el CPP es una medida eficaz para disminuir la hipotermia, evitar la hipoglucemia, fomenta las conductas de apego, favorece la Lactancia precoz y su mantenimiento a largo plazo” “ En el nacimiento por cesárea en caso de anestesia regional se

recomienda que el CPP sobre el torso de su madre el máximo tiempo posible. En caso que la condición clínica del RN lo permita el padre podrá continuar en todo el proceso en contacto con él”

Con el paso de los años, la tendencia vuelve a ser hacia el desarrollo de las prácticas para tener un parto más natural, sin instrumentalización, conociendo los posibles riesgos y complicaciones que en un parto se pueda desarrollar contemplando el binomio.

Una investigación sobre “El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto” llevada a cabo en la Unidad de Partos. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén), España, año 2013; constatan que la unión piel a piel del bebé con la madre cuando acaba de nacer es importante, y no es un asunto de "moda". En los países más avanzados, la madre tiene derecho a que se le respeten este tipo de preferencias, pero en todo caso, no es solo cuestión de respetar unas preferencias. Las implicaciones que tiene justifican cualquier esfuerzo, por conseguir que las madres y los recién nacidos estén juntos. Los trabajos científicos en animales muestran que estas implicaciones afectan al vínculo madre-criatura, pero lo que es más importante, afectan al desarrollo físico y emocional del futuro adulto. Una madre y un recién nacido son un solo ser y el ambiente natural de un recién nacido es su madre, y ningún otro.

Por tanto, se fomentará el contacto piel a piel de ambos. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de mantener el contacto piel a piel con su hijo, tal y como la evidencia científica lo expone.

En la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; año 2012; en un estudio realizado sobre los “Efectos del contacto piel a piel del recién nacido con su madre”; constatan que el contacto piel con piel resultó ser un método beneficioso tanto para el niño de término como de pre-término, en relación a la termorregulación, duración de la lactancia materna, desarrollo neurológico, interacción madre-hijo, desarrollo infantil y en la disminución de los días de hospitalización. Además, los profesionales de la salud refieren considerarlo como un método seguro y factible de implementar, como alternativa al método tradicional. Surge como otra instancia de cuidado que disminuye costos y aumenta la satisfacción materna, lo que permite incorporarlo al cuidado estándar, sobre todo en países en vías de desarrollo, en donde los recursos económicos son escasos. Cabe destacar que en países desarrollados también es una buena

alternativa de intervención, ya que favorece la humanización del cuidado, al favorecer que la madre y el niño no se separen.

Enfermeros especialistas en Neonatología, Cruz. Daniela; y su Mamá. Natalia; Espindola T. de la Facultad de Enfermería, Universidad Estatal de Río de Janeiro en el año 2007, (UERJ). Realizan un estudio titulado; “Los cuidados inmediatos prestados a los recién nacidos y la promoción del vínculo madre-bebé” Se trata de un estudio descriptivo en abordaje cualitativa, con objetivo de comprender como el momento del parto fue percibido por las madres y de qué manera las acciones de los profesionales contribuyeron para facilitar su aproximación al recién-nacido. Fueron entrevistadas 25 multíparas, de una maternidad pública en Río de Janeiro, que tuvieron recién-nacidos de bajo riesgo y parto normal. El análisis del contenido de los relatos reveló que los cuidados inmediatos prestados al bebé, distante de la mirada materna, generan en las madres preocupación, sensación de alejamiento y miedo de la separación del bebé. Algunas mujeres, todavía, valorizaron la asistencia intervencionista por creer que estos cuidados son indispensables para garantizar la integridad física de sus hijos. Podemos concluir que, mismo que valoricen la aproximación a sus bebés en el postparto inmediato, las madres investigadas no consiguen percibir la interferencia de ese contacto inicial en el establecimiento del vínculo precoz en descorrimento de innúmeros factores, entre ellos, los socioculturales.

López M Enfermero de la Facultad de Ciencias de la Salud, Brasil en el año 2017 realiza un estudio de investigación titulado “Influencia del cuidado de enfermería en el inicio de la lactancia materna” estableciendo que el contacto piel con piel es una práctica beneficiosa, facilita el vínculo afectivo, adaptación posnatal y favorece el inicio de la lactancia materna, por tanto debe realizarse a todo RN, que se encuentra sano y estable, de igual condición también la madre, así mismo todo el proceso debe estar supervisado por la enfermera competente, especialmente en las primeras horas ya que son trascendentales para la adaptación a la vida extrauterina. El contacto piel con piel, tiene influencia positiva en el inicio de la lactancia materna, se recomienda que todo el proceso de contacto piel con piel esté supervisado por un profesional con competencias en valoración de recién nacidos: tono, coloración de la piel y respiración, dado que el RN, tiene derecho a recibir un cuidado de calidad para su desarrollo neurológico y emocional.

FUNDAMENTO TEÓRICO

El contacto piel a piel, consiste en colocar al recién nacido desnudo y seco en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. Este contacto es fundamental ya que el recién nacido necesita de la contención materna para suplir la contención uterina, además de brindarle calor corporal y apego. Lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor.

En algunos hospitales a nivel mundial se practica rutinariamente la colocación inmediata del recién nacido sobre el pecho de la madre, antes de cortar el cordón umbilical. Actualmente, se recomienda que inmediatamente después del parto el recién nacido vigoroso se coloque en contacto piel con piel sobre el pecho y el abdomen materno. Esta recomendación ha sido apoyada por la Sociedad Española de Neonatología, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de UNICEF y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Año 2015. También queda recogida en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y en las guías clínicas australiana, canadiense y británica”

En Río de Janeiro, Brasil, existen programas para los profesionales, con pautas de actuación para fomentar y efectuar ese primer contacto entre la madre y el recién nacido de bajo riesgo.

Según el tiempo en que se inicie dicho contacto se clasifica en:

Contacto precoz muy temprano: Se inicia dentro de los primeros 60 minutos de vida. Esta práctica se lleva a cabo en recién nacidos a término, es decir, nacidos dentro de las 37 a 40 semanas de gestación y sin que presenten ningún tipo de riesgo vital comprobado.

Contacto precoz temprano: Se inician tan pronto como el recién nacido esté estabilizado, seguido del nacimiento o dentro de las primeras 24 horas de vida.

Se encuentran con frecuencia en este grupo los niños que recibieron alguna maniobra de reanimación neonatal.

Contacto precoz intermedio: Su inicio es posterior al séptimo día de hospitalización. Cuando el niño está estabilizado en la incubadora. Con la frecuencia que pueda tolerar el prescindir del respirador u otros cuidados, en este grupo se encuentran la mayoría de los prematuros y prematuros extremos.

Contacto precoz tardío: Se inicia cuando el niño ya es capaz de mantenerse estable respirando aire ambiental.

Los servicios de maternidad se definen como aquellos destinados a la atención del trabajo de parto, nacimiento y del recién nacido en el contexto del 2do Nivel de Atención. En función de su organización y capacidad de resolución se reconocen dos tipos de maternidades: baja complejidad y alta complejidad. Independientemente del tipo de maternidad, todo el personal técnico que se desempeñe en estos servicios deberá tener entrenamiento acreditado, calificado y continuo en el proceso de atención del parto, recepción del recién nacido.

Salas de nacer: Es un concepto novedoso con tendencia al auge a nivel mundial y nacional. También son llamadas “Sala de Partos Natural o Sala de Parto Humanizado,... el cual ofrece a las mujeres la posibilidad de planificar su parto de forma natural pero controlado por el equipo de salud”...” que la mujer se sienta como en su hogar” Es el espacio físico destinado al parto donde son confortables y prácticas durante el mismo ya que poseen un equipamiento que facilita el nacimiento y posterior recepción del recién nacido.

En nuestro país una Institución de asistencia médica colectiva (IAMC), pondrá a disposición de sus afiliadas, familias y eventualmente embarazadas que deseen optar por esta atención, un nuevo Programa en apoyo al Parto Natural, dando inicio a un período excepcional de reconocimiento a la participación de la familia, en la toma de decisiones al momento del nacimiento. La Jefatura de Ginecología y Obstetricia de dicha IAMC, ha analizado las diferentes opciones que importantes maternidades de prestigiosas universidades han adoptado, buscando compatibilizar el llamado Parto Humanizado, con la asistencia institucionalizada que el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, recomienda.

La Sala de Parto es una habitación en donde se produce el nacimiento del RN luego de la fase de dilatación, asistida por el equipo multidisciplinario. La cual está equipada con lo necesario para llevar a cabo el parto y monitorización del binomio. En esta sala se encuentra una cama para el parto, articulada y desmontable, para adoptar las diferentes posiciones y que la madre elija la que le sea más cómoda. Pelotas como las que se usan en Pilates para la movilización de la pelvis que favorece el descenso del feto. Una silla para el acompañante, en muchos casos también se permite colocar música.

En esta sala también se encuentra todo el equipamiento médico necesario para la recepción del RN y atención de la madre y monitorización de ambos. Entre los equipos encontramos, lámpara cialítica, monitor fetal, carro de anestesia, lavabo, carro con instrumental, y termo cuna.

Una vez en sala de partos, se debe re Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel a piel como medio para crear el vínculo afectivo entre la triada.

Inmediatamente después del parto, si el parto es normal y la madre lo desea, la criatura se coloca sobre el abdomen de la madre, secándose sobre ella para que no pierda temperatura, se cubre con una toalla seca y un gorrito en la cabeza mientras se corta el cordón umbilical. El recién nacido sano y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.

El profesional de la salud facilitará el contacto piel a piel durante la primera hora de vida, favoreciendo la lactancia precoz. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre o pareja la posibilidad de que haga el contacto piel a piel. A los Recién Nacidos y Nacidas por cesárea en este caso y siempre que sea posible, es recomendable realizar el contacto precoz en el quirófano del paritorio, si a la madre se le ha administrado una anestesia epidural y está despierta, se hará contacto precoz piel a piel al nacer, para lo que habrá que haber preparado previamente el entorno. Durante la recuperación de la cesárea se debe facilitar que la madre permanezca con su bebé. Si no es posible, por la situación de la madre o del servicio, durante este tiempo se ofrecerá al padre la posibilidad de tenerle en la habitación, en contacto piel a piel.

Recién nacido según la OMS: es un neonato que tiene menos de 28 días de vida. En estos primeros 28 días de vida comportan un mayor riesgo de muerte para el niño.

Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuada con el fin de aumentar la supervivencia del mismo. Este término también se ajusta a nacidos pretérmino, término o posttérmino.

Recepción del recién nacido: cuando se habla de recepción se hace referencia a la obtención del producto de la gestación, tratando que la transición a la vida extrauterina se realice en forma fisiológica y detectar en forma oportuna alteraciones, actuar oportuna y rápidamente. Esta transición del recién nacido es un periodo de cambios fisiológicos, normales y dinámicos que lo hace susceptible de presentar complicaciones específicas. Se debe disponer de un lugar contiguo o en la misma Sala de Partos o Sala de Nacer que debe tener las condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento adecuados para realizar la valoración del RN y los procedimientos que correspondan en éste período.

La recepción del recién nacido, no se inicia en la sala de partos, sino que pasa por cuatro etapas: etapa prenatal, atención en la sala de parto, atención en la sala de recepción, y observación de la adaptación a la vida extrauterina.

Segundo nivel de atención: la estrategia del 2do Nivel de Atención se ubican en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención de la salud en todas las ramas de la medicina, donde se desarrolla en ese marco institucional los Servicios de Maternidad. A pesar del considerable debate y estudios realizados a lo largo de los años, el concepto de “normalidad” en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado. En las últimas décadas se ha observado una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos, y, en ocasiones, para racionalizar los protocolos de trabajo en el parto institucionalizado. En los países desarrollados, en donde estas prácticas se han convertido en habituales, se está empezando a cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo. Al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga acceso a un parto seguro.

Parto: “es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor a 500 grs. (aprox. 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación)”

Parto de término: “es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación”

Parto Normal: “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El nacimiento espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.”

Puerperio: luego del parto, la mujer transita por el puerperio que es el “período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.” El puerperio comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las primeras seis semanas. Se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional; considerándose como el período en que el cuerpo materno vuelve a su estado previo al embarazo.

El puerperio se divide en etapas:

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto.
- Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.
- Puerperio alejado: se extiende desde el día 11 hasta los 42 días.
- Puerperio tardío: corresponde al período que comienza al finalizar el puerperio alejado y se extiende hasta los 365 días cumplidos.

Lactancia precoz: Tomando en cuenta que el desarrollo normal del recién nacido depende en gran parte de la lactancia materna, ya que aporta los nutrientes necesarios para el recién nacido, favorece al desarrollo del sistema inmune y reduce la probabilidad de sufrir muerte súbita; además aporta beneficios para la madre, facilitando que el útero vuelva a su tamaño y lugar previo al embarazo, previniendo la probabilidad de desarrollar cáncer de mamas y ovarios, y contribuye en la recuperación del peso y el tamaño de las mamas. Por lo tanto es durante el contacto precoz un adecuado momento para su inicio, favoreciendo la satisfacción emocional para la díada. El primer agarre a la mama, es importante para la instauración y mantenimiento de la lactancia, por lo que se seguirán los siguientes criterios generales: se debe proporcionar intimidad, procurando un ambiente agradable de temperatura, sin ruidos y con poca gente en la habitación. Esta acción

tiene como fundamentos: la utilidad de la ingestión temprana de calostro, el período sensible en que se encuentran la madre y el RN, el aumento de la producción de oxitocina (que disminuirá la metrorragia puerperal) y prolactina (modular las conductas vinculares) y el ser un factor condicionante de una lactancia más prolongada y satisfactoria.

La primera puesta al pecho en los RN normales puede ser inmediata, antes del alumbramiento, pero siempre dentro de la primera hora de vida. En este período la madre está muy sensible y atenta, respecto a su hijo, y el RN está en su estado de máxima alerta. La madre debe adquirir una posición cómoda y correcta para la enseñanza en la técnica de amamantamiento, se procurará intervenir lo menos posible, ayudando con recomendaciones breves y sencillas sobre los signos que deben valorar para identificar que el RN está mamando de la forma adecuada, los mismos son: la posición adecuada: abdomen del bebé contra el de la mamá; el agarre bien el pezón y areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz. Se debe valorar además el signo de succión correcta: si al mamar moviliza la oreja correspondiente y se oye tragar. Si la madre ha decidido dar lactancia materna, no se le dará ningún alimento mientras permanezcan separados (siempre si la situación lo permite).

La consejería de la salud tanto pública como privada, han trabajado en el fomento de la práctica de la lactancia materna, en el año 2006, la Asociación Española de Pediatría, editó la guía de "Lactancia materna, información general para amamantar", la cual está dirigida a las futuras madres y padres, la misma presenta el fin de proporcionarles información sencilla sobre la lactancia materna. En base a la misma han surgido nuevas inquietudes relacionadas a la lactancia, durante todo el proceso de adaptación, así como durante toda la lactancia, pueden surgir diversos inconvenientes.

Por este motivo, el MSP en el año 2016, además ha editado una guía dirigida a profesionales sanitario, cuyo apoyo positivo a la lactancia es fundamental. Los conocimientos adecuados promueven entre madres la satisfacción y la duración del amamantamiento.

Esta práctica es una parte fundamental de la humanización en la atención del parto, colocando en el centro de atención a la mujer, al recién nacido, y su familia, evitando que se convierta en una rutina puramente médica. Al no ser una práctica propia de ninguna especialidad en sí, sino que es responsabilidad de todo el equipo de salud

fomentarlos, las usuarias tienen el derecho y deber de estar informadas sobre éste procedimiento. En nuestro país existe la ley N° 18.426 su promulgación fue el primero de diciembre de dos mil ocho y su publicación el diez de diciembre de dos mil ocho; la misma asegura el Derecho a la atención de la salud, en cualquier circunstancia por la que la persona pueda transitar a lo largo de su vida en lo referente a la problemática de salud sexual y reproductiva, desde el padecer situaciones de violencia hasta el embarazo no deseado, desde el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual hasta la sexualidad placentera. Por otra parte en lo referente a los equipos de salud, dicha ley hace hincapié en la sensibilización y capacitación de profesionales de la salud.

Los enfermeros, por su rol de cuidador, tienen una mayor influencia a la hora de poner en práctica estos cuidados, por ser el profesional que acompaña el proceso desde sus inicios y el que perdura por más tiempo. Entendemos por Rol a “un conjunto de comportamientos, actitudes y habilidades que se esperan de un individuo por parte de aquellos con quienes interactúa.” (AnneGillies) El profesional en enfermería en su desempeño puede llegar a cumplir diferentes roles, de los cuales debe adoptar una postura diferente para cada uno de ellos, con actitudes diferentes, acorde a cada situación y con quien interactúa e influye de forma directa la identidad de cada uno, otorgándole su “toque personal” al cumplimiento del rol y valor humano a la profesión de enfermería. En el ámbito de la Obstetricia: “rama de la medicina que trata el embarazo, el parto, el estudio de la función fisiológica y patología del sistema reproductor, de la mujer durante la gestación, así como la atención a la mujer y el feto durante el embarazo, el parto y del puerperio”, el rol se basa principalmente en la orientación, apoyo y acompañamiento en la nueva etapa de la mujer (maternidad). Como parte de una atención humanizada, además de tener una competencia técnica, debe tener involucramiento, respeto, disposición personal, y amplitud de pensamiento, para poder comprender cada situación particular.

La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró en Noviembre del año 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil.

Humanización: Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto transformación y hacia el entendimiento del espíritu

esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia, y en unión: con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; con personas que nos sucederán en el futuro, así como con quienes nos han precedido. La humanización es un medio para alentar y encaminar el poder de individuos y

grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. En el parto humanizado, los deseos y necesidades de la mujer son prioridad por sobre los del equipo médico. Se confía en ellas, se apoyan sus decisiones, se respeta su intimidad y no se les trata como objeto de estudio. Ningún procedimiento es de rutina, las intervenciones son hechas con criterio y solamente cuando son necesarias.

Es un derecho que poseen las mujeres al momento del parto, y como se menciona en el art. 3 de la Ley 18426 “c) *promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados*”.

Recomendaciones de la OMS para un parto humanizado:

1. “La comunidad debe estar informada acerca de los procedimientos alrededor del parto, a fin de que las mujeres embarazadas decidan.”
2. “Se debe fomentar la capacidad de matronas y obstetras profesionales, quienes se encargaran de la atención en embarazos y partos normales.”
3. “Los hospitales deben dar a conocer la información sobre los partos, incluido el porcentaje de cesáreas que practican.”
4. “No existe justificación en ninguna región para que se exceda del 10 al 15% en partos por cesárea.”
5. “No hay pruebas de que se requiera una cesárea después de una cesárea anterior transversa en el segmento inferior. Deben favorecerse los partos naturales después de la cesáreas en cualquier lugar que cuente con servicio quirúrgico de urgencia.”
6. “No hay pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.”
7. “Las embarazadas NO deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto, ni en el parto. Deben ser libres de caminar durante el trabajo de parto y de elegir la posición que desea durante el parto.”

8. “Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar complicaciones en el parto.”
9. “El RN sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de salud de ambos. Ningún procedimiento de observación del bebe justifica la separación de su madre.”
10. “Debe fomentarse el amamantamiento, incluso antes de que la madre salga de la sala de parto.”
11. “Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Además deben fomentarse las unidades de ese tipo y sus procedimientos deben estudiarse, a fin de que fluyan en las opiniones obstétricas del país.”

Rol de enfermería en la atención humanizada: según la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, la atención humanizada en el área de la salud sexual y reproductiva, implica habilidades y destrezas que se deben tener en cuenta al realizar los cuidados de enfermería a las usuarias que reciben su atención, está basada en conocimientos, prácticas y beneficios para el desarrollo del proceso reproductivo desde el punto de vista, biológico, psicológico y cultural.

Incluye la atención no solamente del usuario, sino que también su entorno y grupo familiar, fomentando el respeto, la privacidad, autonomía, disposición personal, comprendiendo que cada usuario es distinto, y la planificación de los cuidados debe ser específica para cada uno. La valoración de enfermería en el ambiente hospitalario atiende las necesidades físicas, médicas emocionales y sociales de la mujer, del lactante y del padre.

Los derechos sexuales y reproductivos, implican el control de su sexualidad, capacidad reproductiva, y fertilidad, tanto de hombres como de mujeres; el personal sanitario es quien debe brindar las herramientas y la comunicación necesarias, para permitir la toma de decisiones, valorar el riesgo individual y delimitar el mismo, proporcionar información necesaria y adecuada, agotando todos los recursos existentes, para cada usuario en particular. La atención brindada en esta área, es especialmente en personas jóvenes, en donde su atención debe estar dirigida a la prevención, promoción de salud y detección precoz de enfermedades, desarrollando estrategias personales y específicas.

Guía normativa: [Ley N° 18.426](#) de 1° de diciembre de 2008 – defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Decreto N° 293/010 del 30 de setiembre de 2010.

La Ley establece -en relación a la salud sexual y reproductiva- que el Estado deberá: Promover políticas nacionales; diseñar programas y organizar servicios.

Para la elaboración del presente trabajo hemos tomado de la presente ley los aspectos que forman parte y aluden a la temática del mismo.

Los objetivos a cumplir en materia de Salud Sexual y Reproductiva son:

- Asegurar a toda la población la cobertura de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar la calidad y la privacidad en la atención.
- Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, considerando a la persona en todos los aspectos.
- Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y estimular la atención institucional de los temas más importantes en salud sexual y reproductiva.
- Fomentar el intercambio de información entre instituciones y redes sociales.
- Dar a conocer y proteger los derechos de niños, adolescentes y adultos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.
- Prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas.
- Promover en el momento del parto condiciones de intimidad y privacidad; evitar prácticas invasivas o el suministro de medicación que no sean necesarias.
- Promover la maternidad y paternidad responsable y planificada.

¿Qué acciones se disponen para cumplir los objetivos en materia de salud sexual y reproductiva?

El Ministerio de Salud Pública (MSP) deberá:

- Dictar normas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de toda la población.
- Capacitar recursos humanos para la atención de los servicios.
- Vigilar y controlar la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los sucesos que afectan la salud sexual y reproductiva.
- Promover la investigación en salud sexual y reproductiva como instrumento para la toma de decisiones.
- Promover la atención temprana de las embarazadas.
- Dictar normas para el control de embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal, que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

- Brindar información sobre el trabajo de parto, parto y post parto, para que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas en caso de haber alternativas.
- Promover la participación de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, y en una maternidad y paternidad responsables.
- Apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción.
- Impulsar campañas educativas para prevenir enfermedades desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio

El tipo de estudio que se realizará para esta investigación será descriptivo de diseño cuantitativo y de corte transversal.

Universo de estudio serán todas las mujeres que se encuentren internadas en el Servicio de Maternidad cursando puerperio inmediato dentro de la primera hora post parto en el período de tiempo de la recolección de datos.

Selección y tamaño de la muestra

La muestra será no probabilística por conveniencia, de todas aquellas usuarias que estén cursando un período puerperal (inmediato), y que hayan tenido un parto de un recién nacido a término y sano.

Unidad de análisis y observación

Madre/Padre/ Recién Nacido en el proceso del Contacto Piel a Piel inmediato al nacimiento.

Criterios de inclusión

- Serán incluidos padres de recién nacidos a término, sanos, que se encuentren cursando un período puerperal inmediato.
- Padres que acepten la participación y respuesta del presente estudio

Criterios de exclusión

- Padres de recién nacidos prematuros.
- Padres de recién nacidos que hayan presentado riesgo vital.
- Padres que no acepten responder el cuestionario.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el siguiente proyecto de investigación se utilizó el reglamento de la Ley Orgánica de Salud Pública, tomando en consideración el Decreto N° 379/008 de Investigaciones en seres humanos, (Montevideo, 4 de Agosto de 2008) que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos a una Investigación. En especial consideración por su dignidad e integridad ya que se considera importante prevalecer el criterio del respeto, la protección de derechos y beneficios a todas las mujeres y sus acompañantes, por lo que se efectuará a continuación una descripción detallada sobre los procedimientos a realizar.

Nuestro estudio se va a centrar en toda aquella mujer cursando puerperio inmediato que acepten responder al Instrumento de recolección de datos.

El método para recolectar la información a investigar será a través de preguntas estructuradas y cerradas donde, de forma confidencial, la usuaria podrá responder.

Para proteger su anonimato, a todas las usuarias que participaron en la investigación, se les formuló un consentimiento informado donde al momento del primer contacto, se les brindó para que firmen si aceptan participar. El propósito del consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación capaz de entender la misma, así como de su rol y la importancia de sus respuestas en el proyecto de investigación.

RESULTADOS

Según los datos obtenidos en el Instrumento de recolección de datos aplicado a las mujeres cursando puerperio inmediato, recogemos de todas las variables estudiadas los siguientes resultados.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante hoja de cálculo de Microsoft Excel y presentados en tablas y gráficas con la finalidad de analizarlos e interpretarlos.

El total de la muestra estuvo compuesta por 25 mujeres cursando puerperio inmediato en una institución privada del interior del país y una institución pública de la ciudad de Montevideo.

Según nuestro estudio realizado encontramos que un 92% de la población entrevistada presento contacto piel a piel precoz, contrastando con la literatura revisada esta práctica se realiza en las maternidades de nuestro país, formando parte de la atención de parto humanizado, centrando al recién nacido y su familia como los protagonistas principales, realizando las rutinas de la recepción luego del contacto piel a piel.

En cuanto a la variable de edad un 12% de ellas era menor de 18 años, seguida de un 36% presentaban entre 18 y 25 años, un 28% de 26 a 30 años, un 24% de 31 a 25 años y no se obtuvieron datos de usuarias mayores a 36 años.

Con estas cifras se puede destacar que las mujeres deciden ser madres en edad fértil temprana. Dichas cifras mantienen relación con datos estadísticos del MSP del año 2017. Los cuales hubo un descenso de embarazo en adolescentes de 2%, y de las mujeres de 20 a 40 años hubo un descenso de un 6% de los embarazos.

Según el nivel de instrucción, se desprende que un 32% de estas usuarias, posee primaria completa; seguido por un 16% que posee ciclo básico incompleto, y en igual porcentaje ciclo básico completo. Un 20% presenta bachillerato incompleto y finalizando en iguales cifras, con un 8%, usuarias presentaron bachillerato completo y estudios terciarios.

En lo que respecta al número de hijos, incluyendo al RN, en un 36% predominan las madres con un hijo; las madres con dos hijos representan el 4%; en un 16% poseen tres hijos; 8% cuatro hijos y no obtuvimos usuarias que presentaran más de cuatro hijos.

La tasa de natalidad, según fuentes de la oficina de OMS en Montevideo Uruguay, ha ido decreciendo en los últimos años; dato que se ve reflejado con esta variable, coincidiendo con el resultado predominante (36%) de usuarias primigestas.

Se destaca que un 48% de las usuarias entrevistadas presentan su parto por vía vaginal, mientras que el 52% presentó parto por cesárea.

La OMS en nuestro país recomienda que los nacimientos se efectúen en un 15% por cesárea, pero estudios han demostrado que estas cifras han ido en aumento con respecto a estudio comparativo de año 2009 (35,5%) y 2013 (43,7%), y se estima que el número puede llegar a aumentar hasta el 70% en años futuros.

Con respecto al grupo familiar el mayor porcentaje estaba compuesto en un 84% por madre-padre-recién nacido, mientras que con un 12% madre-familiar-recién nacido, y por último con una cifra de 4%, por madre-otro-recién nacido.

Se obtuvo que al momento del nacimiento, y al realizar el contacto piel a piel; un 56% los recién nacidos dejaron de llorar, el 35% presentó un llanto débil; un 52% realizó contacto visual; y un 26% inició reflejo de búsqueda. Acerca de las características del contacto, un 76% manifestaron colocación del recién nacido desnudo, y un 8% colocación de recién nacido vestido, con respecto al clampeo del cordón inmediatamente al nacer un 16%, clampeo del cordón durante el contacto 32%, clampeo de cordón cuando deja de latir 44%. El 16% de los RN iniciaron lactancia al momento del nacimiento. Hubo un 8% de la población que no realizó contacto piel a piel precoz, un 4% lo realizó después de la recepción del RN, y un 16% realizó contacto con padre-otro.

Con respecto al clampeo del cordón, los datos obtenidos del instrumento de recolección de datos, que contestaron las madres. Las mismas, en el momento del parto estaban en otra situación de atención. Por lo tanto para poder tomar esta variable válida como parte del estudio sería necesario que fuera medida de otra forma, por ejemplo haber estado presente en el parto con un cronómetro, para poder medir el tiempo que demoran en clampear el cordón o el momento del mismo, o también haberlo buscado y confirmado con la HC.

En lo que respecta al tiempo del contacto, el 52% de las usuarias manifestaron que fue menor a 5 minutos, un 28% refiere haber sido entre 5 a 15 minutos y un 12% dice que fue entre 15 a 30 minutos.

Si bien cabe destacar la gran cifra de madres y recién nacidos que vivenciaron un contacto piel a piel precoz, en su mayoría, 52%, lo realizó durante un tiempo menor a cinco minutos.

Según la percepción de las usuarias en cuanto al ambiente en el cual se desarrolla esta práctica, el 92% de ellas ingresó a sala de nacer con acompañante, un 12% manifestó haber presenciado ruidos molestos, un 88% refirió no haber sentido ruidos. La gran mayoría, 76% manifestó iluminación acorde, y un 8% poca

iluminación. Un 60% de las mismas manifestó que en su parto había muchas personas y por último un 16% refirió pocas personas.

Con respecto a la temperatura del ambiente un 92% de las usuarias manifestó un ambiente cálido al momento del contacto y un 8% ambiente frío.

Se destaca con respecto a las condiciones del ambiente, que el contacto se realiza de modo adecuado como la literatura lo recomienda, en un ambiente tranquilo, sin ruidos molestos, presentando iluminación acorde, y acompañado por familiar respetando tales derechos.

En lo que respecta al fomento del contacto por parte del personal sanitario un 24% de los mismos informa acerca del contacto; en igual cifra, con un 44% respectivamente, ayuda al contacto y observa el mismo, por último el 24% refiere que fue supervisado por el personal.

Como último aspecto se obtiene, que el conocimiento que tenían las usuarias sobre el contacto piel a piel, el 64% de las mismas no conocían esta práctica clínica. Y el 36% sí conocía sobre el tema. Todas ellas (100%) tenían el conocimiento sobre que favorece el vínculo entre madre-padre y recién nacido; el 56% conocía sobre la influencia en la disminución de la hipotermia; un 33% manifestó conocimiento sobre lo beneficioso para la instauración de la lactancia, y el 11% sobre el mantenimiento de la misma. En lo que respecta a disminución de hipoglicemia, ausencia de hipoglicemia y ausencia de hipotermia, ninguna de ellas presentaron conocimiento.

De estas cifra se puede destacar que si bien el contacto piel a piel fue fomentado por el personal sanitario, las mujeres manifestaron no presentar conocimiento acerca de los beneficios que el realizarlo conlleva. Dichas mujeres refirieron haber realizado contacto piel a piel, pero sin saber su importancia.

GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO N°1: Distribución de las madres de los RN según edad. Montevideo, 2018

GRÁFICO N°3: Distribución de las madres de los RN según N° de hijos contabilizando al RN

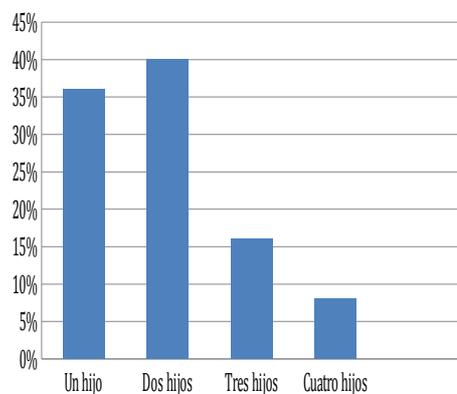


TABLA N° 1: Distribución de las madres de los RN según edad. Montevideo, 2018

EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Menor a 18 años	3	12%
de 18 a 25 años	9	36%
de 26 a 30 años	7	28%
de 31 a 35 años	6	24%
> 35 años	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°2: Distribución de las madres de los RN según nivel de instrucción. Montevideo, 2018

Distribución de las madres de los RN según grupo familiar

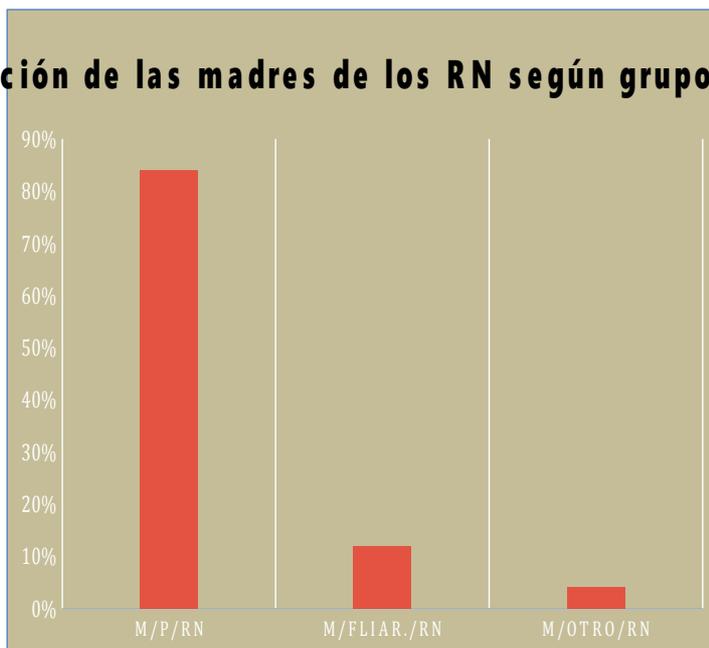


TABLA N°2: Distribución de las madres de los RN según nivel de instrucción. Montevideo, 2018

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Analfabeta	0	0%
Primaria incompleta	0	0%
Primaria completa	8	32%
Ciclo básico incompleto	4	16%
Ciclo básico Completo	4	16%
Bachillerato incompleto	5	20%
Bachillerato completo	2	8%
Estudios terciarios	2	8%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°3: Distribución de las madres de los RN según N° de hijos contabilizando al RN. Montevideo, 2018

Distribución de los RN según forma de colocación durante el contacto

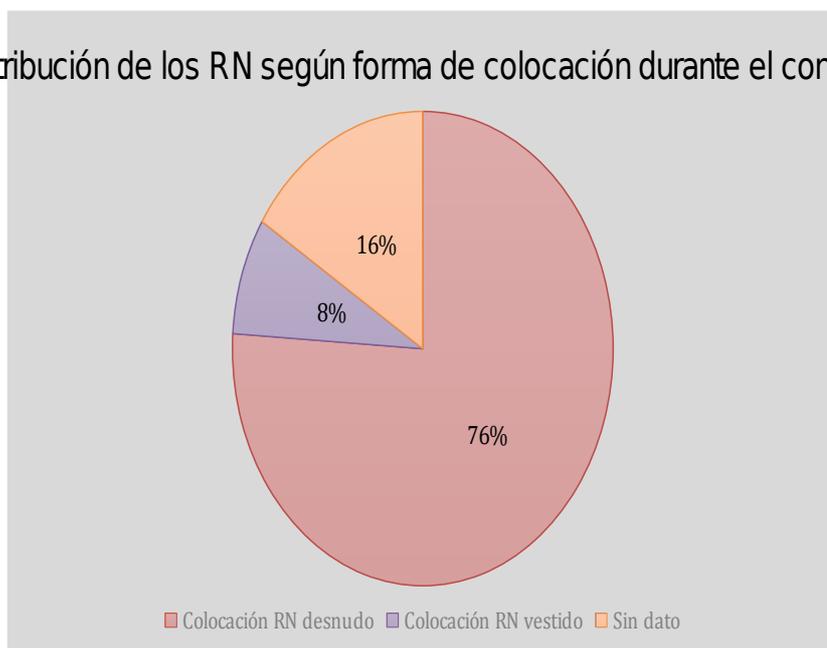


TABLA N°3: Distribución de las madres de los RN según N° de hijos contabilizando al RN. Montevideo, 2018

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Primigestas	9	36%
Dos hijos	10	40%
Tres hijos	4	16%
Cuatro hijos	2	8%
Mayor a cuatro hijos	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°4: Vía de nacimiento de los RN. Montevideo, 2018

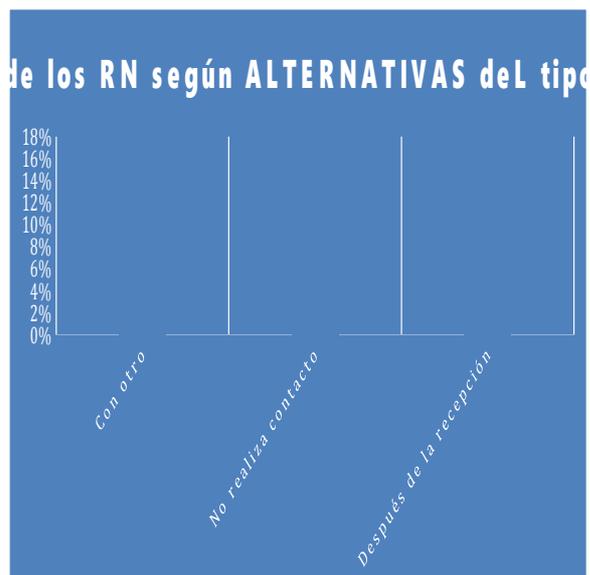


TABLA N°4: Vía de nacimiento de los Recién Nacidos. Montevideo, 2018

VÍA DE NACIMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
Nacimiento parto natural	12	48%
Nacimiento Por Cesárea	13	52%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°5: Distribución de las madres de los RN según grupo familiar. Montevideo, 2018

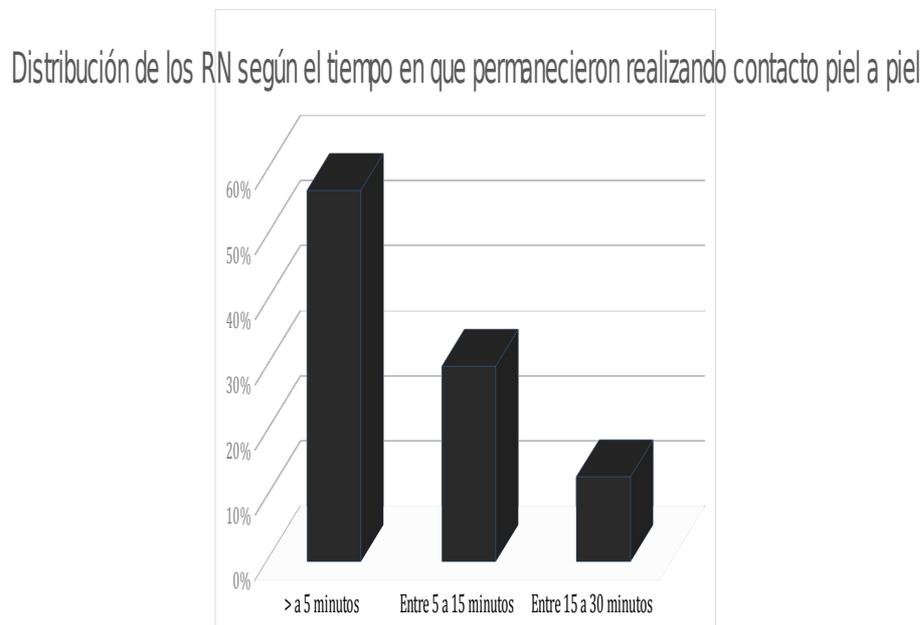


TABLA N°5: Distribución de las madres de los RN según grupo familiar. Montevideo, 2018

GRUPO FAMILIAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
Madre-Padre-Recién nacido	21	84%
Madre-madre-recién nacido	0	0
Madre-familiar-recién nacido	3	12%
Madre-otro-recién nacido	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°6: Distribución de los RN según comportamientos durante el contacto. Montevideo, 2018, Variable no excluyente

Distribución de las madres de los rn según tengan conocimiento de los beneficios del contacto piel a piel

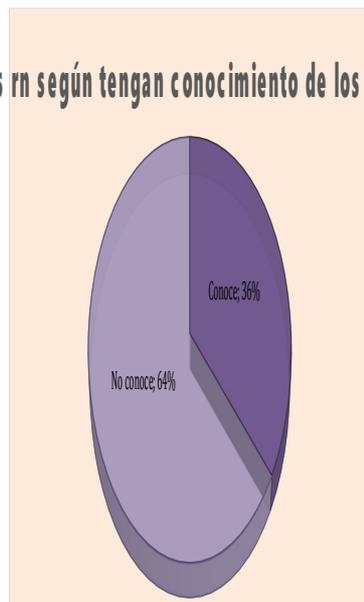


TABLA N°6: Distribución de los RN según comportamientos durante el contacto. Montevideo, 2018

COMPORTAMIENTO DEL RN DURANTE EL CONTACTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Deja de llorar	13	56%
Contacto visual	12	52%
Llanto débil	8	35%
Inicio del reflejo de búsqueda	6	26%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado n= 23, debido a que dos usuarias refieren no haber vivenciado contacto piel a piel precoz

CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO PIEL A PIEL

GRÁFICO N°7: Distribución de los RN según forma de colocación durante el contacto. Montevideo, 2018. Variable no excluyente

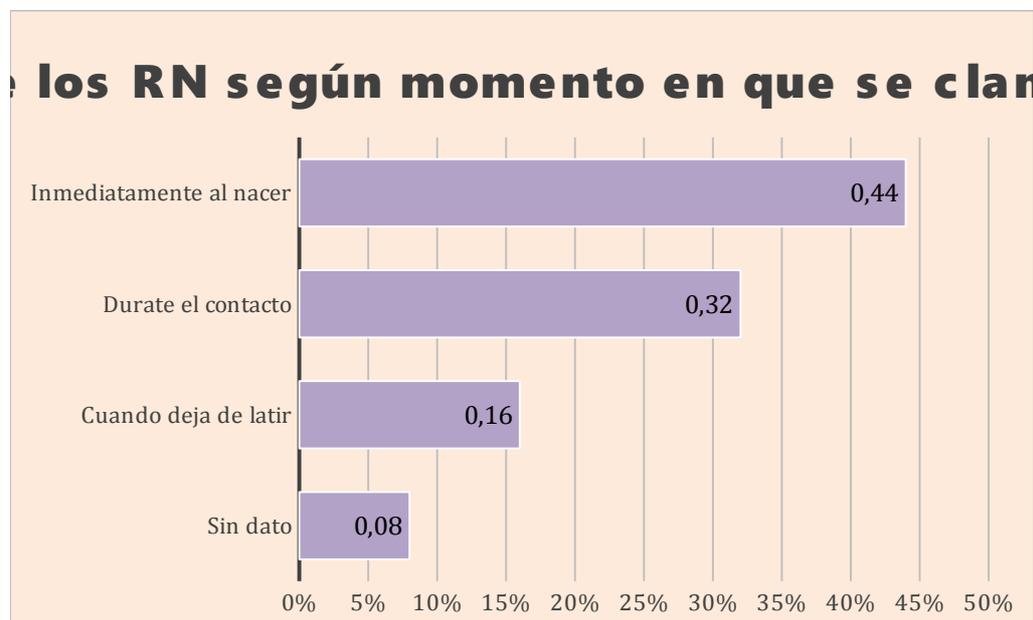


TABLA N°7: Distribución de los RN según forma de colocación durante el contacto. Montevideo, 2018

COLOCACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Colocación del recién nacido desnudo	19	76%
Colocación del recién nacido vestido	2	8%
Sin dato	4	16%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°8: Distribución de los RN según momento en que se clampea el cordón. Montevideo, 2018. Variable no excluyente

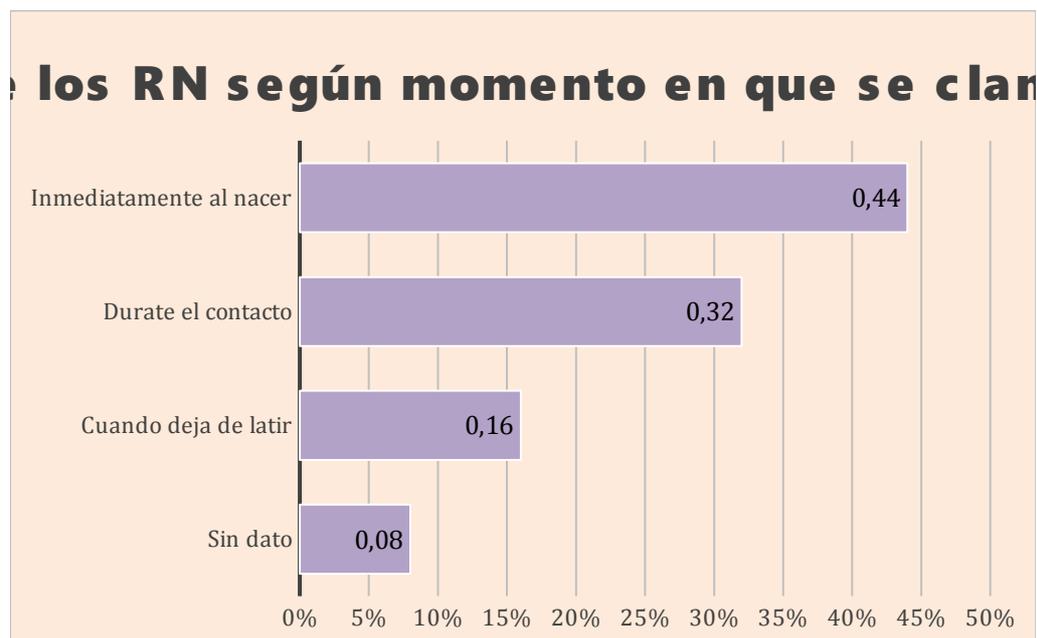


TABLA N°8: Distribución de los RN según momento en que se clampea el cordón. Montevideo, 2018

MOMENTO DE CLAMPEO DEL CORDÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Inmediatamente al nacer	4	16%
Durante el contacto	8	32%
Cuando deja de latir	11	44%
Sin dato	2	4%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRAFICO N°9: Distribución de los RN según alternativas del tipo de contacto.
Montevideo, 2018. Variable no excluyente



TABLA N°9: Distribución de los RN según alternativas del tipo de contacto.
Montevideo, 2018

TIPO DE CONTACTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Realiza contacto con otro	4	16%
No realiza contacto	2	8%
Inicio del contacto después de la recepción	1	4%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°10: Distribución de los RN según lugar de inicio de lactancia. Montevideo, 2018



TABLA N°10: Distribución de los RN según lugar de inicio de lactancia. Montevideo, 2018

INICIO LACTANCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Durante el contacto	4	16%
En Alojamiento conjunto	21	84%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°11: Distribución de los RN según el tiempo en que permanecieron realizando contacto piel a piel. Montevideo, 2018

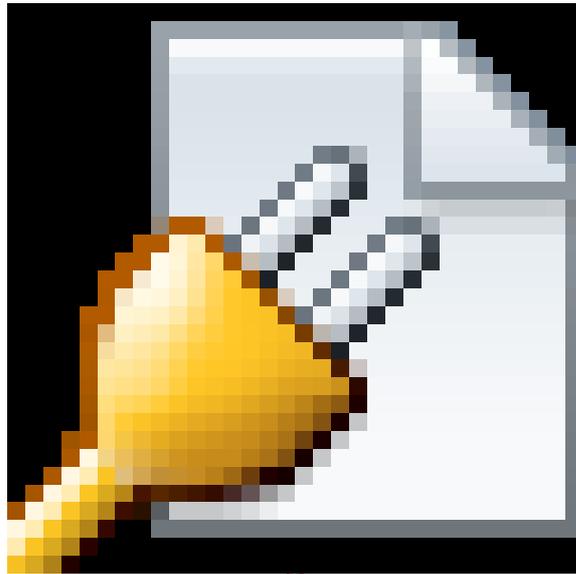


TABLA N°11: Distribución de la población según tiempo de duración del contacto

TIEMPO DE CONTACTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
0 a 5 minutos	13	57%
Entre 5 y 15 minutos	7	30%
Entre 15 a 30 minutos	3	13%
TOTAL	23	100%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
 n= 23, debido a que dos usuarias refirieron no haber vivenciado contacto piel a piel precoz

GRÁFICO N°12: Distribución de las madres de los RN según las características del ambiente más frecuentes en el parto. Montevideo, 2018. Variable no excluyente

CIÓN DE LOS RN SEGÚN LUGAR DE INICIO DE LACTA

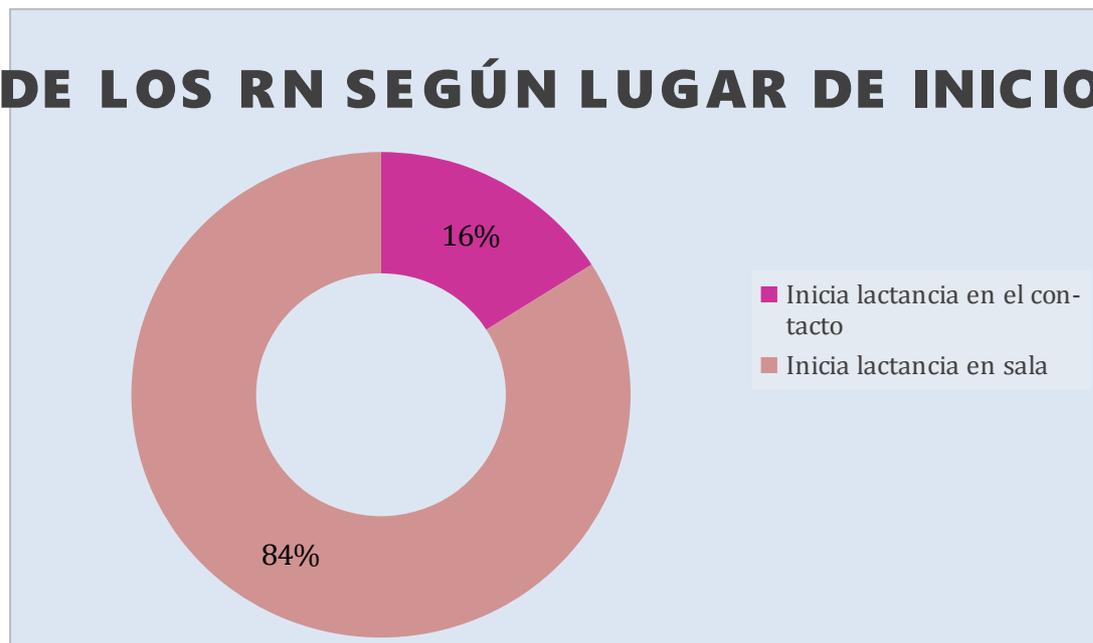


TABLA N°12: Distribución de las madres de los RN según las características del ambiente más frecuentes en el parto. Montevideo, 2018

CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
Con acompañante	23	92%
Temperatura cálida	23	92%
Sin ruidos	22	88%
Iluminación acorde	19	76%
Muchas personas	15	60%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

N°13: Distribución de las madres de los RN según hayan sido informadas del contacto por parte del personal sanitario. Montevideo, 2018. Variable no excluyente

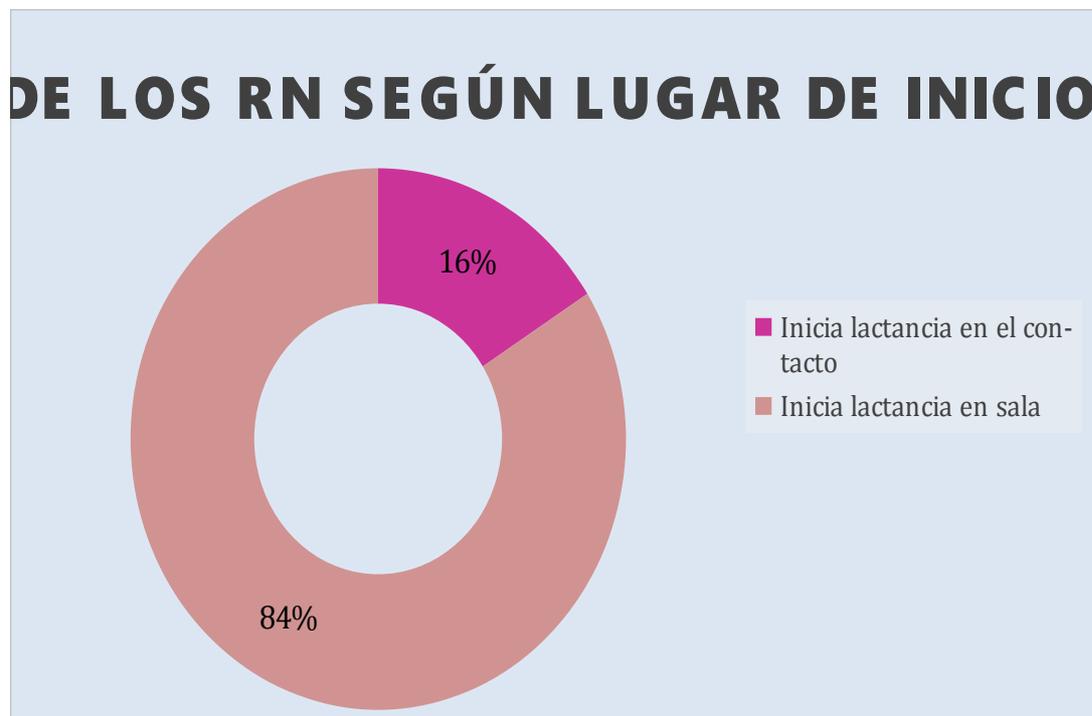


TABLA N°13: Distribución de las madres de los RN según hayan sido informadas del contacto por parte del personal sanitario

FOMENTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Informa sobre el contacto	6	24%
Ayuda en el contacto	11	44%
Solo observa	11	44%
Supervisa	6	24%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTACTO PIEL A PIEL Y SUS BENEFICIOS

GRÁFICO N°14: Distribución de las madres de los RN según tengan conocimiento de los beneficios del contacto piel a piel. Montevideo, 2018

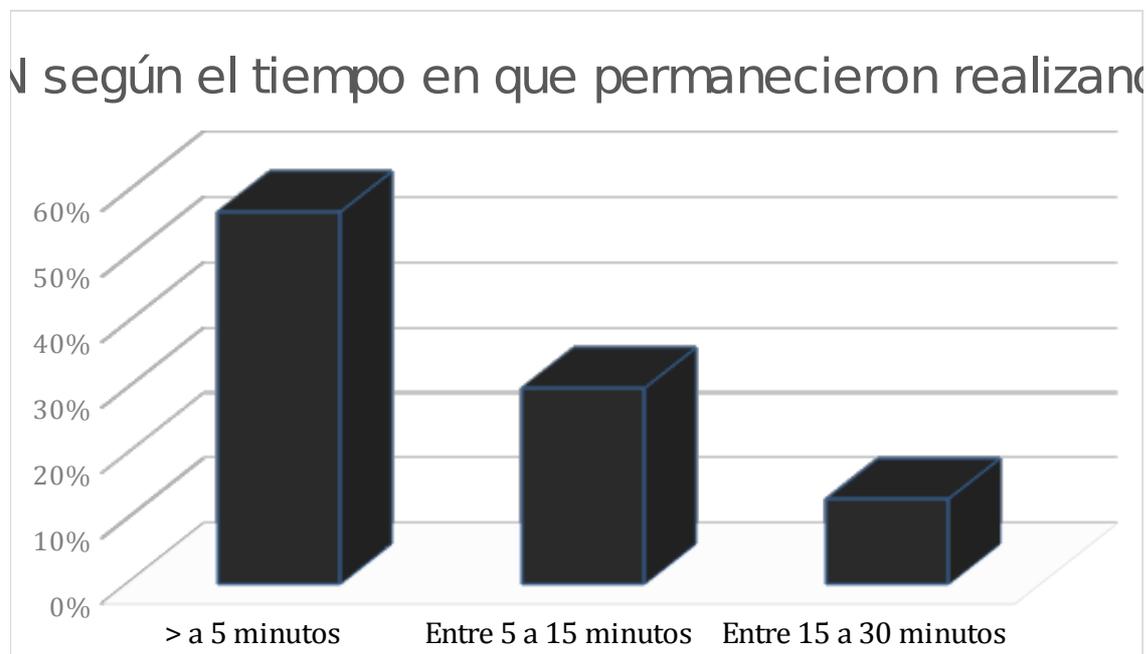


TABLA N°14: Distribución de las madres de los RN según tengan conocimiento de los beneficios del contacto piel a piel. Montevideo, 2018

TIPO DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
No conoce	16	64%
Conoce	9	36%
TOTAL	25	100

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado
n= 25

GRÁFICO N°15: Distribución de las madres de los RN según beneficios, del contacto piel a piel, que conoce. Montevideo, 2018. Variable no excluyente

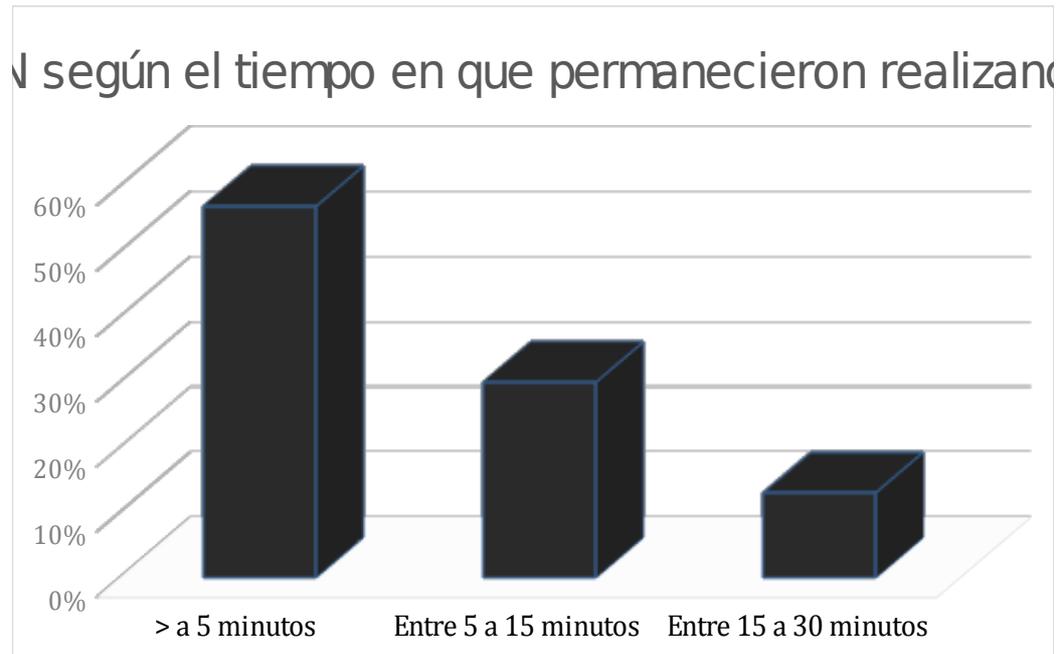


TABLA N°15: Distribución de las madres de los RN según beneficios, del contacto piel a piel, que conoce, Montevideo, 2018

BENEFICIOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
Favorece el vínculo madre/padre- RN	9	100%
Disminución de la hipotermia	5	56%
Instauración de la lactancia	3	33%
Mantenimiento de la lactancia	1	11%

FUENTE: Información obtenida a partir del cuestionario aplicado n= 9, es el número total de madres que conocían sobre el contacto piel a piel.

CONCLUSIÓN

Cómo grupo concluimos que se lograron cumplir los objetivos planteados. Pero en esta instancia de defensa individual, luego de las correcciones del tribunal, pude detectar aspectos que en la instancia anterior no se lograron ver en el contexto total. Entre ellos corregí algunos términos de expresión.

El Objetivo General se reformula, manteniendo la idea base, pero se agregan y cambian palabras para determinar mejor el tema de estudio. En el nuevo objetivo general, se cambia “hijo” por “RN”, se aclara que se va a investigar “si se realiza CPP entre la madre y el RN sano durante la primera hora de vida.” Y se comprueba que se realiza el contacto piel a piel durante la primera hora de vida, la mayoría de 0 a 5 minutos. Y se puede afirmar que las cifras obtenidas, sobre el contacto inmediato piel a piel entre la madre y el recién nacido, fueron las esperadas ya que en los últimos años se ha fomentado por parte de todo el equipo de salud multidisciplinario sobre esta temática, a través de los derechos humanos y los derechos en salud sexual y reproductiva.

En el fundamento teórico se agrega temas como Humanización, RN y Recepción del RN, así como también la definición de Sala de partos y Sala de nacer.

Se logra caracterizar a las usuarias y se destaca que la edad de embarazo de la mayoría de las madres entrevistadas (36%) es de 18 – 25 años, y que las cifras de embarazo adolescente se mantienen con las cifras del MSP del año 2017, las cuales es de un 12.7%, la cual ha disminuido un 2% con respecto al año 2016.

Se destaca el aumento en las cifras de parto por cesárea, y según fuentes de OMS en Uruguay estas cifras irán en aumento. Consideramos además que dichas cifras son alarmantes ya que si el parto por vía vaginal es sustituido por cesárea sin fundamento gineco-obstétrico, se dejan de tener en cuenta los beneficios que el mismo presenta para la madre y el recién nacido y su relación de apego para el desarrollo del vínculo entre ambos.

El 36% de las usuarias fueron primigestas, aspecto que comparado con literatura consultada refleja la disminución de la tasa de natalidad a nivel mundial y nacional. Esto es resultado de la disminución del embarazo adolescente para el cual se viene realizando diversas políticas sanitarias, entre ellas el implemento del anticonceptivo subdermico.

Las madres que presentaron contacto piel a piel en su mayoría, conocen su derecho a realizarlo, desconociendo los beneficios que contrae para ambos.

Se respetó la ley de acompañamiento durante el proceso del parto sea el mismo por vía vaginal o cesárea, ya que el cien por ciento de las usuarias entrevistadas manifestaron haber decidido de manera libre quien acompañe el mencionado proceso del parto.

El ambiente físico durante el parto en su mayoría es adecuado en cuanto a calidez, contaminación auditiva e iluminación.

El equipo multidisciplinario de ambos centros de salud, que presenciaron los procesos de parto, eran funcionarios capacitados que desarrollan su labor con vocación, basados en las leyes actualizadas en derechos sexuales y reproductivos, ya que ayudaron al contacto piel a piel en la primera hora, favoreciendo un ambiente cálido, sin ruidos molestos, acorde recomienda la OMS para salas de nacer y salas de partos.

Dentro de las modificaciones realizadas se incluyen, modificaciones en las tablas y graficas de presentación de los datos obtenidos. Así como la desestimación de la Variable n°8, “Distribución de los RN según el momento en que se clampea el cordón.”, ya que en el momento del parto las madres se encuentran en otra situación de atención debido a todos los sentimientos y emoción generados durante el trabajo de parto y parto, y para poder medir esta variable y que sea más exacto afirmar que el clampéo se hizo en tal y cual momento, sería imprescindible estar presente durante el parto, o con un cronometro estar midiendo el tiempo que se tarda en llevar a cabo el clampéo, o también haber verificado la descripción del parto en la HC, para así corroborar lo afirmado por la madre.

SUGERENCIAS

Destaco la importancia de continuar fomentando el contacto piel a piel precoz en la primera hora de vida fortaleciendo el vínculo entre la madre el padre y el recién nacido.

Como grupo consideramos que debemos realizar más investigaciones acordes al tema para poder actualizarnos en nuevas normas y actuaciones beneficiosas para los usuarios y su familia.

Se debe capacitar de manera continua a los funcionarios profesionales acerca del contacto piel a piel, y brindar información a las gestantes sobre los beneficios del mismo y los derechos que las mismas presentan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. IndexEnferm [Internet] 2013; 22(1-2): 79-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017&lng=en [consulta: 29 jul 2017].
- 2- LucchiniRaies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. IndexEnferm [Internet] 2012; 21(4): 209-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es [consulta: 29 jul 2017].
- 3- Cruz Carvalho dos Santos D, Sumam de Simoni N, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados a recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. RevEscEnferm USP [Internet] 2007; 41(4): 690-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400021&lng=en [consulta: 29 jul 2017].
- 4- Larguia M. Maternidades centradas en la familia. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet] 1998; 17: 103-7. Disponible en: <http://www.sarda.org.ar/content/download/551/3344/file/103-109.pdf> [consulta: 29 jul 2017].
- 5- Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6º ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
- 6- Ley sobre salud sexual y reproductiva. Ley N° 18.426 de 1 de diciembre de 2008. [Internet] Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008> [consulta: 10 jul 2017].
- 7- Mateo Sota S. El contacto piel con piel beneficios y limitaciones [tesis] [Internet]. 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf?sequence=1> [consulta: 29 jul 2017].
- 8- Guzmán Vela FP. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015 [tesis] [Internet] 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4750/Guzm%20a1n_vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 29 jul 2017].
- 9- Pérez Landázuri TR. Práctica de los profesionales de la salud en el fomento del apego inmediato posparto en el centro obstétrico del HIA [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12545/1/Apego%20Inmediato%20Posparto_Tatiana%20P%20a9rez.pdf [consulta: 29 jul 2017].
- 10- Llumpo Barrios V. El contacto piel con piel: influencia del cuidado de enfermería en el inicio de la lactancia Brasil. Crescendo Ciencias de la Salud 2017; 4(2): 589-96.
- 11- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ¡UPA! Guía de pautas de crianza de niños y niñas entre 0 y 5 años para agentes formadores de familia. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicef-guiaagentesformadores.pdf> [consulta: 29 jul 2017].

ANEXOS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Usted ha sido seleccionado para participar en la investigación contacto piel a piel precoz en la primera hora de vida

La presente es realizada por 5 estudiantes, de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, realizando el trabajo final de investigación.

La meta de este estudio es conocer cuántas madres que hayan tenido parto a término, con un recién nacido sano pudo tener un apego piel a piel entre el binomio o triada, en la primera hora de vida.

Si usted accede a participar de este estudio, se le pedirá responder preguntas estructuradas. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a esta entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación del mismo, también puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique de ninguna forma u omitir alguna pregunta del cuestionario si alguna de ellas le parece incómoda.

Desde ya agradecemos su participación

Iniciales del Participante _____