

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA  
DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL  
REGIONAL MOQUEGUA, 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN NEONATOLOGÍA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE DE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL  
RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017.

TESIS

PRESENTADA POR:

LIC. LUZVENIA MILAGROS TICONA CHECALLA

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN NEONATOLOGÍA

Aprobado por Unanimidad; ante el siguiente Jurado

Dra. Ingrid María Manrique Tejada  
Presidenta

Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar  
Miembro

Dra. María del Carmen Silva Cornejo  
MIEMBRO

Dra. Elva A. Maldonado de Zegarra  
Asesora

## DEDICATORIA

- A los seres más queridos en este mundo mis padres Teodoro y Juana, por su apoyo incondicional, su confianza y su gran cariño, que me motivaron a superarme cada día más y llegar a ser una mejor profesional para la sociedad.

Luzvenia Milagros

## **AGRADECIMIENTO**

- A Dios, por guiarme día a día y cuidarme en todo momento
- A mi Asesora Mg. Elva Maldonado gracias a su guía hizo posible, esta investigación.
- A Lic. Enf. Eliana Alfaro Paco por su apoyo durante el proceso de investigación.
- A la Dirección del Hospital Regional Moquegua por permitirme realizar el presente trabajo de investigación para mi crecimiento profesional y aporte a la institución.

Luzvenia Milagros

## INDICE

	<b>Pág</b>
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</b>	
1.1 Fundamentos y formulación del problema.....	4
1.2 Objetivos General y Especifico.....	8
1.3 Justificación.....	9
1.4 Formulación de hipótesis.....	10
1.5 Operacionalización.....	10
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	13
2.2 Bases teóricas.....	18
2.3 Definición conceptual de términos.....	73
 <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 Método y diseño de la investigación.....	74
3.2 Población y muestra.....	74

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	76
3.4 Procedimiento de recolección de datos.....	77
3.5 Procesamiento y análisis de datos.....	78
3.6 Consideraciones éticas.....	78

#### **CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS**

4.1 Resultados.....	79
4.2 Discusión.....	91

#### **CONCLUSIONES**

#### **RECOMENDACIONES**

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **ANEXOS**

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua, 2017. **Metodología:** La investigación es de tipo relacional, no experimental y retrospectivo; que se realizó en el Hospital Regional Moquegua, 2017, cuya población fue de 135 historias clínicas de recién nacidos, donde se extrajo la muestra de 100 historias clínicas de recién nacidos. Para medir las variables se aplicó un formato de recolección de datos. **Resultados:** El contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido es inmediato en un 66% y precoz en un 34%, apreciándose que la pérdida de peso del recién nacido es adecuada en un 70% e inadecuada en un 30%. **Conclusiones:** Existe una relación significativa entre el contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido, aplicando la prueba del chi cuadrado con un valor  $P=0.027$ .

**Palabras clave:** Contacto Piel a Piel, Pérdida de Peso, Recién nacido y Madre.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to: Determine the relationship of skin-to-skin contact and weight loss of the newborn at the Moquegua Regional Hospital, 2017. Methodology: The research is relational, non-experimental and retrospective; which was carried out in the Moquegua Regional Hospital, 2017, whose population was of 135 newborn clinical histories, where the sample of 100 clinical histories of newborns was extracted. To measure the variables, a data collection format was applied. Results: The skin-to-skin contact between the mother and the newborn is immediate in 66% and early in 34%, appreciating that the weight loss of the newborn is adequate in 70% and inadequate in 30%. Conclusions: There is a significant relationship between skin-to-skin contact and newborn weight loss, applying the chi-square test with a  $P = 0.027$  value.

**Keywords:** skin to skin contact, weight loss, newborn and mother.

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de asistencia para iniciar su respiración al nacimiento; cerca del 1% necesita resucitación cardiopulmonar avanzada para poder sobrevivir. A diferencia, el 90% de todos los recién nacidos tiene una transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad y requiere muy poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea, en este grupo el parto provoca un estrés en el recién nacido. El contacto piel con piel, contribuye a la disminución del estrés y a un mejor manejo de la termorregulación del recién nacido, tiene múltiples beneficios para el recién nacido, favoreciendo el inicio temprano de la lactancia materna, fortalece el lazo vínculo afectivo madre-hijo y previene la pérdida excesiva de peso (1).

Antiguamente cuando los partos se atendían en las casas lo natural era que los recién nacidos eran entregados de inmediato a su madre sin factores que lo interrumpían donde la madre lo ponía en su pecho y así el recién nacido comenzaba a alimentarse logrando una lactancia materna eficaz.

El recién nacido presenta variaciones en el peso corporal que dependen de factores intrínsecos y extrínsecos. Al nacer, el agua constituye cerca del 80% del peso corporal. El equilibrio en su proporción se logra a partir de la primera semana de vida, principalmente a causa de la inmadurez renal, que condiciona hipostenuria, a su vez tenemos una ingesta escasa de leche, por la cantidad insuficiente de calorías administradas y por variaciones en la temperatura corporal que pueden condicionar pérdidas insensibles. La pérdida de peso excesiva en el recién nacido puede tener consecuencias graves como la deshidratación, a su vez este puede sufrir problemas de termorregulación e hipoglucemia.

En base a lo anteriormente mencionado se realizó la investigación titulada **Relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua**, que hoy en día busca que este procedimiento sea algo más como el primer acto de amor en la diada y fortalezca el vínculo afectivo madre – hijo; favoreciendo a la vez el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva.

La presente investigación se redacta por capítulos para darle un seguimiento más formal; se detalla a continuación:

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, así mismo se justifica el trabajo, se describe los objetivos y se culmina con la

operacionalización de las variables. En el capítulo II, contiene el marco teórico, los antecedentes del estudio detallándose algunas referencias, también se incluyen las teóricas y científicas. En el capítulo III, se describe la metodología que se realizó para la presente investigación. En el capítulo IV, se realiza la discusión e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, también se presentan las tablas y gráficos, por último, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se cita las referencias bibliográficas que se utilizaron para la investigación y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe “El contacto piel a piel tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido, y para los padres, que ayuda al establecimiento del vínculo y la adaptación post natal” (2).

El Ministerio de Salud (MINSA), en la Norma Técnica 106-MINSA/DGSP de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, en los procedimientos específicos, establece que luego del nacimiento se debe realizar el Contacto Piel a Piel (CPP), procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado de salud, colocándolo sobre el vientre de la madre un tiempo aproximado de 45 minutos (3).

El contacto piel a piel reduce los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la

lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto (4).

La pérdida de peso excesiva en el recién nacido puede tener consecuencias graves como la deshidratación, a su vez este puede sufrir problemas de termorregulación, hipoglucemia e hipocalcemia. Se ha demostrado que el contacto piel a piel brinda múltiples beneficios tanto para el recién nacido como para su madre (5).

Se estima una pérdida fisiológica diaria en el recién nacido a término del 3% respecto a su peso al nacer con una pérdida acumulada del 7-10% al séptimo día de vida (6).

El vaciamiento gástrico es mucho más rápido en el neonato, es la razón por la que el recién nacido amamantado debe lactar frecuentemente, como mínimo 8 veces por día, incluso de 10 a 12 veces. La pérdida de peso es normal y tiene lugar los tres primeros días; esta será de 5-7% de su peso al nacer. Pérdidas mayores al 7% probablemente indican que el recién nacido no está recibiendo suficiente leche y requiere por tanto evaluación médica. Una vez concluido este breve periodo de pérdida de peso, el recién nacido bien alimentado deberá recuperar su peso inicial alrededor del 7° a 10° día (7).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), puntualiza sobre la importancia del contacto piel a piel y amamantamiento durante la primera hora de vida, refiere que el calostro contiene factores de crecimiento, que ayudan a madurar el intestino del recién nacido, para funcionar con eficacia, estimula el movimiento intestinal de tal modo que el meconio es eliminado rápidamente. Tiene factores estimulantes y hormonas, que favorecen mejores niveles de glicemia en los primeros días de vida, disminuye la pérdida de peso neonatal. En la actualidad se desarrollan programas e iniciativas a nivel mundial tendientes a fomentar y apoyar la lactancia materna en la primera hora de vida (8).

El Centro de Alimentación y Nutrición Nacional del Perú (CENAN), refiere que el neonato debe ser colocado al pecho inmediatamente después de nacido para estimular la producción de leche. El contacto piel a piel inmediatamente después del parto, durante 45 minutos, facilita la lactancia y disminuye la morbilidad neonatal (9).

Las primeras nociones que tiene el recién nacido son de carácter táctil, ello hace que el contacto piel a piel entre madre e hijo sea de importancia para el "apego", el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo emocional y para el éxito de la lactancia (10).

El rol que desempeña la enfermera es de facilitadora para que el proceso del contacto piel a piel, se realice en toda su magnitud, la enfermera proporcionará oportunidades a los padres y al hijo para desarrollar vínculos emocionales, además proveerá las condiciones necesarias como ambiente térmico neutro, campos precalentados y dará el tiempo necesario (11).

En la Región de Salud Moquegua, no se han encontrado trabajos de investigación, que nos brinde un panorama del problema a investigar, pero se ha observado según los indicadores de evaluación del Servicio de Neonatología que en el año 2016 se realizó el contacto piel a piel y el recién nacido, aproximadamente al 70 % de los partos eutócicos, pero no se cuantificó la pérdida de peso del recién nacido, para partos distócicos no se tiene información, bajo este panorama surge la decisión de realizar el presente trabajo de investigación titulado: Relación del Contacto Piel a Piel y la Pérdida de Peso del Recién Nacido en el Hospital Regional Moquegua, 2017.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua, 2017?

### **1.2 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO**

#### **Objetivo General:**

Determinar la relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua, 2017.

#### **Objetivos Específicos:**

- Evaluar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido en el Hospital Regional Moquegua.
- Cuantificar la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El estudio es importante porque beneficia a la madre, al recién nacido y ayudará a prevenir las complicaciones de una pérdida excesiva de peso, previniendo la deshidratación, hipoglucemia en el neonato.

El contacto piel a piel entre la madre con el recién nacido favorece el inicio temprano de la lactancia materna. Son numerosos los trabajos realizados al respecto, todos ellos reflejan las ventajas y beneficios alcanzados con esta práctica, en el recién nacido provee estabilización de las funciones vitales, mejora los niveles de saturación de oxígeno, mantiene estable la temperatura corporal, disminuye la percepción de dolor, confiere períodos más largos de sueño, mayor desarrollo neuronal, disminución del llanto y favorece la lactancia materna precoz (4).

El presente trabajo permite evidenciar el rol de la enfermera porque a través de intervenciones adecuadas, como: educación, comunicación, promoción, prevención y protección, contribuyen a la adaptación del binomio madre – niño, permitiendo una vinculación adecuada para el cuidado y la atención del recién nacido

Es indispensable que las instituciones de salud basen el cuidado ofrecido a sus pacientes en la evidencia científica, así como el presente trabajo el que aportará a enfermería un nuevo conocimiento.

El resultado de la presente investigación proporcionará información actualizada al Departamento de Enfermería y al Servicio de Neonatología a fin de tomar las decisiones pertinentes, diseñar estrategias destinadas a actualizar al profesional de enfermería respecto a la importancia del contacto piel a piel y fortalecer los beneficios que este tiene en la población objeto de estudio.

#### **1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Existe relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua, 2017.

#### **1.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Pérdida de peso del recién nacido

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Contacto piel a piel y el recién nacido.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
CONTACTO PIEL A PIEL	Es el roce de intimidad del recién nacido desnudo en decúbito prono sobre el abdomen y tórax de la madre inmediatamente tras el parto (12).	CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO	Es la adhesión del recién nacido al vientre materno en los primeros minutos de vida.	De 1 minuto de nacido y permanece de 45 a 60 minutos	ORDINAL
		CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ	Es la adhesión del recién nacido al vientre materno después de la atención de algún signo de alarma.	60 a 120 minutos	ORDINAL

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO	Es la disminución en gramos de peso del recién nacido en los primeros 7 días de vida (13)	Adecuada	Pérdida del peso a los 7 días con respecto de su peso al nacer.	Pérdida de peso del 7 al 10 %	INTERVALO
		Inadecuada	Pérdida de peso a los 7 días con respecto de su peso al nacer.	Pérdida de peso > 10%	

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Se han revisado diversos estudios relacionados a la presente investigación como:

##### **A nivel internacional**

**Gallardo M. y Gallardo E.** (14) en su estudio de investigación titulado: “Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales” Santiago – Chile 2018. Concluyo que: El descenso promedio de peso en el 1° día fue 4,43%, en el 2° día 2,51% y el descenso total a las 48 horas fue 6,85%. El factor determinante en la pérdida de peso fue el tipo de parto. Los recién nacidos por cesárea presentan una mayor baja de peso entre las 24 y 48h. El uso de fórmula láctea determina un menor descenso de peso en los recién nacidos comparados con los alimentados con leche materna. El porcentaje de descenso de peso por día de los recién nacido es similar a la literatura internacional. El parto por cesárea es el factor asociado a mayor descenso de peso.

**Herrera A.** (15), en su estudio titulado “El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto” en España (2013); Concluye que la unión piel con piel del recién nacido con la madre cuando acaba de nacer es importante, y no es un asunto de "moda". Las implicaciones justifican que valga la pena cualquier esfuerzo por conseguir que las madres y los recién nacidos estén juntos. Una madre y un recién nacido son un solo ser y el ambiente normal de un recién nacido es su madre, y ningún otro. Por tanto, se fomentará el contacto piel a piel de ambos. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de mantener el contacto piel a piel con su hijo.

**Zapata C. y Castillo C.** (16), realizaron el trabajo de investigación titulado; “Ganancia inicial de peso del recién nacido de término hijo de madre adolescente” en el Departamento de Pediatría, Santiago – Chile (2012); concluyendo: Al evaluar el incremento de peso al mes de vida no se encontró diferencias significativas entre los grupos; hubo un mayor incremento diario en el grupo de madres adolescentes 15-16 años 38g/día y 17-18 años 25 g/día, el incremento promedio diario en el primer mes de vida fue significativamente mayor en el subgrupo de 15-16 años que en el sub-grupo de 17-18 años. Los hijos de madre adolescentes no presentan mayor riesgo de retraso en la recuperación de peso al nacer, el sub-grupo

de hijos de adolescentes de 15 a 16 años tuvieron un mayor incremento de peso que el de 17 a 18 años.

**Covas M.** (17), en su trabajo de investigación titulado “Variación del peso durante el primer mes de vida en recién nacidos de término sanos con lactancia materna exclusiva” en Uruguay (2008); Concluyo: El descenso máximo de peso se registró al 3er día con un promedio -8%, la media de recuperación del peso de nacimiento fue al 8o día y el promedio de incremento al mes fue de +30% considerando recién nacidos a término. El conocimiento de los cambios relativos del peso al nacimiento permitió graficar sus variaciones y evaluar las diferencias existentes entre grupos con distintas características.

**Hepworth J y Bergman N** (18), cuyo trabajo titulado, “Contacto Temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos” – Barcelona (2003), registró muchos beneficios del contacto piel a piel, como el apego del recién nacido a la madre, aumento de peso y un alta hospitalaria temprana. Es posible que la intervención beneficie los resultados de la lactancia, el apego temprano de la madre y el niño, la estabilidad cardiorrespiratoria y del llanto del neonato y aparentemente, no tiene efectos negativos a largo o corto plazo.

## **A nivel nacional**

**Ico M. y Luna K.** (19) cuyo trabajo titulado: “Eficacia del Contacto Piel con Piel de la madre con el recién nacido durante el parto para favorecer la lactancia materna exclusiva” Lima – Perú (2017). Concluyeron: el 100% afirman que el Contacto piel con piel durante el parto es efectivo para favorecer la lactancia materna exclusiva en el recién nacido. El 50% coinciden en que el contacto piel con piel inmediato es favorable para un inicio exitoso de la lactancia materna exclusiva efectuándose desde los primeros 15 minutos hasta 1 hora después del contacto. El 30% indican que el contacto piel con piel favorece la continuidad de la lactancia materna, ya que más días lactaron después del nacimiento y con mayor frecuencia. El 20% indican que el contacto piel con piel, demuestra un inicio precoz y exitoso de la lactancia materna exclusiva.

**Guzmán F.** (20), “Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal” Lima – Perú (2015). La calidad del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término vigorosos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue de calidad no adecuada, debido a que el tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno fue menor de 15 minutos en el 96% de las pacientes.

**Farro D. y Gutierrez D. (21)**, “El contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera” Chiclayo – Perú (2014). Los sujetos fueron 7 madres y 7 enfermeras que laboran en la Micro Red Chiclayo. Concluyendo que la aplicabilidad del contacto piel a piel se ve limitada por: el desconocimiento de sus beneficios y del procedimiento, 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.

**Ramírez L. (22)**, en su trabajo de investigación titulado “Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva” Lima - Perú (2009) concluyo que: Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable edad materna y la pérdida de peso  $\geq 5\%$  y  $>10\%$ . No obstante, esta asociación sólo explicaría el 3,5% de las pérdidas de peso en los recién nacidos de aproximadamente el 96,5% de las causas de esta pérdida de peso. La edad materna  $\geq 35$  años se considera un factor de riesgo importante mas no el único para la pérdida de peso en los recién nacidos de este estudio.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 RECIÉN NACIDO NORMAL**

Neonato con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología (23).

La terminación de un buen embarazo con un recién nacido sano es el resultado de una salud materna preconcepcional óptima, un oportuno y adecuado control prenatal, una adecuada atención en el momento del nacimiento y el cuidado neonatal con las mejores prácticas validadas en la medicina basada en la evidencia (24).

### **PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

**Identifica factores de riesgo perinatal.** Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna a la llegada al Centro Obstétrico/Sala de Operaciones, identificando los factores de riesgo.

**Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido.**

Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento.

**Prevenir la pérdida de calor.** Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C. Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido (23).

## **PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS LUEGO DEL NACIMIENTO**

**Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento.** Inmediatamente que se ha producido la salida del recién nacido del ambiente uterino, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal deberá verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar:

Si después del nacimiento el recién nacido no evidencia respiración, se encuentra hipotónico o se evidencia signos de prematuridad, deberá realizarse el pinzamiento inmediato, el corte del cordón umbilical y entregar al recién nacido en forma inmediata al equipo profesional responsable de la atención neonatal. Si el recién nacido después del nacimiento se encuentra con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y es a término se aplicarán los procedimientos de rutina de la atención inmediata neonatal (23).

**Aspiración de secreciones de las vías aéreas.** Solo en caso que las secreciones produzcan obstrucción de las vías aéreas.

**Realizar el contacto piel a piel.** Procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado; consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al recién nacido con el segundo campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciando la lactancia materna (23).

El contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanentemente por el equipo profesional responsable de la atención neonatal. En los recién nacidos a término en buenas condiciones, el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento.

**Identificar al neonato.** Registrar los datos en un brazalete plástico (nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido) (23).

**Prevenir la infección ocular.** usar gotas oftálmicas con antibiótico, aplicando una gota en cada saco conjuntival. Este procedimiento no está indicado en nacimientos por cesárea.

**Prevenir la enfermedad hemorrágica** aplicar Vitamina K 1mg en recién nacidos a término y 0.5 mg en recién nacidos pretérmino, vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.

**Aplicar medidas del cuidado del cordón:** verificar la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, aplicar alcohol etílico al 70% y cubrir con gasa estéril.

**Realizar la somatometría:** medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico del recién nacido, registrar estos datos en la historia clínica neonatal (23).

**Realizar el examen físico completo:** examinar en forma sistemática al recién nacido; incluye la determinación de la edad gestacional por Método Capurro. Se recomienda no omitir el examen visual de la región anal (23).

**Registrar los datos en la historia clínica neonatal:** deben registrarse los datos completos en la historia clínica neonatal y en la sección correspondiente al neonato en la historia clínica del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP); así como en el sistema de registros del servicio. Registrar la puntuación de APGAR al minuto y a los 5 minutos (23).

**Vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato:** donde se deberá continuar la evaluación de la temperatura, los signos vitales y la condición clínica del recién nacido/a y brindarle información a la madre sobre la técnica de lactancia materna, la identificación de los signos de alarma y los cuidados del neonato (23).

## **PUNTAJE DE APGAR**

Virginia Apgar, en 1952 ideó un sistema de puntuación para valorar como el recién nacido se adapta de la vida intrauterina a la vida extrauterina. Este puntaje se otorga al primer y al quinto minuto de vida y si las condiciones lo permiten, puede asignarse mientras el recién nacido se encuentra sobre el vientre materno. Teniendo en cuenta 5 parámetros:

- Frecuencia cardíaca
- Irritabilidad refleja
- Esfuerzo respiratorio
- Tono
- Color

A cada parámetro se le asigna un puntaje 0, 1 o 2 que luego se sumarán para determinar el puntaje total. Un puntaje de 7 a 10, significa que el

recién nacido está en buen estado de salud y no necesita más que los cuidados de rutina, si la puntuación se encuentra entre 4 y 6, puede ser que necesite un ayuda para respirar espontáneamente, si la puntuación es de 3 o menos, necesitará medidas inmediatas para ventilar como por ejemplo la reanimación neonatal (25).

## **EVALUACIÓN POR CAPURRO**

El cálculo clínico de la edad gestacional es muy importante por medio del método de Capurro. Este método toma en cuenta 5 elementos somáticos:

- Textura de la piel
- Forma de la oreja
- Tamaño de la glándula mamaria
- Formación del pezón
- Pliegues plantares.

Tiene un error de aproximadamente de 2 semanas. Al total de los puntajes obtenidos se le suma 204 y se divide entre 7. El resultado son las semanas de gestación (25).

## **VALORACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO**

Lubchenko, en 1966 publicó sus gráficos para el registro del crecimiento intrauterino conocidos como curvas de colorado, las cuales basó en la relación de la edad gestacional con la antropometría al nacer, se reconocen varias clasificaciones en función de la edad gestacional y del peso, tales como:

### **Valoración que incluye sólo la edad gestacional:**

- Pretérmino, si la edad gestacional es menos de 37 semanas.
- A término, si la edad gestacional es de 37 a 41 semanas.
- Postérmino, si la edad gestacional es igual o mayor de 42 semanas (26).

### **Valoración que incluye sólo el peso al nacer:**

- Macrosómico: peso de 4 000 gr y más.
- Bajo peso: peso inferior a 2 500 gr.
- Muy bajo peso: peso inferior a 1 500 gr.
- Extremadamente pequeño o de muy muy bajo peso: peso inferior a 1 000 gr (26).

### **Valoración de la edad gestacional y el peso al nacer:**

- Recién nacido adecuado para la edad gestacional (AEG), o los que se encuentran entre el 10 y 90 percentil de las curvas.
- Recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG), a los que se encuentran por debajo del 10 percentil.
- Recién nacido grande para la edad gestacional (GEG) a los que se encuentran por encima del 90 percentil (26).

### **ATENCIÓN NEONATAL EN ALOJAMIENTO CONJUNTO**

Los ambientes de los establecimientos donde se realiza el alojamiento conjunto deben mantener un ambiente térmico adecuado, evitando la presencia de corrientes de aire.

La atención neonatal en alojamiento conjunto brinda cuidados integrales básicos al neonato con la participación activa de la madre y la familia dentro del ambiente hospitalario; es estimulando el fortalecimiento del vínculo familiar, apoyando los procesos fisiológicos de adaptación neonatal durante los primeros días post nacimiento y brindando información a la madre y familia sobre los cuidados del neonato, reforzando el soporte físico y emocional brindado por la madre hacia su hijo/hija, así como la identificación oportuna de signos de alarma para la atención correspondiente (23).

## 2.2.2 CONTACTO PIEL A PIEL MADRE – HIJO

Se denomina Contacto Piel a Piel (CPP), a la colocación inmediata del recién nacido en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de su madre piel a piel, inmediatamente tras el parto cubierto por una manta caliente. Tradicionalmente, esta práctica ha proporcionado calor y alimento al recién nacido lo que permitió favorecer el proceso de vinculación, además de ser sumamente grata para la madre y tranquilizadora para el neonato. Después del parto, el recién nacido presenta un periodo en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea (12).

Granada del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete de España, clasifica en:

**Contacto piel a piel inmediato:** se realiza inmediatamente al nacimiento del recién nacido, salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan, desde el 1 minuto de vida hasta 45 a 60 minutos.

**Contacto piel a piel precoz:** se realiza colocando al recién nacido inmediatamente tras el parto. En condiciones normales, el recién nacido de bajo riesgo no precisa cuidados especiales que impliquen la

separación de su madre durante 1-2 horas después del parto, o hasta que se complete la primera toma y finalice el periodo de alerta tranquila (27).

El Contacto piel a piel debe hacerse sin interrupciones tras el nacimiento del recién nacido durante las dos primeras horas, salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan (27).

Cuando no se continúa inmediatamente el contacto piel a piel tras el parto, la separación de la madre es muy estresante y es suficiente para que el recién nacido se vuelva inestable. Su cerebro libera la hormona del estrés cortisol, que aumenta el ritmo cardiaco y la respiración. Los recién nacidos que son separados van a llorar por su madre, acción que incrementa las presiones pulmonares, abriendo el foramen oval y restaurando así la circulación fetal, disminuyendo la saturación de oxígeno en la sangre. Este llanto aumenta el ritmo cardiaco y la presión sanguínea en el cerebro del recién nacido, lo que puede dañar el lecho capilar, e incluso causar hemorragia interventricular. En resumen, la separación del recién nacido de la madre es la causa principal de su estrés y a menudo provoca una cascada de problemas y complicaciones que requieren una intervención médica para preservar la salud del recién nacido (28).

Entre los beneficios fisiológicos para el recién nacido tenemos: disminución de los niveles de las hormonas del estrés como el cortisol, favorece la estabilidad respiratoria, cardíaca, la glicemia y la temperatura corporal; y entre los psicológicos favorece el “periodo de reconocimiento sensible”, fortalece la interacción positiva con la madre a corto y largo plazo; en relación a la madre se encontró como beneficios fisiológicos que: estimula la secreción de oxitocina con efecto sobre contracción uterina para prevenir hemorragias postparto, efecto antiestrés post parto, y entre los beneficios psicológicos: favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del recién nacido. Produce satisfacción materna, expresión de sentimientos positivos de reciprocidad y disminución de niveles de depresión postparto (29).

El Contacto piel a piel en cesáreas mejorará la percepción de la madre hacia su parto, ayudando a que de esta forma el nacimiento se viva como una experiencia más grata, ya que la mayoría de los estudios señalan que la cesárea es percibida como una experiencia menos satisfactoria, asociándose con más frecuencia a depresión posparto y a mayores dificultades durante la lactancia. Cuando al recién nacido se le da la opción del contacto piel a piel tras nacer, pasa por nueve fases de comportamiento: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso,

familiarización, succión del pecho y sueño, lo que da lugar a principios de óptima autorregulación (28).

El recién nacido debería permanecer en contacto piel a piel con su madre en las primeras horas tras el nacimiento y está claro que las rutinas hospitalarias en la sala de partos deberían dirigirse hacia favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para favorecer la autorregulación, la primera toma y el inicio del vínculo madre-hijo. Como el recién nacido parece depender del sentido el olfato, se debe posponer el lavado del pecho de la madre y la separación para pesar o recibir profilaxis de cualquier tipo. La administración de sedantes u oxitocina a la madre de forma rutinaria durante el parto puede ser un elemento que distorsione y retrase la conducta innata del recién nacido (28).

## **COMPORTAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CONTACTO PIEL A PIEL**

El contacto piel a piel es la acción donde dos cuerpos se tocan; se roza la piel del recién nacido con la piel de la madre. El primer contacto es ideal para iniciar la primera lactancia de forma natural y comienza con el arrastre del neonato hacia al pecho y termina con el agarre del pezón, iniciando de esta manera la primera mamada. Es un método que favorece

el vínculo materno-neonatal, sobre todo, la condición fisiológica y psicológica del neonato, siendo también la madre favorecida mediante los movimientos reptantes del recién nacido sobre su vientre durante este contacto, ayudándole a desprender de forma natural la placenta, disminuyendo la pérdida de sangre post-parto (30).

Tras el nacimiento, el recién nacido descansa sobre el cuerpo de su madre, adquiriendo una coloración sonrosada de los labios, con los ojos abiertos y realizando pequeños movimientos durante 10 - 20 minutos. A continuación, pone en marcha los reflejos de arraigo (pataleo, reptación, cabeceo, acercamiento del puño a la cara, lametadas, búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico materno), lo que le permite acercarse al pezón y realizar un agarre espontáneo. Más del 70% se agarra al pecho en la primera hora de vida y si el contacto piel a piel se prolonga hasta las dos horas más del 90% (31).

#### **PROCEDIMIENTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL**

- Colocar al recién nacido en decúbito prono, sobre el abdomen de la madre y secar con toallas precalentadas de forma céfalo – caudal, y colocarle gorro.

- Identifique al recién nacido sin separarlo de la madre.
- Confirme una adecuada técnica de amamantamiento.
- Posponer las medidas antropométricas, las maniobras preventivas y la exploración completa.
- El proceso de contacto piel a piel debe ser supervisado y controlado
- En casos en que la madre y el recién nacido deban ser separados inicialmente, si en pocos minutos se comprueba que la situación de ambos es adecuada, se debe iniciar el contacto piel con piel precoz lo antes posible (33).
- Si la madre, por su estado de salud, no puede estar en contacto piel con piel con su hijo, se recomienda el contacto piel con piel con el padre.
- Aprenda a valorar al recién nacido sobre el pecho materno y a adjudicar el test de APGAR sin separar al niño de su madre. Esto requiere de un entrenamiento progresivo hasta que poco a poco adquiera la destreza en esta valoración (32).

## **EFFECTIVIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL**

El contacto piel a piel, aumenta la probabilidad de éxito inmediato de la lactancia materna, disminuye el llanto en los recién nacidos mejora las conductas de apego o vinculo materno e incrementa la confianza en las

madres para cuidar de sus hijos. Existen estudios cualitativos donde las madres refieren que el contacto temprano piel a piel les dio seguridad, se sintieron cómodas y muy atendidas por el personal de salud. No hay evidencia de buena calidad que asocie la iniciación de la lactancia materna en la primera hora con cambios en la morbilidad neonatal (33).

### **2.2.3 LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO**

La evaluación nutricional está compuesta por la historia alimentaria, los hallazgos clínicos, los parámetros antropométricos y la realización de pruebas bioquímicas; en el recién nacido el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso al nacer (34):

- Macrosómico: > 4 000 g
- Peso normal: 2 500 a 4000 g
- Bajo peso: < 2 500
- Peso muy bajo: <1 500 gr

## **FISIOLOGIA DE LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO**

El recién nacido presenta variaciones en el peso corporal que dependen de factores intrínsecos y extrínsecos. Al nacer, el agua constituye cerca del 80% del peso corporal; el líquido extracelular es más abundante que el líquido intracelular. El equilibrio en su proporción se logra a partir de la primera semana de vida, principalmente a causa de la inmadurez renal, que condiciona hipostenuria, la que, a su vez, desencadena grados variables de deshidratación, y a las pérdidas insensibles. La variación en el peso del recién nacido no está determinada solamente por estos cambios, sino por una ingesta escasa de leche, por la cantidad insuficiente de calorías administradas y por variaciones en la temperatura corporal que pueden condicionar pérdidas insensibles (35).

En los primeros siete días de vida se observa en los recién nacido a término una pérdida de peso del 10 al 15%, la mayor parte de la cual sucede en los tres primeros días. Se han reportado pérdidas de peso en las primeras 72 horas hasta del 6,9% en recién nacidos alimentados con el seno materno y de 3,5% en los que se alimentan con fórmula maternizada. Además de la variación en la ingesta diaria, que puede ser tan escasa como 20 mL en los primeros tres días de vida, o tan elevada como 580 mL para el sexto día, la pérdida de peso corporal se explica

también porque el calostro tiene un valor energético de tan sólo 671 kcal/L, comparado con 735 kcal/L de la leche transicional y de 680-700 kcal/L de la leche madura (35).

La pérdida de peso en los primeros 5 a 7 días de vida en los recién nacidos se debe a una disminución de agua total y de solutos a nivel intravascular; esta pérdida es permitida hasta un 10% en recién nacidos a término y en prematuros hasta un 15%, considerándose normal para ambos grupos el 3% de pérdida de peso en las primeras 24 horas; con la siguiente observación: a menor edad gestacional, las pérdidas transepidérmicas de agua son mayores y como resultado, el peso corporal en la primera semana de vida disminuye (36).

La pérdida de peso en los recién nacidos durante las primeras 48 horas de vida es algo fisiológico y normal. Algunos factores, como el tipo de alimentación, pueden hacer que esa pérdida sea mayor o menor, pudiendo implicar un riesgo para el recién nacido.

Existen variables en las que el personal de salud no puede influir, como son la edad gestacional, tipo de parto o peso al nacimiento, hay otras como el tipo de alimentación elegida, en los que con una buena educación sanitaria, puede lograrse una menor pérdida de peso, sobre

todo en el caso de la lactancia materna, evitando llegar a una pérdida excesiva (37).

## **RETRASO EN LA SUBIDA DE LECHE Y LA PÉRDIDA DE PESO EXCESIVA**

La ausencia de producción de leche “primaria” es muy rara, pero puede existir en circunstancias concretas. La ausencia o escasa producción de leche “secundaria” a dificultades con la lactancia materna es mucho más frecuente. Sea cual sea la causa es muy importante detectarla, ya que una alimentación insuficiente durante los primeros días, si no se corrige, puede conducir no sólo a una excesiva pérdida de peso sino a deshidrataciones graves. La introducción precoz de suplementos de leche artificial el suero glucosado no tiene ninguna ventaja y aporta menos nutrientes e interfiere con el éxito de la lactancia materna. Pero cuando existe un diagnóstico médico de aporte insuficiente de leche materna los primeros días, se convierte en una necesidad fundamental (13).

## **PERDIDA DE PESO**

Es la disminución en gramos de peso del recién nacido en los primeros 7 días de vida; por eso es importante el control de peso diario sistema útil

para vigilar o cuantificar la ingesta de los recién nacidos y su pérdida peso en sus primeros días de vida, cuando la pérdida de peso alcanza el 8-10% debe controlarse especialmente la situación. Es conveniente explorar al recién nacido y comprobar su estado general, comportamiento, temperatura y grado de hidratación. Deben valorarse cuidadosamente otros signos de aumento del volumen de ingesta, sobre todo frecuencia de micciones, frecuencia y aspecto de las deposiciones (13).

Si el recién nacido se encuentra bien y no existen dificultades especiales con la lactancia, podemos esperar unas horas más, con control estricto. Si la exploración del recién nacido no es normal o la lactancia presenta dificultades habrá que pautar un suplemento y analizar con la madre las dificultades de la lactancia para intentar resolverlas. Asegurar a la madre que vamos a garantizar que su recién nacido está bien alimentado contribuye muchas veces a que afronte con más serenidad los posibles problemas de su lactancia y se resuelvan mejor. Es preferible no dar los suplementos con biberón. Como los primeros días se necesitan volúmenes pequeños de suplemento, darlos con jeringa, con cucharas especiales suele resultar fácil. Esta situación exige un seguimiento muy cuidadoso, tanto para intentar mejorar la evolución de la lactancia como para asegurar el bienestar del neonato, sobre todo si se produce el alta hospitalaria (13).

Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es muy importante, al igual que conocer una adecuada técnica de lactancia que nos permita asegurar la alimentación efectiva del recién nacido. Durante los primeros días, el recién nacido presenta variaciones de peso que dependen de factores intrínsecos como cambios en la temperatura corporal o factores extrínsecos como la escasa ingesta de leche. En nuestro país Perú, se han reportado pérdidas de peso de hasta  $7,8\% \pm 2,8\%$  en las primeras 72 horas en recién nacidos alimentados con leche materna exclusiva (38).

Los recién nacidos por cesárea son los que presentan más dificultad para el establecimiento de la lactancia materna, tema importante a considerar en el Perú, puesto que uno de cada tres niños nace por cesárea, registrándose una tasa elevada a nivel nacional de 28,6% (ENDES 2014), cifras mayores al 15% aceptado por la organización mundial de la salud (OMS). La lactancia materna se puede iniciar en la primera hora de vida del recién nacido; sin embargo, el cansancio, la fatiga, el estrés y la no realización de contacto precoz son las principales barreras existentes, especialmente en madres post-cesárea. Además, encontrar una buena postura para amamantar no es sencillo, por lo que las madres post-cesárea necesitan apoyo individualizado y un seguimiento especial para el inicio de la lactancia (38).

La pérdida de peso en los recién nacidos durante las primeras 48 horas de vida es algo fisiológico y normal, siempre que no supere unos valores considerados estándar. Algunos factores, como el tipo de alimentación, pueden hacer que esa pérdida sea mayor o menor, pudiendo implicar un riesgo para el recién nacido. Si bien hay variables en las que el personal sanitario no puede influir, como son la edad gestacional, tipo de parto o peso al nacimiento, hay otras como el tipo de alimentación elegida, en las que con una buena educación sanitaria, puede lograrse una menor pérdida de peso, sobre todo en el caso de la lactancia materna, evitando llegar a situaciones de pérdida excesiva, la cual deriva en ingreso del recién nacido, utilización de suplementos o la realización de procedimientos invasivos en los casos de pérdida más marcada (37).

Es conocido que los recién nacidos alimentados con lactancia materna, ingieren menos cantidades de leche y pierden más peso en los primeros días que los alimentados con lactancia artificial, otros factores que ocurren durante el parto, y que influyen en la pérdida de peso en el recién nacido: la cantidad de líquidos administrados o el tipo de anestesia usada, y que pueden retrasar el inicio de la lactancia materna, haciendo necesarios suplementos que dificultan posteriormente su continuación (39).

## **2.2.4 LACTANCIA MATERNA**

Es la forma ideal de aportar los recién nacidos los primeros nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables (2).

### **VENTAJAS Y BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

Para el recién nacido:

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias. La leche materna tapiza el intestino del recién nacido protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias, leucemia y otras.
- Favorece la relación con la inteligencia cognitiva y emocional, transmite al recién nacido seguridad afectiva repercutiendo en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro (40).
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.

- La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas. Estos beneficios son aún más importantes en el caso de prematuros o afectados de algún problema (40).

Para la madre:

- Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente, disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la postmenopausia (40).

Para ambos:

- El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo, proporcionando al recién nacido consuelo, cariño, compañía, seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal.
- La elección de la lactancia materna supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio del

producto, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los recién nacidos alimentados con leche materna.

- Contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica: no genera residuos y es sostenible (40).

## **EVIDENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA**

Con relación a la lactancia inmediatamente después del parto, la experiencia y las evidencias científicas demuestran que:

- La ligadura tardía del cordón umbilical tiene beneficios en relación con el clampaje inmediato, tanto en recién nacidos a término como prematuros. Al realizarlo disminuye la anemia, hay mejor adaptación hemodinámica fisiológica. El contacto piel a piel inmediatamente que nace su hijo es muy importante para iniciar la lactancia materna, porque se ha demostrado que la madre entra en un vínculo afectivo especial y único, pues tiene la felicidad, tranquilidad y placer de tener a su recién nacido pegado al pecho. Otras ventajas son que la placenta se desprende más rápido, la oxitocina actúa y disminuye la hemorragia por contracción del útero, hay menos depresión puerperal y mayor autoestima de la mujer (41).

- La succión estimula la secreción de oxitocina y la prolactina de la madre, así como de las hormonas intestinales del recién nacido, importantes para la digestión del calostro y de endorfinas y que le producen calma y placer.
- La sensación de contracción uterina durante la lactancia asegura que el eje hipotálamo-pituitaria-glándula mamaria está intacto y que existe liberación de oxitocina en cada succión.
- La prolactina es la hormona materna y tiene niveles altos en las dos primeras horas después del parto. La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos de la glándula mamaria. Su función es producir leche e inhibir la ovulación; tiene efecto relajante; si se inicia la succión de manera precoz, los niveles de esta hormona permanecerán estables (41).
- La oxitocina se libera en la hipófisis posterior. Su función más importante es la eyección de la leche y el vaciamiento, ayuda en la contracción del útero y disminuye la hemorragia posparto.
- El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre la madre e hijo en el desarrollo físico y emocional del niño. La madre que disfruta de dar pecho mejora su autoestima y disminuye el riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis; la lactancia mejora la salud de la madre (41).

- El calostro tiene elementos inmunitarios que ayudarán a proteger al recién nacido, la inmunidad es específica por Inmunoglobulina A (IgA) secretora; si la madre tiene alguna enfermedad, la Inmunoglobulina A va a proteger a su hijo. La madre produce calostro el primer día, 20 a 50 mL al día. El tamaño del estómago del recién nacido es de 5 a 7 mL; al décimo día, la capacidad gástrica es de 45 a 60 mL. Los volúmenes de leche van aumentando poco a poco. Es crucial darle apoyo, confianza y seguridad a la madre; si su hijo no succiona, no va a producir leche suficiente; por lo cual, se le recomendará succión a libre demanda, sin horario, y explicar a los padres el mecanismo de la producción de leche y técnicas de amamantamiento (41).
- Los prebióticos permiten el crecimiento de probióticos en el intestino; es un ingrediente alimentario no digerible que estimula selectivamente el crecimiento y/o la actividad de un número selecto de bacterias; por lo tanto, protege al recién nacido (41).
- A mayor succión la madre producirá más cantidad de leche, y la primera semana un recién nacido a término pierde peso entre 7 y 10%, la efectividad de la lactancia se verificará pesando al recién nacido, que gana más de 20 a 30 gramos al día, o a través de la prueba de

humedad, que consiste en que el recién nacido esté mojando más de seis pañales en 24 horas. Se puede estimar entonces que la madre está produciendo leche suficiente. Si el recién nacido no gana peso o no micciona varias veces al día, puede estar presentado deshidratación hipernatrémica por falta de aporte de leche materna (41).

## **CARACTERÍSTICAS GLOBALES DE LA LACTANCIA MATERNA**

La cantidad y la calidad de la leche producida por las madres ha sido motivo de investigación prospectiva que ha mostrado la coincidencia entre las características encontradas en la leche materna y el crecimiento y los niveles adecuados de nutrientes determinados en los niños.

Las madres producen un promedio de 750 ml de leche por día, que ha sido medida por interesantes métodos. La leche que producen proporciona a los niños: 120 Kcal., 2 g de proteínas, 14 g de Hidratos de Carbono y 4 g de lípidos por Kg. de peso por día durante el primer mes de vida; al cuarto mes, el niño está recibiendo 70 Kcal., 1.6 g de proteínas, 12 g de Hidratos de Carbono y 3 g de lípidos por Kg. de peso por día, lo cual guarda relación con un crecimiento sostenido del recién nacido, que lo lleva a un peso cercano a los 7 Kg. al cuarto mes. Los mismos niños

muestran adecuado crecimiento en talla y en circunferencia craneana, desarrollo psicomotor normal y niveles normales de albúmina, de carotenos, de fierro, demarcadores de depósitos de fierro, de hemoglobina y de vitaminas en su plasma (42).

### **SIGNOS DE AMANTAMIENTO INEFICAZ:**

En el lactante

- Pérdida de peso mayor del 7% respecto al peso de recién nacido.
  - Menos de 3 deposiciones/día pasadas las primeras 24 h de vida y menos de 6 micciones/día después del día 4.
  - Insatisfecho, irritable, inquieto o somnoliento después de las tomas.
  - Deglución no audible durante las tomas.
  - No ganancia de peso a partir del día 5.
  - No recuperación del peso de recién nacido el día 10 (43).
- 
- En la madre:
  - Dolor de pezones persistente o creciente.
  - Congestión mamaria que no mejora amamantando (43).

## **TÉCNICA CORRECTA DE LACTANCIA MATERNA**

### **Puntos clave de amamantamiento:**

- La cabeza y el cuerpo del recién nacido den estar en línea recta.
- Su cara debe mirar el pecho, con la nariz frente al pezón.
- Su madre debe mantener el cuerpo del recién nacido cerca del de ella.
- Darle apoyo en las nalgas y no solamente a la cabeza y los hombros.

### **Puntos clave de agarre**

- Mas areola en la parte superior que en la parte inferior
- Boca bien abierta
- Labio inferior evertido
- Mentón del recién nacido toca el pecho

### **Puntos clave de succión:**

- Mejillas redondeadas
- Se escucha sonidos de deglución (44).

## **FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN ALTERAR LA LACTANCIA MATERNA**

Contraindicaciones de la lactancia materna: Se contraindica la lactancia en casos de enfermedad materna como el virus de inmunodeficiencia humana, virus de la leucemia humana, en madres adictas a sustancias psicoactivas; cuando se aplican isótopos radiactivos, mientras exista radiactividad en la leche materna o con algunos fármacos como los quimioterápicos o antimetabolitos hasta que estos se eliminen de la leche (45).

En la infección materna por citomegalovirus, casi todas las mujeres seropositivas sufren reactivación y excretan el virus durante la lactancia y con frecuencia los lactantes expuestos a esta leche, van a adquirir la infección primaria. En el recién nacido a término, no suele traer consecuencias clínicas, pero en prematuros de bajo peso, se han encontrado enfermedades sintomáticas como hepatitis, neutropenia y trombocitopenia. En este grupo, se recomiendan procedimientos como la congelación y la pasteurización de la leche materna, los cuales disminuyen considerablemente el riesgo de transmisión. Por otro lado, en las mujeres con problemas psiquiátricos graves, se aconseja un cuidado individualizado y sopesar el riesgo-beneficio en cada caso (45).

## PROBLEMAS FRECUENTES DE LOS PRIMEROS DÍAS

- Dolor en los pezones: Es frecuente al inicio de la lactancia materna y se debe a la presión negativa producida en los conductos del pezón, que todavía no están llenos de leche. Al establecerse la lactancia materna, el dolor suele desaparecer, y si perdura suele ser debido a una mala posición de la boca del recién nacido al momento que lacta
- Grietas del pezón: Son lesiones producidas por el traumatismo que causan las encías del recién nacido sobre el pezón y pueden ocurrir cuando la posición al pecho no es la correcta, por la humedad o la propia hipersensibilidad de la piel (46).
- Mastitis: Es la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede aparecer en cualquier momento de la lactancia y acompañarse o no de infección. Suele presentarse unilateralmente, con dolor, calor y enrojecimiento de la mama y aumento de la temperatura corporal. Los cuadros de ingurgitación, obstrucción de un conducto lácteo y las grietas en el pezón son los principales factores predisponentes a la mastitis (46).
- Obstrucción de los conductos lácteos: Aparece como consecuencia de un vaciado defectuoso de un lóbulo mamario por obstrucción de los conductos galactóforos. Se puede apreciar calor y enrojecimiento

en una zona de la mama o una protuberancia palpable y dolorosa después de las tomas. La zona más habitual de aparición es el cuadrante superior próximo a la axila. Algunas veces, puede verse un punto blanco muy pequeño en la entrada del conducto en el pezón (46).

### **2.2.5 LECHE MATERNA**

La leche materna es el primer alimento natural de los recién nacidos, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida (47).

La leche materna es además un fluido vivo y cambiante que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño. Modifica su composición en la medida que el niño crece y necesita otros nutrientes y factores de protección. También tiene variaciones a las distintas horas del día, entre cada mamada, según la temperatura ambiente, el estado nutricional de la madre (48).

## **ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA**

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido. Además de proporcionar los nutrientes necesarios de la forma más fácil de digerir y de absorber, contiene anticuerpos y glóbulos blancos que protegen al recién nacido de las infecciones. También cambia favorablemente el pH de la defecación, así como la flora intestinal del recién nacido y de esta manera lo protege de las diarreas bacteriana. Antes de que la leche se produzca, un delicado líquido amarillo, llamado Calostro fluye del pezón. El calostro es rico en calorías, proteínas y anticuerpos, estos anticuerpos son particularmente valiosos ya que son absorbidos por el cuerpo directamente desde el estómago (49).

## **COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y SUS BENEFICIOS. COMPARACIÓN CON LA LECHE DE VACA**

La composición de la leche materna, contiene los elementos indispensables para el recién nacido, brindando protección contra las infecciones; la composición de este fluido es dinámica y obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, donde desempeñan un papel importante células, nutrientes y sustancias químicas.

La leche de vaca que no ha sido modificada no es recomendable durante el primer año. Su contenido de proteínas, fósforo, cloruro, sodio y potasio es excesivo, especialmente para los lactantes de pocos meses de edad. Esto provoca una sobrecarga renal de solutos que puede ser perjudicial para los lactantes (50).

A pesar de que la leche materna contiene menos hierro que la de vaca, su biodisponibilidad es muy superior, por otra parte, esta última, aporta hierro de baja biodisponibilidad, que favorece la aparición de cuadros de deficiencia que pueden llevar a una anemia. La leche materna contiene altas cantidades de inmunoglobulinas, especialmente en el calostro; la principal es la Inmunoglobulina A (Ig A), se sintetiza en la glándula mamaria y su función es la de formar anticuerpos capaces de unirse a virus y bacterias, impidiendo la penetración en la mucosa intestinal (50).

## **ANATOMÍA DE LA MAMA**

La mama se encuentra localizada en la parte anterior del tórax, pueden extenderse por su cara lateral, sus formas varían según las características personales, raciales, edad y paridad. Hemisféricas o cónicas, prominentes o aplanadas. La mayor parte de ellas está ocupada por tejido adiposo, del que dependen su forma y consistencia, aumentan de volumen en el

embarazo y lactancia por crecimiento tejido glandular, cuya base se extiende desde la 2ª a la 6ª y desde el borde externo de esternón hasta la línea axilar media y su parte superoexterna llega hasta la axila. La cara profunda de las mamas es cóncava, en relación con el pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen, separada de ellos por la aponeurosis profunda (51).

Entre cada mama y su aponeurosis se encuentra un tejido areolar laxo "espacio submamario"; que le permite cierta movilidad de la mama sobre la aponeurosis. La cara superficial está cubierta por la piel y en su centro se sitúa el pezón a la altura del 4º espacio intercostal. En el pezón desembocan 15 a 20 conductos galactóforos. El pezón contiene fibras musculares lisas, la mayoría circulares, que se contraen al estimularlas mecánicamente, originando su erección. Pueden localizarse mamas o pezones supernumerarios a lo largo de una línea que va desde la axila a la región púbica "línea de la leche" (51).

**ESTRUCTURA DE LA MAMA:** Está compuesta por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular, de tipo nódulo-alveolar que produce leche.
- Tejido conectivo, que conecta los lóbulos.
- Tejido adiposo, que ocupa los espacios interlobulares (51).

Existen de 15 a 20 conductos galactóforos se dirigen al pezón, disminuyendo su diámetro en su trayecto rectilíneo por el mismo, formando dilataciones por debajo de la areola "senos galactóforos", reservorios de la secreción láctea y desembocan separadamente en el extremo del pezón. Esta estructura glandular varía con la edad y está influenciada por el embarazo y la lactancia. Los alvéolos secretores sólo aparecen en el embarazo, durante el cual aumenta la cantidad de tejido adiposo y la irrigación mamaria. Al final del embarazo se produce la secreción calostrál y después del parto se produce la leche materna que distiende los alvéolos. La leche pasa de los alvéolos a los conductos por contracción de las células mioepiteliales que los envuelve, siendo la succión el estímulo de los nervios del pezón y de la areola, produciendo oxitocina hipofisaria que estimula la contracción de las células del músculo liso de los conductos (51).

Sin succión, la secreción de leche cesa rápidamente. Los estrógenos estimulan el desarrollo de los conductos y la progesterona el de los alvéolos. Los alvéolos secretores verdaderos se forman por acción sinérgica de estrógenos, progesterona y hormonas hipofisarias. Luego de la lactancia, el tejido glandular entra en reposo, los restos de secreción láctea se reabsorben y los alvéolos se retraen (51).

**FISIOLOGÍA DE LA MAMA:** Consiste en Mamogénesis y Secreción láctea.

### **MAMOGÉNESIS (CRECIMIENTO MAMARIO)**

**Crecimiento prepuberal:** en período neonatal hay aumento del volumen glandular mamario en ambos sexos y discreta secreción, debido a los esteroides placentarios. La secreción de leche responde a la prolactina (PRL) liberada al suprimirse la placenta.

**Crecimiento en pubertad y adolescencia:** es entre los 10 y 12 años se inicia el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario con producción de estradiol en folículos ováricos que, junto a la somatotrofina hipofisaria y la insulina, inician el crecimiento y maduración prepuberal de la glándula mamaria "telarquia", con diferenciación y yemación del sistema de conductos y aumento de tejido conectivo y adiposo. La estimulación progesterónica comienza con los ciclos ovulatorios, con nuevo aumento del volumen mamario (51).

**Modificaciones gestacionales:** El crecimiento mamario gestacional se caracteriza por proliferación de elementos epiteliales, del sistema de conductos y acinos, alto grado de actividad mitótica y formación de

nuevos alvéolos. Entre 5ª y 8ª semanas se evidencia franco aumento de volumen mamario, dilatación venosa superficial, hiperpigmentación areolar y del pezón. El flujo sanguíneo aumenta al final del primer trimestre por dilatación vascular y neoformación capilar perilobulillar. Luego de las 20 semanas la proliferación epitelial alveolar cesa, comenzando la actividad secretora, incrementada hasta el final del embarazo (51).

Al final del embarazo los alvéolos contienen una sustancia compuesta por leucocitos y células epiteliales descamadas, pero no lípidos ni proteínas, aunque en el interior de las células alveolares existen gotas de lípidos al término. El continuo crecimiento mamario en la 2ª mitad de la gestación se debe a la dilatación alveolar por acumulo de calostro y mayor vascularización. Al final el estroma disminuye, persistiendo tabiques conectivos separando los lóbulos glandulares bien desarrollados y con calostro (51).

**Modificaciones puerperales:** En las 72 horas siguientes al parto las mamas se ingurgitan, se ponen tensas, aumentan de volumen, se vuelven más sensibles, aumenta la pigmentación areolar y del pezón y secretan calostro primero y luego leche. El epitelio alveolar aumenta de altura, las células aumentan de tamaño y el número de sus microvellosidades

apicales, desarrollan aparato de Golgi, se cierran los espacios intercelulares y aumentan en cantidad alvéolos y conductillos. No todos los alvéolos de un lobulillo muestran secreción máxima, como expresión de un tipo asincrónico de secreción lobulillar, como garantía de producción ininterrumpida de leche. Con la lactancia aumenta al máximo el flujo sanguíneo mamario. Todos estos cambios son la expresión de los cambios endocrinos destinados a la síntesis, al almacenamiento y la liberación de la leche materna (51)

### **SECRECIÓN LACTEA.**

Proceso continuo de síntesis y acumulación en la luz glandular, de los constituyentes de la leche, actuando cada célula como unidad productora, pero no todos los alvéolos funcionan sincrónicamente. En el momento del puerperio en que la glándula inicia su producción copiosa, varía en cada especie, siendo en la mujer a los 3 a 4 días postparto. Normalmente la mujer sólo produce secreción láctea en el puerperio (51).

**Elaboración celular de la leche:** La leche obtiene sus elementos por síntesis celular o transporte desde el plasma a través de ella. La síntesis de lactosa regula la cantidad de agua en la leche. El contenido de lactosa difiere según la especie y varía en forma inversa a la concentración de

potasio (K), sodio (Na) y cloro (Cl). La lactosa se sintetiza en la pared del aparato de Golgi a partir de: uridindifosfato, galactosa y glucosa. La caseína se sintetiza a partir de los aminoácidos del plasma materno y de otros sintetizados en la célula alveolar con carbono procedente de carbohidratos y ácidos grasos (51).

**Lactogénesis:** Es el inicio de la secreción de leche, mecanismo fisiológico que establece la lactancia postparto en la mujer, no está claro. Es necesario un adecuado proceso de mamogénesis gestacional y postgestacional. Parece ser necesaria la prolactina (PRL) hipofisaria para establecer la lactancia. Glucocorticoides, insulina, tiroxina y quizás somatotrofina hipofisaria, tienen participación en la lactogénesis. La insulina y tiroxina jugando un rol permisivo del proceso más que efecto específico. La tiroxina incrementa la secreción de lactoalbúmina. Estrógenos y progesterona son sinérgicos con la prolactina en la mamogénesis pero inhiben la lactogénesis. La sinergia entre insulina hidrocortisona y prolactina, induce la síntesis de proteínas lácteas y de ácidos grasos por medio de receptores plasmáticos de membrana (51).

En la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria. La progesterona no inhibe la lactancia cuando ésta ya se ha establecido. Al final de la gestación los niveles de prolactina

alcanzan los 150 a 200 ng/ml, con acción bloqueada por los altos niveles de esteroides placentarios, especialmente progesterona. El alumbramiento desbloquea este mecanismo. Aunque descienden los niveles de prolactina luego del parto, se mantienen mucho más altos en las que amamanta que en la no puérpera. Además, la succión del pezón, incrementa en forma importante la prolactina plasmática. La secreción de prolactina es habitualmente bloqueada por el hipotálamo, a través del factor inhibidor de la prolactina identificado con la dopamina producida en las neuronas túbero-infundibulares del hipotálamo (51).

**Galactopoyesis:** proceso de mantenimiento de la lactancia una vez establecida, siendo la prolactina la más importante, aunque sin un rol preciso conocido, pero inhibiéndola se inhibe la lactancia. Son también necesarios la insulina, la tiroxina y los corticoides, aunque no en niveles superiores al embarazo. Los que no parecen necesarios son los esteroides ováricos. Lo que sí es importante es adecuado y frecuente vaciado de la glándula, ya que la acumulación de la leche comprime a la célula alveolar incluso pudiendo producirse alteraciones degenerativas epiteliales (51).

En las madres que no amamantan, los niveles de prolactina retornan a los valores de no gestante en 1 a 2 semanas postparto. En las que

exclusivamente amamantan, los niveles se mantienen elevados hasta las 18 semanas de puerperio, siendo de unos 60 mg/ml en las primeras 9 semanas y de unos 33 mg/ml entre las semanas 10 y 18. Los niveles de prolactina se elevan por estímulo del pezón y aréola. Las frecuencias de las mamadas influyen en el nivel de prolactina y en la persistencia de la respuesta hipofisaria a la succión. La incorporación de la alimentación complementaria disminuye la frecuencia de las mamadas, la duración de ellas y los niveles de prolactina plasmática (51).

**Reflejo liberador de Prolactina (PRL):** la estimulación del pezón y aréola por la succión, por vía refleja neurohormonal, inhibe la secreción de dopamina y la liberación de prolactina hipofisaria. Otros estímulos producen este mismo efecto. La inervación sensitiva de aréola y pezón parece influida por factores hormonales, aumentando significativamente luego del parto, con variaciones en las diferentes fases del ciclo ovárico, y tiene importancia en la iniciación del reflejo secretor de prolactina y liberación de oxitocina (51).

Unos 30 minutos de amamantamiento aumentan niveles plasmáticos de prolactina por 3 a 4 horas, con pico a los 20 a 40 minutos de iniciado el estímulo de succión. La frecuencia adecuada de mamadas deben ser de

8 o más en 24 horas, es necesaria para mantener la liberación refleja de prolactina (51).

## **EVACUACIÓN LACTEA**

La leche de los alvéolos no fluye en forma espontánea a los conductos. El recién nacido sólo puede extraerla cuando se encuentra en los conductos mayores y senos lactíferos, por reflejo eyectolácteo. La leche llega, de los alvéolos al sistema de conductos, por expresión de los alvéolos por contracción de las fibras mioepiteliales que los rodean, contracción producida por la oxitocina actuando en los receptores específicos de tales fibras que aumentan en el tercer trimestre y mucho más en los 5 primeros días postparto. La oxitocina es la hormona galacto-quinética más potente, estímulo fisiológico que evacua la leche en el amamantamiento. También la vasopresina estimula la contracción de las células mioepiteliales de la mama, con intensidad mucho menor (51).

**Reflejo eyectolácteo:** Reflejo neuroendocrino para evacuar la glándula mamaria, el sistema canalicular de la glándula posee receptores cuyo estímulo desencadena el reflejo eyectolácteo, sea estiramiento o distensión de los conductos. Se estima que el tiempo de lactancia promedio entre inicio de la succión y la eyección láctea, es

aproximadamente de 58 a 60 segundos, con variantes individuales. La inyección intravenosa de oxitocina reproduce la respuesta contráctil de las miofibrillas al amamantamiento y es mayor a los 45 días que a los 3 días de postparto, el stress puede inhibir el reflejo eyectolácteo (51).

El reflejo eyectolácteo puede llegar a ser un reflejo condicionado que se desencadena con el llanto e incluso la sola presencia del recién nacido. La descarga de oxitocina, por medio de la succión, producirá contracciones miométriales útiles para mantener las ligaduras vivientes y colaborar con la involución uterina. La respuesta contráctil uterina a la estimulación del pezón y de laaréola se utiliza en último trimestre de gestación como prueba de tolerancia a las contracciones inducidas (51).

## **AMAMANTAMIENTO**

Es la obtención de leche directamente de la glándula mamaria, por parte del neonato. El reflejo eyectolácteo hace fluir la leche desde los alvéolos hacia los conductos mayores y senos lactíferos, desde allí es removida por la succión del neonato. Requiere la completa introducción del pezón y aréola dentro de la boca del lactante, hasta que la punta del pezón alcance el paladar blando. Para ello utilizar el reflejo de búsqueda desencadenado por estímulo del labio inferior del niño, que produce la

apertura de su boca y colocar la lengua aplanada en su piso. Con aréola y pezón ya introducidos en la boca, la lengua desplazada hacia delante sobrepasando la encía, comprime con ella la aréola contra el paladar duro, con movimientos ondulantes la exprime extrayendo y deglutiendo la leche (51).

El lactante no ejerce presión negativa con boca ni faringe más que para introducir aréola y pezón en la boca y mantenerlos allí, por lo que no succiona leche desde la glándula mamaria. La leche humana, más allá de ser un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (51).

## **TIPOS DE LECHE**

**Pre-calostro:** Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. Composición: exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa (53).

**Calostro:** Se produce durante los 4 días siguientes al parto, es de escaso volumen y alta densidad (2-20 ml/toma). En relación a la leche madura, tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles y nucleótidos. Tiene más proteínas, ácido siálico,

vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos; también es superior el contenido de minerales, sodio, cinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso. La proporción de proteínas séricas/caseína es de 80/20. Su contenido de ácidos grasos se relaciona con la dieta materna. En el calostro el colesterol está más elevado y los triglicéridos más bajos que en la leche madura (52).

El contenido de inmunoglobulinas en el calostro es muy elevado especialmente inmunoglobulina (IgA), lactoferrina, lo cual protege al recién nacido y favorece la maduración de su sistema defensivo. El escaso volumen del calostro es ideal, ya que los riñones inmaduros del recién nacido no pueden manejar grandes cantidades de líquidos. Además, hace más fácil la expulsión del meconio. Sus enzimas facilitan la digestión del recién nacido, debido a que la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras; sus inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo y así evitan la adherencia de los patógenos. El calostro favorece la colonización del intestino por lactobacilos bifidus, a través de un carbohidrato nitrogenado llamado factor bífidus, contiene antioxidantes y quinonas que previenen del daño oxidativo y es rico en factores de crecimiento, que estimulan la maduración del tubo digestivo y sus sistemas de defensa (52).

**Leche de Transición:** Se produce entre 4-15 días luego del parto, hacia el quinto día hay un aumento brusco de su producción y va incrementando su volumen hasta llegar a 700 ml/día aproximadamente entre los 15-30 días posparto (52) .

**Leche Madura:** El volumen aproximado es de 700- 900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. Al involucionar la lactancia, antes de desaparecer la secreción láctea, regresa a su fase calostrál. Las grasas, proteínas y carbohidratos, unidos a las enzimas que contiene la leche humana, son de fácil digestión y absorción, lo cual hace seguro el aprovechamiento de todos los nutrientes y permite la formación de un sistema inmunitario efectivo y eficiente que garantiza la salud infantil (52).

Las proteínas de la leche humana se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbumina que procede de la circulación materna, y juegan un papel muy importante, puesto que sus aminoácidos ayudan al crecimiento acelerado de los recién nacidos, maduran su sistema inmunológico, los defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo de su intestino (52).

## **REGULACIÓN DE LA SÍNTESIS SECRECIÓN Y EXPULSIÓN DE LECHE**

La leche se produce de forma continua en los alveolos. La producción láctea varía en función de la rapidez de síntesis de las células alveolares que depende de la madre y la eficacia y frecuencia del vaciado que dependen del niño. Entre toma y toma, la leche producida va rellenando alveolos, conductos y senos galactóforos. La eyección láctea se produce por la contracción de la capa mioelastocelular perialveolar, inducida por la oxitócica que empuja la leche a través del sistema de ductos galactóforos a los senos lactíferos, de donde la vacía el lactante por medio masaje y la presión negativa que ejerce al mamar. Sobre estos dos procesos (producción y eyección) actúan varios sistemas de regulación. Los centrales estimuladores de la producción y eyección láctea, tienen el objetivo de conseguir la mejor diferenciación y funcionamiento de la glándula. Los locales de acción inhibitoria, ajustan la producción de leche a la demanda específica del o de los lactantes. Y todos ellos están fuertemente influidos por la succión del recién nacido y otros estímulos sobre el pezón (53).

## **2.2.6 TEORIA DE ENFERMERÍA ROL MATERNAL – RAMONA MERCER**

El proceso de la maternidad implica que la madre nazca psicológicamente al igual que su recién nacido nace físicamente, dando lugar en su mente a una nueva identidad: el sentido de ser madre. En este proceso, las madres adquieren una actitud mental que organiza sus vidas mentales, reorientando sus preferencias, placeres y reestructurando algunos de sus valores personales. Esta actitud se mantendrá durante toda la vida, aunque no ocupe el primer lugar, siempre estará presente, a la espera y emergerá cuando sea necesario. De esta manera se afirma que el nacimiento de una madre está en constante crecimiento y desarrollo (54).

Ramona Mercer propone que el término adopción del rol maternal se sustituya por convertirse en madre; considerándolo como un proceso de evolución continuo, influido por factores relacionados con el entorno, el niño y la madre, configurado por distintas etapas como el compromiso y preparación; conocimiento, práctica, recuperación física y normalización e integración de la identidad maternal. Acompañando a la madre en este proceso, está la enfermera que puede servirse del modelo de Mercer para proporcionar cuidados enfermeros a las nuevas madres y a sus recién nacidos en las intervenciones individuales y/o grupales que realice (54).

## **CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL**

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo (55).

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema.

- El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre-

niño” La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño (55).

- El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (55).

### **2.2.7 TEORÍA DEL APEGO DE JOHN BOWLBY**

John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista; trabajó durante años en clínica infantil y planteó la teoría del apego, la que concibió como una tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida. A través del tiempo, la propuesta de Bowlby se ha convertido en una de las teorías más

influyentes en la psicología. El comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el hijo y sus padres. Se enfatiza que la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos y que las funciones principales de ellos serían proporcionar al niño una base segura y, desde allí, animarlos a explorar; es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego y que éstas puedan contener y proteger al niño cuando lo necesita (56).

## **ESTILOS DE APEGO Y EMOCIONES CARACTERÍSTICAS**

En relación con la presencia de emociones específicas, en mayor o menor grado e intensidad, en cada estilo de apego.

### **APEGO SEGURO**

- Ainsworth (1978), señalan que las emociones más frecuentes de los recién nacidos con apego seguro en la situación extraña, son la angustia ante las separaciones de la madre y la calma cuando regresa; en la interacción con el cuidador relevan la calidez, confianza y seguridad. Mikulincer, Shaver y Pereg (2003), reportan

que en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés. Magai, Hunziker, Mesias y Culver (2000), este estilo está marcado por expresiones faciales de alegría y un sesgo favorecedor de la vergüenza; por el contrario, está negativamente asociado al rasgo de emoción negativa y a la tendencia de que los afectos negativos recorran la conciencia (56).

#### APEGO ANSIOSO AMBIVALENTE

- Ainsworth (1978), señalan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego ambivalente en la situación extraña es la angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando regresa; en la interacción con el cuidador relevan la ambivalencia, enojo y preocupación. Mikulincer (2003), enfatiza que en el estilo ansioso ambivalente se aprecia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado. Considine y Magai (2003) coinciden, al señalar que en la vejez tardía el estilo ambivalente posee alta afectividad negativa, presentando miedo, ansiedad y vergüenza. Magai et al. (2000), coinciden en el estilo preocupado,

encontrando que éste se asocia con la presencia de un conflicto interno, emociones de rabia, enojo, estrés y afecto depresivo (56).

## APEGO ANSIOSO EVITATIVO

- Ainsworth (1978), señalan que las emociones más frecuentes de los recién nacido con apego evitativo en la situación extraña es la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones de la madre/padre, y la indiferencia cuando vuelve; en la interacción relevan distancia y evitación. Mikulincer (2003), enfatiza que en el estilo evitativo no hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva y existe preferencia por una distancia emocional de los otros. Sin embargo, se ha constatado en niños con este estilo que, aunque éstos parecen despreocupados por las separaciones, muestran signos fisiológicos que denotan la presencia de ansiedad y esta activación se mantiene por mucho más tiempo que en los niños seguros. Consedine y Magai (2003) En la vejez tardía, este estilo se asocia con menor alegría y más interés, menos vergüenza y miedo; esto es conceptualizado por los autores como un indicador de la tendencia de este estilo a la minimización del afecto (56).

El apego y la lactancia natural han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que, un Buen Apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño. La lactancia natural exclusiva, al menos durante los primeros seis meses de vida, por si sola determina una disminución de la morbimortalidad en el niño y en su propia madre. Pero también las madres se benefician al corto y largo plazo, con una anticoncepción natural durante la lactancia, mayor rapidez en la recuperación del peso previo al embarazo, menor incidencia de osteoporosis, menor incidencia de cáncer de mama y ovarios (57).

## **2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS**

**MADRE:** Mujer o animal hembra que ha parido a otro ser de su misma especie.

**RECIÉN NACIDO:** Neonato único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología (23).

**CONTACTO PIEL A PIEL:** Colocación inmediata del recién nacido en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de su madre piel a piel, inmediatamente tras el parto con una manta precalentada (12)

**LACTANCIA MATERNA:** Es la forma ideal de aportar los recién nacidos los primeros nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables (2).

**PÉRDIDA DE PESO:** Es el peso que pierde el recién nacido en sus primeros días (13).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Considerando la presente investigación, es no experimental, porque no se manipula a la variable independiente; retrospectiva, porque se recogen datos de acontecimientos y hechos pasados; de tipo relación dado que busca encontrar la relación entre la variable de contacto piel a piel y la pérdida de peso en el recién nacido.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **Población**

La población fue de 135 historias clínicas de recién nacidos atendidos en el II trimestre del 2017 en el Hospital Regional Moquegua.

##### **Muestra**

La selección de la muestra fue probabilística, se revisó 100 historias clínicas las cuales cumplieron con los 4 criterios de inclusión.

### **Unidad de análisis**

Se consideró como unidad de análisis la historia clínica de la madre y del recién nacido.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Recién nacido a término
- Recién nacido que no registre haber sido hospitalizado
- Recién nacido que cumpla con el contacto piel a piel registrado en historia clínica.
- Recién nacido que cumpla con control de 7 días

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Todo recién nacido a pretérmino y postérmino
- Recién nacido con transferencia a otro hospital.
- Recién nacido sin contacto piel con piel
- Recién nacido sin control de 7 días.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

VARIABLE INDEPENDIENTE: CONTACTO PIEL A PIEL

Técnica: La técnica para la variable independiente fue la revisión documental de la historia clínica materna y del recién nacido atendidos en el Hospital Regional Moquegua.

Instrumento: El instrumento que se utilizó fue elaborado por Luzvenia Milagros Ticona Checalla (Ver anexo 03), un formato de recolección de datos mediante la revisión y chequeo de la historia clínica.

Procedimiento: En el formato N° 01 se recolectó los datos de la historia clínica materna, en la cual consideramos 3 ítems: Edad de la madre, Edad gestacional por fecha de última menstruación (FUM), y el tipo de parto.

Seguidamente se recolectó los datos de la historia clínica del recién nacido, en 3 partes: en la primera parte se revisó 5 ítems: Sexo, Peso, Talla, Puntuación APGAR y Edad gestacional por Capurro; en la segunda parte se verificó el contacto piel a piel constando de 2 ítems: Tipo de contacto, Tiempo de contacto; en la tercera parte consta de 2 ítems: Inicio de lactancia materna, Tipo de lactancia materna a las 24 hrs.

## VARIABLE DEPENDIENTE: PÉRDIDA DE PESO

Técnica: La técnica para la variable dependiente es la revisión documental de la historia clínica del recién nacido.

Instrumento: El instrumento que se utilizó fue un formato de recolección de datos mediante la revisión de la historia clínica del recién nacido.

Procedimiento: En el formato N° 02 se revisó el peso al nacer y peso al alta durante la estadía en alojamiento conjunto, también se consideró el control de peso a los 7 días en la hoja de atención de consulta externa mediante el cotejo del peso y porcentaje de la pérdida de peso del recién nacido

### **3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Se realizó el trámite administrativo con la entrega de la carta de presentación para la autorización de la recolección de datos al Director del Hospital Regional Moquegua.

Se realizó las coordinaciones respectivas con el jefe del área de admisión para la autorización del uso de la historia clínica.

El procedimiento corresponde a la revisión de datos obtenidos en la historia clínica de la madre y del recién nacido según el formato de recolección de datos.

### **3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS DE DATOS**

El procesamiento de datos se realizó a través de la aplicación del paquete estadístico SPSS versión 23 y la hoja de cálculo Excel.

El análisis de datos se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia relativa y porcentual y análisis la aplicación de estadística inferencial con la aplicación de pruebas estadísticas que demuestren la relación en las variables a investigar

### **3.6 CONSIDERACION ETICAS**

Se realizó un estudio de investigación, el cual estuvo basado en valores éticos legales como la honestidad, confiabilidad, privacidad, consentimiento informado institucional sobre todo la veracidad en cuanto al cotejo o revisión de los datos de las historias clínicas maternas y neonatales que se utilizaron para obtener una información propicia y verídica.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS**

En este capítulo se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis planteada de la investigación y se describen a continuación cada una de las tablas.

**TABLA N° 01**

**CARACTERIZACIÓN DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017.**

<b>EDAD MATERNA</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
15 a 18 años	7	7
19 a 25 años	39	39
26 a 32 años	37	37
33 a 39 años	17	17
Total	100	100
<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
Eutócico	72	72
Distócico	28	28
Total	100	100
<b>APGAR AL 1'</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
6	1	1
7	1	1
8	47	47
9	51	51
Total	100	100
<b>APGAR A LOS 5'</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
9	98	98
10	2	2
Total	100	100
<b>EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
37	4	4
38	11	11
39	51	51
40	21	21
41	13	13
Total	100	100
<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
Masculino	52	52
Femenino	48	48
Total	100	100

FUENTE: Formato de recolección de datos de historias clínicas de recién nacidos del Hospital Regional Moquegua 2017.

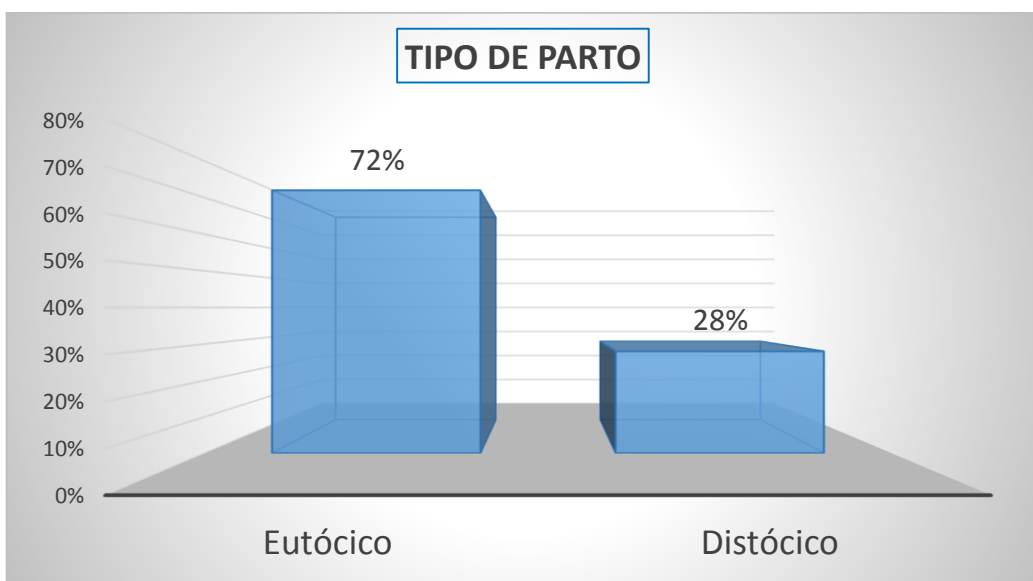
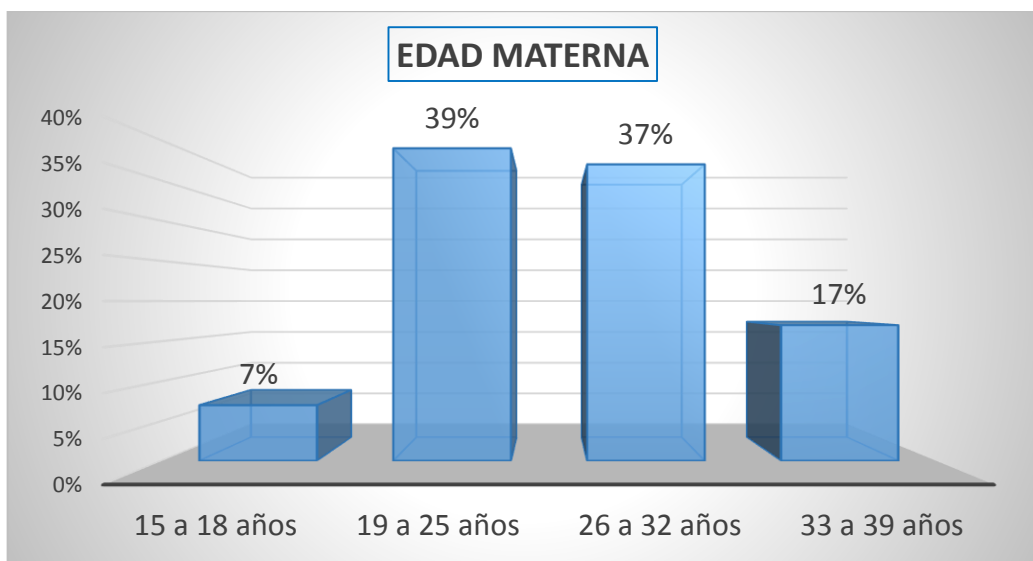
Elaborado por Ticona Checalla Luzvenia Milagros.

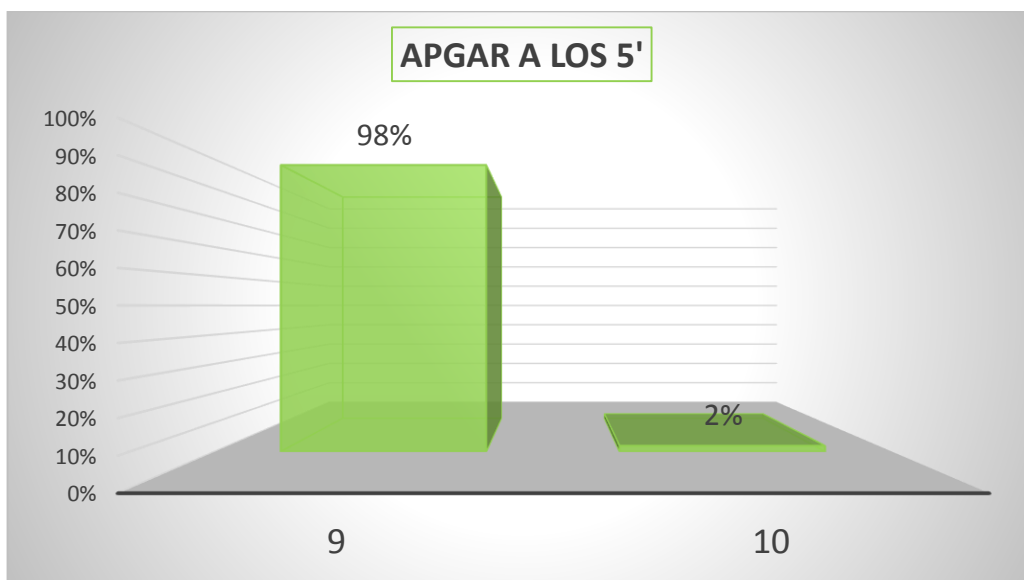
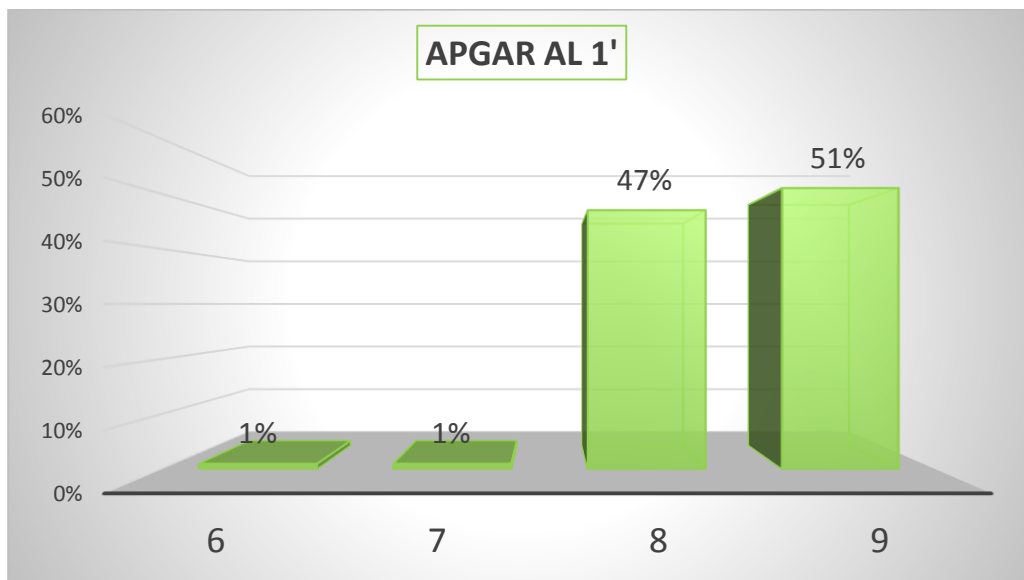
**DESCRIPCIÓN:**

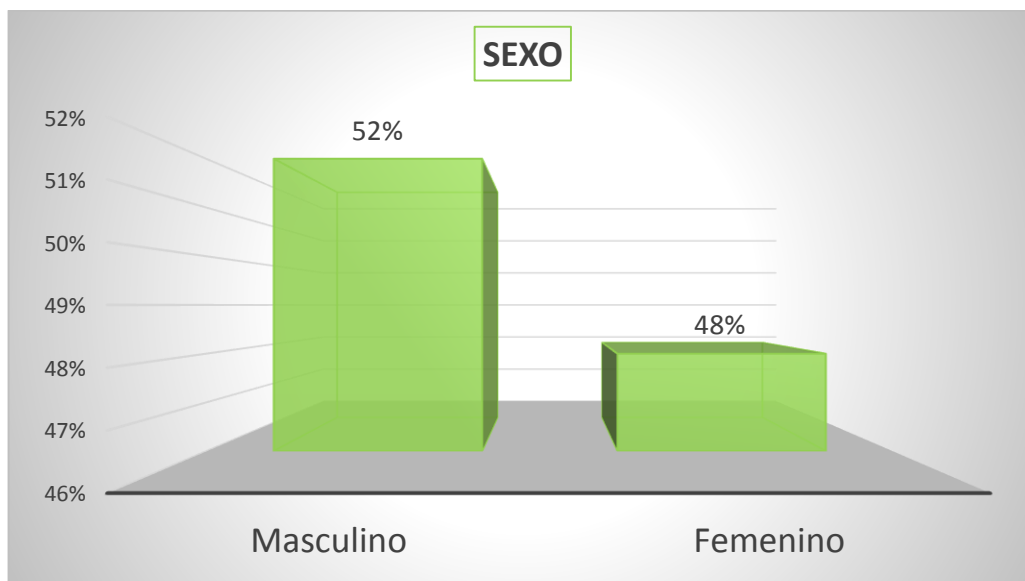
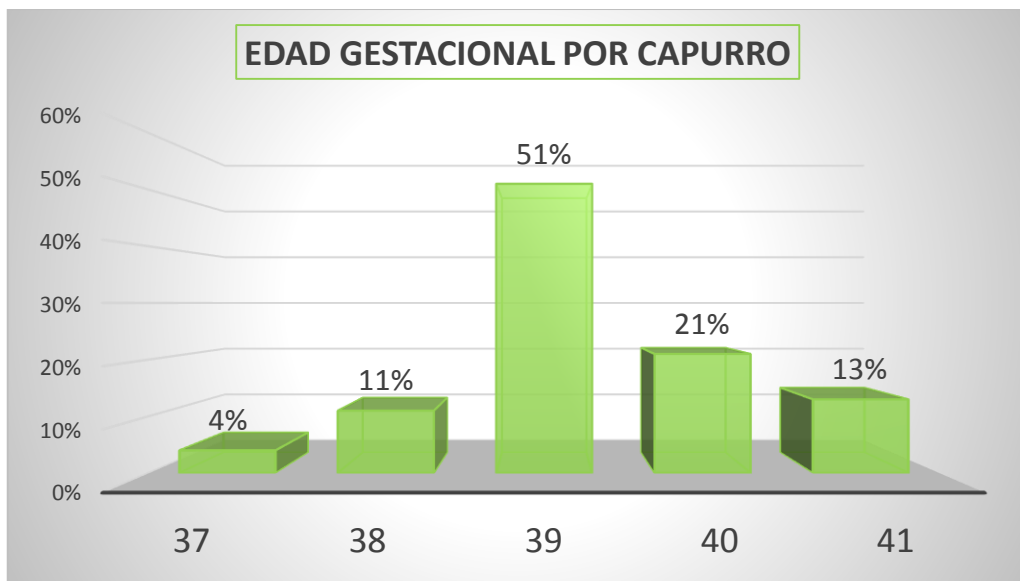
En la tabla N° 01 se puede observar que la mayoría de las madres son jóvenes de 19 a 25 años (39%), el tipo parto la mayoría son eutócicos (72%), por otro lado, en cuanto al recién nacido se evaluó el APGAR a los 5 minutos fue la mayoría 9 puntos (98%), la edad gestacional por capurro en los recién nacidos es de 39 semanas (51%), por ultimo presentamos recién nacidos de sexo masculino (52%) y femenino (48%). La mayoría de la población estudiada se encontraba en condiciones óptimas de poder realizar un contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.

## GRÁFICO N° 01

### CARACTERIZACIÓN DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017.







FUENTE: Tabla N° 01

**TABLA N° 02**

**TIPO DE CONTACTO PIEL A PIEL EN EL RECIÉN NACIDO DEL  
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017.**

---

Tipo de Contacto Piel a Piel	N°	Porcentaje
Contacto Inmediato	66	66
Contacto Precoz	34	34
Total	100	100

---

FUENTE: Formato de recolección de datos de historias clínicas de recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, 2017.

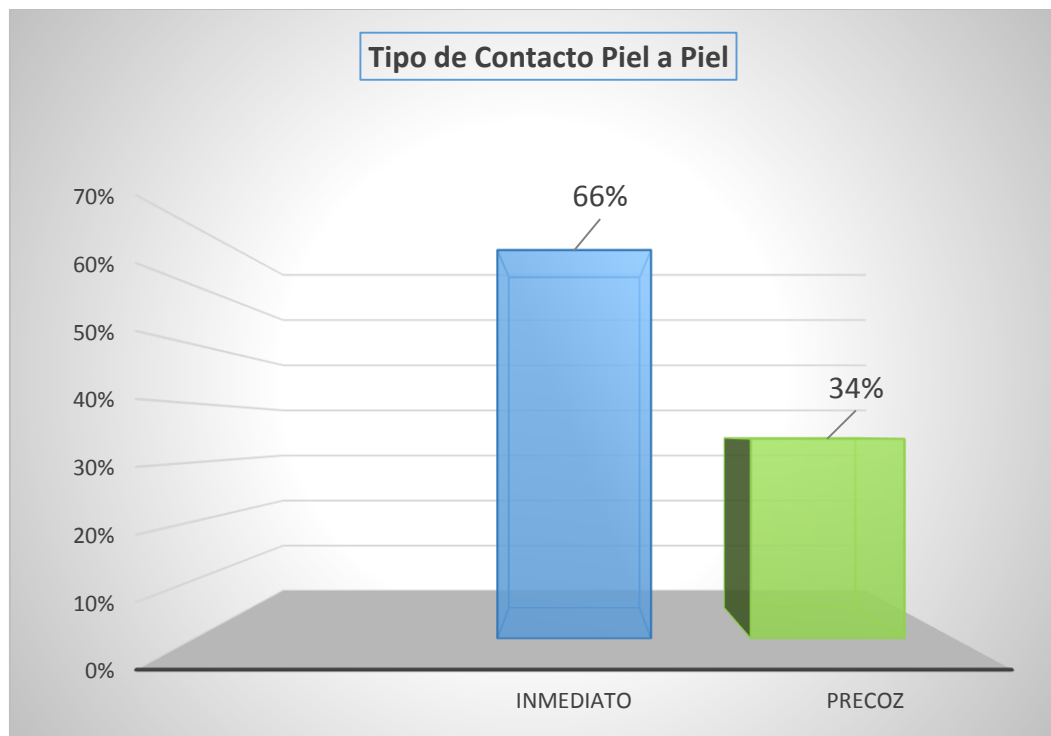
Elaborado por Ticona Checalla Luzvenia Milagros.

**DESCRIPCIÓN:**

En la tabla N° 02 se observa que en relación al tipo de contacto piel a piel que presentan los recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, se tiene que el 66% tiene un contacto inmediato y el 34% un contacto precoz.

## GRÁFICO N° 02

TIPO DE CONTACTO PIEL A PIEL Y EL RECIÉN NACIDO EN EL  
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017.



FUENTE: Tabla N° 02

**TABLA N° 03**

**PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL  
REGIONAL MOQUEGUA, 2017**

Pérdida de peso del recién nacido	N°	Porcentaje
Adecuado	70	70
Inadecuado	30	30
Total	100	100

FUENTE: Formato de recolección de datos de historias clínicas de recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, 2017.

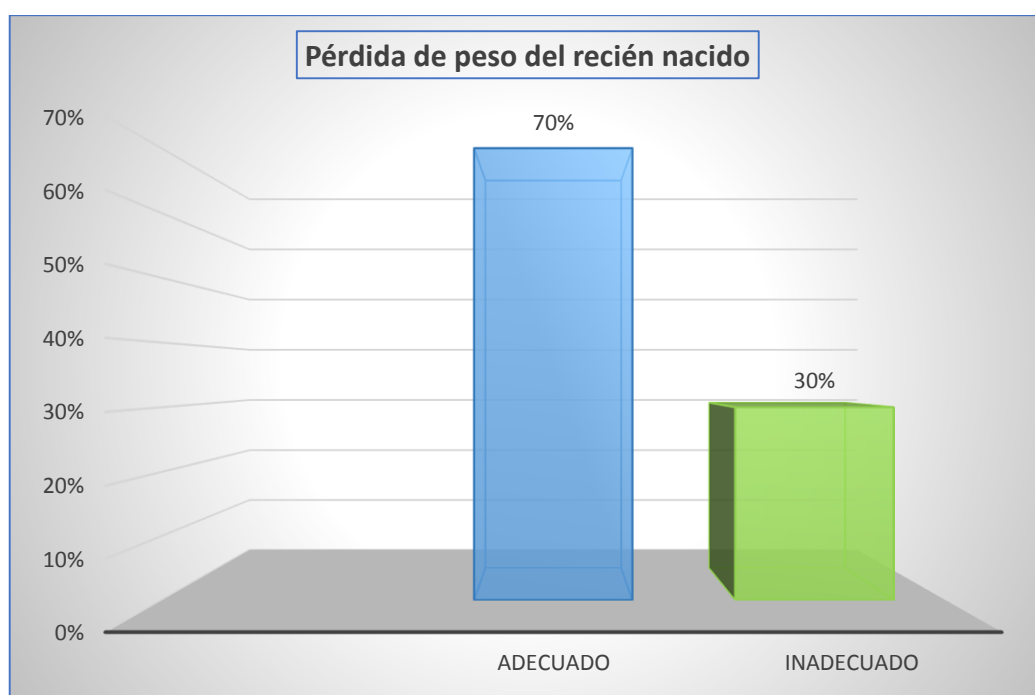
Elaborado por Ticona Checalla Luzvenia Milagros.

**DESCRIPCIÓN:**

En la tabla N° 03 se observa que en el 70% de los recién nacidos la pérdida de peso adecuada y en el 30% la pérdida de peso es inadecuada.

### GRÁFICO N° 03

#### PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017



FUENTE: Tabla N° 03

**TABLA N° 04**

**RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO  
DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA,  
2017.**

Tipo de Contacto	Pérdida de Peso del Recién Nacido					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
Piel a Piel	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Inmediato	51	77,27	15	22,73	66	100,00
Precoz	19	55,88	15	44,12	34	100,00
Total	70	70,00	30	30,00	100	100,00

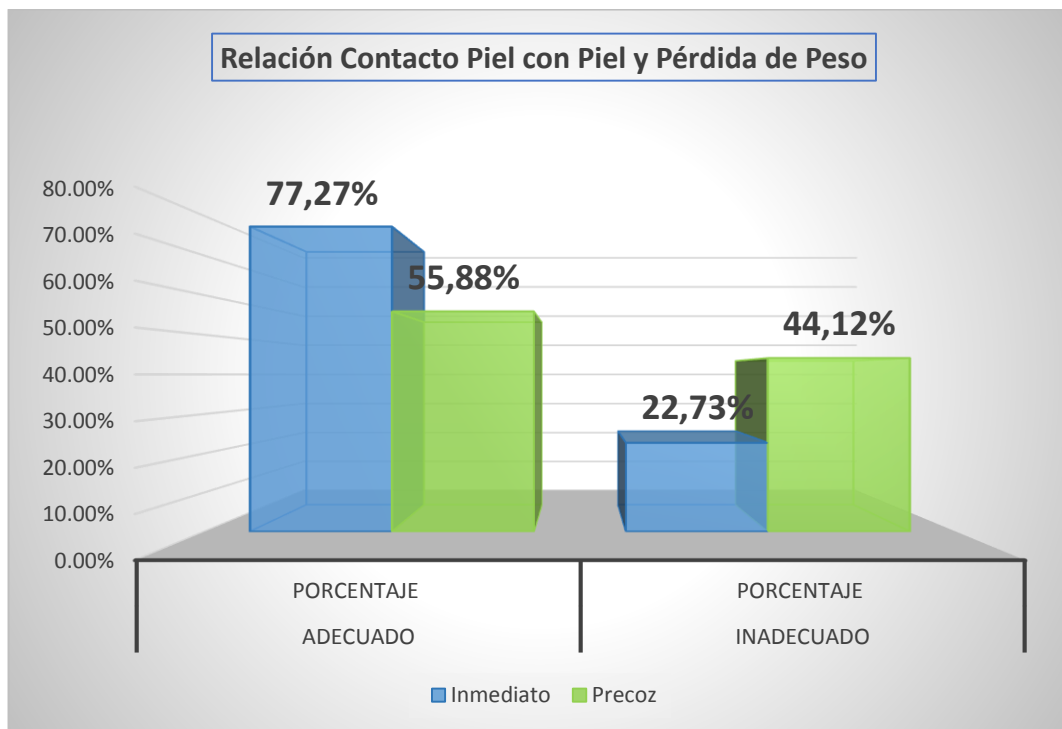
FUENTE: Base de datos Chi<sup>2</sup>: 4.889 Gl:1 P: 0.027

**DESCRIPCIÓN:**

En la tabla N° 04 se observa que en relación al contacto piel a piel que presentan los recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, se tiene que el 70% tienen un contacto piel a piel adecuado y el 30% un contacto piel a piel inadecuado. Al comparar el tipo de contacto piel a piel y la pérdida de peso mediante la prueba estadística del Chi<sup>2</sup> se observa que existe una relación significativa entre las variables, con un valor P: 0.027.

## GRÁFICO N° 04

### RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017



Fuente: Tabla N° 04

## 4.2 DISCUSIÓN

En la **tabla N° 01**, se puede observar que la mayoría de las madres son jóvenes de 19 a 25 años (39%), el tipo parto la mayoría son eutócicos (72%), por otro lado, en cuanto al recién nacido se evaluó el APGAR a los 5 minutos fue la mayoría 9 puntos (98%), la edad gestacional por capurro en los recién nacidos es de 39 semanas (51%), por ultimo presentamos recién nacidos de sexo masculino (52%) y femenino (48%).

La mayoría de la población estudiada se encontraba en condiciones óptimas de poder realizar un contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.

El parto eutócico permite un contacto inmediato ya que la madre se encuentra con el abdomen descubierto y se puede colocar al recién nacido en decúbito prono desnudo inmediatamente tras el parto; los recién nacidos tenían un APGAR de 9 puntos a los 5 minutos el cual nos indicaba que se encontraba en buen estado de salud, en cuanto a la edad gestacional de capurro todos eran recién nacidos a término.

En la **tabla N° 02**, en relación al primer objetivo se observa que el tipo de contacto piel a piel que presentan los recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, se tiene que el 66% de ellos tienen un contacto Inmediato y el 34 % un contacto precoz.

A diferencia de Guzman F. (20). La calidad del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término vigorosos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal donde sus resultados encontrados fueron de calidad no adecuada, debido a que el tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno fue menor de 15 minutos en el 96% de las pacientes. Y similar fue el resultado de otro estudio realizado por Farro D. y Gutierrez D. (21). En el cual encontró 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.

Es muy probable que el contacto piel a piel inmediato en su 66% se haya dado en los partos vaginales de recién nacidos sin complicaciones y que el 34 % hayan sido recién nacidos de parto cesárea por lo que se les realizó un contacto piel a piel precoz y se mantuvo en el tiempo adecuado que sería de 45 a 60 min.

Según la teorista Ramona Mercer refiere la Adopción del Rol Maternal en el que la madre va experimentando nuevas sensaciones como la armonía, la intimidad, el amor por su hijo es decir la identidad materna. Cabe recalcar que las madres están en un proceso interactivo y evolutivo y que el mayor acto del binomio es realizar el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido.

Por otro lado tenemos la teoría de Jhon Bowlby El comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto mantener proximidad con otra persona generalmente es considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el hijo y sus padres. Se enfatiza que la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos y que las funciones principales de ellos serían proporcionar al niño una base segura; es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego y que éstas puedan contener y proteger al niño cuando lo necesita.

El Contacto piel a piel inmediato: se realiza inmediatamente al nacimiento del recién nacido, salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan.

Contacto piel a piel precoz, se realiza colocando al recién nacido inmediatamente tras el parto. En condiciones normales, el recién nacido de bajo riesgo no precisa cuidados especiales que impliquen la separación de su madre durante 1-2 horas después del parto, o hasta que se complete la primera toma y finalice el periodo de alerta tranquila.

El Contacto Piel a Piel debe hacerse sin interrupciones tras el nacimiento del recién nacido durante las dos primeras horas (mínimo una hora), salvo que las condiciones maternas o fetales lo impidan.

En la **tabla N° 03**, según nuestro objetivo se observa que el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua es adecuado 70% ya que se encuentra dentro del porcentaje de pérdida de peso esperado que es 7 al 10 % e inadecuada en un 30% ya que recién nacidos con pérdida de peso mayores al 10%.

A diferencia del estudio de Ramírez L. (22), dando sus resultados existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable edad materna y la pérdida de peso  $\geq 5\%$  y  $>10\%$ . No obstante, esta asociación sólo explicaría el 3,5% de las pérdidas de peso en los recién nacidos de aproximadamente el 96,5% de las causas de esta pérdida de peso.

Similar fue el resultado de Berger M. (58), donde la pérdida de peso excesiva se definió como una diferencia mayor o igual al 7%. Los problemas de lactancia materna fueron definidos como inicio de la lactancia materna, la posición de la boca, la duración de la lactancia materna, la frecuencia de la lactancia materna. La pérdida de peso excesiva estuvo presente en el 18,8% de los recién nacidos. El 53,7% presentó una técnica incorrecta de lactancia materna. En conclusión, los problemas de lactancia son frecuentes. Estas dificultades se asocian significativamente con una mayor incidencia de pérdida excesiva de peso neonatal. Las mejoras en las prácticas de lactancia materna, por ejemplo, a través de programas educativos, pueden disminuir la ocurrencia de una pérdida excesiva de peso neonatal.

Ciertamente el contacto piel a piel entre madres y recién nacido del Hospital Regional Moquegua, ayuda a un inicio temprano de lactancia lo que se ve reflejado en una adecuada pérdida de peso del recién nacido hasta el control de sus 7 días tomando como referencia una pérdida adecuada entre el 7% al 10%.

El control de peso diario, es un sistema útil para vigilar o cuantificar la ingesta de los recién nacidos y su pérdida de peso en sus primeros días de vida, cuando la pérdida de peso alcanza el 8-10% debe controlarse

especialmente la situación. Es conveniente explorar al recién nacido y comprobar su estado general, comportamiento, temperatura y grado de hidratación. Deben valorarse cuidadosamente otros signos de aumento del volumen de ingesta, sobre todo frecuencia de micciones y frecuencia y aspecto de las deposiciones (13).

En la **tabla N° 04**, se observa que según el objetivo de nuestro trabajo de investigación en relación al contacto piel a piel que presentan los recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, se tiene que el 70% de ellos tienen un contacto piel a piel adecuado y una pérdida de peso dentro de lo normal y el 30 % un contacto inadecuado y una pérdida de peso anormal.

Encontramos en los estudios de **Hepworth J y Bergman N**, (18), se registraron beneficios del contacto piel a piel, como mayor apego de la madre al recién nacido, aumento de peso y un alta hospitalaria temprana. Es posible que la intervención beneficie los resultados de la lactancia, el apego temprano de la madre y el niño, la estabilidad cardiorrespiratoria y del llanto del neonato y aparentemente, no tiene efectos negativos a largo o corto plazo. Por otro lado se encontró que Ico M. y Luna K. (19) Concluyo que: el 100% afirman que el Contacto piel con piel durante el parto es efectivo para favorecer la lactancia materna exclusiva en el recién nacido. El 50% coinciden en que el contacto piel a piel inmediato

es favorable para un inicio exitoso de la lactancia materna exclusiva, ya que éste redujo el tiempo para iniciar la primera alimentación, efectuándose desde los primeros 15 minutos hasta 1 hora después del contacto. El 30% indican que el contacto piel a piel favorece la continuidad de la lactancia materna, ya que más díadas del grupo de contacto piel a piel lactaron de uno a cuatro meses después del nacimiento y con mayor frecuencia, en comparación con los recién nacidos que no fueron puestos en contacto con sus madres.

Para resultados de la investigación se puede ver que todo recién nacido que presenta un contacto piel a piel en el tiempo adecuado e inicio temprano de la lactancia materna mantiene una pérdida de peso adecuada de los recién nacidos en el Hospital Regional Moquegua.

El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciando la lactancia materna. Se denomina Contacto Piel a Piel (CPP), a la colocación inmediata del recién nacido en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de su madre (piel a piel), inmediatamente tras el parto cubierto por una manta caliente. Tradicionalmente, esta práctica ha proporcionado calor y alimento al recién nacido lo que permitió favorecer el proceso de vinculación, además

de ser sumamente grata para la madre y tranquilizadora para el recién nacido. Después del parto, el recién nacido presenta un periodo en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea (10).

## CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados expuestos se llega a las siguientes conclusiones:

- El tipo de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido en su mayoría es inmediato (66%), seguido del precoz (34%).
- La pérdida de peso del recién nacido en su mayoría es adecuada (70%) seguido de inadecuada (30%).
- Existe relación significativa al comparar el tipo de contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido mediante la prueba estadística del Chi<sup>2</sup> con un valor P=0.027.

## RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se plantea las siguientes recomendaciones:

- Coordinar con los responsables del Departamento de Pediatría y Ginecología para facilitar los espacios necesarios para mejorar el contacto piel a piel inmediato, realizar capacitaciones al personal del Departamento de Pediatría para el inicio temprano de la lactancia materna para evitar el exceso de la pérdida de peso del recién nacido.
- Realizar capacitaciones continuas a las enfermeras del Servicio de Neonatología para que en todas las posibilidades se facilitan el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.
- Trabajar con los responsables de la atención del primer nivel para realizar la sensibilización a las madres de familia sobre la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna exclusiva.
- Dotar de personal de salud completo para el servicio de Neonatología tratando de abastecer las 24 horas del día para las diversas actividades con mayor énfasis en el Alojamiento Conjunto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Río del Nuevo R, García Rodríguez J, Sonia Arias Polonio S, García Pérez S, Rodríguez E, Guzman Carrasco A. Experiencia Piel con Piel Complemento de la Reanimación Neonatal. 2009. Hospital del Tajo.
2. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
3. PERU. MDS. Norma Técnica de Salud para la Atención de Salud Neonatal. 2013.
4. Rivara DG, Cabrejos K, Rivara DP. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peruana de Pediatría*. 2007 Mar.
5. Rivara C. Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. *Revista Peruana de Pediatría*. 2006 Mar.
6. Ruiz E. Manejo Hidroelectrolítico del Recién Nacido. *Revista de Pediatría*. 2009 Agosto.
7. Aldana. La Lactancia Materna y amantar. Cuidado del Recién Nacido. 2008 Enero.
8. Ministerio de Salud de Chile. Semana de la Lactancia Materna. In "La lactancia Materna durante la primera hora de vida salva un millo de bebés"; 2007; Chile. p. 1-2.

9. Centro de Alimentación y nutrición Nacional - Perú. Lineamientos de nutrición Materno Infantil en el Perú. Centro de Alimentacion Nutricional. 2004.
- 10 Tamez , Silva. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos . Neonatal.. Médica Panamericana. Río de Janeiro - Brasil. 2008.
- 11 Crespo PC. Cuidados de Enfermería en Neonatología. Neonatologia - . España. 2009.
- 12 Miguel Sesmero JR, Álvarez Granda L, Crespo Martínez P, Martín . Fernández A, Velasco Sisniega C, Odriozola Feu JM, et al. Protocolo del Contacto Piel con Piel en el Area de Partos. 2010. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA SERVICIO DE OBSTETRICIA y PEDIATRIA.
- 13 Aguayo J, Arena J, Diaz M, Gomez A, Hernandez MT, Landa L, et al. . Lactancia Materna guia para profesionales Barcelona: Ergon; 2004.
- 14 Gallardo M, Gallardo E. Descenso de peso en recién nacidos a término . en las primeras 48 horas post natales. REvista Chile Pediatrica. 2018 Enero.
- 15 Herrera Gomez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién . nacido durante el parto. 2013 Enero; 22.
- 16 Zapata GC, Castillo DC. Ganacia inicial de peso del recién nacido de . término, hijo de madre adolescente. Departamento de Pediatría. 2006.
- 17 Covas M. Variación del peso durante el primer mes de vida en recién . nacidos de término sanos con lactancia materna exclusiva”. Revista de Pediatría de Uruguay. 2008.

- 18 Hepworth J, Bergman N. Contacto Temprano piel a piel entre madres y . sus recién nacidos. Cochrane- Oxford. 2003.
- 19 Ico Seclen DM, Luna Hernandez KV. Eficacia del Contacto Piel con . Piel de la Madre con el Recién Nacido durante el parto para favorecer la Lactancia Materna Exclusiva. Lima: Universidad Norbert Wiener, Lima; 2017.
- 20 Guzman Vela FP. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la . madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015. Tesis. Lima- Perú: Instituto Nacional Materno Perinata; 2015.
- 21 Farro CD, Gutierrez D. El contacto piel a piel en la atención inmediata . del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera. Universidad Católica Santo Toribio de Morovrejo, Chiclayo; 2015.
- 22 Ramirez TL. Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras . 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva. Lactancia Materna Exclusiva. 2009.
- 23 MINISTERIO DE SALUD - PERU. Norma Técnica de Salud para la . Atención de Salud Neonatal. 2013..
- 24 Mejia J, Daza P. SEMIOLOGÍA NEONATAL. Revista Gastrohup. . 2011; 3(1).
- 25 Ghione A, Moraes M, de María M, Borda K. Atención Inmediata del . Recién Nacido Sano. 2009..
- 26 Valdez Armenteros R, Reyes Izquierdo DM. El Examen clínico del . Recién Nacido Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

- 27 Granada CHU. Protocolo de Contacto Piel con Piel en el Parto y . Nacimiento de Bajo Riesgo. 2015..
- 28 de Alba Romero C. Contacto Precoz Piel con Piel en el Recien Nacido . a Termino. Anales de Pediatria Continuada. 2013 Octubre; 11(1).
- 29 Lopez LM. Contacto precoz piel a piel madre recién nacido: beneficios . fisiológicos y psicológicos. In Crescendo Ciencias de la Salud. 2016; 3(2).
- 30 Rios Mori CLCM. Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y . beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS. 2015 Diciembre.
- 31 Miguel Sesmero JR, Álvarez Granda L, Crespo Martínez P, Martín . Fernández A, Cristina Velasco Sisniega C, Odriozola Feu JM, et al. Protocolo de Contacto Piel con Piel en el Area de Partos. 2010. Hospital Universitario MARques de Valdecilla.
- 32 Instituto de Evaluacion Tecnologica en Salud. Contacto Temprano Piel . a Piel de la Madre y el Recién Nacido y Lactancia Materna durante el Contacto Piel a Piel. 2014. Bogota, Colombia.
- 33 Instituto de Evaluacion Tecnologica en Salud. Contacto Temprano Piel . a Piel de la Madre y el Recién Nacido y Lactancia Materna durante el Contacto Piel a Piel. 2014. Bogota, Colombia.
- 34 Angulo E, Elisa GM. Alimentacion en el Recien Nacido. 4th ed. Mexico: . Inter Sistemas; 2016.
- 35 Tavera M, Zamorano CA, Richeimer R. Pérdida de peso corporal en . recién nacidos con bajo riesgo perinatal durante su estancia en la

- unidad neonatal de un centro de tercer nivel. Asociación Médica. 2012.
- 36 Zamorano CA, Guzman J, Baptista HA, Fernandez LA. Pérdida de peso corporal y velocidad de crecimiento postnatal en recién nacidos menores de 1500 gr durante su estancia en un hospital de tercer nivel de atención. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2012 Setiembre; 26(3).
- 37 Rodríguez L. Pérdida peso, lactancia materna, lactancia artificial, semanas gestación, cesárea. *Revista de Enfermería*. 2011 .
- 38 Hinojosa L, Delgado E, Atamari N. Pérdida de peso en recién nacidos por cesárea: una consecuencia de los trastornos en la lactancia materna. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016 Enero.
- 39 Laura RG. Pérdida de peso a los 2 días de vida en recién nacidos sanos según tipo de lactancia, edad gestacional, tipo de parto y peso al nacer. *Revista de enfermería CyL*. 2011.
- 40 Guía de Lactancia Materna. México 2009..
- 41 Urquiza R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014 Abril; 6(2).
- 42 [Online]. Available from: <http://www.pediatricahonduras.org/beneficios-de-la-lactancia-materna-en-la-nutricion-y-el-desarrollo-infantil/>
- 43 Fernández IM, González CT. Lactancia Materna: Prevención de Problemas Tempranos en las Mamas mediante una Técnica de Amamantamiento Eficaz. *ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO*. 2013.

- 44 UNICEF. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. . 1993..
- 45 González MA. La Lactancia y la madre. Medicas UIS. 2012; 25.  
.
- 46 Rozas R. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. . 2006. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.
- 47 Organización Mundial de la Salud. Salud de la MADre, el Recien . Nacido, del Niño y Adolescente. [Online]. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/)
- 48 Juez G, Niño R, Ortega R, Mena P. Manual de Lactancia Materna. . Ministerio de Salud - Chile. 2010.
- 49 Berkow R, Beers MH, Fletcher AJ. Manual Merck.  
.
- 50 Macías SM, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer PA. Leche materna: . composición y factores condicionantes de la lactancia. Archivos argentinos de pediatría. 2006 Octubre; 104(5).
- 51 Issler JR, Cassella CA, Gomez VG, Maidana Roa DJ. Lactancia . Materna. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina - Facultad de Medicina. 2000 Octubre.
- 52 Salazar S, Chávez M, Delgado X, Pachecho T, Rubio E. Lactancia . Materna. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2009 Diciembre; 72(4).

- 53 Aguayo Maldonado J, Gomez Papi A, Hernandez Aguilar T, Lasarte . Velillas JJ, Lozano de la Torre J, Pallas Alonso CR. Manual de Lactancia Materna de la Teoría a la Práctica Pediatría AEd, editor. Madrid - España: Medica Panamericana; 2009.
- 54 Berlanga Fernandez S, Perez Cañaveras R, Gonzales Lopez N. . Experiencias en un grupo de apoyo para madres con hijos menores de un año. ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO. 2013 Abril; 12(30).
- 55 Alvarado L, Guarín L, Cañón Montañez W. ADOPCIÓN DEL ROL . MATERNAL DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE ENFERMERÍA BINOMIO MADRE HIJO. Revista Cuidarte. 2011 Diciembre; 2(1).
- 56 Garrido L. Apego, Emoción y Regulación Emocional. Revista . Latinoamericana de Psicología. 2006; 38.
- 57 Fernando PL. Apego y Lactancia Natural. Revista Chilena de Pediatría. . 2007; 78.
- 58 BERGER M. Problemas de lactancia materna y otros factores . asociados con la pérdida excesiva de peso neonatal en un Hospital de Seguridad Social en Lima, Perú. Lima: Hospital de Seguridad en Lima; 2015.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### TABLA N° 05

#### RELACIÓN DE LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO CON CONTACTO PIEL A PIEL Y LA EDAD MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017

Porcentaje de Pérdida de Peso	Adecuado		Inadecuado		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad materna						
15 - 18 años	7	7	0	0	7	7
19 - 25 años	26	26	13	13	39	39
26 - 32 años	25	25	12	12	37	37
33 - 39 años	12	12	5	5	17	17
Total	70	70	30	30	100	100

FUENTE: Formato de recolección de datos de historias clínicas de recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, 2017.

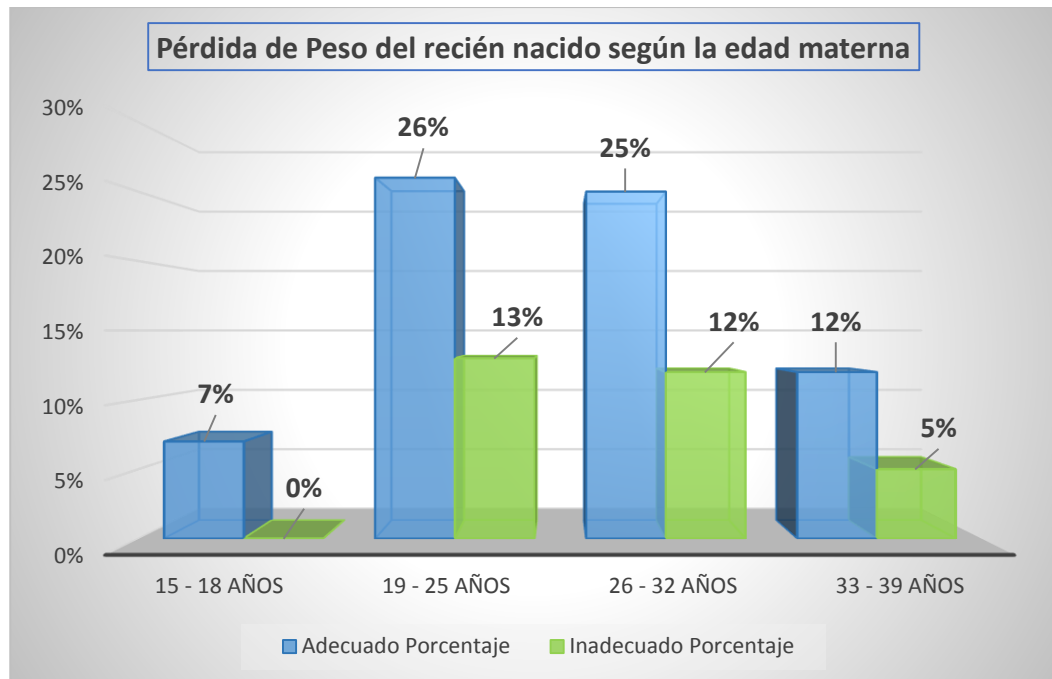
Elaborado por Ticona Checalla Luzvenia Milagros.

#### DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 05 se puede observar que en relación al tipo de contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua, se presenta una adecuada pérdida de peso en un 70% y una inadecuada pérdida de peso en un 30%.

## GRÁFICO N° 05

### RELACION DE LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO CON CONTACTO PIEL A PIEL Y LA EDAD MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017



FUENTE: Tabla N° 04

## ANEXO N° 02

### TABLA N° 06

#### PÉRDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO RELACIONADO CON EL TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017

Tipo de parto	Pérdida de peso					
	Adecuado		Inadecuado			
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Eutócico	57	79,17	15	20,83	72	100,00
Distócico	13	46,43	15	53,57	28	100,00
Total	70	70,00	30	30,00	100	100,00

FUENTE: Formato de recolección de datos de historias clínicas de recién nacidos del Hospital Regional Moquegua, 2017.

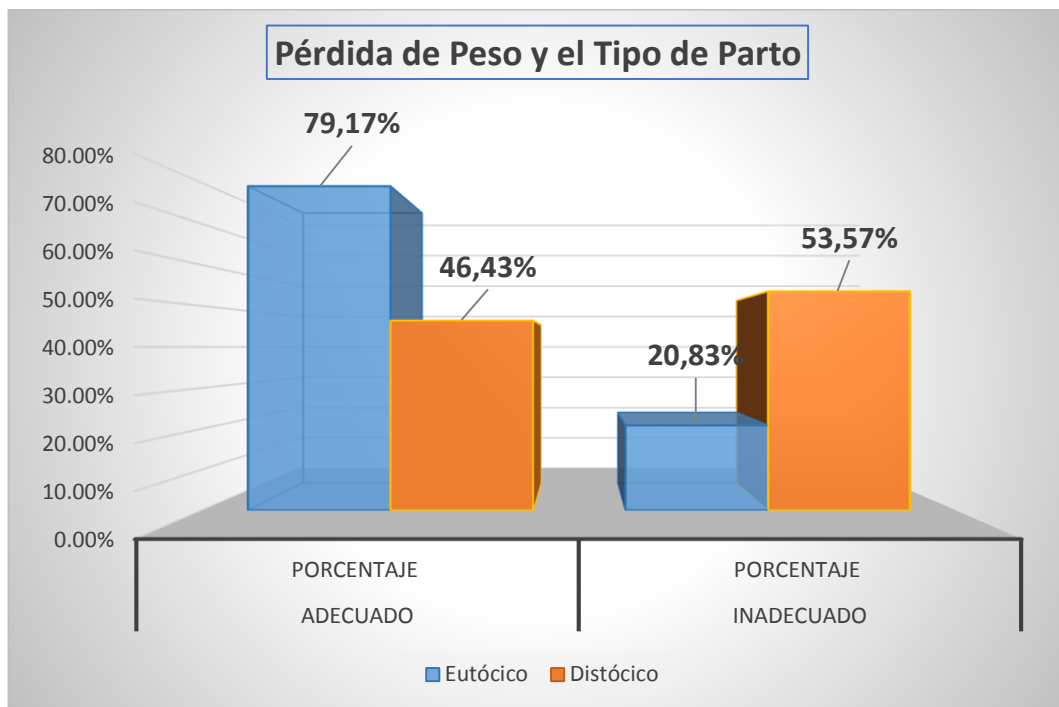
Elaborado por Ticona Checalla Luzvenia Milagros.

#### DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 05 se observa que en relación al tipo de parto; los recién nacidos de parto eutócico presentan una adecuada pérdida de peso (79%) e inadecuada pérdida de peso (20%) y en recién nacidos de parto distócico presenta una adecuada pérdida de peso en un 46% e inadecuada pérdida de peso en una 53%. Los recién nacidos de parto distócico pierde más peso que un recién nacido de parto eutócico.

## GRÁFICO N° 06

### PÉRDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO RELACIONADO CON EL TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017



FUENTE: Tabla N° 05

## ANEXO N° 03

### POBLACIÓN Y MUESTRA

En donde:

$n$  = Numero de elementos de la muestra

$\alpha$  = Nivel de Confianza

$p$  = Porcentaje estimado de características usadas

$q = 100 - P$

$E$  = error de estimación admitida

$N = 135$

$$n = \frac{\alpha^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 50 \cdot (100-50) \cdot 135}{5^2 \cdot (134) + (9604)}$$
$$n = \frac{1296540}{12954} = 100$$

## ANEXO 04

<u>FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	
RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017	
FECHA:	HCI:
<b><u>I. CONTACTO PIEL A PIEL</u></b>	
<b>1. DATOS MATERNOS</b>	
A. EDAD DE LA MADRE	[ ]
B. EDAD GESTACIONAL	[ ]
C. TIPO DE PARTO	
EUTOCICO	[ ]
DISTOCICO	[ ]
<b>2. DATOS DEL RECIEN NACIDO</b>	
A. SEXO	[ M ] [ F ]
B. PESO	[ ]
C. TALLA	[ ]
D. APGAR	[ ]
E. EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO	[ ]
<b>3. CONTACTO PIEL A PIEL</b>	
A. TIPO DE CONTACTO PIEL A PIEL	
CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO	[ ]
CONTACTO PIEL A PIEL PRECOZ	[ ]
B. TIEMPO DE CONTACTO PIEL A PIEL	[ ]
<b>4. LACTANCIA MATERNA</b>	
A. INICIO DE LACTANCIA MATERNA	
INMEDIATO	[ ]
30 MIN	[ ]
1 HR	[ ]
2 HRS	[ ]
B. TIPO DE LACTANCIA RECIBIDA EN LAS 24 HORAS	
LME	[ ]
MIXTA	[ ]
<b><u>II. PÉRDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO</u></b>	
<b>1. PESO DEL RECIEN NACIDO</b>	
PESO AL NACER	[ ]
PESO AL ALTA	[ ]
PESO A LOS 7 DIAS	[ ]
PORCENTAJE DE LA PERDIDA DE	[ ]

ANEXO N° 05

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: "RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017"				
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	V.I. Contacto piel a piel	La presente investigación, es de tipo relacional, no experimental y retrospectivo. <b>Población:</b> La población fue de 135 historias clínicas de recién nacido atendidos en el Hospital Regional Moquegua <b>Muestra:</b> Se realizó un muestreo de tipo probabilístico, obteniendo 100 historias clínicas de recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Moquegua. <b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> - Revisión documental de la historia clínica del recién nacido. <b>INSTRUMENTO</b> - Formato de recolección de datos.
¿Cuál es la relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua - 2017?	Determinar la relación del contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua, 2017.	Existe relación entre el contacto piel a piel y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua 2017.		
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS		
¿Cómo es el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido en el Hospital Regional Moquegua - 2017?	Evaluar el tipo de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido en el Hospital Regional Moquegua.		V.D. Pérdida de peso	
¿Cuánto es la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua - 2017?	Cuantificar la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua.			

## ANEXO N° 06

### **CARTA DE PRESENTACIÓN**

**ASUNTO:** VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE JUCIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle un cordial saludo y así mismo hacer de su conocimiento que habiendo culminado la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Neonatología de la Universidad Jorge Basadre de Grohman; me encuentro realizando el proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PERDIDA DE PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA- 2017", requiriendo validar el instrumento de investigación, solicito a Ud. acceder a participar en la mencionada investigación con juez experto, dada su amplia trayectoria como especialista en dicha área.

El expediente de evaluación incluye:

- El instrumento de investigación.
- Matriz de consistencia.
- Operacionalización de variables.
- Ficha de evaluación de experto.

Expresando mi sentimiento de respeto y consideración me despido de Ud. no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

## ANEXO N° 07

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado.		X			
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación.		X			
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos.			X		
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada.		X			
5. La escala utilizada es la correcta.		X			
6. Los ítems planteados representan al tema.			X		
7. Los reactivos siguen un orden lógico.			X		
8. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado.		X			
9. Los reactivos miden realmente la variable.			X		
10. Los ítems están redactados claramente.		X			
11. Metodológicamente el instrumento es coherente.			X		
12. Los aspectos de forma y redacción son aceptables.		X			
13. En opinión generalizada el instrumento es válido.		X			

**DATOS DEL JUEZ EXPERTO:**

Nombres y apellidos : Herminia Dpza Choque  
 Cargo : lic. enfermera asistencial  
 Teléfono : 977 130 929  
 Fecha : 21-08-17

  
 .....  
 Herminia Dpza Choque  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 FIRMA Y SELLO DEL JUEZ  
 EXPERTO

## ANEXO N° 08

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado.		X			
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación.		X			
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos.			X		
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada.		X			
5. La escala utilizada es la correcta.		X			
6. Los ítems planteados representan al tema.		X			
7. Los reactivos siguen un orden lógico.		X			
8. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado.			X		
9. Los reactivos miden realmente la variable.		X			
10. Los ítems están redactados claramente.		X			
11. Metodológicamente el instrumento es coherente.			X		
12. Los aspectos de forma y redacción son aceptables.		X			
13. En opinión generalizada el instrumento es válido.			X		

**DATOS DEL JUEZ EXPERTO:**

Nombres y apellidos : Benka Cecilia Lima Chacolla  
 Cargo : Enfermero Asistencial  
 Teléfono : 952-227997  
 Fecha : 21/09/2017

  
ERIKA LIMA CHACOLLA  
 Enfermera Asistencial  
 CEGP N° 35321

FIRMA Y SELLO DEL JUEZ  
EXPERTO

## ANEXO N° 09



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,  
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°7672-2017-FACS/UNJBG  
Tacna, 04 de setiembre del 2017

### VISTO:

El Informe N° 193-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, y,

### CONSIDERANDO:

Que, Est. Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 193-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL DE LA MADRE Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017**, presentado por la Est. Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Neonatología, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Elva Maldonado de Zegarra;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Dra. Elva Maldonado de Zegarra, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

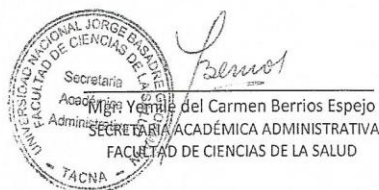
De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

### SE RESUELVE:

**ART. 1°:** Oficializar la Designación de la Dra. Elva Maldonado de Zegarra, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL DE LA MADRE Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017**, presentado por la Est. Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, alumna de la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Neonatología de la Facultad Ciencias de la Salud

**ART. 2°:** Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

## ANEXO N° 10



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,  
Farmacia y Bioquímica

### RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8843-2018-FACS/UNJBG Tacna, 10 de diciembre del 2018

#### VISTO:

El Informe N° 263-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería solicitando designación de Jurado Dictaminador para el Informe Final de Tesis presentado por la Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, y

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante la R.F. N° 7672-2017-FACS/UNJBG de fecha 04.09.17, se designa como asesora a la Dra. Elva Maldonado de Zegarra para el proyecto de tesis titulado: RELACION DEL CONTACTO PIEL A PIEL DE LA MADRE Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidado Enfermero en Neonatología de la Facultad Ciencias de la Salud, contando con la conformidad de su Asesora;

Que, mediante el Informe N° 263-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, solicita la modificación de Título de Proyecto de tesis, debiendo ser en adelante: RELACION DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017 y la designación de Jurado Dictaminador para el Informe Final presentado por la Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, contando con opinión favorable de su asesora;

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R. N°005-2016-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

#### SE RESUELVE:

**ART. 1°** Modificar el título del Informe Final, presentado por la Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, debiendo ser en adelante: RELACION DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2017

**ART. 2°** Designar al Jurado Dictaminador, presentado por la Lic. Luzvenia Milagros Ticona Checalla, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Neonatología de la Facultad Ciencias de la Salud, con la asesoría de la Dra. Elva Maldonado de Zegarra, y estará conformado por:

Dra. Ingrid María Manrique Tejada	Presidente
Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar	Miembro
Dra. María del Carmen Silva Cornejo	Miembro

**ART. 3°** El Jurado Dictaminador nombrado, deberá entregar el Dictamen y/u Observaciones del Informe Final de Tesis en un plazo no mayor de 05 días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.



## ANEXO N° 11

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: .....

Yo, LUZVENIA MILAGROS TICONA CHECALLA, identificado (a) con DNI N° 45907600, en calidad de trabajadora en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Moquegua, habiendo ya culminado mis estudios de la Segunda Especialidad de Enfermería: Cuidado Enfermero en Neonatología, solicito el permiso para la ejecución de mi tesis:

SEÑORES DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA para lo cual se le pide la participación permitiéndome el acceso para el cotejo de datos de las historias clínicas de recién nacido y maternas.

Por lo dicho, ACEPTO LIBREMENTE participar en el estudio de investigación sobre “Relación del contacto piel a piel de la madre y la pérdida de peso del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua – 2017. Para que conste firmo al pie de este documento.

Habiendo sido informado del propósito de la misma, le solicito su participación voluntaria, la cual será de mucha importancia para el estudio.

---

**Firma:**

## ANEXO N° 12



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA



**OFICIO N° 166 -2017-SE-ENF-FACS**

Tacna, 22 de setiembre del 2017



**SEÑORA**  
**MED. IDANIA EDITH MAMANI PILCO**  
**DIRECTORA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA**  
**Presente.-**

**ASUNTO:** FACILIDADES DE DESARROLLO DE PROYECTO DE EJECUCION 2DA  
ESPECIALIDAD ENFERMERIA

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que la LIC. **LUZVENIA MILAGROS TICONA CHECALLA** estudiante de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en la Especialidad: Cuidado Enfermero en Neonatología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de la Facultad de Ciencias de la Salud, donde recolectará información de las Historias Clínicas del Servicio de Neonatología en Admisión, para la realización de su Proyecto de Tesis Titulado: **RELACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL DE LA MADRE Y LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017**

En tal sentido le solicito le brinde las facilidades necesarias para que pueda cumplir los objetivos trazados. La recolección de información finalizará en **Noviembre 2017**.

Agradeciéndole anticipadamente su valiosa colaboración, quedo de usted

Atentamente



UNIV. NAC. JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
*Ingrid Mianque Tejeda*  
Dra. Ingrid Mianque Tejeda  
Coordinadora de Segunda Especialidad

CC: [IMZ@upm.edu.pe](mailto:IMZ@upm.edu.pe)

