

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**EL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ATENCIÓN
INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA MADRE Y LA ENFERMERA.
MICRORED CHICLAYO, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORAS: Bach. Diana Yulissa Farro Cornejo
Bach. Danuta Deysi Gutierrez Vargas

Chiclayo, 15 de setiembre de 2015

EL CONTACTO PIEL A PIEL EN LA ATENCIÓN
INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA MADRE Y LA ENFERMERA.
MICRORED - CHICLAYO, 2014

POR:

Bach. Diana Yulissa Farro Cornejo

Bach. Danuta Deysi Gutierrez Vargas

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERIA
APROBADO POR:**

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay

Presidenta de Jurado

Lic. Adela Rosanna Núñez Odar

Secretaria de Jurado

Mgtr. Flor de María Mogollón Torres

Vocal de Jurado Asesor

Chiclayo 15 de setiembre de 2015

DEDICATORIA

A los seres que más amamos en este mundo, a nuestros padres y hermanos; por su apoyo incondicional, su confianza y su gran cariño, que nos motiva a ser cada día mejores personas y profesionales.

A la escuela de enfermería USAT que forma profesionales con el más alto nivel académico y por enseñarnos a ser mejores cada día, como profesionales cuidadoras de la salud de la persona, familia y comunidad.

Diana y Danuta

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarnos en cada paso que damos, y cuidarnos en todo momento, asimismo el conocimiento que obtenemos a través de su luz divina y misericordia.

A nuestra asesora de tesis, miembros del jurado que gracias a su guía hicieron posible, esta investigación.

A las personas que participaron de este estudio, gracias a quienes fue posible esta investigación y los aportes que son muy valiosos para el quehacer enfermero en el área materno infantil.

Diana y Danuta

INDICE

	Pg
DEDICATORIA	iii
.....	
AGRADECIMIENTOS	iv
.....	
RESUMEN	vi
.....	
ABSTRACT	vii
.....	
INTRODUCCIÓN	8
...	
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
1.1.	12
Antecedentes.....	
1.2. Bases teórico – conceptual.....	13
CAPÍTULO II: MARCO METOLÓGICO	18
2.1. Tipo de investigación.....	18
2.2. Abordaje metodológico.....	19
2.3. Sujeto de Investigación.....	21
2.4. Escenario.....	23
2.5. Instrumentos de recolección de datos.....	23
2.6. Procedimiento.....	25
2.7. Análisis de los datos.....	26
2.8. Criterios éticos.....	27
2.9. Criterios de rigor científico.....	28
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	30
CONSIDERACIONES FINALES	57
RECOMENDACIONES	59

..	
REFERENCIAS	61
BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	66
.....	
CONSENTIMIENTO	66
INFORMADO	
GUÍA DE ENTREVISTA A	68
MADRES	
GUÍA DE ENTREVISTA A	69
ENFERMERAS	

RESUMEN

Investigación de tipo cualitativa, con abordaje estudio de casos, cuyo objetivo fue describir, analizar y comprender la aplicación del contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido. Se sustentó en los conceptos de: contacto piel a piel y recién nacido, según Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal (2013). Los sujetos fueron 7 madres y 7 enfermeras que laboran en la Micro Red Chiclayo, la muestra se determinó por saturación y redundancia; los datos se recolectaron con una entrevista semiestructurada, y se trataron mediante el análisis de contenido temático, considerándose los criterios de rigor científico de Polit y de rigor ético de Sgreccia. Obteniéndose dos categorías: Categoría I: Cotidiano de la enfermera en la aplicación del contacto piel a piel, con las sub categorías: preparación y aplicación del contacto piel a piel. Categoría II: Factores que limitan la aplicación del contacto piel a piel y sus subcategorías: Por factores en el entorno, por condiciones de la madre, por desconocimiento y la falta de apoyo del equipo de salud y por multiplicidad de funciones del personal de salud. Concluyendo que la aplicabilidad del contacto piel a piel se ve limitada por: el desconocimiento de sus beneficios y del procedimiento mismo, por la multiplicidad de funciones de la enfermera y falta de apoyo del personal; quienes por falta de tiempo lo realizan, entre 3 a 5 minutos, mientras dura el pinzamiento tardío del cordón umbilical, esto evidencia un incumplimiento de la normatividad vigente y una necesidad urgente de

capacitación y sensibilización del equipo de salud que brinda la atención inmediata del RN.

PALABRAS CLAVE: Aplicación, piel, atención perinatal, recién nacido.

ABSTRACT

Kind of qualitative research with case study approach, the aim was to describe, analyze and understand the application of SSC in the immediate newborn care. It was based on the concepts of SSC and newborn, according to Technical Standard for Comprehensive Health Care Neonatal Health (2013). The subjects were seven mothers and 7 nurses who work in the Micro Red Chiclayo, the sample was determined by saturation and redundancy; Data were collected with a semi-structured interview, and treated by the thematic content analysis, considering the criteria of scientific rigor of Polit and ethical rigor of Sgreccia. Obtaining two categories: Category I: Daily in implementing the SSC, with subcategories: preparation and implementation of the SSC. Category II: Factors that limit the application of the SSC and its subcategories: What factors in the environment, maternal conditions, ignorance and lack of health team support and multiple functions of health personnel. Concluding that the applicability of the SSC is limited by: the lack of benefits and the procedure itself, the multiplicity of functions of the nurse and lack of support staff; who for lack of time is done between 3-5 minutes, the duration of the late cord clamping, this is evidence of a breach of the current regulations and an urgent need for training and awareness of the health team that provides the immediate attention of RN.

KEYWORDS: application, Skin, perinatal care, newborn

INTRODUCCIÓN

Cuando un recién nacido (RN) nace, en el 90% de los casos se espera que su adaptación sea fisiológicamente adecuada, integral y sin complicaciones, resultado de un control prenatal y un trabajo de parto de evolución normal, aspectos que serán definitivos en el encuentro del nuevo ser con su madre y el entorno externo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ las madres en el servicio de maternidad que han tenido un parto vaginal normal deben confirmar que, durante la primera media hora después del parto, se les ha dado a su hijo para tenerlo en contacto piel a piel (CPP) durante al menos 30 minutos, y un miembro del personal les ha ofrecido ayuda para iniciar la lactancia.

Si el RN no es separado de su madre durante los primeros 70 minutos, en el 90% de los casos, avanza hasta el pecho (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), se dirige al pezón y la areola que reconoce por su color oscuro y su olor, pone en marcha reflejos de búsqueda (masticación, succión del punto, lengüetada) y, tras varios intentos, inicia la lactancia materna; son muchos los beneficios que trae consigo el CPP entre el RN y la madre durante el periodo postparto como es, la reserva de energía, menor riesgo de infección, menos episodios de llanto, una frecuencia cardiorrespiratoria más estable, disminución de los niveles de depresión materna a las 48 horas postparto, incrementándose el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto y facilita la conducta de crianza y apego.²

Para lograr estas reacciones en el binomio madre – neonato, se deben establecer medidas que favorezcan el CPP y estas incluyen: educar y promover dicha práctica durante el control prenatal, enfatizar los beneficios de la presencia del acompañamiento de la pareja u otro referente afectivo como apoyo a las madres, no utilizar medidas farmacológicas durante el trabajo de parto y en lo posible, tratar de sustituirlas por otras medidas como masajes, aromaterapia y libertad de movimiento.³

En tal sentido, el RN que se encuentra sano y estable debe permanecer junto a su madre, no existe justificación para su separación, se recomienda retrasar aquellas técnicas de control rutinarias que interfieren en el fortalecimiento del vínculo afectivo y que puedan realizarse una vez que haya estado en contacto con la piel de la madre y ya este estabilizado.³ Incluso la OMS recomienda que la profilaxis oftálmica neonatal se realice después de la primera hora para evitar que el contacto visual madre – RN se vea alterado.¹

El Ministerio de Salud (MINSA),⁴ en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, en los procedimientos específicos, establece que luego del nacimiento se debe realizar el CPP, procedimiento que se aplica si la madre y el RN se encuentran en buen estado de salud, colocándolo sobre el vientre de la madre un tiempo de 45 minutos.

Así también, cuando los RN permanecen en CPP con sus madres durante los 90 minutos después del nacimiento, apenas lloran, en comparación con los neonatos que son secados, envueltos en una toalla y colocados en un moisés e inician la lactancia materna tempranamente, lo que favorece la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses.⁵

Sin embargo, diversas investigaciones han demostrado que, con frecuencia se separa a los RN sanos de sus madres después del parto, y a veces no se les pone al pecho piel a piel, ni en contacto precoz durante horas, o incluso días. Esto puede ocurrir tanto en partos hospitalarios como domiciliarios, ambientes tradicionales como modernos, esta práctica es potencialmente peligrosa tanto para la lactancia materna como para el desarrollo del vínculo afectivo entre madre e hijo.³

Al respecto, las investigadoras también creen que a pesar de todas las evidencias de los beneficios del CPP, no se aplica en la mayoría de los casos, esto basado en las observaciones realizadas durante sus prácticas pre profesionales en el área materno infantil en diferentes establecimientos de salud, donde los profesionales de enfermería no cumplen a cabalidad lo que plantea la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, ya que muchas veces dicho profesional en compañía del médico, prioriza cuidados dirigidos a satisfacer otras

necesidades del RN como: identificación del neonato, prevención de la infección ocular, prevención de enfermedades hemorrágicas, medidas de cuidado del cordón umbilical, examen físico, antropometría, etc. a pesar que el neonato nace estable y vigoroso (frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto, sonrosado y buen tono muscular), dejando de lado el CPP, lo cual va promover el apego, fortalecer el vínculo afectivo madre-niño y favorecer la lactancia materna; esto es debido a múltiples factores como; desconocimiento de los beneficios y la técnica de CPP, temor a posibles complicaciones, falta de actitudes y habilidades del personal de salud, rapidez a la atención del RN por parte del profesional de enfermería, inadecuada infraestructura, entre otros.

Esta situación, no es ajena a los establecimientos de salud de la Microred Chiclayo, escenario donde se realizó la investigación, el mismo que cuenta con dos Centros Maternos del primer nivel de atención, que brindan atención de parto las 24 horas de día, donde la enfermera junto al médico, brindan atención inmediata al RN, producto de parto vaginal y son los responsables de realizar el CPP durante la atención inmediata del neonato.

Con la presente investigación se pretendió dar respuesta a una serie de interrogantes que las investigadoras no encuentran respuesta a la luz de la literatura consultada, como: las enfermeras ¿Cumplen o no cumplen con el contacto piel a piel durante la atención inmediata del recién nacido?, ¿Por qué?, ¿Cómo realizan el contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido? ¿Cuáles son las barreras que limitan el CPP de madre y el RN?, ¿Cuáles son los facilitadores que favorecen el CPP en la atención inmediata del recién nacido?; cuestionamientos que han conllevado a plantearse el siguiente problema de investigación científica. ¿Cómo es la aplicación del contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y enfermera en la Microred Chiclayo, 2014? teniendo como objetivos : Identificar, describir, analizar, y comprender como es la aplicación del contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido e identificar, describir y discutir cuales son los factores que favorecen o limitan la práctica del CPP en la atención inmediata

del RN desde la perspectiva de la madre y la enfermera en la Microred Chiclayo, 2014.

La investigación se justificó porque como se sabe en las primeras horas del nacimiento, el RN está en alerta tranquila, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno; y si se le coloca nada más en CPP con su madre, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo(a), se reduce el riesgo de hipotermia, contribuye a la liberación de oxitocina endógena, en consecuencia favorece la contractibilidad e involución uterina y previene de la hemorragia postparto, estimula la eyección de calostro y el incremento de la temperatura de la piel de las mamas, proporcionando alimento y calor al RN acelerando la adaptación metabólica del mismo.² Sin embargo, a pesar de todas estas evidencias científicas, los profesionales de enfermería no realizan dicha práctica en un 100%, o si lo realizan lo hacen por un periodo muy corto, desconociéndose los verdaderos motivos; por lo que, con la presente investigación se pretendió sistematizar la información recolectada a fin de dar respuesta a esta preocupación, en la que los profesionales de enfermería cumplen un rol fundamental y protagónico, por ser los responsables de realizar el CPP, según normatividad vigente.

Además, este tema tiene mucha relevancia social, porque permitió realizar un análisis de la práctica del CPP en la atención inmediata del RN, que además de estar contemplada en una Normatividad vigente del MINSA, esta respalda por la Convención sobre los Derechos del Niño(a),⁶ la misma que establece que cada niño tiene un derecho inherente a la vida, y a asegurar su supervivencia y desarrollo; asimismo, las madres tienen derecho a este reconocimiento, a no ser separadas de sus hijos y recibir la ayuda necesaria para el inicio de la lactancia materna (LM) en los primeros minutos o las primeras horas de vida, en el que se debe realizar el CPP, por ser una acción que trae consigo otros beneficios que ayuda a la madre y a los niños a alcanzar una LM óptima.

La investigación sirvió para realizar una revisión desde la perspectiva cualitativa sobre los cuidados que establece la Norma Técnica de Salud del MINSA respecto al CPP, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con Centros Maternos, y a partir de los resultados encontrados se emite el presente informe que refleja la realidad estudiada, el mismo que será alcanzado a los responsables de los establecimientos de salud que participaron del estudio, quienes podrán establecer estrategias que favorezcan la aplicación del CPP madre-hijo, teniendo en cuenta todos los factores que intervienen a nivel operativo, en dicha práctica.

Por otro lado, el estudio fue importante, porque permitió que el profesional de enfermería analice y reflexione sobre la práctica del CPP, sus limitantes, sus facilitadores, generando una oportunidad para valorar sus beneficios, así como revalorar su contribución en la práctica de la LME.

Finalmente, los resultados servirán como antecedente para otras investigaciones que se relacionen con el objeto de estudio, ya que no se cuentan con estudios a nivel local en esta línea de investigación, lo que convierte al tema en inédito y relevante para la enfermería.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Realizando una búsqueda bibliografía exhaustiva en diferentes bases de datos, se encontraron los siguientes trabajos de investigación que las investigadoras consideran pertinentes.

A nivel internacional, se demostró que los neonatos que recibieron CPP tenían el doble de probabilidad de tener una lactancia materna satisfactoria y eficaz durante su primera alimentación después del nacimiento que aquellos que eran envueltos en mantas por sus madres, por otro lado las madres que sostuvieron a sus neonatos en CPP mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto

en el futuro (86%) mientras que sólo el 30% que sostuvieron a sus neonatos envueltos en mantas indicó que sin duda preferiría este tipo de atención en el futuro, además presentaron un menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento.⁷

Por otro lado Sánchez,⁸ explicó que durante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que si se mantiene al neonato por más de 20 minutos en CPP este comienza a buscar el pecho y en una media de 50 minutos, la mayoría es capaz de mamar, por lo que sugieren contacto ininterrumpido durante la primera hora o hasta que haya finalizado esa primera toma.

A nivel nacional: Rivara G. y *etal*,⁹ en un estudio realizado en la sala de partos y Neonatología del Hospital Arzobispo Loayza, en la que incluyó 102 RN a término y sanos, 51 en cada grupo (estudio y control), separados aleatoriamente. En donde sólo el grupo estudio recibió CPP inmediato por 30 minutos y ambos grupos fueron monitoreados durante 30 minutos registrándose las funciones vitales (frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura), temperatura de la madre y la temperatura ambiental. El CPP inmediato parece mejorar la tolerancia al dolor neonatal, así como estabilización de la temperatura. Existe una mejor percepción del parto por parte de las madres beneficiadas por esta práctica.

A nivel local, no se encontraron antecedentes relacionados con el objeto de estudio, por lo que el tema en investigación se convierte en inédito y además pertinente por relacionarse con una práctica exclusiva de enfermería.

1.2.- BASES TEÓRICO – CONCEPTUAL:

El presente trabajo de investigación fue sustentado por conceptos de la OMS (1996), MINSA, para CPP, atención inmediata y RN, Barman (1977), Mercer (2004) y Gutiérrez (2007) para madre y enfermera.

Moore,⁷ manifiesta que el CPP temprano comienza de forma ideal en el momento del nacimiento e incluye la colocación del neonato desnudo, cubierto con una manta caliente, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Este período de tiempo puede representar un "período de reconocimiento sensible" psicofisiológico para programar la conducta futura. En el caso de un parto vaginal, se ha de envolver al RN con una toalla de algodón, colocarle sobre el vientre de su madre inmediatamente después de nacer en posición prona y secarle con cuidado; tener cuidado de cambiarle la toalla mojada para que el niño permanezca seco. Es importante asegurar un buen contacto del RN con su madre y cubrir la espalda con una toalla. Por ello se explica que estos niños no precisan ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre.

El contacto estrecho entre la madre y su RN es un rasgo de la especie humana, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a la supervivencia; durante el postparto inmediato, no se interrumpirá el CPP, siempre que el estado del niño y de la madre lo permitan.² Por ello el CPP es un procedimiento que se aplica si la madre y el RN se encuentran en buen estado: retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado, colocándolo sobre el vientre de la madre en CPP por un tiempo no menor de 45 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo - madre niño/a y se estimula la LM.⁴

Para establecer el contacto precoz inmediato piel a piel, es fundamental informar previamente a la madre sobre la técnica y sus ventajas.¹⁰ Según la normativa actual de la OMS/UNICEF, en sus diez pasos hacia una feliz lactancia natural, dentro de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), y en sus recomendaciones para la asistencia de los partos normales incluye, en la categoría de prácticas claramente útiles y que debieran ser promovidas, el CPP de la madre y el hijo y el apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto.¹

Por otro lado, esta práctica junto con el amamantamiento desencadena la liberación de oxitocina. Esa secreción hormonal tiene efectos en el cerebro lo que ha hecho

considerarla, la “hormona del amor” que algunas madres describen como el “mejor antidepresivo”. También existen beneficios fisiológicos ya que la oxitocina tiene acciones en el útero disminuyendo el riesgo de hemorragia, además de una notable disminución de la ansiedad. De esta manera se ha mostrado que también conlleva una mayor frecuencia y duración de la LM, parece tener un efecto beneficioso en el tiempo del llanto y en la estabilidad cardio-respiratoria; además la criatura recién nacida se recupera más rápido del estrés, normalizándose sus glucemias, el equilibrio ácido-base y la temperatura.¹⁰

Basados en todos estos beneficios y para fines de la presente investigación se consideró CPP al procedimiento que consiste en colocar al RN desnudo sobre el vientre materno, inmediatamente después del nacimiento, mínimamente durante el periodo de alumbramiento del parto, bajo el monitoreo y el apoyo de la enfermera que realiza la atención inmediata del neonato, siguiendo los pasos que establece la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal del MINSA. Como el CPP se realiza con y para el RN en el periodo neonatal es necesario definir estos conceptos.

Gutiérrez,¹¹ define el periodo neonatal como la etapa que va desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de edad, y define al RN sano como el fruto de una gestación normal, sin enfermedad o complicación; así mismo manifiesta que el RN es un individuo inmaduro y completamente dependiente, que no puede solucionar sus propias necesidades y que además al nacer, la atención ofrecida por enfermería y por la madre lograría la transición y la adaptación al medio extrauterino, de ser así esto sería decisivo, para que el nuevo ser dé todo su potencial tanto en su modo físico como psicosocial.

Medellín,¹² acota que el RN es el resultado de un embarazo a término, entre las 37 y 42 semanas de gestación que posea un peso adecuado para su edad gestacional (mayor de 2.500 gramos).

En la presente investigación se consideró ambos conceptos por adaptarse a la realidad de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en la que solo se atienden partos eutócicos y por tanto los neonatos son a términos y sanos, que permanecen junto a sus madres en alojamiento conjunto desde que nacen hasta las primeras 24 horas de vida, bajo el monitoreo de los profesionales de enfermería.

Sabemos que cuando una persona nace, pasa por un proceso de adaptación, esto es fisiológico y universal para todos los seres humanos y se da de manera inmediata al parto, en dicho periodo los profesionales de enfermería junto al equipo de salud, deben brindar la atención inmediata del RN, entendido como el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo RN a término vigoroso, con examen físico normal, desde el nacimiento hasta culminar el periodo neonatal. Esta atención es brindada por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano o licenciado de enfermería con competencias para la atención del RN.⁴

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, señala que la atención inmediata del recién nacido, es un conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo RN, que se inician inmediatamente al nacimiento hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños complicaciones, secuelas o muerte.⁴ Por otro lado los primeros minutos de vida extrauterina son cruciales para el RN, por consiguiente es esencial que su estado sea evaluado lo más rápidamente posible después del parto y requiere una minuciosa atención para asegurar la correcta adaptación a la vida extrauterina.¹³ Por ello se debe contar con un lugar adecuado en la sala de partos o adyacente, con temperatura, iluminación y equipos necesarios para realizar la evaluación del neonato.¹⁴

Al respecto, las investigadoras consideran que la atención inmediata que se da al RN, es un proceso que implica actividades de suma importancia, ya que es la madre y el neonato que están expuestos ante diversas situaciones inmediatas, que serán

aseguradas por los profesionales de la salud encargados de esa práctica, principalmente por los profesionales de enfermería.

Como a la presente investigación se indagó sobre la aplicación del contacto piel a piel en la atención inmediata del RN desde la perspectiva de la madre y enfermera; se hizo necesario, considerar dichos conceptos. Así, perspectiva según la Real Academia Española (RAE) es una visión de la realidad que ocurre, en el cual se considera o se analiza un asunto, hecho o fenómeno.¹⁵

En tal sentido, perspectiva en este estudio estuvo conformado por el conjunto de relatos que las madres y enfermeras manifestaron de sus experiencias personales vividas entorno a la aplicación del CPP durante la atención inmediata del RN sano, que fueron expresadas en forma de ideas, juicios, opiniones, que sirvieron para caracterizar y comprender dicho fenómeno.

En esta investigación, lo que se buscó fue retratar la realidad, en base a las experiencias vividas por las madres, quienes se constituyeron la principal fuente de información. Así, Barmat citado por Marriner,¹⁶ expresa que el término madre se aplica tanto a la madre biológica del niño como a la persona que lo cuida, junto con sus características se incluyen los condicionamientos psicosociales, sus preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, a magnitud del cambio que experimenta en su vida, las expectativas que despierta el niño en ella, y sobre todo, su estilo de maternidad y su capacidad de adaptación.

Por otra parte, Mercer citado por Marriner,¹⁶ responde que una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital; y que además cumple un rol maternal desde el momento en que asume que va a ser madre, identificándose con su ser. En la presente investigación fue considerada como la madre biológica, que da a luz a un RN, que asume su rol maternal desde al nacimiento de su bebé con ayuda del profesional de enfermería.

Así, Gutiérrez,¹¹ refiere que la enfermería como disciplina práctica es “el conjunto de conocimientos científicos que se utilizan con el propósito de prestar un servicio esencial a las personas, es decir, de favorecer su capacidad de influir de manera positiva en la salud.

Las enfermas son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad, por consiguiente son las responsables de promover la salud de familias y niño; es decir que la enfermería es la profesión dinámica que se enfoca en fomentar la salud y prevenir enfermedad, proporcionar un cuidado a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente.¹⁶

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO:

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación se desarrolló empleando el enfoque metodológico cualitativo, la cual permitió abordar la problemática de manera globalizada y holística. Esta investigación fue útil para entender las experiencias humanas, percepciones y creencias de los participantes involucrados en el fenómeno en estudio. Los resultados que se obtuvieron de esta investigación, permitieron entender la situación particular descrita en la situación problemática que conllevaron a la presente investigación y dar respuesta al porqué de la misma, ya que se tuvo en cuenta la perspectiva de los sujetos implicados en el CPP.^{17, 18, 19}

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO:

El estudio se realizó bajo el enfoque metodológico de estudio de caso; el cual es un método que estudia el fenómeno en su entorno natural y utilizando múltiples fuentes de evidencia. Se eligió este abordaje porque es el más apropiado cuando se quiere saber el cómo y el porqué de los acontecimientos contemporáneos sobre los que el

investigador tiene poco o casi ningún control, en tal sentido este abordaje permitió develar el objeto de estudio tal cual se presenta en la realidad, de manera natural y compleja, vista desde la perspectiva de la madre y la enfermera.^{18, 20} Se tuvo en cuenta las siguientes características planteados por Lüdke,²¹ para lograr una mejor comprensión del objeto de estudio:

Los estudios de caso se “dirigen al descubrimiento”, lo que significa que las investigadoras empezaron a develar el caso por algunos supuestos teóricos iniciales, cuidando estar atentas y a la expectativa a lo que surgió durante el estudio y que tuvo relación con los sujetos de estudio. Por ello para cumplir con este principio, fue importante registrar cada dato manifestado por las madres y las enfermeras, durante la investigación realizada.

Este tipo de investigación permite “la interpretación en el contexto”, como principio básico explica que es importante tener en cuenta el contexto en el que se sitúa el fenómeno. En este caso, la investigación se realizó en dos establecimientos de salud del primer nivel de atención, que pertenece a la Microred de Salud Chiclayo de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, del MINSA, que cuenta con servicios de materno infantil las 24 horas del día, donde la enfermera labora en turnos diurnos de seis horas y nocturnos de 12 horas. Para cumplir con este principio, además se utilizó un grabador de voz para captar la mayor cantidad de datos y se realizaron notas de campos durante todo el proceso de recolección de datos, para registrar cada detalle sobre el tema y de esta manera al momento del análisis se tuvo en cuenta el contexto donde se desarrolló el fenómeno en estudio, de manera natural.

“Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda, para cumplir con este principio las investigadoras enfatizaron la realidad estudiada haciendo un análisis profundo de la situación en torno al fenómeno, partiendo del conocimiento obtenido de estudios parecidos”. Asimismo se retrató lo referido por las madres y enfermeras tal cual lo viven, para obtener una visión holística de la situación estudiada.

“Revelan experiencias subsiguientes pero importantes que permite generalizaciones naturales”. Durante este estudio se tomó en cuenta la perspectiva que tienen las

madres y las enfermeras en la aplicabilidad del CPP durante la atención inmediata del RN sano, a fin de lograr los objetivos planteados en la investigación, no se desestimó ninguna información relacionada al objeto de estudio.

“Los relatos que se utilizan dentro del estudio de caso son expresarse con un lenguaje claro y sencillo de entender”. En el informe final de esta investigación se hace uso de un lenguaje común con el propósito de ser accesible al lector a fin de facilitar la comunicación y su comprensión.

Así mismo se tuvo en cuenta las fases propuestas por Nisbet e Watt, citado por Lüdke²¹, quienes caracterizan el desarrollo del estudio de casos en tres fases:

La fase exploratoria o abierta: El estudio de caso comenzó con un plan muy incipiente, que se fue delineando más claramente en la medida en que se desarrolló la investigación. En el estudio se elaboraron preguntas que las investigadoras consideraron pertinentes, ya que durante su formación en las prácticas hospitalarias, observaron constantemente que el profesional de enfermería no cumple con el CPP en la atención inmediata del RN en los servicios de materno infantil. Estas preguntas o puntos críticos iniciales fueron analizados con la bibliografía correspondiente, por ejemplo se revisó en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal del MINSA; luego se realizó la entrevista a madres que han tenido la experiencia de dar partos naturales con niños sanos y a término y a enfermeras que están relacionadas en el área laboral en sus respectivos centros maternos, lo que permitió enriquecer la problemática y delinear el estudio; la delimitación del estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, las investigadoras procedieron a recolectar sistemáticamente la información, utilizando como instrumento una guía de entrevista dirigida a las madres y enfermeras, y por último el análisis sistemático y la elaboración del informe. En esta fase se realizó el análisis de los datos, mediante el análisis de contenido temático, a fin de tornar la información accesible y comprensible al lector y finalmente se elaboró el informe según las normas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.

2.3 SUJETO DE INVESTIGACIÓN:

En este estudio los sujetos de investigación fueron: madres y enfermeras que participaron en la atención inmediata de RN sanos en los centros maternos de la Micro Red Chiclayo. El número aproximado de sujetos que se expusieron al estudio fueron de 20 a 25 madres (promedio de partos al mes) y 10 enfermeras (total de enfermeras que laboran dicha Microred), de los cuales se seleccionaron, aquellos que cumplieron con ciertos criterios de inclusión a fin de contar con una muestra homogénea y así dar cumplimiento a un principio de rigor científico.

Así los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: Madres adultas jóvenes (de 20 a 35 años) de RN que han dado a luz en centros maternos de la Micro Red Chiclayo, a un RN sano, con puntaje apgar mayor de 7, que se encontraron hospitalizados en dichos establecimientos y que además se le haya realizado el CPP, y enfermeras que trabajan por más de 6 meses en el área de materno infantil de los centros maternos de la Microrred - Chiclayo, y que hayan brindado atención inmediata al RN de la madre entrevistada.

Por consiguiente se establecieron como criterios de exclusión: Madres de RN con problemas de salud que comprometían el estado vital del mismo y que se haya constituido en una limitante para el CPP (malformaciones congénitas, hipoxia, sufrimiento fetal, etc.), madres que presentaron antecedentes en la historia clínica de problemas psiquiátricos que afecte su equilibrio emocional y mental, no llegándose a identificar ninguna madre y RN en esta condición

Así mismo, no se ha considerado a enfermeras que realizan pasantía en dichos Centros Maternos, por consiguiente enfermeras que se encontraban realizando el SERUMS (servicio rural urbano marginal), y tampoco a los internos de enfermería.

Es así, que se entrevistó a 7 madres, las mismas que presentaron las siguientes características: Según la edad: el 71% (5) presentaron edades entre 20 a 30 años, el 29 % (2) entre 30 a 35 años; según el nivel educativo: el 14% (1) contaba con nivel primario, el 57% (4) con nivel secundario y el 29% (2) con nivel superior, lo que

hizo posible que la mayoría comprendiera la comunicación que se estableció en la entrevista; en cuanto al lugar de procedencia: el 86% (6) procedían del mismo distrito de Chiclayo y el 14%(1) del distrito de Santa Rosa; según el número de controles prenatales recibidos: el 28% (2) tuvo entre 4 a 5 controles, y el 71% (5) entre 7 a 9 controles, lo que significa que la mayoría mantuvo una gestación controlada. Con respecto al número de partos: el 14% (1) fue su primer parto, el 57% (4), el segundo y el 29% (2), el tercer respectivamente, lo que significa que la gran mayoría tuvo más de una oportunidad de participar en le CPP.

El número de enfermeras que participaron en el estudio fue de 7, quienes se caracterizaron por: Según la edad: el 14 % (1) tuvo entre 25 a 30 años, el 43% (3) entre 40 a 50 años y el 43% (3) entre 50 a 60 años; según el tiempo de servicio en el área materno infantil: el 42% (3) tenía entre 2 a 6 años de experiencia laboral y el 58 % (4) más de 10 años, lo que significa que la mayoría son enfermeras de muchos años laborando en la Microred Chiclayo; por último según el tipo de contrato: el 14 % (1) tuvo como modalidad de contrato CAS en tanto que el 86% (6) restante era personal nombrado.

2.4 ESCENARIO:

La investigación se realizó en los centros de salud maternos de la Micro Red Chiclayo, de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque del MINSA: Centro de Salud José Olaya y Centro de Salud Materno Cerropon, ubicados en el distrito de Chiclayo. Dichos establecimientos, pertenecen al primer de nivel de atención y cuentan con una categoría de I- IV; I- III, los cuales atienden partos durante las 24 horas día, en donde alcanzan el número de atención de partos entre 20 a 30 nacidos vivos.

Estos centros maternos cuentan con la siguiente infraestructura: sala de emergencia (donde se recepciona y evalúa a toda gestante que ingresa al establecimiento de salud en trabajo de parto), 1 sala de partos (donde se atiende el parto y se brinda la atención inmediata al RN), 1 sala de alojamiento conjunto (con 4 camas en C. S.

Cerropon y 6 camas en C. S. José Olaya, donde la madre y el RN permanecen durante 24 horas en observación).

La sala de parto donde los profesionales de enfermería brindan la atención inmediata al RN, es una área de aproximadamente 6 m², la misma que cuenta con una camilla para el parto, en la que se realiza el CPP y luego se traslada al área de atención inmediata, que cuenta con una servocuna, para brindar un ambiente térmico neutro. Para la atención inmediata del RN, los profesionales de enfermería solicitan a la madre en trabajo de parto: Dos pañales de franela, las mismas que se utilizan para secar al RN, un ajuar completo, una manta para el abrigo adecuado.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos fueron recolectados mediante la técnica de entrevista semiestructurada, lo cual permitió realizar una serie de preguntas abiertas y así se tuvo la oportunidad de recolectar más respuestas, de tal manera que el investigador pudo encauzar y ampliar la respuesta de los sujetos entrevistados.²²

El instrumento fue validado mediante juicio de expertos, quienes emitieron sugerencias, los cuales se tomaron en cuenta al momento de elaborar el instrumento final. Ellas fueron dos docentes universitarias expertas en la temática, con grado de magister y estudios de especialidad con más de 10 años de experiencia laboral en el área de materno infantil y en el Servicio de Neonatología, y una experta en el método quien es magister y docente investigadora con más de 7 años de experiencia, quienes dieron sugerencias que permitieron modificar la guía de entrevista. Luego se realizó un estudio piloto con tres sujetos en otros establecimientos de salud del primer nivel de atención, para verificar si las preguntas eran adecuadas y entendidas por los sujetos, quedando así validado el instrumento final de recolección de datos.

Se hizo todo lo posible para lograr que durante la entrevista, tanto el entrevistador como el entrevistado estén concentrados y centrados en las preguntas de estudio, y así poder obtener respuestas concretas de las ideas de las madres y enfermeras, para ello, las investigadoras procuraron estar atentas a los relatos para poder encausarlas

al objeto de estudio. Además se utilizó como estrategia de recolección de datos, la anotación detallada (o notas de campo) de los datos subjetivos que manifestaron los entrevistados y así mismo se grabó las entrevistas para obtener datos fidedignos y confiables.

Las entrevistas a madres y enfermeras se realizaron en hora y lugar concretados con cada sujeto (sala de alojamiento conjunto, sala de espera o estar de enfermería), para evitar que los participantes se sientan incómodos, cohibidos y así viertan con libertad todas las preguntas respecto al tema. Previamente se brindó una hoja informativa y se hizo firmar el consentimiento informado (anexo N°01); además, se empleó una ficha de recolección de datos con un pseudónimo (una letra seguida de un número: “M” para la madre, “E”- para el profesional de enfermería). Para el registro de información se usó un grabador de voz y se partió de la pregunta, ¿Cuénteme detalladamente como la enfermera colocó a su bebé sobre su vientre después del parto? Para la madre (anexo N° 02) y ¿Cómo realiza usted el contacto piel a piel en la atención inmediata del RN?, para la enfermera (anexo N° 03); conforme se dieron las respuestas, se introdujeron las preguntas auxiliares, durando en promedio cada entrevista, entre 15 a 20 minutos.

Los datos fueron recolectados durante los meses de agosto a noviembre de 2014. Los inconvenientes que tuvieron las investigadoras durante dicho proceso, fue: la escasez de partos en los días que acudieron a recolectar los datos, la negativa de los profesionales de obstetricia para conceder el pase al servicio de materno en un establecimiento de salud, a pesar de contar con el permiso de la Red de Salud Chiclayo, por lo que se tuvo que acudir a otras instancias como la Gerencia de Salud Lambayeque para solicitar dichos permisos, es así que se tuvo que extender el periodo de recolección de datos y por tanto el de análisis de los mismos.

Al finalizar se, analizaron y establecieron categorías según la repetición de datos y la confrontación con el marco teórico, luego se realizó la triangulación de la información, según datos brindados por las madres y las enfermeras, logrando así una visión más profunda de la realidad.

2.6 PROCEDIMIENTO:

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité de Ética e investigación de la Facultad de Medicina, de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se solicitó el permiso respectivo a la Gerencia de Salud de la Red Chiclayo y para ello se cumplió con todos los requisitos que solicitaron a fin de garantizar el normal desarrollo de la investigación, para lo cual se presentó: la resolución de aprobación del proyecto, una copia del proyecto, un CD que contenía el proyecto en Word, PDF y la solicitud de permiso para la recolección de datos en dichos Centros Maternos, emitido por la Escuela de Enfermería.

Posteriormente se acudió al escenario, a fin de contactarse con las madres y enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión, estableciendo con ellas la fecha y hora para la entrevista, la misma que contó con una pregunta norteadora, seguida de seis preguntas auxiliares; no sin antes informarles de manera detallada sobre el estudio (Anexo N°02 y Anexo N°03), y hacerles firmar el consentimiento informado (Anexo N° 01). Se regresó al escenario cuantas veces fue necesario hasta completar la muestra, la misma que se estableció teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia. La transcripción de las entrevistas se hizo después de realizada cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata. Así mismo para dar mayor validez a los resultados, una vez transcritas las entrevistas, fueron presentadas a los sujetos para corroborar si estaban de acuerdo con lo manifestado o deseaban agregar o cambiar algunos relatos. Luego se procedió a realizar el análisis de los datos

2.7 ANÁLISIS DE DATOS:

El análisis de datos fue mediante el análisis de contenido,^{19, 23 y 24} debido a que es un tipo de análisis que llega a comunicar, comprender y alcanzar un alto grado de rigor. Se buscó interpretar lo dicho por quienes fueron los sujetos de estudio a través de la entrevista. Este análisis se llevó a cabo en tres etapas: Pre análisis: en esta fase se realizó una lectura superficial del material recolectado, con la finalidad de seleccionar los datos pertinentes, es decir obtener información que se relacione con el

objeto de estudio y que fueron considerados en el análisis, logrando la familiarización de las investigadoras con el contenido. Esto permitió tener una idea general de los resultados y establecer una posible esquematización de los mismos. Codificación: en esta etapa los datos ordinarios fueron transformados sistemáticamente en unidades que permitieron una descripción precisa de las características pertinentes del contenido; en esta fase, las investigadoras realizaron una transformación del material original a los datos útiles, es decir, se separaron los textos, párrafos, catalogando los elementos significativos, de tal manera que los datos que se obtuvieron del “*emic*” (objetos de estudios) se convirtieron en un lenguaje del “*etic*” (profesional), con la finalidad de alcanzar los fines de la investigación. Por otro lado una vez agrupado los datos se procedió a brindar un identificador a cada grupo, los cuales fueron llamados códigos, lo que permitió reagrupar las unidades de significado y reducir la información, dando lugar a las categorías de estudio.

Finalmente siguió la fase de categorización: Esta operación consistió en la clasificación de elementos constitutivos del conjunto de unidades de significados seleccionados por diferenciación, tras la agrupación por género a partir de criterios previamente definidos; es decir los códigos que fueron asignados, ahora fueron categorizados, llegando de alguna forma a establecer nuevas relaciones teóricas con respecto a lo investigado. Las investigadoras agruparon las unidades seleccionadas por similitud en cuanto a su significado, estableciendo conexiones entre las mismas, contrastando la realidad, con el marco teórico y con el punto de vista de las investigadoras.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS:

Durante el desarrollo de toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos de Sgreccia.^{25, 26}

Principio de respeto a la dignidad humana: En todo momento se respetó el valor fundamental de la persona. Se aseguró que las personas que participaron en esta investigación no sean utilizados como medio para lograr los objetivos, sino que

fueron considerados como tal en su totalidad, por su valor, de tal manera se cuidó que no se dañe sus dimensiones (físico, psicológico, social y espiritual), no se les expuso a situaciones de las que no hayan sido informados previamente en la hoja informativa.

Principio de libertad y responsabilidad: Los participantes contaron con información adecuada y oportuna respecto a la investigación, de tal manera que pudieron comprenderla, lo cual les permitió aceptar o rechazar libremente su participación en la investigación. Los sujetos de estudio conocieron todo acerca de la investigación, y los derechos de los cuales gozaban; de tal manera que les permitió adoptar decisiones informadas (información completa). Luego se les hizo firmar el consentimiento informado (Anexo N° 01) que garantizó su participación en esta investigación, manifestándoles que la información expuesta será solamente de conocimiento de las investigadoras, quienes garantizarán el secreto y respeto a su privacidad.

Principio de sociabilidad y subsidiaridad, este principio implica ver a la persona como un ser social; por tanto las investigadoras respetaron todas las versiones que los sujetos vertieron en las entrevistas, a fin de cumplir con la obligación social de disponer el informe final al público en general, para promover el bien común y así contribuir a mejorar la problemática sobre la aplicabilidad del CPP.

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO:

Para avalar la calidad científica de la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes principios de rigor.^{20 y 22.}

La credibilidad, se refiere a que todo lo que se devela en la investigación es verídico, no se alteró lo manifestado por los participantes. Además todo lo que se expone en el informe final está sustentado con base científica, avalado por los relatos que las madres y enfermeras involucradas en el proceso del CPP, manifestaron. Por otro lado la credibilidad se puso en práctica desde la recepción de los datos, ya que

estos se tomaron lo más exacto posible mediante un grabador de voz; también se evidenció el uso de la credibilidad cuando se hizo de conocimiento a los sujetos de estudio sobre la investigación para verificar su contenido, previamente con el consentimiento aprobado.

La confirmación, o confirmabilidad, se refiere a que las investigadoras han minimizado los sesgos que puedan presentarse durante el estudio. A través de este criterio se logrará que la investigación sea utilizada como antecedente para otros trabajos de investigación, a través de las consideraciones finales y recomendaciones, que surgirán de este trabajo y que contribuirán, con el desarrollo de esta línea de investigación.

Transferibilidad o aplicabilidad: Este criterio responde a la posibilidad de extender los resultados a otras poblaciones u contextos que se investiguen y que guarden relación, el mismo que será determinado por el lector; en tal sentido en el presente informe se ha caracterizado detalladamente a los sujetos que participaron en el estudio y se describió el escenario de investigación minuciosamente, de modo que permita la comparación con otro contexto diferente en el que se realizó la investigación, con el fin de lograr la generalización naturalística.

CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el estudio de caso realizado se reveló dos situaciones divergentes, en las cuales un grupo de profesionales de enfermería, aplicaba el CPP, y en otras no; lo que generó dos grandes categorías de estudio, con sus respectivas subcategorías que evidencian una inaplicabilidad del CPP y por tanto un incumplimiento de la normativa vigente en cuanto a la atención integral de salud neonatal del MINSA.

- **CATEGORÍA I: COTIDIANO DE LA ENFERMERA EN LA APLICACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL**

Subcategoría 1: Preparación para el Contacto Piel a Piel

Subcategoría 2: Aplicación del Contacto Piel a Piel

- **CATEGORIA II: FACTORES QUE LIMITAN LA APLICACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL**

Subcategoría 1: Factores en el entorno

Subcategoría 2: Factores relacionados con condiciones maternas

Subcategoría 3: Factores relacionados con el desconocimiento y falta de apoyo del equipo de salud.

Subcategoría 4: Factores relacionados con la multiplicidad de funciones del personal de salud.

CATEGORÍA I: COTIDIANO DE LA ENFERMERA EN LA APLICACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL (CPP)

Cotidianidad es la vida del hombre participante y sociable, donde coloca sus sentidos, capacidades intelectuales, habilidades, sentimientos, pasiones ideas, ideologías, etc.²⁷

Asimismo la cotidianidad es el suelo, en el cual hombre actúa, es decir son todas las actividades que realiza en su conjunto. Por ello el hombre de la cotidianidad es actuante y receptivo, lo que significa que actúa, pero no en su totalidad, ya que también recibes ciertas respuestas por parte de quienes te rodean en tu vida cotidiana. Por consiguiente estas características no se encuentran en el mismo nivel, es decir unas veces predomina su accionar y otras lo que percibe; lo que quiere decir que tu vida está dada por diferentes aspectos, por unos momentos predomina tu trabajo, si es que estas en el, y en otros por ejemplo tu familia, tal es así que es también heterogénea ya que realizas diferentes actividades como la organización del trabajo, los placeres, el descanso, las actividades sociales, el intercambio y la purificación) y jerárquica (es la importancia que le das a la actividad que realizas dependiendo del estado o contexto que te encuentres). El hombre nace ya insertado en su cotidianidad lo que significa que vivimos en un mundo cotidiano que ya está constituido, por leyes, lenguaje, costumbres, etc. es así que nos relacionamos con otros sujetos como jefes, amigos, conocidos, subordinados, padres, hijos, etc.

El hombre adulto es capaz de vivir su cotidianidad, por ejemplo en una enfermera cuidar un enfermo, aplicar inyecciones, dar medicamentos, sin embargo esto puede intercambiar con aquel que quiere aprender ciertas experiencias del ser cotidiano de ella.

Para Tedesco, cotidiano es una suma de todas las significancias e insignificancias que le suceden a las personas, es decir aquello a que le damos mucho o poco interés, como puede ser, cuando preparamos todo lo establecido en la Norma Técnica para la atención inmediata del recién nacido y estamos observando hasta el mínimo detalle para que todo resulte satisfactorio y lo insignificante como aquello que niquiera le

prestamos atención pero que forma parte del día a día, como por ejemplo la aplicación del contacto piel a piel, y la lactancia materna exclusiva.²⁸

Para las investigadoras, lo cotidiano es vivir el día a día, es decir realizar aquellas actividades cotidianas, ya sea en el trabajo, en el hogar, en la escuela y en diferentes ambientes sociales, donde se desarrolla el individuo, tal es así que el personal de enfermería de la Microred Chiclayo aplica el CPP, como una actividad cotidiana en los diferentes establecimientos donde labora, ya que cada quien tiene su forma de realizar ciertas prácticas de acuerdo a la importancia y la capacidad de aprendizaje que sostiene desde su formación profesional, sin lugar a duda debemos tener en cuenta la importancia de este procedimiento.

El CPP, es un procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado de salud, el cual consiste en realizar una serie de actividades como: colocar al RN desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas o poco tiempo después de nacer; asimismo se, procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado, colocándolo sobre el vientre de la madre en CPP por un tiempo no menor de 45 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a y se estimula la LM.⁴

Por lo tanto el CPP, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor, y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna, la misma que produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al RN, tal es así, que durante las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal, este es el llamado período sensitivo. Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en CPP con la madre, el RN, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores, pataleo, cabeceo, y poniendo en marcha los reflejos de búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido

amniótico, alcanzando el pezón y realizando un agarre espontáneo. Este proceso no debe forzarse y debe ser espontáneo. Su duración es de unos 70 minutos en el 90% de los casos y, la separación madre-recién nacido altera este proceso y disminuye la frecuencia de las tomas de lactancia con éxito.¹

El CPP puede realizarse sin restricciones sí: el RN, es a término o pretérmino tardío (35-37 semanas de gestación), si respira o llora sin dificultad o si presenta buen tono muscular.¹² Para las investigadoras, el CPP es una serie de pasos dirigidos a un solo objetivo, establecer el vínculo afectivo entre madre e hijo e iniciar una LME; implica el proceso de ubicar al RN sobre el vientre materno, una vez que inicia la vida extrauterina, el RN, busca adaptarse al exterior a través de estímulos sensoriales, en las cuales participa la madre como ser importante en su desarrollo y la enfermera, como cuidadora, que propicia el CPP. Por otro lado es importante resaltar que el CPP se realiza solo a RN, producto de partos eutócicos, con un Apgar mayor a 7 puntos.

En el estudio se encontró que dicho proceso presenta dos fases, las cuales se discuten en las siguientes subcategorías.

Subcategoría 1: Preparación para Contacto Piel a Piel

La preparación, es aquel acto de preparar, es decir, prevenir, disponer o hacer algo con alguna finalidad, según lo que define la RAE.¹⁵ Asimismo preparación es el proceso en la cual se dispone de conocimientos para la ejecución de alguna cosa, y así llegar a un solo fin u objetivo.²⁹

Según el Plan de parto y nacimiento; el nacimiento es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido y el reflejo de succión. Se evitarán luces potentes o ruidos que molesten al bebé, el ambiente será cálido, evitando interferencias en ese primer contacto madre-bebé que facilita la unión del vínculo afectivo y biológico. Los mínimos controles y vigilancia los realizará el personal sanitario manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo.³⁰

Para las investigadoras, la preparación, son acciones que consisten en arreglar, disponer o prever de una serie de equipos y materiales para realizar una acción con determinado fin, por ello el personal de enfermería debe estar capacitado en todo los aspectos necesarios que posibiliten la realización de diferentes procedimientos. En la fase de preparación para el CPP, el profesional de enfermería debe prever con anticipación, el ambiente, es decir la sala de partos y todos los materiales a utilizar en dicha práctica, así como haber brindado la información a la madre sobre el mismo y solicitar el consentimiento informado; por otro lado se debe solicitar a la madre realizarse el baño, para garantizar el procedimiento del CPP en condiciones de higiene.

La Asociación Española de pediatría, recomienda que se disponga de un protocolo en el que se detallen las acciones recomendadas y las responsabilidades de cada profesional; a continuación se enumera: (1) informar a la madre durante el periodo de dilatación de los beneficios del CPP y la importancia de realizarlo con su hijo o hija al nacer, así como del procedimiento. (2) Responder a sus dudas y necesidades de forma individual, respetando en todo momento su decisión. (3) Mantener una temperatura en la sala de partos (22-24°C), mientras se mantienen los paños, camillas, gorros y pañales calientes en la cuna térmica de la sala, los cuales permanecerán en modo de precalentamiento, hasta el periodo expulsivo del parto, donde pasará a modo manual, y potencia máxima, para garantizar la atención inmediata del RN en condiciones térmicas adecuadas. (4) El ambiente debe ser silencioso, cálido, con poca luz, con un acompañante para la madre y con el mínimo número de profesionales posible.³¹

Esta fase de preparación fue descrita por las madres que participaron en el estudio, quienes manifestaron lo siguiente:

“...Yo observé que la enfermera preparaba la ropa del bebé y las mantas con las que lo cubrió al realizar el contacto piel a piel, calentándolo previamente...” M₂

“...Antes del parto, la enfermera estaba que calentaba la mantita con la que cubriría a mi bebé cuando este estuviera sobre mi vientre, además ya conocía sobre ese cuidado del contacto piel a piel porque me explicaron durante mis controles prenatales...” M₄

Del total de madres entrevistadas, el 75% refirieron que la preparación para el CPP consiste en pedirles la pañalera y pre calentar la ropa del RN, así como las mantas y gorro, con el que secaron y cubrieron al neonato.

Este proceso no solo fue referido por las madres, sino también por las enfermeras que participaron en el estudio.

“... Previamente cuando la obstetra informa que la madre está en proceso de dilatación, aproximadamente en 8 cm, preparamos el material para el contacto piel a piel, precalentamos los campos y prendemos la servocuna...” E₁.

“... Una vez que se nos informa que está en dilatación, vamos precalentando, los campos estériles que se va a utilizar, además vamos acondicionando la zona, la temperatura adecuada el ambiente donde se va a recibir al bebe...” E₂.

“... Preparamos a la madre, antes del trabajo de parto hacemos que se duchen, le informamos que ni bien nazca su bebe se lo colocaremos en contacto piel a piel, disponemos de toallas y un gorrito precalentados, para recibir al recién nacido y secarlo...” E₄.

Cabe resaltar que el 100 % de las enfermeras entrevistadas, manifestaron que en la fase de preparación para el CPP, precalientan los campos para el secado del RN, y la ropa con el que le brindaran abrigo.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal, establece como procedimientos generales antes del parto lo siguiente: asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C, para prevenir la pérdida de calor, la temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año; mantener ventanas y puertas cerradas; disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado de RN; así como identificar factores de riesgo perinatal; obtener y registrar los datos de la historia clínica materna a la llegada al centro obstétrico / sala de operaciones, para determinar la posibilidad de efectivizar el contacto piel a piel.⁴

Cabe resaltar, que las madres no perciben como parte de la preparación para el CPP, el acondicionamiento del ambiente, la higiene y la educación personal para el

consentimiento informado verbal, que la enfermera suele realizar en el periodo de dilatación del parto.

Sin embargo en el estudio se develó que el 29% (2) de enfermeras realizan la preparación según lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal, es decir preparan el ambiente con una temperatura neutra, realizan la higiene y obtienen el consentimiento informado de la madre, ya que las enfermeras manifiestan que además de la preparación del ambiente y de los materiales a utilizar, es necesario realizar la higiene de la madre mediante el baño general durante la fase de dilatación del parto, esto para garantizar el procedimiento en condiciones de higiene favorables, toda vez que el neonato nace con un sistema inmunitario inmaduro, y las madres a veces acuden al parto en condiciones de higiene inadecuadas, lo que constituyen riesgo para la salud del RN.

La falta de preparación del ambiente, térmico neutro, así como el desconocimiento de los beneficios del CPP, explicaría porque algunas enfermeras y madres piensan que el mantener en CPP al RN sobre el vientre desnudo de la madre, provoca pérdida de calor, por lo que ejecutan este procedimiento por periodos muy cortos, convirtiéndose en una limitante para el mismo, como podemos evidenciar en los siguientes discursos de enfermeras y madres:

“... El CPP lo realizo, solo 15 minutos, considero que debería ser más tiempo, pero debemos tener en cuenta que en el ambiente del centro materno el niño tiende a perder calor...”E₁.

“... el tiempo que considero durante el CPP, es de 30 minutos, mientras más tiempo permanece sobre el vientre materno es mejor, ya que se mantiene a una temperatura adecuada y estímulo a una lactancia materna eficaz...”E₄.

“...el tiempo que me tomo para el contacto piel a piel es mínimo, en promedio 3 minutos, hasta que deje de latir el cordón umbilical, además porque tengo que darle otros cuidados...” E₆.

“... yo pienso que el tiempo máximo para el CPP, es 10 minutos, es suficiente además que deben mantenerlo calentito porque se pueden enfriar, y complicar...”M₄.

“...Pienso que no lo dejaron más tiempo porque el médico ya se iba y tenía que evaluarlo antes, además que tenían que darle otros cuidados que también son importantes cuando nace un bebe...” M₇.

Del total de enfermeras entrevistadas, el 57% (4) refieren que el tiempo que utilizan para la aplicación del CPP sobre el vientre materno, es de 3-10 minutos, y el 43%(3) aplican el CPP entre 10 - 30 minutos; datos que se comparan con los relatos de las madres, quienes refieren que , el tiempo de aplicación del CPP fue entre 10-15 minutos, 57% (4), y entre 3 a 5 minutos, 43% (3), es decir el tiempo que se espera para realizar el pinzamiento del cordón umbilical.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, menciona sobre el CPP. Procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado , colocándolo sobre el vientre de la madre en contacto piel a piel por un tiempo no menor de 45 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a y se estimula la lactancia materna.⁴

Así mismo, varios estudios han demostrado la influencia del contacto postnatal precoz sobre el inicio o la continuación de la lactancia, y en algunos casos sobre otros aspectos de la interacción entre madre e hijo. Righard y Alade,³² estudiaron el efecto del contacto precoz sobre la succión. Compararon dos grupos de niños asignados (por decisión de la matrona y de la madre) a un grupo de “contacto” o a otro de “separación” inmediatamente después del parto. Los 38 recién nacidos del primer grupo estuvieron en contacto con su madre desde el momento del parto durante al menos una hora. Tras una media de 49 minutos, 24 de ellos mamaron correctamente. Los RN del segundo grupo iniciaron el contacto inmediatamente después de parto, pero fueron separados de ella a los 20 minutos, y devueltos con su madre otros 20 minutos después. Sólo 7 de ellos mamaron de forma eficaz, y la diferencia era significativa.

Château y Wiberg,³³ estudiaron a 40 primíparas en Suecia. Las madres fueron asignadas al azar a un grupo de control o a otro de intervención con “contacto extra” (15 a 20 minutos de succión y contacto piel con piel durante la primera hora después del parto). A los 3 meses, el 58 % de las madres en el grupo con contacto extra todavía estaba amamantando, frente al 26 % en el grupo de control ($p < 0,05$). Las madres con contacto extra pasaban más tiempo besando y mirando a los ojos a sus hijos, mientras que estos sonreían más y lloraban menos.

El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia, tanto poco después del parto como al cabo de 2 o 3 meses. Sin embargo, es difícil hacer recomendaciones exactas porque el horario y la duración del contacto precoz fueron diferente en los distintos estudios. Incluso 15 o 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, mientras que una interrupción del contacto de 20 minutos en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis-respuesta. Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto. Siempre que el RN esté en estrecho contacto con su madre y pueda mamar cuando dé señales de estar preparado (movimientos de succión, por ejemplo), no hay justificación para forzarlo a tomar el pecho. Las madres y sus hijos no se han de separar después del parto, salvo que exista un motivo médico inevitable. Lo mejor es que el RN permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento, y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello. Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el CPP empiece dentro de la primera media hora, y continúe durante al menos 30 minutos.¹

De allí la importancia de aplicar el CPP en la atención inmediata del RN, no solo para propiciar el vínculo afectivo madre – RN, sino primordialmente para promover el inicio de la LM en las primeras 12 horas y garantizar el éxito de la misma en los primeros seis meses de vida.

Una vez que la enfermera prepara tanto a la madre como el ambiente y los materiales que utiliza para el CPP; procede a ejecutar dicho procedimiento, el cual se discute en la siguiente sub categoría.

Subcategoría 2: Aplicación del contacto piel a piel

La RAE³⁴ define ‘aplicación’ como la acción y efecto de aplicar o aplicarse, asimismo es el empleo o puesta en práctica de un modelo o mecanismo de algo.³⁵ Para las investigadoras, la aplicación es aquel acto de emplear cualidades para un solo fin, con el claro conocimiento de dicha acción. En este caso la aplicación del

CPP se define como, una serie de procedimientos, o pasos que realizan los profesionales de enfermería con el objetivo de propiciar el vínculo afectivo madre e hijo, favorecer una cordial adaptación a la vida extrauterina y fomentar el inicio de la LME, en la primera hora de vida.

La Asociación Española de Pediatría, detalla en su protocolo una serie de acciones que corroboran lo anteriormente dicho, a saber: en los últimos minutos del expulsivo invite a la madre a que se descubra el abdomen y pecho ayudándola si lo necesita y cubriéndola con una tela precalentada; retire la tela al momento del nacimiento; coloque al RN directamente sobre la piel de su madre, secándole suavemente el dorso con un paño precalentado, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos y buen tono muscular, retire el paño utilizado para secar al bebé y cubra a ambos con una toalla seca y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual; Coloque a la madre semi incorporada abrazando a su hijo/a, aproximadamente a 45° con el RN en posición prona entre sus pechos con las extremidades abiertas y flexionadas y la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello; favorecer el contacto visual entre madre-hijo/a, colocar un gorro de algodón precalentado, realizar el Test de Apgar al minuto y a los 5 min sobre el cuerpo de la madre, realizar pinzamiento tardío (a los dos minutos o cuando deje de latir) del cordón, colocación de pinza en el cordón sin interferir el contacto, vigilar el bienestar de la madre y del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular, durante todo el proceso, identificar al RN antes de pasar a la madre de la mesa de paritorio a la cama, permitir, si la madre lo desea, que el RN se agarre al pecho espontáneamente, sin forzar la primera toma, dejando que se mueva hacia el pecho, se puede facilitar el acceso al pecho, pero es importante dejar que realice el agarre espontáneo, mantener al RN en contacto piel con piel mientras la madre pasa a la cama.³¹

Asimismo, Lowdermilk,³⁶ muestra también que casi todos los padres gozan de poder coger, mantener, explorar y examinar al bebé de inmediato después del parto. Ambos padres pueden ayudar a secarlo con cuidado. Puede envolverse al bebé con una

manta caliente y colocarlo sobre el abdomen de la madre. Si se desea el contacto de piel a piel, puede colocarse al bebé directamente sobre el abdomen y después cubrirlo con una manta caliente, mantenerlo cerca de la piel de la madre le ayuda a conservar el calor corporal y a disfrutar del contacto físico. También se debe tener la precaución de mantener caliente su cabeza, lo cual puede hacerse con un gorro. Es responsabilidad de la enfermera asegurar que el bebé permanezca caliente y que no corra peligro de resbalar de los brazos de la madre.

Inmediatamente antes de ser dada de alta en la Unidad de Partos, se debe comprobar de nuevo, el bienestar materno y del RN, administrar la profilaxis oftálmica y colocar, si la madre lo desea, un pañal al RN sin interrumpir el CPP. La vacuna de la hepatitis B y la administración de la vitamina K, se realizará en planta de hospitalización. Si el RN, por circunstancias extraordinarias, permaneciera más de dos horas en la Unidad de Partos, será pesado y anotado en la historia clínica.³⁷

Se debe trasladar a la madre y al RN a la planta de maternidad en la cama, con la cabecera incorporada y el RN desnudo, con gorro y en contacto piel con piel sobre el pecho de la madre. La madre y el RN deben ir cubiertos por un campo y la ropa de cama, pero dejando al descubierto la cabeza del bebé, para así garantizar el contacto visual entre ambos. Durante el traslado se debe vigilar el bienestar del RN.³⁷

Estas acciones de aplicabilidad del CPP se dan en un contexto, el cual se ve evidenciado en los siguientes discursos de las madres:

“..Durante el contacto piel a piel la enfermera secaba la cabeza de mi bebé, con una manta larga y lo observaba mientras permanecía sobre mi vientre, además permaneció a mi costado, mientras mi bebe buscaba mi seno...”M₂

“... La enfermera estaba que secaba su pelito y su cuerpito con la manta que había calentado, además ella lo cuidaba y observaba mientras él estaba sobre mi vientre...” M₄

“... La enfermera estaba presente, a mi lado que lo observaba a mi bebé, mientras tanto lo seguía secando, y lo cubrió por completo con la manta...”M₆

Del total de madres entrevistadas, el 100% refieren que la enfermera durante la aplicación del CPP, secaban al RN con las mantas precalentadas en la fase de

preparación, así como la permanencia al lado del binomio madre/hijo, acompañando y vigilando las respuestas del RN.

Al entrevistar a las enfermeras ellas manifestaron en los siguientes discursos, las acciones que realizan en la aplicación del CPP, como: el secado del RN con los campos precalentados, la estimulación de búsqueda para una LM óptima en el RN, el abrigo oportuno, el fomento de las manifestaciones de afecto de la madre, la vigilancia activa durante la aplicabilidad del CPP, etc., tal como se denota en las siguientes unidades de significado.

“...Posterior al parto una vez que sale el recién nacido, le realizamos el secado, estimulamos que busque el pezón de la madre, estimulamos a la lactancia materna, lo cubrimos, solo con las mantas precalentadas, y observamos...además durante el tiempo que permanece el bebe en contacto piel a piel explicamos a la madre la importancia de tenerlo sobre ella, es por ello que lo abraza, lo acaricia...” E₃

“.. Observamos y explicamos a la madre a que a lo acaricie, lo abrace, le hable, algunas les cantan a su bebes, además que lo mantengo el mayor tiempo posible, y estimulamos a la lactancia materna, y también le coloco su vitamina K...” E₄

“... Cuando el recién nacido nace, usamos 4 campos y su gorro precalentado, usamos dos campos para el secado del bebe, el tercero para el secado del abdomen de la madre, el ultimo para cubrir al bebe durante el contacto piel a piel y colocamos la gorra... una vez que el RN está en CPP, esperamos el pinzamiento del cordón para poder ascenderlo hasta el pecho materno, de tal manera estimulamos a la lactancia materna precoz, lo que favorece a ambos...le educamos a la madre, como debe de sostenerlo, abrazándolo, acariciándole, hablándole para que favorezca el vínculo afectivo entre ambos...” E₇

Del total de enfermeras entrevistadas, el 100% afirma como parte de los cuidados durante el CPP: el secado vigoroso del RN con los campos precalentados, así como también la estimulación de búsqueda en relación a la LM, y la educación acerca de la importancia del vínculo afectivo madre-hijo. Solo el 14% (1) de enfermeras afirmaron que durante la aplicación del CPP, realiza otro cuidado de la atención inmediata como es la administración de la vitamina K, durante el CPP.

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, el CPP, es un procedimiento que se aplica si la madre y el RN se encuentran en buen estado; estipula: retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo

campo precalentado, colocándolo sobre el vientre de la madre en contacto piel a piel por un tiempo no menor de 45 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a y se estimula la lactancia materna. En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional responsable de la atención del parto. El CPP, debe ser realizado desde el inicio y en forma permanente por el equipo responsable de la atención neonatal.⁴

Por otra parte según, la guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna corrobora que, se ha comprobado que si se coloca al RN a término nada más al nacer en CPP con su madre, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo, aumenta la confianza de la madre en el cuidado de su hijo, con el que se muestra más afectuosa, asciende de forma continua la temperatura del RN durante los primeros 60 minutos y se acelera la adaptación metabólica del RN (aumenta la glucemia y se reduce la acidosis metabólica del RN). Debe permitirse que el CPP inmediato dure todo el tiempo que la madre y el bebé necesiten, pero como mínimo 70 minutos.³⁷

En el estudio de caso se develó que tanto madres como enfermeras coinciden en sus discursos, que la aplicación del CPP consiste en colocar al RN sobre el vientre desnudo de la madre, el secado con mantas precalentadas, abrigo adecuado, permanencia del profesional de enfermería estimulando la LM y el vínculo afectivo; acciones que garantizan una buena adaptación del RN a la vida extrauterina.

Al respecto, Moore,⁷ demostró que los neonatos que tienen contacto piel a piel tenían el doble de probabilidad de tener una lactancia satisfactoria y eficaz durante su primera alimentación después del nacimiento que aquéllos que eran envueltos en mantas por sus madres. Las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto en el futuro (86%) mientras que sólo el 30% de las madres que sostuvieron a sus neonatos envueltos en mantas indicó que sin duda preferiría este tipo de atención en el futuro,

además presentaron un menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento.

Por otro lado Sánchez,⁸ demostró en un estudio que si se mantiene al neonato por más de 20 minutos en CPP, este comienza a buscar el pecho y en una media de 50 minutos, la mayoría es capaz de mamar; por lo que sugieren contacto ininterrumpido durante la primera hora o hasta que haya finalizado esa primera toma.

Otra situación develada en el estudio de caso es todo lo contrario a lo discutido en la primera categoría, lo que genera una inaplicabilidad del CPP tal como está establecido en la Norma Técnica vigente. Esto se discute en la siguiente categoría.

CATEGORÍA II: FACTORES QUE LIMITAN EL CONTACTO PIEL A PIEL

Para una mejor comprensión de los factores que entran a entallar como limitantes para una aplicación adecuada del CPP, describiremos ciertos factores que surgieron en el desarrollo de la investigación como son el entorno, condiciones maternas, multiplicidad de funciones, entre otros.

Según la RAE define factores como un conjunto de elementos o causas que actúan con otros.¹⁵ Para las investigadoras son todas aquellas condiciones internas o externas, por las que influye de manera positiva o negativa para determinar un resultado.

En este caso, se encontró que la aplicación del CPP, no se está ejecutando conforme lo establece la normativa vigente del MINSA, a pesar de ser establecimientos de salud que pertenecen a dicho sector, esto debido a múltiples circunstancias que limitan dicho procedimiento, como se discute en las siguientes sub categorías.

Subcategoría 1: Factores relacionados con el entorno

Nightingale citado por Marriner,¹⁶ define el entorno como “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte”.

Asimismo detalla como entorno a la ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. Definió los conceptos con exactitud, no separó el entorno del paciente específicamente en aspectos físicos, emocionales o sociales. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Para las investigadoras, entorno significa, contexto donde vivimos nuestra vida, todo lo que nos rodea; está formado por una serie de factores externos, ya sean estos culturales, sociales, morales o económicos, que frecuentemente influyen en la vida cotidiana.

La Guía de Cuidados del RN en la Maternidad,³⁸ menciona que los neonatos necesitan un ambiente térmico adecuado, habitualmente entre 22 y 25° C. En las primeras horas de vida pasan de un ambiente líquido, a temperatura constante (la bolsa amniótica), a un ambiente con temperaturas cambiantes, que requiere un esfuerzo de termorregulación. Por su elevada proporción superficie/volumen, su menor aislamiento cutáneo, su pobre regulación vasomotora, su limitación para adoptar posturas en defensa del frío y su poca capacidad de sudar, la termorregulación en los primeros días de vida es limitada y les predispone tanto a la hipotermia como a la hipertermia.

Los mecanismos de transmisión o pérdida de calor son: Conducción, por las superficies en contacto directo, como la ropa o el colchón; radiación, entre cuerpos a distancia, como paredes y ventanas; convección, a través de fluidos, como el aire; evaporación, por el gasto energético al convertir el agua en vapor. Para controlar estas fuentes de pérdida o ganancia de calor debemos vigilar la temperatura ambiental, la temperatura de las superficies radiantes cercanas, las corrientes de aire y la humedad ambiental. La temperatura axilar normal de un recién nacido es de 36,5° a 37,5° C. La hipotermia (temperatura inferior a 36° C) puede producir hipoglucemia, aumento del consumo de oxígeno, bradicardia y apnea. La hipertermia puede producir taquipnea, taquicardia, hiperglucemia y en casos extremos convulsiones. En ambos casos el recalentamiento o el enfriamiento compensadores también pueden dar problemas.

Los recién nacidos necesitan un ambiente relativamente tranquilo y estable. Un exceso de luz y de ruido produce irritabilidad y puede alterar el establecimiento de los ciclos de sueño y alimentación.

Por otro lado, la OMS menciona, la temperatura de la sala de partos debe estar mínimo en 25 ° C, secar al neonato inmediatamente después del parto, quitar las mantas húmedas y envolver al neonato en una manta precalentada, precalentar las superficies de contacto, evitar las corrientes de aire y utilizar calentadores radiantes o incubadoras, como parte de la preparación del medio ambiente.³⁹

Es por ello que para aplicar el CPP, debemos tener en cuenta el entorno que rodea a la madre/ RN; la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal, menciona que antes del nacimiento el personal de salud “enfermera” debe prever, un ambiente termino neutro en la sala de atención neonatal de 26° C. la temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año.⁴

Durante el parto o nacimiento, los cuidados que la enfermera otorga al binomio madre/niño, son: brindar seguridad y privacidad en el traslado a la sala de partos, así como de apoyar en la posición que debe adoptar para la expulsión del bebe, también de permitir la compañía de la pareja para ayudar en la conducción del pujo; proporcionar un ambiente adecuado para su nacimiento sin violencia, ambiente térmico neutro sin ruidos y sin exceso de luz , entre otros; si no hay ninguna contraindicación se debe colocar sobre el abdomen desnudo de la madre y alentar para que ella y el padre lo acaricien fortaleciendo así el vinculo de apego; propiciar el inicio de la lactancia materna, mediante la colocación del RN al seno. Durante el alumbramiento se debe explicar a la madre lo que esta sucediendo.³²

En el escenario donde se realizó el estudio se encontró una serie de limitantes en el entorno, que constituyen condiciones desfavorables para la aplicación del CPP. Al respecto las enfermeras manifestaron lo siguiente.

“...Debemos tener en cuenta que en el ambiente de centro materno, el RN tiende a

perder calor por lo que se tiene que cerrar la puerta al momento del parto....” E₁.

“...Es importante que el ambiente de sala de parto sea adecuado, con buena iluminación y esté cerrado para la atención del parto y el contacto piel a piel...” E₆.

Del total de enfermeras entrevistadas, el 29% (2) considera en la fase de preparación para el CPP, el ambiente, tomando como medida el cerrar la puerta de sala de parto, encender la servocuna para evitar las corrientes de aire y calentar el ambiente, además de la higiene que debe existir en dicha sala de parto.

En otro porcentaje 71%(5) de enfermeras, no consideran la preparación del entorno para el CPP, lo que posiblemente sea uno de los factores por lo que no se realiza el CPP, por la idea errónea de que el ambiente influye negativamente en la adaptación del RN.

“...Pienso que la temperatura del ambiente no es la adecuada, y como el RN sale al exterior se enfría, mas rápido y puede complicarse...” E₁

Cabe resaltar que, las investigadoras durante la etapa de recolección de datos mediante las entrevistas a madres y enfermeras, acudieron constantemente a los Centros Maternos de dicha Micro Red, observando activamente las condiciones regulares e irregulares en las se realizaba dicho procedimiento; en tal sentido se constató que ningún establecimiento de salud cuenta con un termómetro ambiental, en sala de parto; pero sí es herméticamente cerrada ya que no cuenta con ventanas, solo con una puerta de vaivén que permanece cerrada durante el parto y tiene buena iluminación artificial; lo que no coincide con los discursos, de madres y enfermeras, quienes consideran que el entorno es una limitante para la aplicación del CPP, esto quizás por la falta de conciencia, de los cuidados previos que la enfermera tiene que considerar como: el encender la servocuna con anticipación, cerrar la puerta de sala de partos, precalentar las mantas, etc.

Esto se evidencia en los siguientes relatos de las madres.

“... pienso que la temperatura no es la adecuada, porque el ambiente no es cerrado... además que mi bebe debe estar abrigado...” M₁.

Yo pienso que el tiempo corto es suficiente,.. Además que deben mantenerlos calientitos porque se pueden enfriar, y se vayan a poner malitos...” M₄.

“... Pienso que por el frío del ambiente, que existe en la sala de partos, tienen que llevarse rápido, a una cuna con calor local, para que se caliente y lo sigan atendiendo...” M₅,

Del total de madres entrevistadas, el 43%(3) respondieron que la temperatura de la sala de partos es inadecuada para realizar el CPP, ya que según lo que refieren, sus recién nacidos pueden perder calor y complicarse; es por ello que resaltamos que el personal de salud debe estar más capacitado y sensibilizado en dicho procedimiento, para que puedan orientar, educar y explicar a la madre de los RN, sobre cuales son los beneficios del CPP, además de tomar las medidas necesarias para asegurar un entorno con una temperatura térmica neutra.

Asimismo, las enfermeras también mencionaron al entorno desfavorable, como limitante para realizar el CPP.

“...El ambiente con el que contamos en la sala de parto, no tiene un termorregulador...” E₅,

“... Yo considero que 15 minutos es suficiente para el CPP, debería ser más tiempo, pero debemos tener en cuenta que en el ambiente de centro materno no es adecuado, y el RN tiende a perder calor...” E₁,

Del total de enfermeras, el 29% (2) mencionaron que el ambiente con el que cuentan en sala de parto es desfavorable para la aplicabilidad del CPP, dado a que no cuentan con un termorregulador, a ellos se agrega el desconocimiento que tienen acerca de los beneficios que trae consigo dicho procedimiento.

La OMS, menciona que, el CPP temprano debe considerarse una intervención rutinaria en la atención de la salud tras el nacimiento en lugares de países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo; sin embargo, la implementación de esta intervención requiere mayor consideración en comunidades de escasos recursos. Por un lado, los factores como la temperatura ambiente, la falta de privacidad o espacio, el hacinamiento pueden interferir en los posibles beneficios y por otro lado, la situación puede estropearse por el asesoramiento incorrecto de trabajadores de la salud, que carecen de las destrezas y la capacitación adecuadas en el apoyo de la lactancia materna, que comienza con el CPP temprano.³⁹

En un estudio del CPP entre madres y recién nacidos sanos, se obtuvo datos sobre el número de neonatos con temperaturas de la piel abdominal en el rango neutral después de 21 y 45 minutos de CPP. Los recién nacidos en el grupo de CPP se colocaron sobre el pecho desnudo de la madre y se cubrieron con tres mantas de algodón precalentadas. Los recién nacidos en el grupo control permanecieron bajo un calentador radiante o fueron envueltos en mantas calientes y entregados a sus padres para que los sostuvieran cuando lo solicitaron. Fardig definió el rango térmico neutral como temperaturas de la piel abdominal de 36 a 37.5 grados centígrados. A los 45 minutos después del nacimiento, un número mayor de niños en el grupo de contacto piel a piel presentó temperaturas de la piel abdominal en el rango térmico neutral (OR: 13.75, IC 95%: 1.45 a 129.99).⁴⁰

Ante esta situación, las investigadoras, manifiestan, que no existe riesgo alguno de mantener al RN en CPP, siempre y cuando el personal de salud considere la preparación del ambiente, cumpliendo con lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, como: mantener la temperatura de sala de parto entre 24 a 26°C, cerrar puertas y ventanas para evitar flujos de aire, encender la fuente de calor con anticipación, precalentar las mantas con las que se recibirá al RN.⁴ Por lo que la situación encontrada en el presente estudio de caso se debe a una carencia de información por parte del profesional responsable de la atención inmediata del RN.

Otra limitante, es la falta de disposición de la madre, en ciertas circunstancias en las que por el trabajo del mismo parto, no aceptan el CPP, esto se evidenció tanto en los relatos de las enfermeras, como de las madres, las cuales se discuten en la siguiente subcategoría.

Subcategoría 2: Factores relacionados con condiciones maternas

La RAE,³⁴ define ‘condición’ como el estado, situación especial en que se halla alguien o algo; asimismo, son las circunstancias que afectan a un proceso o al estado de una persona o cosa. Otro uso del concepto está vinculado al carácter o genio de las

personas, y a su aptitud o disposición en que se encuentre.⁴¹ Para las investigadoras, una condición es una situación positiva o negativa en las cuales puede encontrarse una persona, por diferentes circunstancias que le rodea.

En algunos casos las condiciones de las madres son desfavorables para realizar el CPP, los mismos que limitan dicho procedimiento, como es el dolor después de la fase de expulsión del parto, esto se sustenta con los siguientes discursos.

“...yo estaba cansada y adolorida del proceso de parto...y la verdad no deseaba nada en ese momento...”M₃.

“...yo estaba cansada y adolorida además no tenía ganas de nada...”M₅.

Del total de madres entrevistadas, el 29% (2) refirieron que no deseaban que se les colocara por un tiempo prolongado a sus bebés en CPP, por el mismo dolor del proceso de parto.

El dolor durante el parto es una experiencia única, cada mujer lo desarrolla de una manera diferente, incluso puede haber diferencias en cada parto en la misma mujer. El grado de dolor sufrido durante el parto, depende de factores como el nivel de tolerancia al mismo, la posición del bebé, la fuerza de las contracciones uterinas y las experiencias previas de otros partos.

Fernández,⁴² refiere que el dolor de parto es de tipo agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual. El dolor en el primer periodo de trabajo de parto posee dos componentes: uno visceral generado por el útero debido a la compresión que efectúa la presentación fetal y la isquemia de las fibras miométricas y otro somático originado en vagina y periné debido a la activación de las fibras simpáticas involucradas en la inervación de estas estructuras. Por lo tanto, la aparición de dolor va asociada a la distensión de las estructuras pelvianas junto con la aparición de las contracciones uterinas; sin embargo, aunque las contracciones uterinas continúan durante la segunda etapa del trabajo de parto, el dolor en este caso se origina en el tracto genital inferior. Generalmente se acompaña de dolor lumbar

continuo, localizado básicamente sobre los dermatomas T11-T12, extendiéndose durante la fase activa de parto hasta la localización T10-L1.

Asimismo, los efectos del dolor del trabajo de parto producen una activación de la respuesta al estrés que induce a la alteración de manera importante de los sistemas pulmonar y cardiovascular afectados previamente por las modificaciones fisiológicas inherentes al embarazo. La hiperventilación debida al estímulo doloroso de la contracción genera hipocapnia, hipoxemia secundaria y desaturación que pueden afectar al bienestar fetal. El sistema cardiovascular sufre una vasoconstricción debido a la producción de catecolaminas. A todo ello, tenemos que añadir la ansiedad materna resultante del propio dolor del parto y del resultado del embarazo, que refuerza la respuesta al estrés, por lo que muchas madres priorizan su dolor frente al CPP, y se niegan a dicho procedimiento. Por otro lado también una enfermera percibió, al dolor de la madre como una limitante en la aplicabilidad del CPP.

“...A veces la madre esta adolorida y no quiere a su bebé en CPP por un tiempo prolongado, es decir son indiferentes...además de las posibles complicaciones que pueda ocurrir en el momento...”E₅.

Del total de enfermeras, el 14% (1) manifestó que el dolor es una condicionante para que no se realice el CPP como cuidado de enfermería durante la atención inmediata del RN, según lo indica la Norma Técnica de Salud Integral de Atención Neonatal.

Así como el dolor es una condicionante para que las madres respondan de forma negativa, a dicha práctica, como se evidenció en los discursos anteriores, también podemos denotar que otras madres respondieron de manera satisfactoria a la experiencia que tuvieron cuando se les colocó a sus RN por primera vez sobre su vientre y la disminución del dolor que tuvieron después del CPP.

“... Yo pienso que cuando nace él bebe es importante que lo coloquen sobre el vientre de la madre en contacto piel a piel ya que crea un vínculo con el hijo, además que ya no llora y disminuye el dolor al sentirlo sano sobre nosotras...”M₁.

“... Pienso que es importante porque el sentir el calor de ellos es algo especial, como mujer me hizo sentir bien, alegre y tranquila, por otro lado mi bebé dejo de llorar...”M₂.

“... Por haber sido la primera vez que colocaron a mi bebé sobre mí, fue algo hermoso el sentir a mi hijo sobre mí, ni bien nació...”M₅.

“...es interesante porque es la primera que vez que me pasa esto, y pienso que el CPP, debe ser mas consecutivo,... me sentí emocionada cuando vi a mi hijo, aunque fue corto el tiempo, me sentí satisfecha...”M₈.

Del total de madres entrevistadas, el 14%(1) respondió que le disminuyó el dolor después del CPP, otras respuestas fueron que el 29%(2) vivieron por primera vez la experiencia de participar en la aplicabilidad del CPP, además que el 100% (7) respondieron que sus hijos dejaron de llorar cuando se les colocó sobre ellas y esto produjo una satisfacción de ver a sus RN sanos.

Según el plan de parto y nacimiento, muestra que para el tratamiento y manejo del dolor es importante cuidar aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo sin frío, ni luces intensas, para favorecer la movilidad y relajación evitando que la mujer sienta miedo y tensión. Esto contribuirá a una disminución de la percepción del dolor y por tanto de la necesidad de analgesia, ya que en estas condiciones el cerebro de la mujer produce sustancias analgésicas. Si se necesitan técnicas no farmacológicas, y si se precisas de analgesia farmacológica, preferiblemente vía epidural.³¹

Del estudio, las investigadoras señalan, que dentro de los condicionantes para la inaplicabilidad del CPP, existen una variedad de razones, por las cuales las madres no aceptan de manera positiva su aplicabilidad, como se evidenció en los discursos y estos son: la falta de orientación por parte del personal de enfermería quienes son los responsables de informar acerca de los beneficios que trae consigo esta práctica a futuro; asimismo la falta de capacitación y destreza del personal en el proceso de aplicabilidad del CPP. Para que todo esto sea posible es necesario que las madres sean informadas con anticipación, acerca de los beneficios que trae consigo dicha práctica, asimismo la posibilidad de que exista un acompañante como fuerza de apoyo durante el parto, y esto contribuirá a la disminución de su dolor, y evitará el rechazo de tener a su RN sobre su vientre.

Por otro lado, otra limitación para la aplicación del CPP dentro del estudio realizado es la que se menciona en la siguiente subcategoría.

Subcategoría 3: Factores relacionados con el desconocimiento y falta de apoyo del equipo de salud.

Desconocimiento, significa falta de información acerca de una cosa o comprensión de su naturaleza, cualidades y relaciones.⁴² Asimismo la RAE lo define como la acción y efecto de desconocer.³⁴

Para las investigadoras desconocimiento significa, no poseer conocimientos, ignorar algo; en este caso el procedimiento del CPP, lo que conlleva a su inaplicabilidad.

La OMS, en el documento sobre los diez pasos hacia una feliz LM natural, menciona que hay que, capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política; todo el personal de salud que tenga algún contacto con madres, lactantes o niños debe recibir capacitación (formación) sobre la aplicación de las normas de lactancia. La capacitación, debe ofrecerse a los distintos tipos de personal, incluyendo los nuevos empleados; debe durar al menos 18 horas, con un mínimo de 3 horas de práctica clínica supervisada.¹

Es evidente que la capacitación (formación) es necesaria para aplicar correctamente la atención. No se puede esperar que los profesionales de salud que no han recibido formación en atención al RN, puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente; y sin embargo, el tema está a menudo ausente en la formación básica de los médicos, enfermeras y matronas (parteras). La necesidad de incluir los aspectos prácticos en la capacitación básica comienza a aceptarse como un paso fundamental; pero puede ser necesario poner al día las prácticas del personal en activo antes de que la capacitación básica llegue a ser efectiva. Es preciso aumentar los conocimientos, pero también las habilidades, o no será posible llevar los conocimientos a la práctica.¹

También es necesario cambiar las actitudes que constituyen un obstáculo. Entre dichas actitudes están la presunción de que los profesionales de salud lo saben todo;

la resistencia a dedicar tiempo del personal al apoyo del CPP, y la negación del impacto de la información incoherente o errónea. Para que la formación (capacitación) continua tenga éxito debe ser obligatoria, lo que requiere una norma estricta respaldada por las jefaturas. Si la formación es voluntaria, y el personal directivo no se compromete, es probable que la asistencia sea escasa, y que sólo participen aquellos cuya actitud ya era favorable.

En la investigación, se evidencia en los siguientes discursos, que existe una falta de conocimientos de dicho procedimiento, lo cual limita la aplicabilidad del CPP.

“... la última vez que nos capacitaron, ha sido hace poco tiempo, un equipo de salud del MINSA nos mencionó la actual normativa de la atención inmediata del Recién nacido, pero de una manera superficial...” E₁.

“.. Un factor limitante es la falta de conocimiento en algunas colegas, además de la falta de experiencia, en la aplicación del CPP...” E₄.

“.. Falta de capacitación de algunos como yo, porque la verdad no estoy capacitado aun para este cuidado...” E₆.

Del total de enfermeras entrevistadas, el 57% (4) mencionan que existe una falta de capacitación al personal de salud en la atención inmediata del recién nacido, específicamente en el procedimiento del CPP, refiere que la capacitación es superficial, por lo que no logran enriquecer su conocimientos y practica para aplicarlo, convirtiéndose este factor en una limitante en la aplicabilidad del CPP.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, estipula que a nivel nacional, regional y local, según corresponda se debe realizar actividades para el fortalecimiento de competencias del personal de salud responsable de la atención neonatal en los diferentes niveles. Los contenidos de la capacitación deben estar en relación con las principales causas de morbilidad neonatal, así como con los problemas críticos identificados en los niveles local, regional o nacional; según el nivel de complejidad de la atención que brinde el establecimiento.⁴

Por otro lado, existe otra limitante que es la falta de apoyo del equipo de salud, según la RAE, falta de apoyo significa carencia o privación de algo necesario o útil,

ausencia de una persona del sitio en el que debería estar, quebrantamiento de una obligación.³⁴

Para las investigadoras la falta de apoyo en el CPP significa, la poca disponibilidad y falta de apoyo del profesional médico durante el proceso de aplicabilidad del CPP.

Esto sustentado en los siguientes discursos:

“..La falta de coordinación del equipo de salud, por parte del médico, quien en muchas oportunidades nos apura para realizar sus cuidados al recién nacido... ya que frecuentemente sostiene que debe evaluarlo inmediatamente,... ”E₁.

“..Una factor que limita el contacto piel a piel es la obstetriz, porque nos apresura con los cuidados del recién nacido...”E₃.

Del total de enfermeras entrevistadas el 57% (4), refirieron que existe falta de apoyo del equipo de salud, para realizar el procedimiento del CPP.

Pritchard, define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común.⁴⁴

Davis y Newstrom, citado por Velarde, menciona que el equipo operativo, es un grupo pequeño, cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsables y entusiásticamente a la tarea.⁴⁵

En tanto que para Polliack, citado por el mismo autor, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades, coordinar sus actividades y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.⁴⁵

Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, a saber: debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones; un miembro no puede reemplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que

le corresponda.

Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios de su área, en este caso, quienes deben propiciar y realizar el CPP, son los profesionales médicos y enfermeras capacitadas y sensibilizadas con dicho procedimiento.

Finalmente, el equipo de trabajo no es una meta en sí mismo, sino el medio para lograr los objetivos propuestos. El equipo de salud es una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.⁴⁴

En la atención primaria de la salud, esto se traduce en un grupo de personas que contribuyen con conocimientos, talentos y habilidades diversas, de manera coordinada, y que dependen unas de otras para funcionar eficientemente para lograr una meta común en la atención de salud. Dichas metas determinan y justifican la mera existencia del equipo.⁴⁴

La falta de apoyo del equipo de salud puede deberse a muchos factores entre ellos a la multiplicidad de funciones, el mismo que genera la siguiente subcategoría.

Subcategoría 4: Factores relacionados con la multiplicidad de funciones del personal.

Dentro de las funciones del personal de salud, existen una variedad de actividades propias de cada profesión, y que deben cumplirse a cabalidad a fin de garantizar una atención de calidad.

La RAE, explica que una función es la capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos, y/o de las máquinas e instrumentos, asimismo es la tarea que corresponde realizar a una institución o entidad, o a sus órganos o personas.³³

Por otro lado, función es la actividad o conjunto de las mismas que se desempeñan uno o varios elementos a la vez, obviamente de manera complementaria, en orden a la consecución de un objetivo definido. Asimismo es el papel que desempeñan en común ciertos individuos en el seno de una sociedad.⁴¹

Para las investigadoras, función se refiere a la capacidad que posee un órgano o persona para desempeñar diferentes actividades, que busca un fin determinado.

La enfermera es el profesional responsable de la atención inmediata del RN, en el área materno-infantil. Posee conocimientos y capacidades, aprecia y conoce sus habilidades, e integra sus conocimientos académicos y personales para ejercer la enfermería. Asimismo ser una enfermera(o) profesional implica cambiar y crecer en diversas etapas de la carrera. La enfermera(o) en ejercicio laboral se socializa y resocializa, mediante la experiencia educativa y ocupacional; adquiere conocimientos, creencias y habilidades, que al integrarse a las normas legales y morales caracterizan el servicio profesional competente y comprometido con su profesión.⁴⁷

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal debe encontrarse presente en cada nacimiento para realizar la valoración de los factores de riesgo, las condiciones inmediatas al nacimiento del recién nacido/a, decidir y aplicar las intervenciones indicadas para reducir las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal inmediata; así como reducir el riesgo de complicaciones severas e invalidantes.

La atención inmediata neonatal brinda las condiciones apropiadas que permiten los cambios fisiológicos de la transición del ambiente intrauterino en el periodo inmediato al nacimiento, para prevenir posibles daños, identificar y resolver oportunamente las situaciones de emergencia que ponen en riesgo la vida y/o puedan generar complicaciones.⁴

En el estudio de caso, las enfermeras manifestaron en sus discursos lo siguiente:

“..El centro de salud cuenta con un escaso personal de enfermería, es por ello, que la enfermera que esta, de turno atiende CRED, también está en materno y en tópico, y la verdad una atención inmediata requiere bastante tiempo, en preparación y con la afluencia de pacientes que tenemos nos complica más el trabajo...”E₁.

“... La asignación de RRHH, por parte de profesionales de enfermería, es insuficiente y no logramos abastecernos para la atención de niños y madres,.....La cantidad de camillas nos limita a que pueda realizarse un contacto piel a piel prolongado ya que durante el día puede haber muchos partos y tenemos que desocupar el área para la asepsia...” E₇.

“...yo pienso que una limitación para el contacto piel a piel es el insuficiente personal de enfermería, la multiplicidad de funciones, la falta de capacitación y sensibilización de otros profesionales de la salud como el médico que quiere solo realizar sus cuidados sin respetar los cuidados normados por MINSA... ”E₂.

“.. Una limitante para el contacto piel a piel puede ser el querer avanzar con las diferentes actividades que se realiza, como vestirlo al niño, llenar formatos...”

Del total de enfermeras el 57 %(4), respondió que una de las causas por las cuales no realizan el CPP como está normado, es por la falta de RR.HH de parte del profesional de enfermería, así como la multiplicidad de funciones, dado a que la demanda es alta en relación a personal de salud que brinda servicios.

Las condiciones físicas, psíquicas y sociales que determina el desempeño del trabajador en la realización de sus funciones y cumplimiento de tareas, cuando las condiciones son inadecuadas pueden ocasionar accidentes de trabajo, enfermedades de trabajo y repercusiones poco positivas en el bienestar y la satisfacción laboral.

Las funciones de cada trabajador esta emergido en “que se hace”, “como se hace” y “cuando se hace”, es decir, al tipo de información a procesar y manejar, utilizando y desarrollando las aptitudes, habilidades, actitudes y capacidades que se poseen, además de la posibilidad de organizar tareas, de imponerles un ritmo de trabajo propio pero efectivo y de tomar decisiones con relación a las funciones en sí con su posición dentro de la organización.⁴⁸

CONSIDERACIONES FINALES

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, establece que el CPP, es un procedimiento que se aplica si la madre y el RN se encuentran en buen estado; el cual consiste en retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado, colocándolo sobre el vientre de la madre en CPP por un tiempo no menor de 45 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a y se estimula la lactancia materna. En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional responsable de la atención del parto. El CPP, debe ser realizado desde el inicio y en forma permanente por el equipo responsable de la atención neonatal.

En este estudio de caso se develó que la aplicación del CPP, se ve limitada por: el desconocimiento de sus beneficios y del procedimiento mismo, por la multiplicidad de funciones de la enfermera y la falta de apoyo del personal médico; quienes por falta de tiempo lo realizan en su mayoría solo por un periodo corto, entre 3 a 5 minutos, mientras dura el pinzamiento tardío del cordón umbilical, esto evidencia un incumplimiento de la normatividad vigente y una necesidad urgente de capacitación y sensibilización al equipo de salud que brinda la atención inmediata del recién nacido.

Asimismo, en el estudio, se traslució dos situaciones divergentes: Lo cotidiano vs la aplicación del Contacto Piel a Piel (CPP), por diversos factores que facilitan y/o limitan dicho procedimiento.

El cotidiano de la enfermera en la aplicación del CPP, se realiza en dos fases: la de preparación del ambiente y de los materiales, en la que madres y enfermeras manifestaron que consiste en precalentar los campos o paños a utilizar durante el CPP, preparación del ambiente, informar a la madre acerca de dicho procedimiento, y realizar la higiene materna previo al parto. Sin embargo cabe resaltar que estas acciones la enfermera lo realiza de manera parcial, incumpliendo así con lo

estipulado en la norma técnica vigente, ante lo cual las investigadoras afirman que existe una necesidad imperiosa de capacitación continua en dicha Micro Red de salud, para garantizar la aplicabilidad del CPP, en óptimas condiciones.

La segunda fase que realiza la enfermera en la aplicación cotidiana del CPP, es la realización misma de dicho procedimiento, el cual se ejecuta por un tiempo promedio de 10 minutos, a diferencia de lo que establece la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, donde establece un periodo de 45 minutos. Entre los cuidados que realiza la enfermera durante el CPP son: secado vigoroso, retiro de paños húmedos, abrigo con mantas precalentadas, acompañamiento y vigilancia mientras dura el CPP, estimulación del inicio de LME.

Finalmente la inaplicabilidad del CPP, en el presente estudio se da por múltiples factores que lo limitan como son: factores del entorno, las condiciones de la madre, el desconocimiento, la falta de apoyo del equipo de salud, y la multiplicidad de funciones del profesional de enfermería, los mismos que se encuentran estrechamente ligados a un déficit de conocimientos del procedimiento en sí, lo que genera inseguridad en su aplicación.

RECOMENDACIONES

A la Micro Red Chiclayo

- Planificar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación “El contacto piel a piel y su aplicabilidad”, dirigido a todo el equipo de salud que brinda la atención inmediata al RN, para fortalecer las competencias en cuanto a la aplicabilidad del CPP y sobre los múltiples beneficios madre/hijo.
- Establecer un programa de monitoreo continuo en los establecimientos de salud que cuente, con centro maternos, a fin de supervisar y retroalimentar una adecuada aplicabilidad del CPP.
- Convocar personal calificado, con perfil en el área de materno – infantil, que realice los cuidados de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, de no cumplir se procederá a la sanción temporal.

A los profesionales de enfermería de la Micro Red Chiclayo:

- Brindar educación a la gestante que acuden a los establecimientos de salud, para poder concientizar y promover la aplicabilidad del contacto piel a piel, con el consentimiento informado.
- Cumplir con todas las consideraciones generales y específicas que estipulan la Norma Técnica de Atención inmediata al RN del MINSA, en relación a la aplicabilidad del CPP, a fin de garantizar dicha práctica en adecuadas consideraciones.

A la entidad formadora que da profesionales de enfermería:

- Fomentar más investigaciones referentes a la aplicabilidad del CPP, a fin de demostrar la importancia de dicho procedimiento en la atención inmediata del RN.

- Durante los cursos de formación pre profesional “materno perinatal”, se debe profundizar en la atención inmediata del RN, y la aplicabilidad del CPP, mediante talleres demostrativos de dicho procedimiento, a fin de generar habilidades y destrezas en los futuros profesionales de enfermería.
- Durante el internado hospitalario, se debe procurar un records de procedimientos, para que los estudiantes de enfermería, durante la atención inmediata al RN en el servicio correspondiente, realicen la aplicabilidad del contacto piel a piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de Salud y Desarrollo del Niño.1998. [Fecha de acceso: 01 de abril del 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
2. Moya A. y Aguilar A. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Protocolo piel con piel. Hospital del Poniente; 2011. [Fecha de acceso: 05 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/ephospitalponientealmeriahponiente/informacion_d1_centro/cartera_servicios/protocolo%20piel%20con%20piel.pdf
3. Montes M., Plascencia M., Grosó Z., Ferreira P., Quiroga A. López I. et al. Práctica clínica del contacto a piel en neonatología. Sociedad Iberoamericana de Neonatología; 2012. [Fecha de acceso: 03 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.siben.net/images/files/4pielapiel.pdf>
4. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal; 2013. [Fecha de acceso: 01 de abril del 2014]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM534_2013_MINSA.pdf.
5. Hoelkman R, Adam H., Nelson N., Weitzan M. y Modena W. Atención Primaria en Pediatría. Vol. II. 4ªed. España: Océano; 2004.
6. Unicef. Convención de los derechos del Niño. [Fecha de acceso: 15 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/convencion_sobre_los_derechos_del_nino_final.pdf
7. Moore E., Anderson C., y Bergan N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos. (Revisión Cochrane traducida). The Cochrane Collaboration Library. Número 4. 2007. [Fecha de acceso: 05 de abril del 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003519sp.pdf>
8. Sánchez A. Martínez M. y Hernández M. El contacto precoz madre – hijo en el post parto: satisfacción materna y vínculo afectivo. Vol. 5 n° 15. (pp.12-18) Servicio de Obstetricia y Neonatología del Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. Matronas Profesión; 2002. [Fecha de acceso: 12 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7314/173/el-contacto-precoz-madre-hijo-en-el-posparto-satisfaccion-materna-y-vinculo-afectivo>
9. Rivara G., Carlo G., Esteban M, Falvy I., Farfán G., Ferreyra M. et al. Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. [Rev. Peruana de Pediatría]; 2006. [Fecha de acceso: 15 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n1/pdf/a04.pdf>

10. Martín - Albo V. y León J. Contacto precoz piel con piel madre – recién nacido. Universidad de Zaragoza: Escuela de ciencias de la salud. [Rev. on - line] 2012 [Fecha de acceso: 17 de abril del 2014]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/7359/files/TAZ-TFG-2012-188.pdf>
11. Gutiérrez M. Adaptación y cuidado en el ser humano: Una visión de enfermería. Bogotá: El Manual Moderno; 2007.
12. Medellín C. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Tomo I. Bogotá: Organización Panamericana de la salud; 1995.
13. Chaure I. e Inarejos M. Enfermería Pediátrica. [Libro electrónico]. España Elsevier; 2001. [Fecha de acceso: 18 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=GcceC86adxUC&pg=PA31&dq=atencion+in+mediata+del+recien+nacido&hl=es&sa=X&ei=mBJnU6uiK8rmsASPsIKgAw&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q=atencion%20inmediata%20del%20recien%20nacido&f=false>
14. Henao P., Arango A. Lactancia Materna. En: Marín A., Jaramillo B., Gómez R. y Gómez U. Manual de pediatría ambulatoria. Bogotá. [Libro electrónico]. Panamericana; 2008. (p.58). [Fecha de acceso: 15 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=zMQYTxUs50MC&pg=PA57&dq=definicion+de+recien+nacido+sano+segun+la+unicef&hl=es&sa=X&ei=ONqU42FJonaoATMnILIDg&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>
15. Real Academia Española. Vigésimotercera edición. Diccionario de la Lengua Española. Tomo II: (h/z). Bogotá; Editorial Planeta Colombiana S.A.; 2014.
16. Marriner A. Raile M, Modelos y teorías en Enfermería. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
17. Burns N y Grove S. investigación en enfermería. 3ºed. España: Elsevier; 2004.
18. Lenise do Prado y Cols. Investigación cualitativa en enfermera metodológica y didáctica. OPS. OMS. Cicero diseño gráfico & editorial; 2013.
19. Bardin L. el análisis de contenido. 3º edición. Alcaf; 2002.
20. Gerrish K y Lacey A. investigación en enfermería. 5º edición. España: Mc Graw-Hill Americana; 2008.
21. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U.. André-São Paulo: Editora Pedagógica e Universitaria LTDA; 1986.

22. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. 5^o edición. México McGraw Hill; 2010.
23. Polit. H. investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6^a ed. México. Mc Graw Hill; 2000.
24. Cáceres P. Análisis Cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. [Rev. de la escuela de psicología]. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Vol. II. 2003. (pp.53-82). [Fecha de acceso: 04 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
25. Bernal C. Metodología de la investigación. 2^a ed. México: PEARSON; 2006.
26. García M. Principios de la Bioética Personalista. [Artículo extraído]. 1^o de Noviembre; 2009. [Fecha de acceso: 14 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://bioeticapersonalista.blogspot.com/2009/11/principios-de-la-bioetica-personalista.html>
27. Heller A. Cotidiano en la historia. 6ta Ed. Sao Paulo. Paze tierra; 1970.
28. Tedesco Joao. Paradigma do cotidiano. Universidad de Santa Cruz do Soul; 1994.
29. Preparación . The Free Dictionary. [Fecha de acceso 30 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/preparaci%C3%B3n>
30. Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal - Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. [Fecha de acceso: 13 de Mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
31. Protocolo de contacto piel con piel en area de partos. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Servicio de Obstetrica y Pediatria. Servicio Cantabrio de Salud. [Fecha de acceso 13 de Mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20HUMV.pdf>
32. Righard L, Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723):1105-1107.
33. Château P, Wiberg B (1977) Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum: II. A follow-up at three months. *Acta paediatrica Scandinavica*, 66:145-151.
34. Real Academia Española. Vigésimotercera edición. Diccionario de la Lengua Española. Tomo II: (a/g). Bogota; Editorial Planeta Colombiana S.A.; 2014.

35. Aplicación. The Free Dictionary. [Fecha de acceso 30 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/aplicaci%C3%B3n>
36. Lowdermick L. Enfermería materno infantil. Tomo I Ed. Harcourt/Océano: San Francisco .California; 2000.
37. Guía práctica sobre profesionales de la lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. [Fecha de acceso: 25 de Mayo del 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_la_lactancia.pdf
38. Bustos L.G. Guia de cuidados del RN en la maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. . Ed. Salud Madrid; 2007.
39. Wariki WMV y Mori R. Intervenciones para prevenir la hipotermia al momento del parto en prematuros o neonatos de bajo peso al nacer: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
40. Fardig JA. A comparison of skin to skin contact and radiant heaters in promoting neonatal thermoregulation. Journal of Nurse Midwifery 1980; 25:19 28.
41. Diccionario Básico de la Lengua Española. Vol. I; Barcelona. Editorial Planeta de Agostin S. A; 2001
42. Fernández. M. I. Enfermería Global: Alternativas analgésicas de dolor del parto. [Revista electrónica trimestral de enfermería] N° 33. (pp.400 -406). Universidad de Murcia. Enero 2014. [Sede web]. Fecha de acceso. 28 de mayo del 2015. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412014000100020&script=sci_arte xt
43. Desconocimiento. The Dictionary. [Fecha de acceso: 05 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/desconocimiento>
44. Pritchard P, Low K, Whalen M. Gestión en Atención Primaria. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Secretaria General 1990.
45. Velarde I. M y Chaw O. I. Como ser un miembro efectivo del equipo de Salud. Cuaderno de Debate en Salud por el Colegio Médico del Perú. [Fecha de acceso: 28 de Mayo del 2015]. Disponible en: http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/Normas/CuadernoDebatesSegPac_2012.pdf
46. De la Revilla L. La consulta del médico de familia: la organización en la práctica diaria. Ed Jarpyo, Madrid, 1992: 91 - 100.

47. Fandiño O. V. Ejercicio liberal de la enfermera(o) en el área materno infantil. Universidad de La Sabana. [Rev. Aquichan]. [Fecha de acceso. 28 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/24/47>

48. Diagnostico del riesgo psicosocial, en trabajadores del area de la salud. Universidad CES [Tesis para optar al título de especialista en gerencia de la salud ocupacional]. Facultad de Medicina. Medellin; 2010. [Fecha de acceso: 07 de Junio del 2015]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1002/1/DIagnostico_riesgo.pdf

Anexo 01

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores : Diana Yulissa Farro Cornejo - Danuta Deysi Gutiérrez Vargas

Título: Aplicabilidad del contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera. Microred Chiclayo, 2014.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Aplicabilidad del contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera Microred Chiclayo, 2014. Estamos realizando este estudio para describir, analizar y comprender como es la aplicabilidad del contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido: Perspectiva de la madre y enfermera e identificar y describir cuales son los factores que favorecen y limitan dicha práctica, con la finalidad de proponer estrategias que favorezcan la práctica del contacto piel a piel madre-hijo en dos establecimientos de salud del primer nivel de atención: Centro de Salud Materno – Infantil José Olaya y Cerropon.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole u pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 25 minutos. La entrevista puede realizarse en el centro de salud donde alumbró a su hijo.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde se realizará el estudio: Centro de Salud Materno Infantil José Olaya y Cerropón y a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante un tríptico y una consejería personalizada sobre la importancia y los beneficios del contacto piel a piel, según lo que establece la norma técnica de la atención integral del recién nacido.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos (nombres de flores) y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Una vez procesada la información, las grabaciones y la base de datos serán eliminadas.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a 942333380 o 948154397 al tel. 074 623811, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

<p><i>Participante</i> Nombre: DNI:</p>	<p>Fecha</p>
<p><i>Investigadora</i> Diana Yulissa Farro Cornejo DNI: 43640556</p>	<p>Fecha</p>

Anexo 02

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDAS A MADRES

Se realizará una lista de preguntas, las cuales se les pide responder con sinceridad, al momento de responder, asimismo esta será anónima por lo cual se solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de flores.

Datos personales:

Pseudónimo:

Edad:

Nivel de instrucción:

Lugar de procedencia:

N° de controles:

N° de partos:

Datos específicos:

Pregunta norteadora:

¿Cuénteme detalladamente como la enfermera colocó a su bebe sobre su vientre después del parto?

Preguntas auxiliares:

1. ¿Cómo estaba usted en el momento que nació su bebe?
2. ¿Qué acciones realizó la enfermera antes de colocar al bebe sobre su vientre?
3. ¿Qué hizo la enfermera mientras su bebe permanecía sobre su vientre?
4. ¿Qué tiempo permaneció su bebe sobre su vientre? Aproximadamente
5. ¿Por qué cree usted que su bebe no permaneció más tiempo sobre su vientre?
6. ¿Cree usted que existen posibilidades que su bebe permanezca más tiempo sobre su vientre? Explique porque
7. Algo más que desee agregar sobre el tema.

Anexo 03

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDAS A ENFERMERAS

Se realizará una lista de preguntas, las cuales se les pide responder con sinceridad, al momento de responder, asimismo esta será anónima por lo cual se solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de flores.

Datos personales:

Pseudónimo:

Edad:

Tiempo de labor en el área:

Tipo de contrato:

Estudios pos título:

Datos específicos:

Pregunta norteadora:

¿Cómo realiza usted el contacto piel a piel en la atención inmediata del RN?

Preguntas auxiliares:

1. ¿Qué cuidados realiza antes de la aplicación del contacto piel a piel?
2. ¿Qué cuidados realiza durante la aplicación del contacto piel a piel?
3. ¿Qué tiempo coloca al recién nacido sobre el vientre de la madre? porque
4. ¿Qué limitaciones piensa usted que existen para la aplicación del contacto piel a piel en la atención inmediata?
5. ¿Qué factores cree usted que facilitan la aplicación del contacto piel a piel en la atención inmediata del RN?
6. Algo más que desee agregar sobre el tema.