

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua)

Facultad de Ciencias Médicas

Hospital Alemán Nicaragüense



Tesis monográfica para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia

Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término, atendido por cesárea en sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el mes de enero 2022

Autora:

Dra. Yolivia Cristina Miranda Aldana

Médico y cirujano general

Tutor científico:

Dra. Carla Cerrato

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia/ HAN

Asesora metodológica:

Dra. Génesis Mayorga Castro

Médico Especialista en Patología

Managua, Nicaragua, Febrero 2022

Opinión del Tutor

El trabajo investigativo “Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término por cesárea atendido en sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el mes de enero 2022.” en la forma que es presentado cumple con los criterios de coherencia metodológica, de calidad y pertinencia. La Dra. Miranda abordó un tema de relevancia social para el binomio materno fetal y dominó la teoría que le rodea, lo cual le hace meritoria para su defensa, como requisito para optar al título de especialista en Ginecología y obstétrica, además de que sienta buenas bases para la realización de nuevos trabajos investigativos, dejando el primer registro del comportamiento de la técnica de apego precoz en cesáreas en el hospital.

Dra. Carla Cerrato
Ginecóloga y Obstetra

Dedicatoria

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre, pues sin ella no lo habría logrado. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Tu constancia, dedicación y esfuerzo me han hecho la persona que soy, por eso te dedico mi trabajo en agradecimiento por tu paciencia y amor madre mía, te amo.

Agradecimientos

A Dios, su amor y constancia no tienen fin, cada día veo sus misericordias en mi vida, me permite sonreír ante todos mis logros, los cuales son resultado de su ayuda a pesar de las dificultades

A mi adorado esposo, quien me cuida y me da su mano cuando más la necesito, mi apoyo y mi fortaleza en todo este proceso, una persona especial y maravillosa que Dios puso en mi vida

A mi familia quienes son mis motivadores y formadores de lo que ahora soy como persona, sin sus consejos, su amor y cariño, no habría llegado hasta donde estoy, gracias por creer en mi

A mis hermanas Lizyen y Yensi, ustedes son mi mano derecha, mi ejemplo a seguir, mujeres fuertes que me han enseñado que con esfuerzo y dedicación todo es posible, gracias por su amor incondicional

A mi tutora Carla Cerrato maestra de generaciones que me ha apoyado en este camino, gracias por servir de ejemplo para mejorar la calidad de atención a nuestras pacientes y sus bebés

A mis maestros y especialistas, que han transmitido su amplio conocimiento y experiencia para poder aprender el arte de la ginecología

A mis amigas y equipo GyneVIP, que fueron apoyo en este arduo y difícil camino, con acciones y palabras que me motivaron a seguir adelante

A todo el personal del hospital Alemán Nicaragüense quienes hicieron posible que llevara a cabo mi estudio, en especial al servicio de pediatría y anestesia, sin duda el trabajo en equipo hace que los sueños se cumplan.

Gracias a todos

Resumen

En numerosos estudios se ha demostrado que el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel-piel con su madre tras el parto promueve, en gran medida, esa adaptación: el metabolismo y la termorregulación mejoran, se favorece el inicio de la succión del pecho materno, permitiendo la colonización del cuerpo del bebé por microorganismos maternos contra los que ella misma le va a proteger a través de su leche. Las pacientes cuyos partos fueron programados para la finalización por vía cesárea tienen derecho a practicar esta técnica que incurre en beneficios para el binomio materno-fetal.

Dado a la incógnita de si esto se está efectuando en sala de operaciones del hospital Alemán Nicaragüense, surge la necesidad de documentar la calidad del apego precoz practicado en la sala antes mencionada. Se planteó un estudio con diseño descriptivo, observacional, transversal para el mes de enero 2022, con un seguimiento prospectivo de la paciente mientras se aplicó un instrumento de recolección de datos previamente elaborado y validado con los primeros 10 casos de información recolectada.

Al finalizar el estudio se determinó que las pacientes cuyos partos fueron atendidos por vía cesárea en el mes de enero 2022 poseían edades entre 19-35 años, se encontraban casadas, solteras y en unión libre en alrededor un tercio de los casos respectivamente; con escolaridad de estudios de primaria, con una paridad de 2-3 hijos y más de 4 atenciones prenatales (APN) únicamente en 41.2% (35/85) de los casos. Los recién nacidos estudiados presentaron mayormente el sexo masculino, tuvieron pesos de entre 2,500-4,000gr y talla fue de 40-50cm de estatura, con score APGAR de 8 puntos al primer minuto y 9 puntos al quinto minuto. La edad gestacional fue mayormente de 39sg.

Se determinó que se realizó el apego precoz después del minuto de nacido el bebé en un 54%. La manera de entrega del recién nacido a la madre durante el apego precoz fue desnudo y en prono y con las madres con pecho descubierto.

El tiempo de permanencia del recién nacido con la mamá durante el apego fue mayor de 15 minutos; con una primera lactada inmediata y durante los primeros 30 minutos del nacimiento.

Índice General

Opinión del Tutor	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
1 Introducción	1
2 Antecedentes	3
3 Justificación	6
4 Planteamiento del problema	7
5 Objetivos	8
6 Marco teórico	9
7 Hipótesis de Investigación	20
8 Diseño metodológico	21
9 Resultados y Discusión de los Resultados	31
10 Conclusiones	37
11 Recomendaciones	37
12 Bibliografía	39
13 Anexos	40

1 Introducción

Colocar al bebé en el pecho de la madre luego del nacimiento, también conocido como “Apego Precoz”, permite que la transición del útero al ambiente ocurra de forma progresiva y que el bebé presente una mejor adaptación a su nuevo medio, por ello es imperioso respetar y garantizar el contacto entre madre-niño en la primera hora de vida cuando las condiciones de salud sean óptimas. Aunque actualmente se sigue luchando por la atención del parto institucionalizado para disminuir la mortalidad materna, no se debe dejar atrás esta práctica, que se realizaba en el parto domiciliario, para así fortalecer el vínculo afectivo en este binomio y que también promueve el inicio de la lactancia materna.

En este proceso de nacimiento los protagonistas no son los profesionales de la salud sino la madre y su niño, por lo que debemos devolverles a las madres los derechos que la institución de salud le ha quitado al institucionalizar los partos, como parte de una estrategia de disminución de la mortalidad materna. Ya el hecho de someterse a una intervención quirúrgica como la cesárea, conlleva estrés para el binomio, es por eso imperativo garantizar que este primer contacto posterior al nacimiento del bebé les sea respetado y que, si las condiciones de salud se los permite, puedan gozar satisfactoriamente del apego precoz, a pesar de encontrarse en sala de operaciones.

A nivel mundial, cada año la nueva evidencia científica y epidemiológica demuestra los múltiples beneficios del contacto piel a piel en el crecimiento y el desarrollo de un niño, así como en la salud y el bienestar de una madre (Rivera G. et al, 2006). Las ventajas y beneficios alcanzados con esta práctica son numerosos: en el recién nacido provee estabilización de las funciones vitales (Rivera G. et al, 2006). Mejora los niveles de saturación de oxígeno, mantiene estable la temperatura corporal, disminuye la percepción de dolor, confiere periodos más largos de sueño, mayor desarrollo neuronal, disminución del llanto y favorece la lactancia materna precoz, entre otros, incluso en los nacidos por cesárea (Charpark et al, 2001). Del mismo modo, en las madres se observa: acortamiento del período de alumbramiento, mejora en la percepción del parto, reducción del sangrado posparto, fortalecimiento del vínculo madre-hijo, estimulación de la lactancia materna y reducción de los niveles de ansiedad y depresión puerperal, entre otros (Ludington-Hoe S. et al. 2006).

Los trabajadores de salud encargados de la atención integral de la salud del binomio madre niño, juegan un rol clave en mantener y dar continuidad con las estrategias ya planteadas. De ahí que surge la necesidad de crear nuevamente una iniciativa que cree los conocimientos y habilidades para apoyar y proteger el apego precoz y los beneficios que esto conlleva tanto al niño como a la madre. Este trabajo tiene como objetivo darnos un panorama de la manera en la que se está haciendo la práctica del apego precoz en las pacientes cuyo parto fue atendido por vía cesárea.

2 Antecedentes

Como parte del proceso investigativo es necesario mencionar estudios a fines al tema. Dentro de los más reconocidos a nivel internacional se encontraron los siguientes:

Otal S. *et al* (2012) realizaron un estudio en España titulado “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea” para lo cual incluyeron a un total de 241 pacientes. Los resultados mostraron una edad media de las madres de 31,5 años y una edad gestacional media al momento del parto de 38,9 semanas. El 26,4% habían dado de lactar previamente, el 79,6% habían recibido información previa sobre lactancia, la mayoría eran primíparas (65,8%) y solo un 36,4% recibió contacto precoz piel a piel. Asimismo, las variables predictores contacto precoz, problemas en lactancias anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional son las que muestran una significación estadística ($p < 0,05$); hallazgos que llevaron a concluir que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se de lactancia materna es 2,3 veces mayor que si no se hace.

Herrera A. (2012) realizó un estudio en España titulado “El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto” donde se realizó una revisión bibliográfica de los protocolos de actuación y procedimientos acerca del contacto piel a piel de diferentes instituciones y sociedades científicas de ámbito nacional e internacional. Los resultados mostraron que los procedimientos encontrados fomentan el contacto precoz piel a piel libre del recién nacido en el pecho de la madre, y de una manera lo más natural e íntima posible. Todo esto sin restricciones de tiempo ni interrupciones innecesarias. Si bien se han encontrado diferencias en cuanto al material utilizado en dicho procedimiento, como pueden ser paños verdes, mantitas, sabanitas, distintas modalidades de gorro para el recién nacido y distintas fuentes de calor, según los recursos del centro hospitalario. También se han observado diferencias en las diversas posturas que la madre puede adoptar en la sala de puerperio inmediato mientras se realiza el CPP, como es la posición de 45 grados, acostada, de lado, o incluso sentada en sillón. Por tanto, se debe seguir fomentando el contacto piel a piel precoz y si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de mantener el contacto piel a piel con su hijo, tal y como la evidencia científica lo expone.

Rivera G. *et al* (2007) realizaron un estudio en el Perú titulado “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”, para ello se realizó un ensayo clínico en donde se compararon dos grupos: Grupo de estudio: 38 pacientes que recibieron contacto piel a piel y Grupo control: 41 pacientes sin contacto piel a piel de 30 minutos de duración. La edad promedio de las pacientes que recibieron contacto precoz piel a piel fue de 24,9 años; la mayoría tenía estado civil conviviente (47,3%), seguida de las solteras (26,3%) y casadas (23,6%). Principalmente tenían grado de instrucción secundaria (73,8%), eran multigestas (55,2%) y la mayoría de sus recién nacidos respectivos no tenían circular de cordón (86,8%). A las 2 y 48 horas de vida se halló que los niveles de ansiedad y depresión materna fueron menores en el grupo de estudio a las 48 horas posparto comparado con los del grupo de control ($p < 0,0001$), tanto en sus puntajes absolutos como al valorarlos según los grados del trastorno estudiado; mientras que a las 2 horas posparto no se halló diferencia significativa. Los recién nacidos del grupo de estudio lograron mayor éxito en la lactancia materna inmediata versus los del grupo de control (29 de 38 versus 12 de 41, $p < 0,0001$). El grado de satisfacción sobre la percepción materna del parto fue mayor en el grupo de estudio ($p < 0,0001$); concluyendo que el contacto piel a piel disminuye 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 de la madre y el recién nacido.

Gonzales I. *et al* (2008) realizaron un estudio en Argentina titulado “Lactancia materna exclusiva: Factores de éxito y/o fracaso”, para lo cual se incluyeron a 170 pacientes. Tomando en cuenta la duración de la lactancia, no la iniciaron el 4% de las madres; abandonaron al 1er mes el 9%; al 2do mes el 5%; al 3er mes el 10%; al 4to mes el 16% y al 5 mes el 14%, llegando a los seis meses con pecho exclusivo solo el 42% de los niños. Esto demostró que ya al mes de vida el 13% de los niños había dejado de ser amamantado, aumentando a 18% en el segundo mes y a 28% en el tercer mes. La edad materna influyó en la prolongación de la lactancia; solo el 25% de las madres menores de 20 años mantuvo el pecho exclusivo hasta el 6o mes, cifra que ascendió a 75% en las madres de más edad. La terminación del parto (63% vía vaginal y 27% cesáreas) afectó la duración de la lactancia exclusiva, que llegó al 6to mes en el 57% de las madres con partos vaginales, y solo a 43% en las madres sometidas a cesárea.

Cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno mayor fue la duración de lactancia exclusiva, que se extendió hasta el 6to mes en el 52% de las madres que la comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento, dato que bajó a 33% en las que amamantaron antes de las cuatro horas de vida y que solo alcanzó el 15% en las que lo concretaron luego de las ocho horas.

El abandono de amamantamiento exclusivo constatado en el 42% de madres incluyó las siguientes causas: trabajo materno 42%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebé al pecho 12%, patología del lactante 7% y mala preparación de los pezones 4%; los hallazgos evidenciaron que edad influyó en éxito y/o fracaso de lactancia exclusiva, el contacto temprano madre-hijo constituyó estímulo en su comienzo y mantenimiento. Por otro lado, las cesáreas condicionaron retraso del amamantamiento; mientras que el mejor nivel de instrucción materna influyó positivamente en lactancia exclusiva.

En el Hospital Alemán Nicaragüense no se encontraron estudios monográficos anteriores relacionados con el tema del apego precoz en la búsqueda realizada.

3 Justificación

La teoría del apego se enmarca en el campo de estudios interdisciplinarios que abarcan los ámbitos de la psicología cognitiva, evolutiva y la teoría etológica. Su principio más importante es que el niño necesita una relación con al menos un cuidador primario para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad, además, las relaciones posteriores se basaran en los modelos desarrollados en estas primeras relaciones. La teoría de la Alostasis gira en torno a la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad. Con el apego precoz se fortalece también la iniciación temprana de la lactancia materna —es decir, durante la primera hora y semana de vida— es especialmente importante para prevenir la mortalidad neonatal.

Teniendo en cuenta estas afirmaciones teóricas planteadas, se decide realizar la siguiente investigación con el propósito de determinar la Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término atendido por cesárea en sala de quirófano del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, en el mes enero 2022. Esto permitirá a los trabajadores de la salud retomar la importancia que tiene el apego entre madre e hijo desarrollando estrategia que promuevan esta relación, con el fin de fortalecer la unión familiar y el desarrollo seguro infantil y evitar posibles complicaciones en la madre que pueden ser prevenidas con el simple hecho de la unión piel a piel entre binomio.

Relevancia social:

El gobierno de Nicaragua tiene como una meta fundamental defender y garantizar los derechos de los y las nicaragüenses, uno de los cuales es implementar un parto institucional, que además sea HUMANIZADO. El apego precoz, tiene mucha evidencia científica respecto a los beneficios fisiológicos que propone al binomio. Asegurarse que esta práctica sea efectuada en este hospital capitalino, en pacientes a las que se les practica el parto vía cesárea, es una manera de restituir este derecho y de otorgar a la población un trato digno y humanizado.

Relevancia metodológica.

En el presente estudio, se realizó una recolección metódica y exhaustiva de los datos de interés, mediante un instrumento previamente elaborado y que se aplicó de manera equitativa a los expedientes clínicos de las pacientes seleccionadas para la investigación.

4 Planteamiento del problema

Caracterización.

Nicaragua es un país en vías de desarrollo que busca constantemente estrategias sostenibles para mejorar la salud de su población. El apego precoz es una estrategia sencilla y económica que ha demostrado brindar excelentes efectos positivos tanto en la salud de la madre como la del recién nacido (se establece un lazo más fuerte entre ellos, se facilita la lactancia materna, entre otros).

Delimitación:

Existe también en Nicaragua una alta tasa de nacimientos por vía cesárea, el cual es un tipo de parto que es atendido en una sala distinta a la que usualmente se encuentra familiarizada con la práctica del apego precoz. Sin embargo, las pacientes atendidas por esta vía, así como sus recién nacidos, tienen el mismo derecho a que la estrategia del apego precoz sea realizada con ellos. Se vuelve imperativo por tanto saber de qué manera se está cumpliendo dicha estrategia en esta población.

Formulación:

Ante la necesidad de investigar y conocer la calidad del apego precoz practicado en sala de operaciones del hospital Alemán Nicaragüense, se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término atendido por cesárea en sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense, Managua, en el mes de enero 2022?

Preguntas de sistematización.

¿Cuáles son las características demográficas presente en el binomio en estudio?

¿Qué tiempo transcurre desde el nacimiento hasta el contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término?

¿Cómo es la forma de entrega del recién nacido a término a la madre para el contacto precoz sea piel a piel?

¿En qué situación se encuentra el pecho materno antes de la entrega del recién nacido a término para el contacto precoz piel a piel?

¿Cuál es el tiempo de permanencia del recién nacido a término sobre el pecho materno durante el contacto precoz piel a piel?

5 Objetivos

Objetivo General:

Determinar la Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término atendido por cesárea en sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el mes de enero 2022

Objetivos específicos

- 1- Caracterizar demográficamente al binomio en estudio
- 2- Estimar el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término.
- 3- Describir la forma de entrega del recién nacido a término a la madre para el contacto precoz sea piel a piel.
- 4- Verificar la situación del pecho materno antes de la entrega del recién nacido a término para el contacto precoz piel a piel.
- 5- Estimar el tiempo de permanencia del recién nacido a término sobre el pecho materno durante el contacto precoz piel a piel.

6 Marco teórico

Según la bibliografía se denomina contacto piel con piel (CPP) cuando se coloca al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Dependiendo del momento en que se coloque al bebé con su madre, se hablara de CPP inmediato (inmediato al nacimiento), o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

Diversos estudios actuales demuestran los beneficios de la práctica del contacto piel a piel sobre el desarrollo del niño, en la madre y su función en el inicio de la lactancia materna precoz. La estimulación del tacto, olor y temperatura que permite el contacto piel a piel pueden favorecer el inicio del neonato en la lactancia. De modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas. Además, en un estudio reciente realizado en Ghana. Se mostró que el fomento del inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la sobrevivencia del niño. Se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amamantara a todos los neonatos a partir del 1er día de vida y el 22% si se realizara dentro de la primera hora de vida.

El momento del nacimiento ya sea natural o por cesárea es para él bebé un verdadero cambio y recibe de manera mucho más intensa que antes cualquier estímulo óptico, acústico o táctil. En la hora o dos horas siguientes al parto, se encuentra en el llamado periodo sensible. En estado de “alerta tranquila”, receptiva y activa, que una vez finalice se convertirá en sueño profundo durante horas. De todo esto se deduce la vital importancia que tiene el momento del nacimiento, la acogida y los primeros minutos-horas en la vida del bebé para una adaptación lo menos traumática posible a la vida extrauterina.

En numerosos estudios se ha demostrado que el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel-piel con su madre tras el parto promueve, en gran medida, esa adaptación: el metabolismo y la termorregulación mejoran, se favorece el inicio de la succión del pecho materno, permitiendo la colonización del cuerpo del bebé por microorganismos maternos contra los que ella misma le va a proteger a través de su leche.

Además, y no menos importante, se estrechan los lazos entre madre y bebe, iniciándose los procesos de apego y vinculación afectiva; aunque este contacto no sea, por supuesto, el único factor ni el más determinante para una vinculación optima posterior.

El contacto precoz piel a piel tiene un impacto positivo en la lactancia materna ya facilita su inicio y esto es importante porque la lactancia es beneficioso para la salud, como la inmunidad pasiva, el crecimiento y el desarrollo del niño, además de los aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

En las 2 horas siguientes al nacimiento, el recién nacido se encuentra en un estado de alerta tranquila debido a la noradrenalina metabolizada durante el parto que, sumado al contacto piel con piel realizado nada más nacer, disminuye sus llantos y facilita una mayor termorregulación, incluso en los nacidos mediante cesárea. Además, todo ello proporcionará a la madre una mayor satisfacción y le ayudará a establecer el vínculo afectivo.

Si el recién nacido no es separado de su madre y se coloca en posición prono sobre el vientre materno, sin ropa, se observará que el mismo reptará hasta el pecho de su madre haciendo una succión correcta en unos 70 minutos, en el 90% de los casos, lo que propiciará una mayor duración de la lactancia materna. Sin embargo, si se separa el binomio madre-recién nacido, se altera el proceso y disminuye la frecuencia de las tomas.

A pesar de la evidencia científica y de las muchas estrategias de salud llevadas a cabo por los organismos nacionales e internacionales, ya sean gubernamentales o no, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en todos los países europeos están muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002).

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediato brinda múltiples beneficios tanto para el recién nacido como para su madre. Su influencia ha sido comprobada a través de los años mediante diversos estudios, concluyendo que no solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante el periodo adaptativo y logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que también provee innumerables beneficios adaptativos a la madre, promoviendo un periodo puerperal, inmediato y tardío mucho más beneficioso.

Entre los beneficios reportados se señalan

El Estado y duración de la lactancia: El contacto piel a piel temprano produce un mejor rendimiento general de lactancia, y la mayoría de los estudios coinciden que cuando se realiza el contacto piel a piel se tiene más probabilidades de lactar durante uno a cuatro meses después del nacimiento.

Lactancia exitosa y movimientos de succión del neonato: Algunos estudios encuentran que los neonatos que reciben contacto piel a piel presentan más del doble de probabilidades de lactar de forma exitosa que los neonatos sostenidos por sus madres envueltos en mantas (Moore E 2008). Los neonatos sostenidos en contacto piel a piel también lograron una lactancia efectiva después del nacimiento antes que los neonatos envueltos en mantas.

La protractilidad del pezón de la madre es sumamente importante en cuanto a la capacidad del neonato de lograr una lactancia exitosa. (Dewey K 2007). También refiere que la conducta de lactancia materna subóptima durante las primeras 24 horas después del nacimiento. El contacto piel a piel produce un mejor reconocimiento del neonato del olor de la leche de su madre. También en la madre se observa beneficios como una disminución de frecuencia de *Hiperemia de las mamas* según (Hill P, 2009).

En los Sentimientos maternos: Las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto en el futuro (86%), las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel presentaron un menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento y más confianza sobre sus capacidades de cuidado infantil al alta hospitalaria.

Temperatura de la piel abdominal del neonato: (Fardig J. 2000) se observa que a los 45 minutos después del nacimiento, la mayoría de neonatos con contacto piel a piel presentaron temperaturas de la piel abdominal en el rango térmico neutral. Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y glucemia del neonato: Los neonatos con contacto piel a piel presentan una frecuencia cardíaca media inferior y una frecuencia respiratoria media inferior que los neonatos separados de sus madres.

Bergman N 2001, los neonatos con contacto piel a piel a las 6 horas de vida presentaron una mejor estabilización hemodinámica. y por último se observa beneficios en la conducta del neonato. Christensson N. menciona que una importante diferencia entre recién nacidos con y sin contacto precoz piel a piel en lo que respecta al llanto. Mazurek T. et al 2003. “los neonatos del que reciben contacto precoz piel a piel lloraron por un tiempo más corto durante un periodo de observación de 75 minutos, comparados con los neonatos que no reciben contacto precoz piel a piel. Además, los neonatos que reciben contacto precoz piel a piel presentan más movimientos de flexión óptimos durante una observación de una hora que comenzó a las cuatro horas después del nacimiento.

Se define como contacto precoz piel a piel cuando se realiza durante el primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos, para ello se coloca al recién nacido en posición decúbito ventral piel a piel sobre el abdomen o el pecho de la madre durante el primer minuto de vida. La aspiración de las vías respiratorias del neonato se realiza mientras yace sobre el abdomen o el pecho de la madre, y cuando existe indicación médica, se seca minuciosamente y se le cubre la espalda con una manta precalentada.

Para evitar la pérdida de calor, se puede cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro seco que se reemplazara cuando se humedece. Lo ideal es posponer todas las demás intervenciones hasta al menos una hora después del nacimiento.

El Contacto piel a piel desde muy temprano, se considera cuando comienza aproximadamente 30 a 40 minutos después del nacimiento, el recién nacido desnudo, con o sin gorro, se coloca en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre.

Se llama contacto piel a piel temprano cuando el contacto entre la madre y su bebe ocurre entre la 1ra y las 24 horas posterior al nacimiento. El recién nacido desnudo se coloca en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo entre las mamas de la madre. La madre puede usar una blusa o camisa que se abre por adelante, o una bata hospitalaria utilizada al revés, y el recién nacido se coloca dentro de la bata de tal forma que solo la cabeza quede expuesta.

Puede variar lo que la madre use y como se mantiene abrigado al recién nacido, así como lo que se coloca en su espalda. Lo que es sumamente importante es que la madre y el neonato estén en contacto directo piel a piel vientre con vientre y que el recién nacido se mantenga seco y caliente.

Para evaluar o medir la calidad con que se realiza el contacto precoz piel a piel se hizo necesario recoger contenidos de guías y herramientas específicas que tengan cuenta los lineamientos y recomendaciones propuestas para definir cuando un proceso, procedimiento o producto tiene una adecuada calidad. Para el caso del presente estudio se revisó algunas fuentes bibliográficas al respecto, como las recomendaciones establecidas en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y algunas investigaciones.

Las recomendaciones de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) establecen entre los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, se menciona que para establecer una lactancia materna exitosa consiste en ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto; para lo cual los recién nacidos deben ser colocados en contacto piel a piel con sus madres a los minutos de nacidos, alentando a todas las madres a amamantar cuando sus recién nacidos muestren signos de estar listos para hacerlo.

Entre los criterios globales para establecer una lactancia materna exitosa (OPS 2009), se sabe que, de las madres con parto vaginal seleccionadas al azar o parto por cesárea, al menos el 80% confirma que le colocaron a su bebé en contacto piel a piel con ellas inmediatamente después o hasta en los 5 minutos después de nacimiento, y que este contacto continuo por lo menos por una hora, a no ser que hubiera razones medicamente justificadas para retrasar el contacto.

Se debe también practicar el contacto piel a piel en la sala de parto o quirófano y se ayuda a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto. La importancia del contacto piel a piel radica en que este debe darse de forma precoz, ininterrumpida, sin prisas, entre la madre y su bebé sano sin envolver, empiece inmediatamente, aun antes de pinzar el cordón, o tan pronto como sea posible en algunos minutos después del nacimiento. Arregle que el contacto piel a piel continúe por lo menos por una hora después del nacimiento. Se recomienda un periodo más prolongado de contacto piel a piel si él bebé no ha succionado en la primera hora después del nacimiento.

Todos los bebés sanos y sus madres se benefician del contacto piel a piel inmediatamente después del parto. Todos los bebés deben secarse al ponerles en contacto con la piel de la madre. Él bebé no necesita ser bañado inmediatamente después del parto.

El sostener al bebé no está implicado en la transmisión del VIH. Es importante para una madre infectada con el VIH abrace a su bebé y tenga contacto físico con su bebé para que sienta el contacto físico con su bebé, se sienta cerca y cariñosa. Muchas de las barreras al contacto piel a piel se relacionan con las prácticas arraigadas más que con una razón clínica, entre ellos tenemos el temor que “él bebé se enfríe”, sin embargo, los bebés en contacto piel a piel tienen mayor regulación de temperatura que los que se quedan debajo del calefactor o la estufa; otra barrera se relaciona con que “él bebé necesita examinarse”, la mayoría de los exámenes pueden realizarse en el pecho de la madre, donde él bebé yacerá tranquilo; “la madre necesita que la suturen”, este procedimiento se puede realizar sin necesidad de interrumpir el contacto piel a piel; “él bebé necesita bañarse” respecto a ello por el contrario se sugiere retrasar el primer baño para permitir que el unto sebáceo (vernix) humecte la piel del bebé, la lubrique y la proteja; “la sala de parto está ocupada”, si la sala de parto está ocupada, la madre y él bebé pueden ser transferidos a la sala de recuperación en contacto piel a piel, y el contacto Sesión continuara en la sala; “no hay personal disponible para permanecer con la madre y su recién nacido” para ello algún miembro de la familia puede permanecer con la madre y él bebé; “él bebé no está alerta” si él bebé está letárgico debido a la medicación materna es aún más importante que este en contacto con su madre porque necesita apoyo extraordinario para el apego y su alimentación; “la madre está cansada” rara vez la madre está tan cansada que no quiere sostener a su bebé por el contrario el contacto con su recién nacido puede ayudarle a la madre a relajarse. “la madre no quiere sostener a su bebé” si la madre no quiere sostener a su bebé, puede ser indicativo de depresión de la madre y un mayor riesgo de abandono, negligencia o abuso del bebé, en estos casos se debe alentar el contacto para reducir el riesgo de daño en él bebé.

En suma, no hay fundamentos para todos estos mitos entorno al contacto piel a piel. En una revisión Cochrane realizada por Moore E. *et al* (2012) hace referencia que un adecuado contacto piel con piel es cuando el contacto se hace con el RN seco y desnudo, en posición prona sobre el pecho desnudo de su madre, cubierto por su espalda con una manta tibia, inmediatamente ocurrido el parto y durante al menos una hora.

Existen bases teóricas sobre el contacto precoz piel a piel, entre ellas se tiene la teoría de la Alostasis gira en torno a la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad. Esta teoría fue descrita por (Bruce McEwen 2000).

Para este autor el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso vegetativo y el sistema inmune sirven como mediadores para la adaptación a los retos de la vida diaria por lo que, para él, alostasis frente a homeostasis, significa alcanzar la estabilidad por medio del cambio de estado. En el corazón del concepto esta la representación de cambio a fin de mantener (o lograr) un estado adecuado a las circunstancias. Para Sterling y Eyer citado por Schulkin, alostasis implica a todo el cerebro y al cuerpo en lugar de simplemente feedbacks puntuales por lo que es una forma mucho más compleja de regulación que la homeostasis. Aunque la regulación homeostática también incluye más que circuitos locales, la regulación alostatica enfatiza el intento del cerebro para mantener la viabilidad interna en medio de circunstancias cambiantes en diversos entornos.

Para McEwen los mediadores hormonales primarios de la respuesta al estrés son los glucocorticoides y las catecolaminas y ambos tienen efectos protectores y perjudiciales para el organismo. A corto plazo, son esenciales para la adaptación, mantenimiento del homeostasis, y supervivencia (alostasis). Sin embargo, en intervalos de tiempo más largos, exigen un costo (la carga alostatica) que puede acelerar los procesos de enfermedad.

Los conceptos de alostasis y carga alostatica se centran alrededor del cerebro como interprete y mecanismo de respuesta a retos ambientales y cuyos objetivos son superar esos desafíos. En los trastornos de ansiedad, enfermedad depresiva, hostilidad, estados agresivos, abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático, la carga alostatica toma la forma de desequilibrios químicos, así como las alteraciones en el ritmo diurno y, en algunos casos conducen a la atrofia de estructuras cerebrales. Además, según el autor, crece la evidencia que indica que la enfermedad depresiva y la hostilidad están asociadas con las enfermedades cardiovasculares y otros trastornos sistémicos.

Un importante factor de riesgo de estas condiciones son las experiencias en la primera infancia de abuso y negligencia que incrementan el aumento de la carga alostatica y que posteriormente conducen al individuo en su vida a situaciones de aislamiento social, de hostilidad, depresión, y situaciones como la obesidad mórbida y enfermedades cardiovasculares; de ahí el centrar esta teoría como marco referencial para nuestro estudio en el estrés producido por la separación inmediata al nacimiento. Maureen Shannon (2005), fue la primera en introducir este concepto como marco teórico para la evaluación y la comprensión de los resultados perinatales de salud.

Esta autora comenta que, para la mayoría de las mujeres, el embarazo es un proceso fisiológico y psicológico normal del que resulta el nacimiento de un bebe sano y el establecimiento de la llamada relación materno-infantil. Sin embargo, la maternidad puede estar asociada con eventos psicológicos y fisiológicos adversos que amenazan la salud de tanto la madre como del feto/bebe. En algunos casos, las condiciones preexistentes maternas contribuyen a un mayor riesgo de tener hijos con complicaciones neonatales. Por el contrario, la ausencia factores de riesgo antes de la concepción parece no proteger del desarrollo de complicaciones relacionadas con el embarazo (por ejemplo, la preclampsia). Esta dicotomía sugiere que hay complejas dimensiones del proceso perinatal que todavía no se comprenden. En particular, la relación entre factores fisiológicos y psicológicos y los resultados de salud perinatal que necesitan más estudios.

Para la autora es posible que la respuesta alostática anormal a situaciones de estrés pueda parcialmente explicar el desarrollo de efectos adversos perinatales en mujeres sin factores de riesgo identificados. Similar respuesta puede ser identificada en el feto ante situaciones vitales traumáticas que contribuyan a un resultado perinatal menos optimo que el esperado.

La teoría del apego de Bowlby describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos sobre todo en las familias y entre amigos a lo largo de la vida. Su principio más importante es que el niño necesita una relación con al menos un cuidador primario para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad, además, las relaciones posteriores se basaran en los modelos desarrollados en estas primeras relaciones.

La teoría del apego se enmarca en el campo de estudios interdisciplinarios que abarcan los ámbitos de la psicología general, evolutiva y la teoría etológica. Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos en la interacción social con ellos, y que permanecen como cuidadores consistentes durante varios meses en un periodo de cerca de seis meses a dos años de edad. Tal vez, por este motivo, el inicio precoz de apego puede tener importancia incluso desde los primeros momentos de vida extrauterina y por ello pueda ser significativo el contacto precoz del padre tras el parto o cesárea.

Cuando un niño comienza a gatear y a caminar, empiezan a utilizar las figuras de apego (personas cercanas) como una "base segura" para explorar y regresar a ellas. Las respuestas de los padres conducen al desarrollo de patrones de apego, los cuales, a su vez, llevan a modelos internos de trabajo que guiará al individuo en sus percepciones, emociones, pensamientos y expectativas en las relaciones posteriores. La ansiedad o "duelo" por la separación tras la pérdida de una figura de apego es considerada como una respuesta normal y adaptativa para un niño que ha desarrollado este apego. Estos comportamientos pueden haber incluso evolucionado, ya que aumentan la probabilidad de supervivencia del niño y por ende de la especie. Hay una ventaja para la supervivencia en la capacidad de sentir, posiblemente, las condiciones de peligros, tales como el desconocimiento, la soledad o el acercamiento rápido. Según Bowlby, la proximidad en la búsqueda de la figura de apego para afrontar amenazas es el objetivo principal del sistema de comportamiento del apego.

Las investigaciones realizadas por la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth en los años 1960 y 70 reforzó los conceptos básicos e introdujo el concepto de "base segura" y desarrolló una teoría de un número determinado de patrones de apego en niños: el apego seguro, el apego evitativo y el apego ansioso.

La teoría del apego se ha convertido en "el enfoque dominante para entender el desarrollo social temprano, y ha dado lugar a un gran ascenso en la investigación empírica sobre la formación de las relaciones íntimas de los niños". La teoría del apego ha sido modificada de manera significativa como resultado de la investigación empírica y sus conceptos han sido ya generalmente aceptados. Constituye también la base de nuevas terapias y completo a las ya existentes.

Sus conceptos han sido utilizados en la formulación de políticas sociales en el cuidado de los niños que apoyen sus relaciones de apego precoz.

En el Perú a través del Ministerio de Salud se ha emitido la Norma Técnica para la atención integral de salud Neonatal publicada el 24 de diciembre de 2013, (NTS N0 106- MINS/DGSP-V.01) donde se establece las bases legales que avalan el ejercicio del Contacto piel a piel; en este documento se especifica que el contacto piel a piel se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado y consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el profesional que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargara de secarlo con un campo precalentado.

El contacto piel a piel debe realizarse por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo entre la madre y su hijo, iniciando la lactancia materna u buscando lograr una lactancia materna eficaz.

Luego del periodo de contacto piel a piel se realizan los procedimientos de la atención inmediata neonatal como: Identificación del neonato, prevención de la infección ocular, prevención de la infección ocular, prevención de la enfermedad hemorrágica, aplicar medidas de cuidado del cordón umbilical, registrar los datos en la historia clínica neonatal, vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato.

Entre los resultados de la implementación del Parto humanizado en el INMP se ha mejorado la satisfacción del usuario interno y externo, se ha disminuido la morbilidad materna y neonatal relacionada a la atención de partos, hay mejoras en el trabajo en equipo, mejoras en la infraestructura y equipamiento de la Sala de partos, así como el incremento económico a la institución.

El contacto precoz piel a piel del recién nacido con su madre se llevó a cabo hasta que se institucionalizo la atención del parto y las madres fueron hospitalizadas para tener a sus hijos. Con ella se redujeron significativamente las tasas de morbimortalidad materna e infantil, mejorando la expectativa y calidad de vida de la población; sin embargo, cuando se logró controlar el problema, se remiraron las experiencias ancestrales que rodean el nacimiento del niño, tomándose conciencia de la importancia de volver a ciertas prácticas más naturales.

Es así como renace el contacto precoz piel a piel, como método que proporciona una serie de beneficios tanto para la madre como para el niño, en el ámbito físico y psicológico. Por ello se justifica la puesta en marcha de este estudio ya que contribuirá desde el punto de vista de la práctica a evaluar la calidad con la cual el contacto precoz piel a piel se viene realizando en el INMP, cuyos resultados serán relevantes para todos los profesionales de salud involucrados en la asistencia de binomio madre-niño, permitiendo mejorar la calidad en la atención que se viene realizando, debido a que algunas rutinas hospitalarias pueden perturbar de forma significativa las interacciones tempranas entre la madre y el neonato con potenciales efectos perjudiciales.

Mientras que, para los gestores sanitarios, los resultados y conclusiones que deriven del presente estudio les permitirá diseñar estrategias y sistemas de mejora en cuanto a la atención de las madres y los neonatos. Debido a que el contacto precoz piel a piel otorga un método económico, seguro y efectivo para mantener la temperatura del recién nacido, pues se ha demostrado que el contacto precoz piel a piel es tan efectiva como el empleo de la incubadora para calentar a un bebé, entre otros beneficios; es por ello que el presente estudio, en cierta medida, contribuirá con evitar gastos de recursos hospitalarios evitables y una mejor racionalización de los mismos.

Por último, es necesario el abordaje en este tema de manera que los resultados que se obtengan, se incorporen en la literatura, y así promover un enfoque clínico más racional que propicie salud y calidad.

7 Hipótesis de Investigación

En el hospital Alemán Nicaragüense se practica un adecuado Apego Precoz madre-hijo en las pacientes con embarazos a término que se les atiende el parto vía cesárea.

8 Diseño metodológico

Tipo de estudio.

Con relación al método de investigación, es un estudio científico observacional. Según el tiempo, es prospectivo, de corte transversal. Según el alcance de los resultados se trata de un estudio descriptivo, acerca de la calidad del apego precoz practicado en sala de operaciones del hospital Alemán Nicaragüense.

Área y período de estudio.

El área de estudio será la sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense ubicado en el sector norte del departamento de Managua. El servicio de sala operaciones de este hospital cuenta con 5 quirófanos habilitados con su correspondiente área de lavado quirúrgico.

Universo y muestra.

El universo y muestra de la presente investigación estará constituido por todas las pacientes a las que se les atiende en el área a estudio, un parto vía cesárea, con un embarazo a término. El tipo de muestro será no probabilístico y la técnica de muestreo será según criterio del investigador (a conveniencia). Se encontró que en el período seleccionado 100 embarazos finalizados por vía cesárea cumplieron con criterios para el apego precoz, sin embargo, 15 de los recién nacidos en estudio fueron ingresados a la sala de neonato lo que impidió la realización de esta técnica. Por lo que únicamente se logró recolectar información de 85casos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Embarazadas a término con atención de parto por vía cesárea.

Ausencia de complicaciones maternas.

Ausencia de complicaciones fetales.

Bebés con score Apgar mayor a 7 a los 1' y 5'

Que acepten pertenecer al estudio.

Criterios de exclusión:

Embarazos gemelares

Recién nacidos con malformaciones congénitas

Falta de recursos humanos para recolectar datos, en el momento del parto.

Lista de variables.

Objetivo número 1:

Edad
Estado civil
Nivel académico
Paridad
APN
Sexo RN
Peso
Talla
Apgar
Edad gestacional

Objetivo número 2:

Inmediatez del contacto
piel a piel.

Objetivo número 3

Forma de entrega del
RN

Objetivo número 4

Pecho materno

Objetivo número 5

Tiempo de permanencia
en el pecho materno.

Tiempo desde el nacimiento hasta la primera
lactada.

Tiempo de retorno del recién nacido con su
madre

Motivos para
terminar el contacto
precoz.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Objetivo N° 1: Caracterizar demográficamente al binomio en estudio

Variable Conceptual	Sub-VARIABLES o Dimensiones	Variable operativa/ Indicador	Técnicas de Recolección de Datos	Tipo de variable	Categorías Estadísticas
Caracterización del binomio	Caracterización materna	Edad: tiempo en años desde el nacimiento de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Cuantitativa Discreta	Menos de 19 años 19-35 años Mayor de 35
		Estado civil: situación de pareja en la que se encuentra ante la sociedad.		Cualitativo Nominal	-Casada -Soltera -Unión estable
		Nivel académico: tipo de estudios alcanzados en un instituto académico certificado.		Cualitativo Nominal	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Universidad
		Paridad: número de embarazos experimentados por la paciente en su vida.		Cuantitativa Discreta	1 2-3 Más de 3
		# APN: número de controles prenatales realizados a la paciente en el transcurso del embarazo actual.		Cuantitativa Discreta	Ninguno Menos de 4 Más de 4

Caracterización del RN	Sexo: fenotipo expresado por el recién nacido en base a sus caracteres sexuales externos.	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Cualitativo Nominal	Femenino Masculino
	Peso: peso estimado en gramos que tiene el recién nacido.		Cuantitativa Discreta	Menos de 2500gr 2500-4000gr Mayor de 4000gr
	Talla: longitud en cm medido desde el borde de la cabeza hasta la planta de los pies en el recién nacido costado		Cuantitativa discreta	Menos de 40cm 40-50cm Mayor de 50cm
	Apgar 1er minuto: puntuación otorgada por el personal de salud al recién nacido al minuto de vida, evaluando Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración.		Cuantitativa discreta	8 9
	Apgar 5to minuto: puntuación otorgada por el personal de salud al recién nacido a los 5 minutos de vida, evaluando Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración.		Cuantitativa discreta	8 9
	Edad Gestacional: tiempo que tenía de gestación el recién nacido, estimado por el personal de salud en base al score de capurro.		Cuantitativa discreta	37sg 38sg 39sg

Objetivo No. 2: Estimar el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término.

Variable Conceptual	Sub-VARIABLES o Dimensiones	Variable operativa/ Indicador	Técnicas de Recolección de Datos	Tipo de variable	Categorías Estadísticas
<p>Tiempo estimado de inicio de apego precoz</p>			<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 		
		<p>Intervalo de inicio del apego precoz: lapso en minutos a partir del parto y el momento del inicio de apego.</p>		<p>Cuantitativa Continuo</p>	<p>Menos de un 1´ Más de un 1´</p>

Objetivo N° 3. Describir la forma de entrega del recién nacido a término a la madre para el contacto precoz sea piel a piel.

Variable Conceptual	Sub-VARIABLES o Dimensiones	Variable operativa/ Indicador	Técnicas de Recolección de Datos	Tipo de variable	Categorías Estadísticas
Manera de contacto del recién nacido		<p>Vestimenta del recién nacido: condición de la ropa que llevaba el recién nacido cuando inició el apego con su mamá.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Cualitativa Nominal	-Desnudo -Arropado
		<p>Posición del recién nacido: Disposición espacial en la que el recién nacido es colocado con su mamá.</p>		Cualitativa Nominal	-Prono -Supino

Objetivo N° 4: Verificar la situación del pecho materno antes de la entrega del recién nacido a término para el contacto precoz piel a piel.

Variable Conceptual	Sub-VARIABLES o Dimensiones	Variable operativa/ Indicador	Técnicas de Recolección de Datos	Tipo de variable	Categorías Estadísticas
Estado del pecho materno		Estado del pecho materno: estado de la piel de la madre al momento que le colocaron el recién nacido para el apego precoz.	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Cualitativo Nominal	Descubierto Cubierto por la bata

Objetivo N° 5. Estimar el tiempo de permanencia del recién nacido a término sobre el pecho materno durante el contacto precoz piel a piel.

Variable Conceptual	Sub-Variantes o Dimensiones	Variable operativa/ Indicador	Técnicas de Recolección de Datos	Tipo de variable	Categorías Estadísticas
Duración del apego precoz		Tiempo de permanencia: lapso en minutos otorgado para la realización del apego precoz.	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Cuantitativo discreto	Menos de 15´ Más de 15´
		Tiempo de primera lactada: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta que él bebe amamanto por primera vez expresado en minutos.		Cuantitativo discreto	-Inmediatamente después del nacimiento -Entre los 30 y 59min minutos después del nacimiento -30 min posteriores al nacimiento -Entre 1 y 2 horas después del nacimiento
		Tiempo de retorno: lapso en minutos en que retorna del recién nacido con su madre luego de la primera separación		Cuantitativo discreto	-15 min después de retirado -Antes de una hora de retirado -30 min después de retirado -Después de una hora de retirado
		Motivo de finalización del apego: razones por las que el apego precoz tiene que dar se por terminado.		Cuantitativo discreto	-Somatometría neonatal -Para la atención de la madre por el profesional responsable -Profilaxis con vit. K -Profilaxis ocular

Paradigma y Enfoque del estudio.

Se plantea un paradigma positivista que emplea un enfoque o perspectiva de metodología cuantitativa, debido a que la relación entre las variables se determinó a través de una técnica matemática a través de mediciones específicas.

Método, técnica e instrumento de recolección de datos.

Para obtener la información para el estudio se procederá a realizar las siguientes actividades:

1. Selección del lugar donde se realizará el estudio.
2. Coordinación con las autoridades y obtención de permisos pertinentes (Ver anexo No. 1)
3. Elaboración del instrumento de recolección de datos (Ver anexo No. 2)
4. Se entrenará al personal encargado de recolectar la información.
5. Validación de instrumento con las primeras 5 cesáreas observadas.

Fuente de información:

- ✓ Primaria: observación y anotación mientras ocurren los eventos.
- ✓ Secundaria: libros, revistas, expedientes, entre otros.

Plan de tabulación y análisis estadístico.

Una vez recolectada la información se procedió a realizar lo siguiente:

1. Creación de base de datos
2. Codificación de instrumentos
3. Control de calidad de la información recolectada
4. Introducción de datos
5. Análisis por frecuencia y porcentajes de los datos en el programa SPSS versión 21.0
6. Resumen de resultados en cuadros
7. Presentación de resultados en gráficos según variables

Estadística descriptiva.

Las variables y resultados son descritos dependiendo del nivel de alcance propuesto por los objetivos específicos. Las variables cualitativas o categóricas de los objetivos descritos en términos de frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos serán presentados en forma de tablas de salidas que serán descritas en texto en sección de “Resultados”. En la sección de anexos se agregarán gráficos de barras para las variables categóricas.

Consideraciones éticas

Durante el diseño y ejecución del trabajo investigativo, así como durante el análisis de la información, se mantendrán los principios y recomendaciones de la Declaración de Helsinki para el desarrollo de investigaciones biomédicas. Por otro lado, se seguirán las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se solicitará la autorización de las autoridades del hospital para la manipulación de expedientes y la observación de los sucesos. A la paciente se le solicitará un consentimiento informado para así formar parte del estudio (Ver anexo No. 3). La autora de esta tesis declara no tener ningún conflicto de interés ni académico ni financiero.

9 Resultados y Discusión de los Resultados

Las pacientes cuyos partos fueron atendidos por vía cesárea en el mes de enero 2022 poseían edades entre 19-35 años en un 57.6% (49/85), seguido por las embarazadas adolescentes en un 30.6% (26/85). Fueron mayores de 35 años en un 11.8% (10/85) (ver Tabla y Gráfico No.1). Las edades extremo son generalmente factores de riesgo para cesáreas por complicaciones, excluyendo a esos embarazos del presente estudio. Fomentar a las pacientes a tener embarazos planificados en edades fértiles óptimas (19-35 años) promueve indirectamente la facilitación de realizar un apego precoz cuando la cesárea es inevitable, por ejemplo, cuando está indicada por una cesárea anterior.

Con respecto al estado civil, se observó una distribución bastante homogénea, viendo que 34.1% (29/85) se encontraban casadas, y el resto de los casos se dividieron entre solteras y en unión libre (32.9%, 28/85 respectivamente) (ver Tabla y Gráfico No. 2).

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 19 años	26	30.6
Entre 19-35 años	49	57.6
Mayores de 35 años	10	11.8
Total	85	100.0

Tabla No.1: Edad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN enero 2022

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	29	34.1
soltera	28	32.9
Union libre	28	32.9
Total	85	100.0

Tabla No.2: Estado civil de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN enero 2022

La escolaridad de las pacientes estudiadas fue estudios de primaria 45.9% (39/85), analfabeta 22.4% (19/85), secundaria 17.6% (15/85) y universidad 14.1% (12/85) (ver Tabla y Gráfico No. 3). Se observa una escolaridad relativamente baja para las edades de las pacientes, esto dificulta la labor de educación a la paciente con respecto a la importancia de esta técnica, aunque en este estudio no se podría determinar el efecto sobre la calidad del apego. Con respecto a la paridad, el 47.1% (40/85) tenían 2-3 hijos, 34.1% (29/85) tenían un parto previo y 18.8% (16/85) tenían más de 3 gestas previas (ver Tabla y Gráfico No. 4). Una de las principales indicaciones de cesárea programada en el hospital Alemán Nicaragüense y otros centros es el antecedente de cesárea anterior, por lo que la mayoría de las pacientes en su segunda gesta, tienen la oportunidad de gozar de esta técnica que probablemente no pudieron gozar en una primera ocasión.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	19	22.4
Primaria	39	45.9
Secundaria	15	17.6
Universidad	12	14.1
Total	85	100.0

Tabla No.3: Escolaridad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN enero 2022

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
1	29	34.1
2-3	40	47.1
más de 3	16	18.8
Total	85	100.0

Tabla No.4: Paridad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN enero 2022

Las pacientes alcanzaron más de 4 atenciones prenatales (APN) únicamente en 41.2% (35/85) de los casos, menos de la mitad. Las pacientes sin APN alcanzaron un porcentaje de 20% (17/85), y menos de 4 APN fueron 38.8% (33/85) (ver Tabla y Gráfico No. 5). Este es un dato alarmante, puesto que las normativas nacionales indican la importancia de alcanzar el número de 4 APN al menos, en un embarazo de bajo riesgo, y sin este seguimiento, aunque el embarazo finaliza de forma adecuada, se puede perder la garantía de una buena educación de la madre respecto a la importancia de la lactancia, y del apego precoz, y de los beneficios de ambos para el desarrollo de su recién nacido.

Los recién nacidos estudiados se distribuyeron entre un 56.5% (48/85) del sexo masculino y un 43.5% (37/85) del sexo femenino (ver Tabla y Gráfico No. 6).

# APN	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	17	20.0
Menos de 4	33	38.8
Más de 4	35	41.2
Total	85	100.0

Tabla No.5: #de APN de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN enero 2022

Sexo del RN	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	37	43.5
Masculino	48	56.5
Total	85	100.0

Tabla No.6: Sexo de los Recién Nacidos por vía cesárea en HAN enero 2022

Estos recién nacidos tuvieron pesos de entre 2,500-4,000gr en un 92.9% (79/85). De esperarse debido a los criterios de inclusión del estudio en donde los recién nacidos no debieron tener complicaciones, y por tanto encontrándose en estos rangos de peso más fisiológicos. Los demás recién nacidos estudiados pesaron menos de 2,500gr en un 1.2% (1/85) y más de 4,000gr en un 5.9% (5/85) de los casos (ver Tabla y Gráfico No.7).

La talla al igual que el peso fue bastante fisiológico, encontrándose 58.8% (50/85) de los recién nacidos entre 40-50cm de estatura. El resto (41.2%, 35/85) se les encontró una talla mayor a 50cm (ver Tabla y Gráfico No. 8).

Peso del RN	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2500gr	1	1.2
2500-4000gr	79	92.9
Mayor de 4000gr	5	5.9
Total	85	100.0

Tabla No.7: Peso de los recién nacidos por vía cesárea en HAN enero 2022

Talla del RN	Frecuencia	Porcentaje
40-50cm	50	58.8
Mayor de 50cm	35	41.2
Total	85	100.0

Tabla No.8: Talla de los recién nacidos por vía cesárea en HAN enero 2022

Con respecto al bienestar al momento del nacimiento, el 100% de los recién nacidos estudiados obtuvieron un score APGAR de 8 puntos al primer minuto, y también un 100% obtuvieron 9 puntos al quinto minuto. Esta población infantil podría decirse corre con bajo riesgo de complicación y su apego precoz es garantizado, a como se observó durante la realización de este estudio.

Apgar 1´	Frecuencia	Porcentaje
8 puntos	85	100.0

Tabla No.9: Apgar 1´ de los recién nacidos por vía cesárea en HAN enero 2022

Apgar 5´	Frecuencia	Porcentaje
9 puntos	85	100.0

Tabla No.10: Apgar 5´ de los recién nacidos por vía cesárea en HAN enero 2022

La edad gestacional de los embarazos atendidos por vía cesárea en el hospital Alemán Nicaragüense en el período a estudio fue de 39sg en un 48.2% (41/85), 38sg en 35.3% (30/85) y 37sg en un 16.5% (14/85) (ver Tabla y Gráfico No. 11). Fomentar la finalización de los embarazos que inevitablemente deben realizarse por vía cesárea a las 39sg, facilita la realización de un apego precoz, ya que se espera un recién nacido con un desarrollo neurológico completo y menos riesgo de presentar síndrome de adaptación pulmonar.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
37sg	14	16.5
38sg	30	35.3
39sg	41	48.2
Total	85	100.0

Tabla No.11: Edad Gestacional de los recién nacidos por vía cesárea en HAN enero 2022

Se observó que, en sala de operaciones del área a estudio, un 54.1% (46/85) de las pacientes realizan el apego precoz después del minuto de nacido el bebé, generalmente posterior a la realización de la somatometría fetal por parte del pediatra a como se expondrá más adelante. Únicamente un 45.9% (39/85) realizaron un apego verdaderamente inmediato antes del minuto (ver Tabla y Gráfico No.12). Muchas veces esto viene condicionado por varios factores, como la carga laboral del pediatra, concientización por parte del personal hacia la realización de la técnica de apego precoz, o en ocasiones la falta de personal y exceso de demanda laboral a todo el personal quirúrgico.

Al evaluar la metodología de realización del apego, un 77.6% (66/85) fue con el recién nacido desnudo, y un 22.4% (19/85) con el recién nacido arropado (ver Tabla y Gráfico No.13). Se puede decir que esta institución está realizando en la mayoría de sus casos un contacto a como se recomienda por Moore E. *et al* (2012), en donde un recién nacido seco y desnudo es el que se debe colocar sobre el pecho de su madre.

Inicio de AP	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un 1 min	39	45.9
Más de un 1 min	46	54.1
Total	85	100.0

Tabla No.12: Intervalo de inicio de apego precoz en sala de operaciones del HAN.

Vestimenta del RN	Frecuencia	Porcentaje
Desnudo	66	77.6
Arropado	19	22.4
Total	85	100.0

Tabla No.13: Vestimenta del recién nacido al momento del apego precoz.

Otra recomendación por parte de Moore E. *et al* (2012) fue a colocación del recién nacido en Prono, posición que se cumple en un 98.8% (84/85) (ver Tabla y Gráfico No. 14) de los casos observados, estando además un 91.8% (78/85) las madres con el pecho de cubierto (ver Tabla y Gráfica No. 15), lo cual fue una recomendación también descrita por Moore E. *et al* (2012). A pesar de que aún falta mejorar el porcentaje de apego precoz, los que, si se están realizando, se hace con las técnicas correctas descritas en la literatura.

Posición del RN	Frecuencia	Porcentaje
Prono	84	98.8
Supino	1	1.2
Total	85	100.0

Tabla No.14: Posición del recién nacido al momento del apego precoz.

Vestimenta de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Descubierto	78	91.8
Cubierto por la bata	7	8.2
Total	85	100.0

Tabla No.15: Vestimenta de la madre al momento del apego precoz.

Otro indicio de la adecuada realización del apego precoz es el tiempo de permanencia del recién nacido con la mamá durante el apego, que fue satisfactoriamente mayor de 15 minutos en un 97.6% (83/85) de los casos estudiados. Está demostrado que esta práctica estimula el inicio de la lactancia, disminuye la ansiedad y depresión en la madre y sirve como primer estímulo neurológico externo para el desarrollo del neonato (ver Tabla y Gráfico No. 16)

Tiempo de permanencia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15min	2	2.4
Más de 15min	83	97.6
Total	85	100.0

Tabla No.16: Tiempo de permanencia del apego precoz.

El efecto positivo de la buena técnica de apego precoz practicada en las pacientes del hospital alemán nicaragüense se puede reflejar en el tiempo que tuvieron de primera lactada, donde ésta fue inmediata en un 38.8% (33/85) y durante los primeros 30 minutos un 36.5 % (31/85) que en sumatoria serían un 75.3% que en menos de 30 minutos iniciaron la lactancia materna. Un 24.7% (21/85) de los casos inició la lactancia entre 30-59 minutos después del nacimiento (ver Tabla y Gráfico No. 17).

Tiempo de primera lactada	Frecuencia	Porcentaje
Inmediatamente después del nacimiento	33	38.8
En los 30 minutos posteriores al nacimiento	31	36.5
Entre 30 - 59 minutos después del nacimiento	21	24.7
Total	85	100.0

Tabla No.17: Tiempo de primera lactada en niños nacidos por vía cesárea.

Tiempo de retorno	Frecuencia	Porcentaje
15 min después de retirado	2	2.4
30 min después de retirado	28	32.9
Antes de una hora de retirado	39	45.9
Después de una hora de retirado	16	18.8
Total	85	100.0

Tabla No.18: Tiempo de retorno posterior a la primera separación.

Una vez finalizado el apego precoz, el recién nacido puede ser sustraído de los brazos maternos por diversos motivos, y luego es retornado a su madre. En este estudio se observó que solamente un 18.8% (16/85) de los recién nacidos eran retirados por una hora o más después de ser apartado de su mamá. La mayoría de los recién nacidos fueron regresados entre media hora o una hora después (45.9%, 39/85); o media hora después (32.9%, 28/85) y únicamente 2/85 recién nacidos los regresaron en 15 minutos (2.4%) (ver Tabla y Gráfico No. 18).

Como se mencionó anteriormente, el principal motivo por el cual se finalizó el apego precoz, fue por la realización de somatometría neonatal (92.9%, 79/85), también por la atención materna (5.9%, 5/85) y por último debido a la realización de profilaxis por vitamina K (1.2%, 1/85) (ver Tabla y Gráfico No. 19). El MINSA estipula pasos específicos en sus normativas para la atención del recién nacido, los cuales son cumplidos por el personal de atención en sala de operaciones y que es también un indicio de la buena atención brindada en esta unidad hospitalaria.

Motivo de finalización de apego	Frecuencia	Porcentaje
Somatometría Neonatal	79	92.9
Profilaxis con Vit. K	1	1.2
Para atender a la madre por el personal responsable	5	5.9
Total	85	100.0

Tabla No.19: Motivo de finalización del apego precoz.

10 Conclusiones

- 1- Las pacientes cuyos partos fueron atendidos por vía cesárea en el mes de enero 2022 las edades más frecuentes fueron entre 19-35 años, se encontraban casadas y con escolaridad primaria alcanzada. Los antecedentes ginecoobstétricos que más presentaron las pacientes fueron paridades entre 2 y 3 partos con más de 4 atenciones prenatales. En cuanto a los recién nacidos predominó el sexo masculino, edad gestacional de 39sg, peso de 2500 a 4000 gramos y talla de 40 a 50cm. con un score APGAR de 8 puntos al primer minuto y 9 puntos al quinto minuto.
- 2- Se observó que el tiempo transcurrido para la realización del apego precoz entre la madre y el recién nacido fue después del minuto en un 54.1%
- 3- La forma más frecuente de entrega del recién nacido a la madre durante el apego precoz fue desnudo.
- 4- El pecho materno descubierto al momento de la entrega del recién nacido para el apego precoz fue la más frecuente.
- 5- El tiempo de permanencia del recién nacido con la mamá durante el apego fue mayor de 15 minutos de duración; con una primera lactada inmediata. Una vez finalizado el apego precoz, el recién nacido fue sustraído de los brazos maternos por diversos motivos, y luego es retornado a su madre entre media hora o una hora después. El principal motivo por el cual se finalizó el apego precoz fue por la realización de somatometría neonatal.
- El apego precoz del binomio materno fetal cuyo parto fue vía cesárea resultó ser adecuado, dado que el intervalo del contacto piel a piel fue inmediato, se realizó con él bebé desnudo, el pecho materno descubierto y él bebé permaneció más de 15 minutos junto a la madre, a pesar de que no se logró realizar manera inmediata a todos de los recién nacidos en estudio.

11 Recomendaciones

En base a lo observado en el presente estudio, se formularon las siguientes recomendaciones:

- 1- Estimular al personal médico del hospital Alemán Nicaragüense a que realice de manera rutinaria el apego precoz
- 2- Normatizar el apego precoz en todas las cesáreas, siempre y cuando las condiciones tanto maternas como fetales lo permitan.
- 3- Fomentar la educación continua y capacitación del personal de atención no solamente del servicio de labor y parto, sino también en el servicio de sala de operaciones del hospital Alemán Nicaragüense.
- 4- Dar a conocer la importancia del apego precoz a todas las pacientes atendidas en el servicio de ginecología

12 Bibliografía

Charpak N, et al (2001). randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*. 2001; 108(5): 1072-1079.

Charpak N, et al. (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*. 2005; 94(5): 514-522.

Dois C, et al (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstetrico. *Rev Chil Pediatr.* ;84(3):285-292.

Edmond K, et al (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.*; 117(3): e380-6.

Gonzalez I, & Auchter M (2008). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina*. 2008; 177(5): 1-5.

Herrera A (012). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm.*; 22(1-2): 79-82.

Ludington-Hoe S, et al. (2006) Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*; 117(5): 909-921.

OPS. (2009). Iniciativa Hospital Amigo del niño: Evidencia científica de los 10 pasos y avances recientes. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Antecedentes e implementación. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud/ "UNICEF/OMS., Washington, D.C. Oficina Mundial de la Salud.

Otal S, et al (2012). El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesarea. *Matronas Prof.*; 13(1): 3-8.

Organizacion Mundial de la Salud (2002). Extraído el 10 de junio de 2015 desde: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/PAHO, (2002). The Pan American Health Organization. (Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, D.C.

Organizacion Mundial de la Salud (2015). Extraído el 10 de junio desde: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/

Rivara G, et al. (2006). Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. *Rev. Peruana de Pediatría*; 59: 18-25.

Rivara G, et al (2007). Contacto piel a piel inmediata: Efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev Per Pediatr.*; 60(3): 140-149.

13 Anexos

Anexo No. 1: Solicitud de permiso para la recolección de información.

Managua, 29 noviembre 2021

Dr.

Subdirector docente

HAN

Reciba un cordial saludo. A través del presente documento, hago solicitud formal para la revisión de expedientes y observación de eventos en el servicio de sala de operaciones del Hospital Alemán Nicaragüense, con el propósito de iniciar la fase de recolección de datos, en la que pretendo llevar a cabo el estudio denominado “Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término atendido por cesárea en sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el mes de enero 2022.”

Los datos serán recolectados solamente para fines de esta investigación y no serán compartidos con otro investigador. La información expresada no pretenderá dañar ni afectar profesional o legalmente a ningún colega médico o paciente. No se proporcionará información personal de los pacientes seleccionados para este estudio y su expediente no será manipulado por personas no autorizadas.

Agradezco de antemano su apoyo.

Atentamente:

Dra. Yolivia Cristina Miranda Aldana.

Médico residente de IV año de Ginecología y Obstetricia

Hospital Alemán Nicaragüense

Anexo No. 2: Ficha de recolección de datos.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua)
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Alemán Nicaragüense



Protocolo de tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia

Calidad del apego precoz entre madre y su recién nacido a término atendido por cesárea en sala de quirófano del hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el mes de enero 2022

Autora:
 Dra. Yolivia Cristina Miranda Aldana.
 Médico y cirujano general

1. Caracterización del binomio

Madre

Edad materna	Menos de 19 años		Estado civil	Casada	
	19-35 años			Soltera	
	Más de 35 años			Unión estable	
			Paridad	1	
		2-3			
Nivel académico	Analfabeta			Más de 3	
	Primaria			Ninguno	
	Secundaria		Menos de 4		
	Universidad		Más de 4		
			# de APN		

Recién nacido

Sexo	Femenino		Masculino	
Peso	Menos de 2500gr	2500-4000gr	Mayor de 4000gr	
Talla	Menos 40cm	40-50cm	Más de 50cm	
Apgar 1´		8	9	
Apgar 5´		8	9	

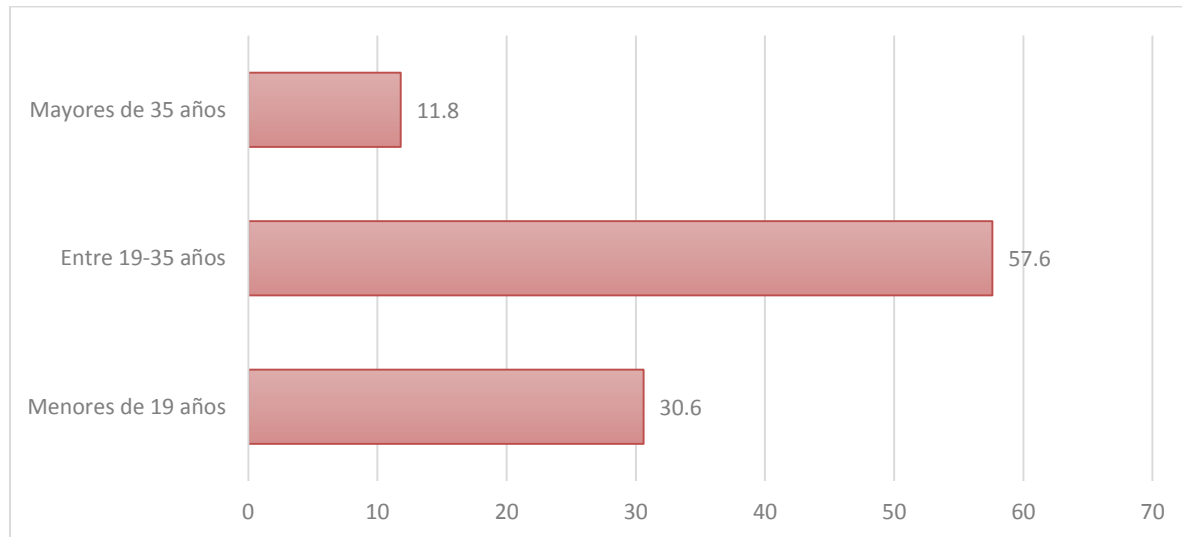
Edad gestacional	37sg		38sg		39sg	
2. Tiempo estimado de inicio de apego precoz						
Intervalo de inicio del apego	Menos de 1´		Más de 1´			
3. Manera de contacto del recién nacido						
Tipo de vestimenta	Desnudo		Arropado			
Posición del recién nacido	Prono		Supino			
4. Estado del pecho materno						
Estado	Descubierto		Cubierto por la bata			
5. Duración del apego precoz						
Tiempo de permanencia	Menos de 15´		Más de 15´			
Tiempo de primera lactada	Inmediatamente después del nacimiento		Entre los 30 y 59min minutos después del nacimiento			
	30 min posteriores al nacimiento		Entre 1 y 2 horas después del nacimiento			
Tiempo de retorno	15 min después de retirado		Antes de una hora de retirado			
	30 min después de retirado		Después de una hora de retirado			
Motivo de finalización del apego	Somatometría neonatal		Atención de la madre			
	Profilaxis con vit. K		Profilaxis ocular			

Anexo No. 3: Cronograma de actividades

No	ACTIVIDAD	FECHAS DE CUMPLIMIENTO
1	Fase exploratoria	Realizado
2	Redacción de protocolo	Realizado
3	Prueba o validación de instrumentos	Diciembre 2021
4	Obtención de la información	Enero 2022
5	Procesamiento y análisis estadístico	Febrero 2022
6	Discusión de resultados	Febrero 2022
7	Redacción de informe final	Febrero 2022
8	Presentación de trabajo	Febrero 2022

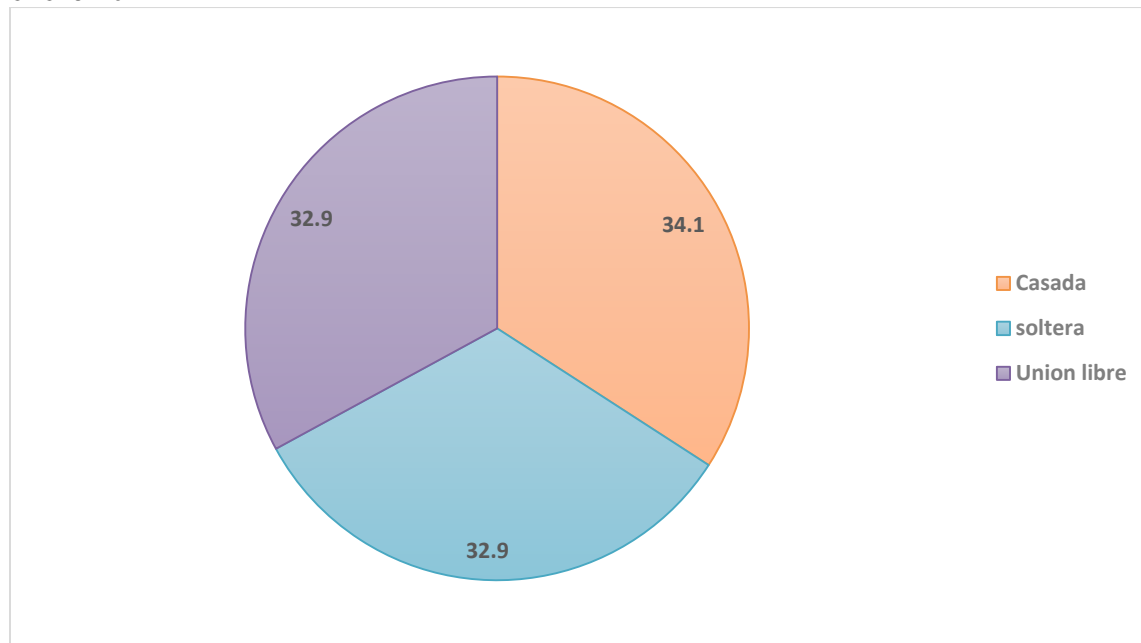
Anexo No. 4: Gráficos de Resultados

Gráfico No.1: Edad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022



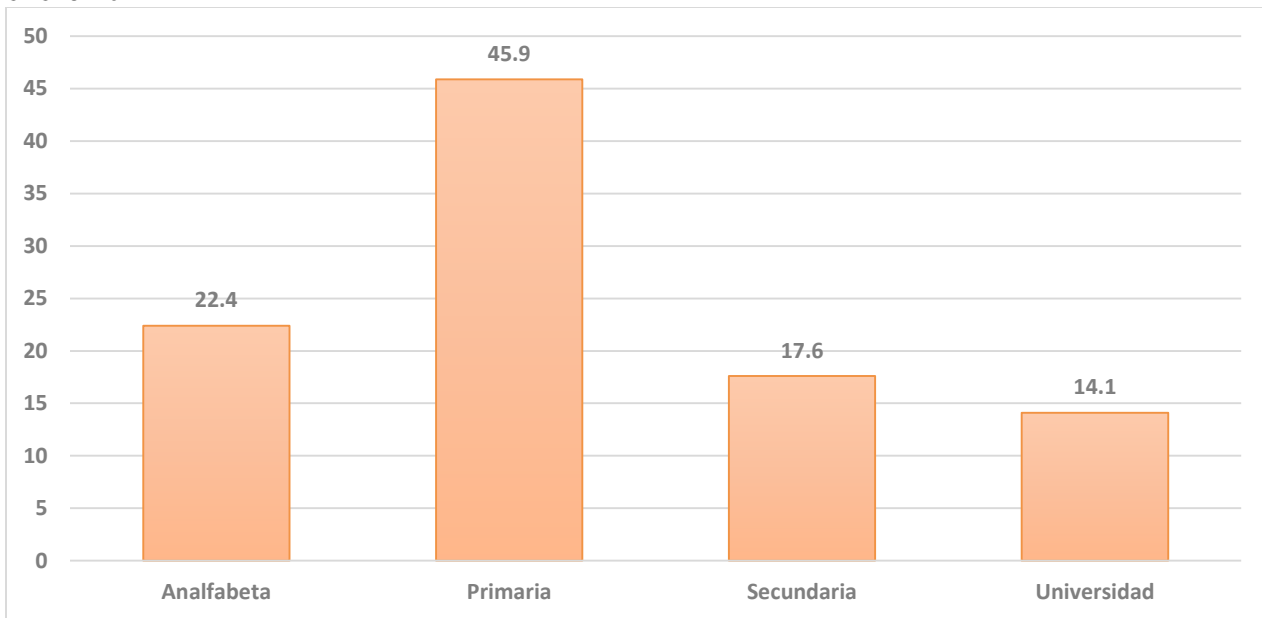
Fuente: Tabla No.1: Edad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No.2: Estado civil de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022



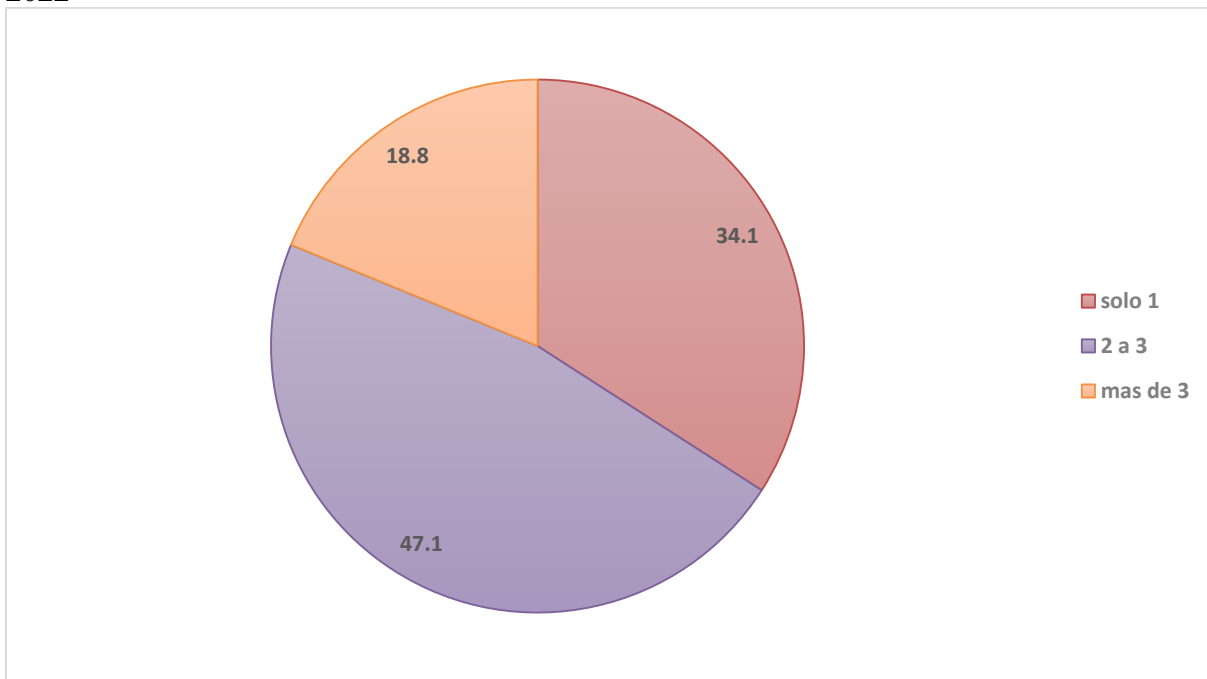
Fuente: Tabla No.2: Estado civil de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 3: Escolaridad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022



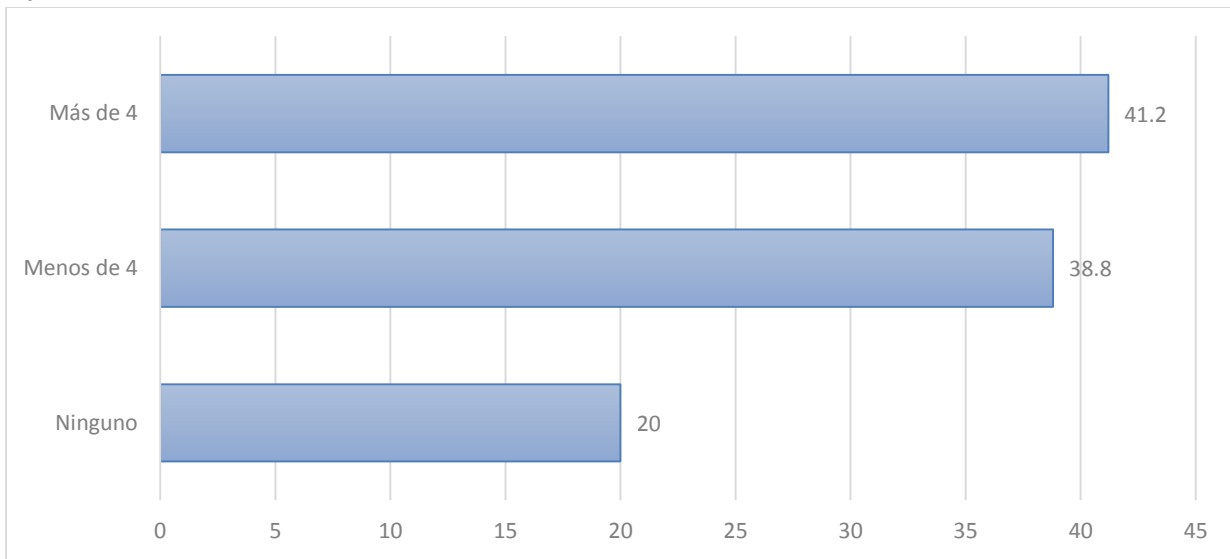
Fuente: Tabla No.3: Escolaridad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 4: Paridad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022



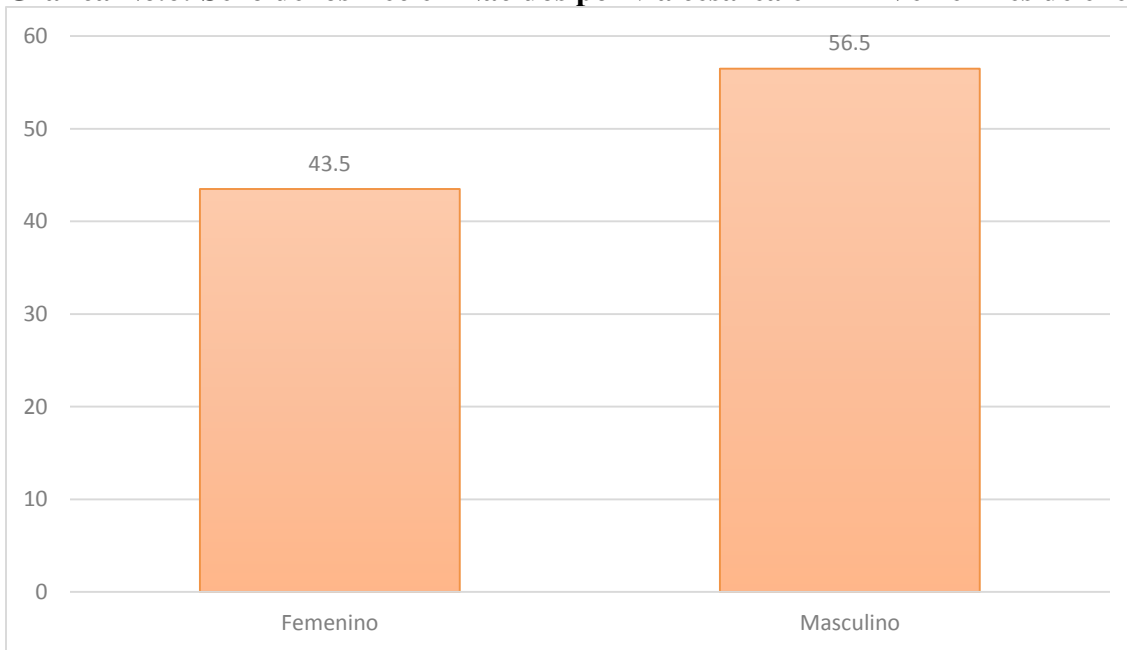
Fuente: Tabla No.4: Paridad de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 5: #de APN de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022



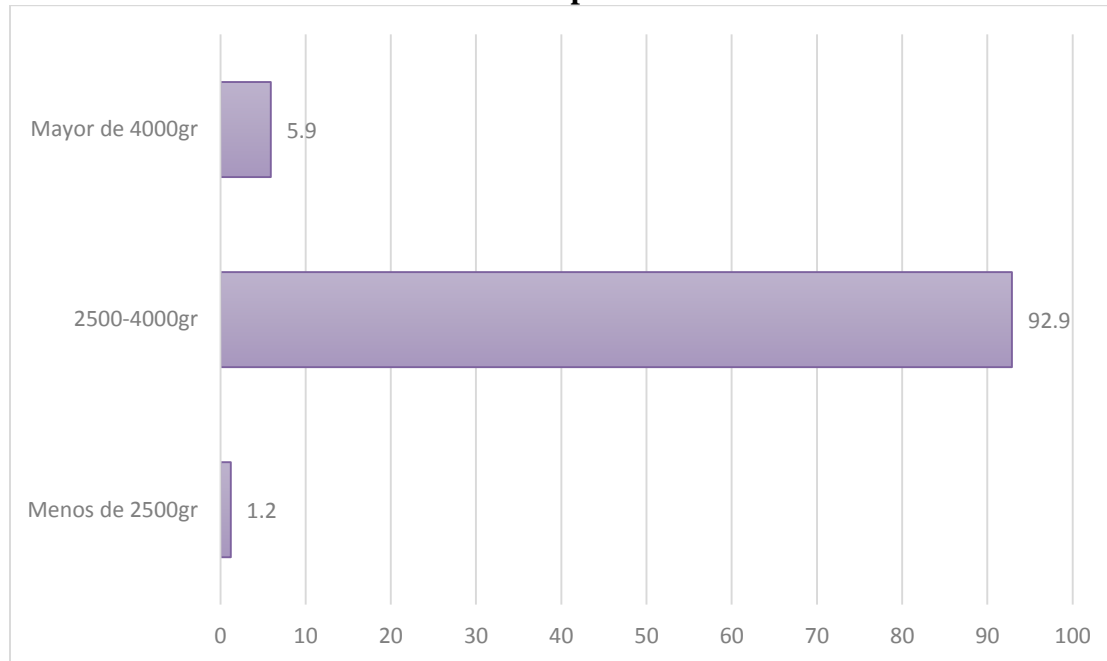
Fuente: Tabla No.5: #de APN de las pacientes que se les practicó cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfica No.6: Sexo de los Recién Nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022



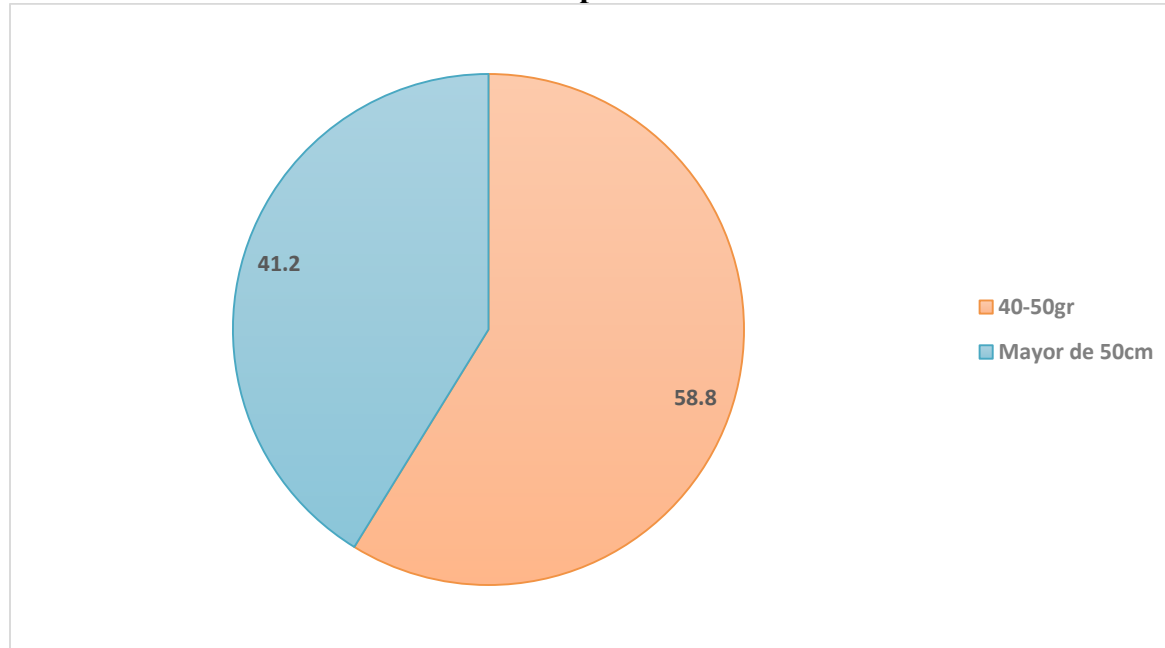
Fuente: Tabla No.6: Sexo de los Recién Nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfica No. 7: Peso de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022



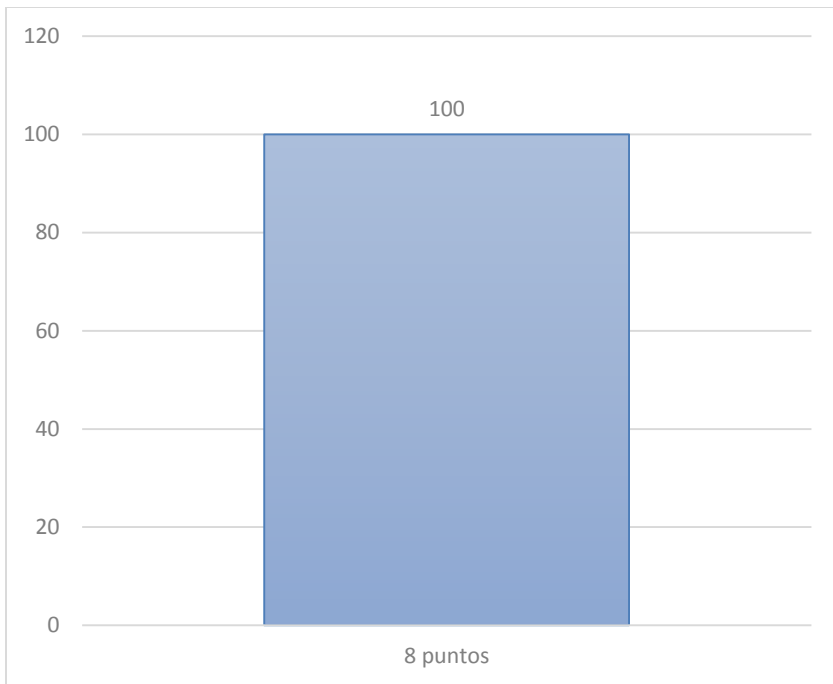
Fuente: Tabla No.7: Peso de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 8: Talla de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022



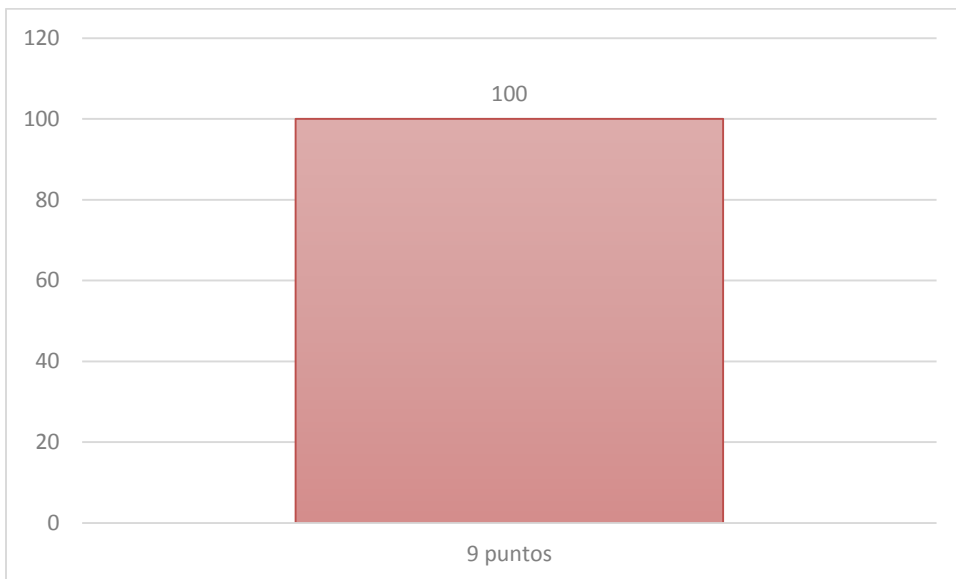
Fuente: Tabla No.8: Talla de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 9: Apgar 1' de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022



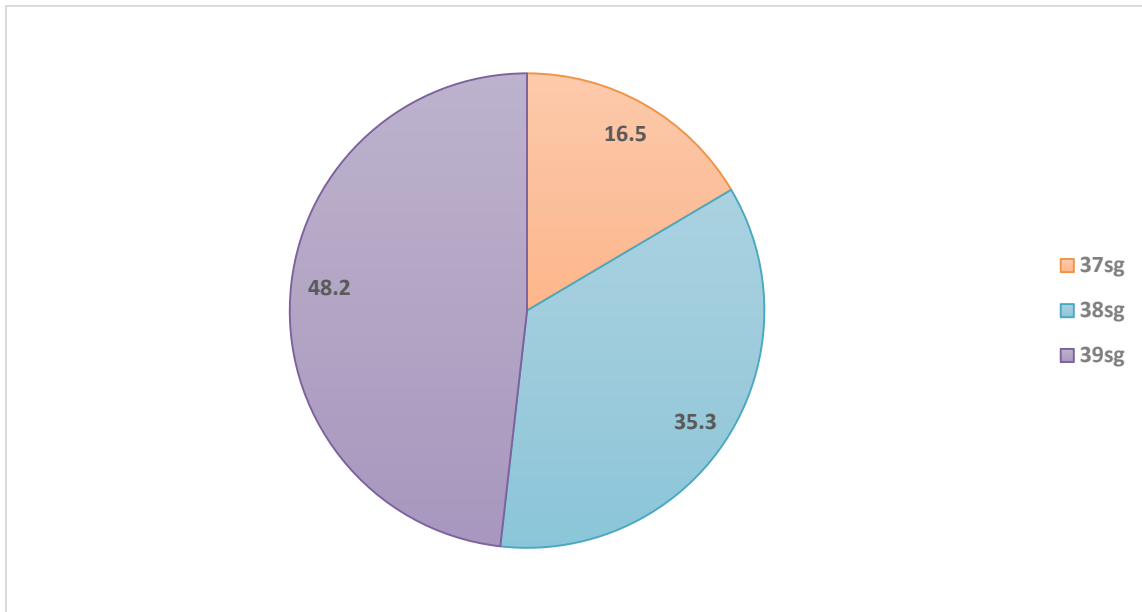
Fuente: Tabla No.9: Apgar 1' de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 10: Apgar 5' de los recién nacidos por vía cesárea en el mes de enero 2022



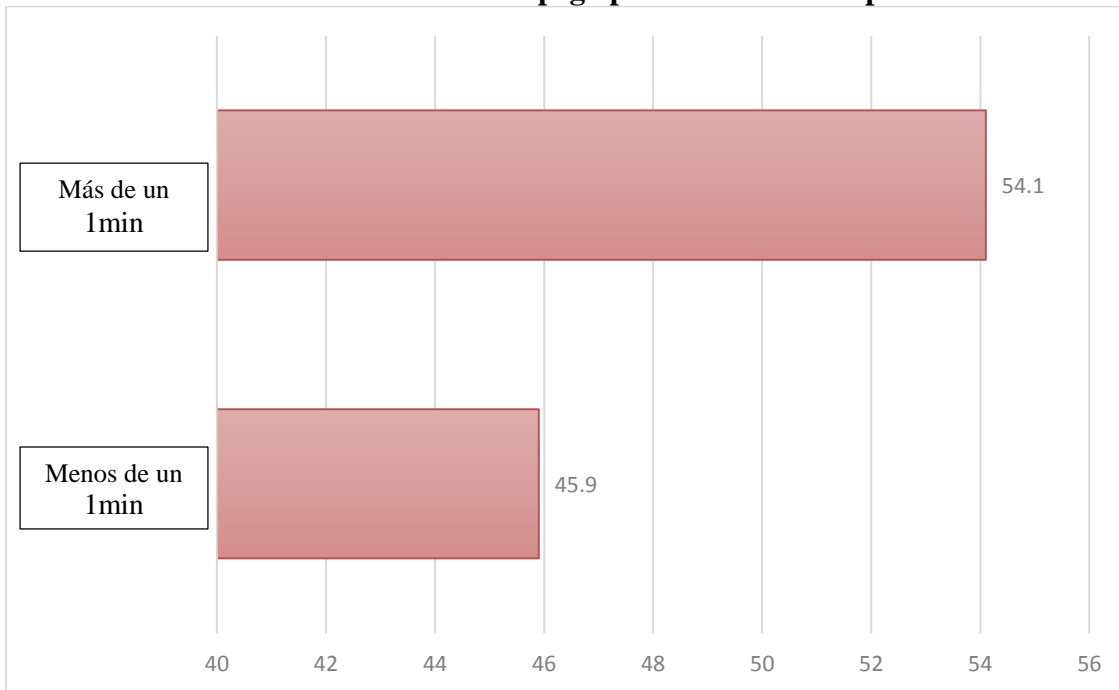
Fuente: Tabla No.10: Apgar 5' de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No.11: Edad Gestacional de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022



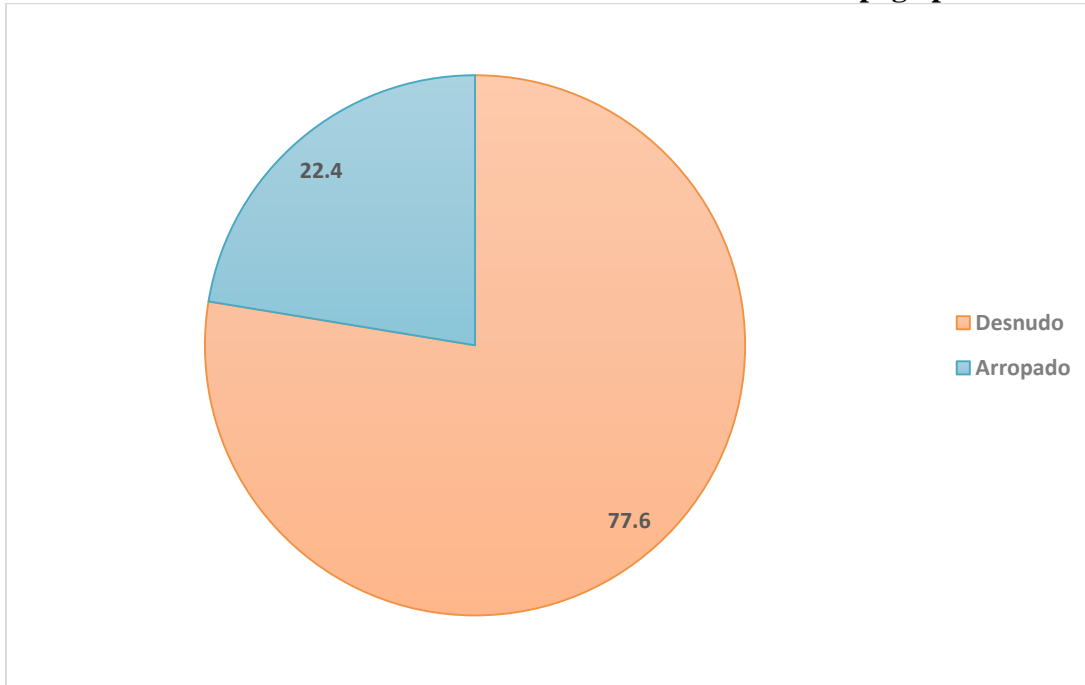
Fuente: Tabla No.11: Edad Gestacional de los recién nacidos por vía cesárea en HAN en el mes de enero 2022

Gráfico No. 12: Intervalo de inicio de apego precoz en sala de operaciones del HAN.



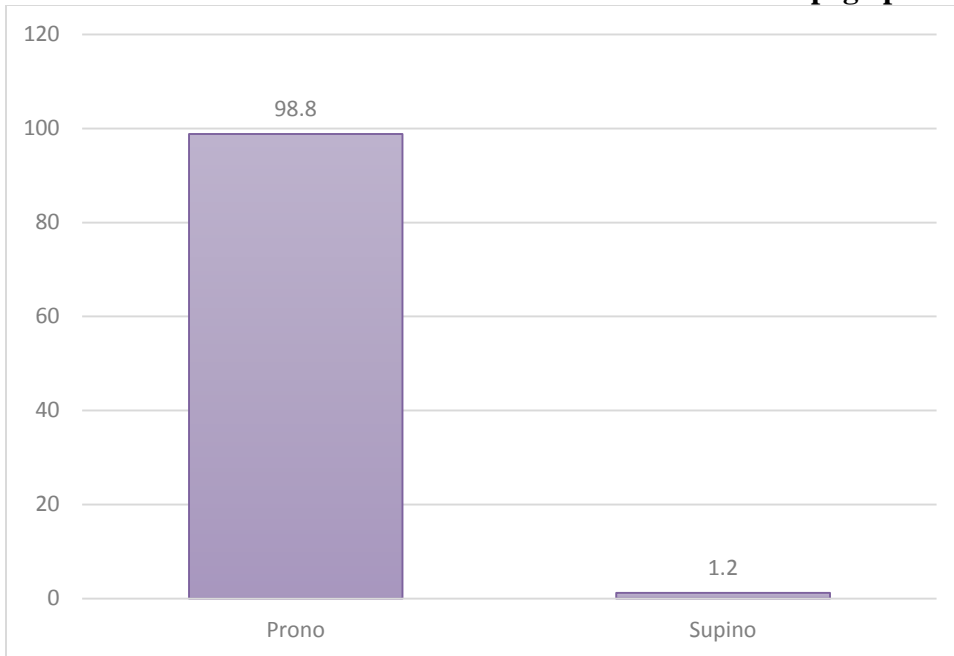
Fuente: Tabla No.12: Intervalo de inicio de apego precoz en sala de operaciones del HAN.

Gráfico No. 13: Vestimenta del recién nacido al momento del apego precoz



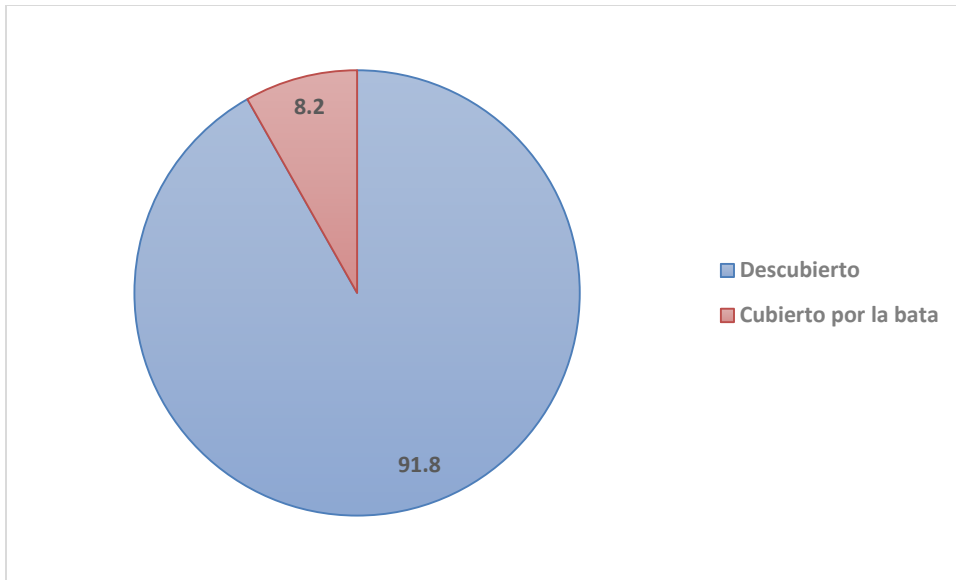
Fuente: Tabla No.13: Vestimenta del recién nacido al momento del apego precoz

Gráfico No.14: Posición del recién nacido al momento del apego precoz.



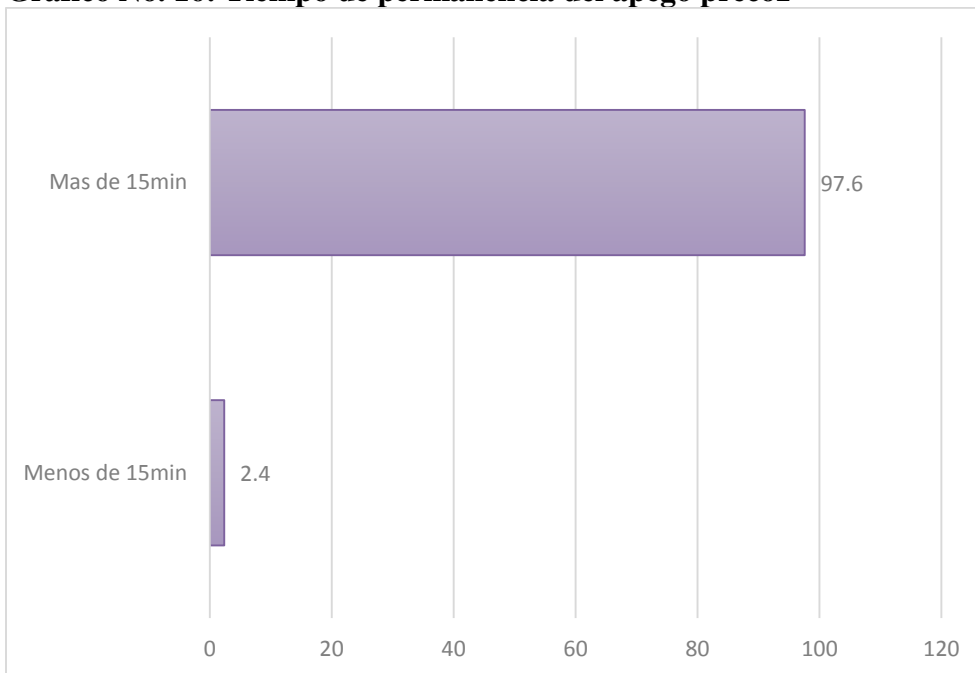
Fuente: Tabla No.14: Posición del recién nacido al momento del apego precoz.

Gráfico No. 15: Vestimenta de la madre al momento del apego precoz



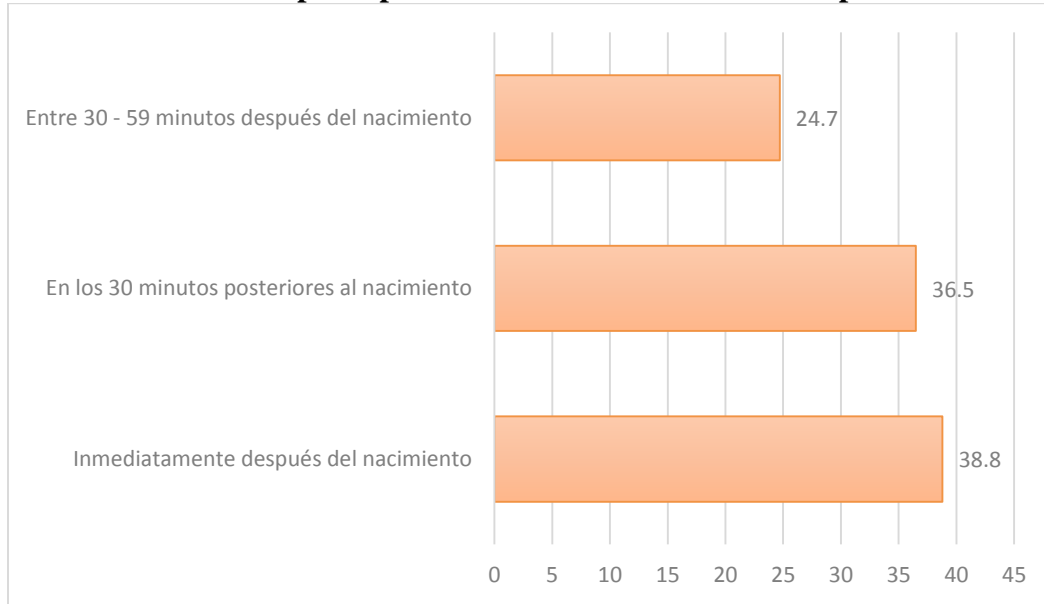
Fuente: Tabla No.15: Vestimenta de la madre al momento del apego precoz

Gráfico No. 16: Tiempo de permanencia del apego precoz



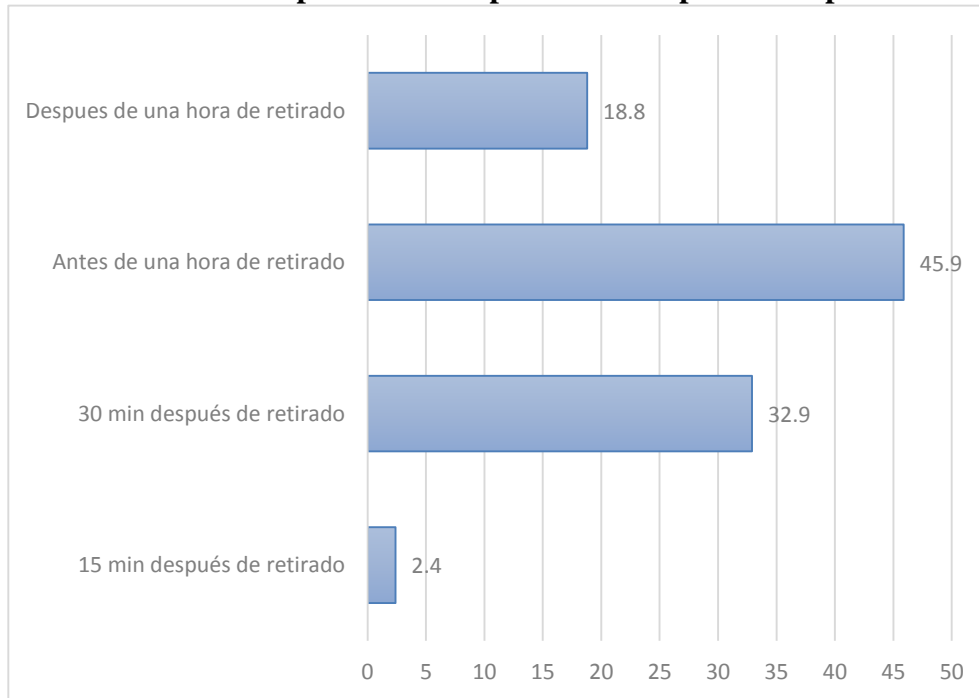
Fuente: Tabla No.16: Tiempo de permanencia del apego precoz

Gráfico No. 17: Tiempo de primera lactada en niños nacidos por vía cesárea.



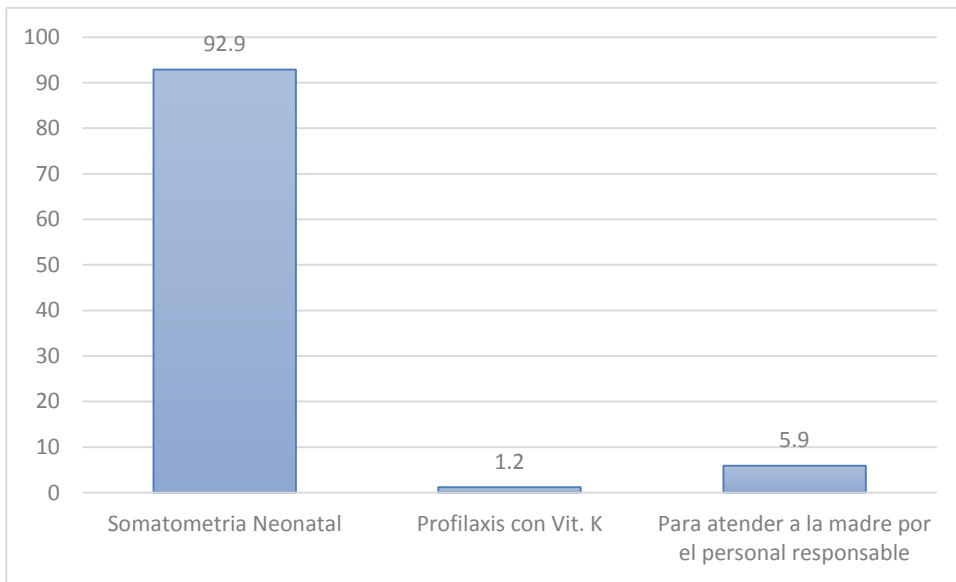
Fuente: Tabla No.17: Tiempo de primera lactada en niños nacidos por vía cesárea.

Gráfico No. 18: Tiempo de retorno posterior a la primera separación.



Fuente: Tabla No.18: Tiempo de retorno posterior a la primera separación.

Gráfico No. 19: Motivo de finalización del apego precoz.



Fuente: Tabla No.19: Motivo de finalización del apego precoz.

