

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMÓN
BOLÍVAR. CAJAMARCA PERÚ– 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

BACH. PALOMINO CHÁVEZ, LEYDI GRACIELA

ASESORA

DRA. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA

CAJAMARCA – PERÚ

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Leydi Graciela Palomino Chávez**

DNI: **70259683**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad

Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA PERÚ - 2024

6. Fecha de evaluación: **24/06/2025**

7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (ORIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **19%**

9. Código Documento: **oid: 3117:469575828**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 25/06/2025

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 <hr/> Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera DNI: 26629678

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2024 by
PALOMINO CHÁVEZ, LEYDI GRACIELA
Todos los Derechos Reservado

FICHA CATALOGRÁFICA

Palomino L, 2024. **Intervención del profesional de enfermería en el apego precoz del neonato. Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.** / Palomino Chávez, Leydi Graciela/ 74 páginas

Disertación Académica para Obtener el Título de: Licenciada en Enfermería – UNC, 2024

Asesora: Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera.

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMÓN
BOLÍVAR. CAJAMARCA PERÚ - 2024**

AUTOR : Bach. Enf. Leydi Graciela Palomino Chávez

ASESORA : Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

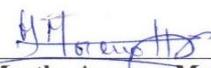
JURADO EVALUADOR



M. Cs. Aida Cristina Cerna Aldave
PRESIDENTE



Lic. Violeta Mercedes Salazar de Oblitas
SECRETARIA



M. Cs. Martha Amparo Moreno Huamán
VOCAL



MODALIDAD "A"
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 3 p.m. del 23 de Mayo del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente II-304 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Intervención del profesional de Enfermería en el Apego Precoz del neonato. Hospital I.E. Simón Bolívar. Cajamarca Perú - 2024

del (a) Bachiller en Enfermería:

Leydi Graciela Palomino Chávez

Siendo las 4.15 p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Buena, con el calificativo de: 1.5, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra Apta para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>H.C. Aida Kristina Berna Aldave</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario(a):	<u>Lic. Enf. Violeta M. Salgado Oblitas</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal:	<u>H.C. Martha Amparo Moreno Huamán</u>	<u>[Firma]</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, quién ha sido mi guía en este largo camino, brindándome fortaleza y sabiduría en cada parte del proceso para alcanzar mis metas y crecer profesionalmente.

Con mucho amor y cariño a mi padre Corpus Palomino Cerna, mi madre Luzmila Chávez Becerra, por ser los pilares más importantes en mi vida, por demostrarme siempre su amor, comprensión, confianza y su apoyo incondicional para luchar siempre por mis objetivos.

A mi pareja Ángel Lorenzo Huatay Acuña por brindarme las fuerzas y el apoyo constante para poder culminar mi meta y sobre todo por el amor y ternura que me ofrece día a día. A mi Hijo Enzo Mateo que es el motor de mi vida y lo que me impulsa a seguir adelante para mejorar como ser humano y profesional.

A mis queridos hermanos por ser parte importante en mi vida y representar la unión familiar, por llenar mi vida de alegrías y amor.

Leydi G. Palomino CH.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por regalarme vida y salud, protegerme en todo momento de mi vida, guiarme por el sendero del bien, para obrar con amor y bondad en mi labor como Enfermera.

A mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca, quien me albergo en sus aulas para hoy llegar a ser una gran profesional. Por haberme inculcado valores y principios, adquirir nuevos conocimientos, y así mismo poder terminar la carrera profesional de Enfermería con éxito.

A la Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera por su gran apoyo en la elaboración y culminación de la tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería por haber contribuido en mi formación académica.

Al personal Profesional de Enfermería del servicio de Neonatología del Hospital IIE Simón Bolívar– Cajamarca, por las facilidades y autorización para aplicar el instrumento.

Leydi G. Palomino CH.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Planteamiento del problema...	2
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos	6
Objetivo General.....	6
1.4. Justificación	6
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes del estudio.....	8
2.1.1. Internacionales	8
2.1.2. Nacionales	10
2.2. Bases Teóricas.....	11
2.1.1. Teoría del apego	11
2.1.2. Teoría del modelo de adaptación del rol maternal de Ramona Mercer	14
2.1.3. Recién nacido o neonato	15
2.2. Hipótesis.....	45
2.3. Variables del estudio	45
2.3.1. Variable de estudio 1: Intervención de Enfermería en el apego precoz.....	45
2.4. Definición y operacionalización de las variables	46
CAPÍTULO III.....	49
DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
3.1. Diseño y tipo de estudio	49
3.2. Población de estudio.....	49
3.2.1. Población.....	49
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	49

3.3.1. Criterios de inclusión	49
3.3.2. Criterios de exclusión.....	49
3.4. Unidad de análisis	49
3.5. Muestra o tamaño muestral	50
3.6. Técnica e instrumentos de recopilación de información	50
3.6.1. Validez y confiabilidad del instrumento	50
3.6.2. Proceso de recolección de datos	50
3.6.3. Prueba Piloto	50
3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	51
3.8. Consideraciones éticas	51
3.8.1. Autonomía.....	51
3.8.2. Respeto	51
3.8.3. Honestidad	51
3.8.4. Responsabilidad	51
3.8.5. Beneficencia	51
CAPITULO IV.....	52
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Test de APGAR

33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Neonatos según edad gestacional atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.	53
Tabla 2. Neonatos según tipo de parto atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.	55
Tabla 3. Neonatos según nivel de depresión del test de APGAR atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.	56
Tabla 4. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de la madre y el neonato según edad gestacional atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú - 2024.	57
Tabla 5. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de la madre y el neonato según tipo de parto atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar Cajamarca Perú-2024.	59
Tabla 6. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de la madre y el neonato según nivel de depresión del test de APGAR atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar Cajamarca Perú - 2024.	61

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado	76
ANEXO 2. Instrumento de Recolección de Datos	77

ABREVIATURAS

AP: Apego precoz

CPP: Contacto piel a piel

LME: Lactancia Materna Exclusiva

RN: Recién nacido

EG: Edad gestacional

RNMBP: Recién nacidos de muy bajo peso

SDR: Síndrome de dificultad respiratoria

ROP: Retinopatía de la prematuridad

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz, según la edad gestacional del neonato, el tipo de parto y el nivel de depresión según test de APGAR en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024. La muestra estuvo conformada por 15 Profesionales de Enfermería, el diseño metodológico fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y corte transversal; para la recolección de datos se utilizó una ficha de cotejo y la historia clínica. Se obtuvo como resultados que, la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de neonatos según edad gestacional, 10.87% pre término, 8.70% a término y 4.35% post termino, por ser menos de 60 minutos fue un apego precoz no exitoso; 15.22% pre término, 60.87% a término recibieron apego precoz exitoso el mismo que fue con una duración de 60 minutos a más. En cuanto a neonatos según tipo de parto, 17.39% y 6.52% de parto eutócico y distócico respectivamente; tuvieron apego precoz no exitoso por ser menor de 60 minutos y 76.09% de parto eutócico con apego precoz exitoso que fue de 60 minutos a más; así mismo el apego precoz de neonatos según el nivel de depresión del test de APGAR, 6.52% de los neonatos con depresión moderada (0 a 6 puntos), el apego precoz fue no exitoso, por ser menor de 60 minutos; 93.48% de neonatos el apego precoz fue exitoso, cuyo tiempo fue de 60 minutos a más.

Palabras clave: Personal Profesional de Enfermería, Apego precoz

ABSTRACT

The present research work aimed to determine the intervention of the Nursing Professional in early attachment, according to the gestational age of the newborn, the type of delivery and the level of depression according to the APGAR test at the IIE Simón Bolívar Hospital. Cajamarca Peru - 2024. The sample consisted of 15 Nursing Professionals, the methodological design was descriptive with a quantitative approach and cross-sectional; for data collection, a checklist and medical history were used. The results were that the intervention of the Nursing Professional in the early attachment of newborns according to gestational age, 10.87% preterm, 8.70% at term and 4.35% post term, because it was less than 60 minutes it was an unsuccessful early attachment; 15.22% preterm, 60.87% full-term received successful early attachment, which lasted 60 minutes or more. Regarding newborns according to type of delivery, 17.39% and 6.52% of eutocic and dystocic births respectively; had unsuccessful early attachment for being less than 60 minutes and 76.09% of eutocic births with successful early attachment that was 60 minutes or more; likewise, the early attachment of newborns according to the level of depression of the APGAR test, 6.52% of newborns with moderate depression (0 to 6 points), the early attachment was unsuccessful, being less than 60 minutes; 93.48% of newborns early attachment was successful, whose time was 60 minutes or more.

Keywords: Professional Nursing Staff, Early Attachment

INTRODUCCIÓN

El Profesional de Enfermería es el capital humano valioso, dentro del equipo de salud, cumpliendo funciones administrativa, de docencia, investigación y asistencial, brindando cuidados desde el nacimiento hasta la muerte; desempeñándose en diferentes áreas, siendo una de ellas Neonatología, en la que se brinda atención inmediata del recién nacido como es el apego precoz o contacto piel a piel, entre la madre y el neonato, el cual favorece el establecimiento de una relación segura, mejora la adaptación neonatal, la termorregulación, estabilidad emocional en las primeras horas de vida y fortalece la lactancia materna, constituyendo un vínculo afectivo esencial y que tiene un impacto decisivo en el desarrollo integral del niño; esta atención se realiza teniendo en cuenta la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Neonatal, establecida por el Ministerio de Salud (MINSA) (1).

Teniendo en cuenta la problemática internacional, nacional y local se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz, según la edad gestacional del neonato, el tipo de parto y la puntuación de APGAR en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024; la misma que contiene también un marco teórico, metodológico y resultados respectivos estos últimos presentados en tablas estadísticas con su respectiva interpretación, análisis, discusión y confrontación, además conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El nacimiento del ser humano es el transcurso de la vida intrauterina al medio ambiente, el mismo que es agreste para el recién nacido porque se enfrenta a una temperatura distinta a la de la madre, la que ocasiona efectos negativos en su salud y considerando que no todos los recién nacidos vienen en condiciones apropiadas, especialmente, el pre término en donde los reflejos están disminuidos convirtiéndose en un problema aún mayor. Por lo que el Profesional de Enfermería, del área de Neonatología, de acuerdo a la Norma Técnica de Atención del Recién Nacido, dentro de la actividad realiza el contacto piel a piel o apego precoz entre la madre y el niño; constituyendo una interrelación y beneficios entre ambos; la involución uterina (2), termorregulación, los expone a bacterias beneficiosas que se encuentran en la piel de las madres. Estas bacterias buenas protegen a los bebés de enfermedades infecciosas y les ayudan a fortalecer sus sistemas inmunológicos (3), aprovechamiento del calostro para mejorar el sistema inmunológico, la producción de leche a través de la succión y la instalación de la leche materna (2).

El personal de Enfermería no siempre realiza el contacto piel a piel por múltiples razones como: prematuridad del recién nacido, cuando a la evaluación con el test de APGAR, tiene una puntuación por debajo de 7 puntos, parto distócico, parto prolongado; por otro lado, mayor demanda de partos, insuficiente personal Profesional de Enfermería en Neonatología, perjudicando la salud al recién nacido a corto y largo plazo (4).

A nivel mundial 78 millones de recién nacidos (3 de cada 5), no son amamantados en la primera hora de vida, lo que los pone en mayor riesgo de muerte, enfermedad y disminuye las posibilidades de la continuidad de la lactancia materna. El 65% de este problema se reportó en África oriental y meridional, siendo las más altas el 32% en Asia oriental y el Pacífico (5). En el mismo contexto, según la UNICEF, analizaron datos de 76 países, estimando que 78 millones de neonatos en el mundo tuvieron apego precoz pasado la hora de nacimiento, sabiendo que esta práctica es primordial en los neonatos. Además, favorece al inicio de la lactancia materna precoz con éxito mejorando la producción de leche y el reflejo de succión; lo que impulsará en preservar

una buena salud, prevenir infecciones y ayudar en el desarrollo del niño a lo largo de toda la vida, contrario a ello el amamantar parcialmente o no amamantarlos pone en riesgo a los lactantes de la morbimortalidad (6).

En los Estado Unidos; en una investigación planteada señala que, los bebés necesitan vínculos seguros a fin de desarrollar la competencia social necesaria para dirigirse con éxito en las relaciones crianza de que se ha asociado con el desarrollo emocional del niño, específicamente el vínculo entre los niños y sus madres. Sin embargo, este vínculo puede ser simplemente el resultado de otros comportamientos sociales posteriores con los compañeros y los adultos (7). Así también, en Turquía los datos revelan que el nivel de autoeficacia de lactancia materna y el estado de apego materno de las madres debe determinarse en el período posparto, y el personal de salud debe intervenir en los factores modificables que afectan negativamente la autoeficacia de lactancia materna y el estado de apego, especialmente en madres en riesgo (8).

Estudios en América Latina, indican que de 10 recién nacidos 05 no son amamantados inmediatamente al nacimiento, la prevalencia y duración del amamantamiento, después del nacimiento no cumplen lo recomendado por la OMS (9). Con lo cual se evidencia mayores casos de niños que no se alimentan con leche materna los cuales suelen presentar mayores riesgos de padecer morbilidades graves y duraderas en la niñez. Por otro lado, se evidencia que en los niños amamantados con leche materna hasta los 3 meses disminuye el riesgo de padecer otitis media (77%), infecciones respiratorias de las vías bajas (75%), asma (40%) y dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses disminuye el riesgo de padecer leucemia (20%) y el riesgo de muerte súbita (36%) (10).

En Brasil, muestra que las madres amplían el apego con su neonato por medio de la alimentación y el cuidado que brinda al recién nacido después del parto. Sabiendo que, cualquier fuerza perjudicial para la interacción madre-hijo puede retrasar el crecimiento del vínculo entre la progenitora y su neonato. Enfatiza también que, se experimentan más problemas y dificultades en el período posparto por cesárea en comparación con el parto vaginal (11). En los países en desarrollo hay enfermedades infantiles de alta incidencia, asociada a falta del apego precoz, falta de lactancia materna al nacimiento y mala alimentación, siendo las primeras causas hacia la

desnutrición. Además, interfiere negativamente en la adherencia de la práctica de lactancia materna si no se inició el apego inmediatamente al nacimiento, si la madre no logró aprender y adoptar comportamientos básicos para llevar a cabo la lactancia materna, consecuentemente llevará a usar otros métodos de alimentación alternativa no recomendados en sus bebés (12).

En el Perú el INEI el 2018, hizo un estudio para monitorear la densidad demográfica y de la salud de las familias donde los resultados evidencian que 98,9% de los RN antes del 2018, han lactado alguna vez, de los cuales el 49,7% de recién nacidos tuvieron lactancia precoz durante los primeros 60 minutos de vida después del parto, sin embargo, luego de la llegada de la pandemia, recibieron otro tipo de alimentación antes de lactar el 50,3% (13). En Loreto el 70% de mujeres alumbró en casa sin asistencia de los servicios de salud y solo el 10% de gestantes realizan el contacto precoz, el 39% dan calostro a sus neonatos y el 61% inicia la lactancia temprana (13). En Junín, respecto al apego y LME, obtuvieron como resultados que el 80,3% de madres tuvo un nivel de apego positivo y la lactancia materna fue adecuada en un 57,4%, Así mismo se encontró un 57,4% con apego positivo y lactancia materna adecuada, confirmando la gran importancia de que al darse el apego precoz se puede establecer una LME adecuada (14).

Mientras que, otro estudio en Ayacucho, se encontró que el 74,3% tuvo un contacto piel a piel inadecuado, y a pesar de ello se inició lactancia materna dentro de la primera hora de vida (15). En el contexto local, se evidencia que el contacto piel a piel se asocia en forma significativa con un incremento de las posibilidades de la lactancia materna exclusiva (16). Otro estudio en Cajamarca, encontró que, el 89% no realizó el contacto precoz piel a piel, y de este porcentaje el 91,7% tuvo una práctica incorrecta de la lactancia (17).

La carencia del apego precoz conlleva a que los recién nacidos se encuentren más susceptibles al entorno inmediato, por lo que, suelen enfermarse continuamente y presentan crecimiento inadecuado. Los estudios demuestran que, la ausencia de apego precoz en la primera hora de nacido, afecta a la madre, debido que al no amamantar inmediatamente no disfrutará de los beneficios para ella, como la liberación de oxitocina endógena que favorece la contractibilidad e involución uterina, disminuir la hemorragia post parto, estimular la producción del calostro, entre otros. Los neonatos que no tuvieron CPP tuvieron muchas complicaciones a causa de esa

separación, como la aceleración cardíaca, mala perfusión, hipoglucemia y pérdida del calor corporal en el neonato e incluso el abandono del amamantamiento hasta los 6 meses de edad (18); también, el no cumplirse el procedimiento establecido en el apego precoz, conlleva a que la LME sea muy posterior al nacimiento o se pierda en los primeros 2 ó 3 días de vida (3).

A pesar de las recomendaciones e importancia del apego precoz y su relación con la lactancia materna exclusiva, este apego no se logra establecer dentro del tiempo recomendado y adecuadamente. Uno de los factores asociados es el conocimiento de la madre sobre el tema, tanto en su importancia como en la forma de hacerlo. En este caso, la falta de información y/o conocimiento de la madre sobre los beneficios del apego precoz y la lactancia materna para el binomio madre-hijo, implica tácitamente la decisión de la madre de amantar o no al niño en los primeros meses de vida del niño. Es decir, el desconocimiento que presentan las madres sobre los conceptos básicos, su importancia, beneficios, técnicas y/o procesos de amamantamiento, conllevan a presentar dificultades al momento de brindar lactancia materna exclusiva a los recién nacidos (17).

Esta realidad no es ajena a la realidad local en donde se ha observado que no se logra establecer un apego precoz recomendado, dándose muchas veces de manera inadecuada, seguido de un inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros minutos de vida del bebé, evidenciando una predisposición a no cumplir con la lactancia materna exclusiva, no se inicie adecuadamente (calostro), o no haya continuidad de la misma. Afectando al recién nacido, tanto en su alimentación, aspecto emocional y en su salud inmediata, ya que, el recién nacido requiere de un proceso de adaptación neonatal inmediata incluida el contacto con su madre y comienzo precoz de la LME. Por lo tanto, se evidencia que un apego precoz inadecuado y una práctica de la lactancia materna incorrecta ponen en riesgo el desarrollo integral del niño y de su entorno familiar; por lo que se pretende realizar la presente investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz del neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar? Cajamarca Perú – 2024?

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz, según la edad gestacional del neonato, el tipo de parto y el nivel de depresión del test de APGAR en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024

Objetivos Específicos

1. Determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según la edad gestacional del neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.
2. Identificar intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según el tipo de parto de las madres puérperas en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.
3. Determinar intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según el nivel de depresión del test de APGAR en el neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.

1.4. Justificación

La presente investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta la problemática encontrada, en donde a nivel mundial 78 millones de recién nacidos (3 de cada 5), no son amamantados en la primera hora de vida (5), 78 millones tuvieron contacto piel con piel, pasado la hora de nacimiento (6); en América Latina, de 10 recién nacidos, 05 no son amamantados inmediatamente al nacimiento (19); a nivel nacional, solo 49,7% de recién nacidos tuvieron lactancia precoz durante los primeros 60 minutos de vida después del parto (13). En Loreto el 70% de mujeres alumbró en casa sin asistencia de los servicios de salud y solo el 10% de gestantes realizan el contacto precoz, el 39% dan calostro a sus neonatos y el 61% inicia la lactancia temprana (13); en Cajamarca, el 89% no realizó el contacto precoz piel a piel, y de este porcentaje el 91,7% tuvo una práctica incorrecta de la lactancia (17).

Los datos considerados en el presente estudio servirán como fuente bibliográfica para otras investigaciones, además de contribuir con la comunidad científica y con los resultados obtenidos permitirán dar a conocer a las autoridades de salud sobre la problemática encontrada de tal forma que ellos propongan políticas oportunas para superar las dificultades o deficiencias encontradas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Recalde J, Trejo J. Ecuador. 2022, realizaron el estudio “Importancia de la intervención de Enfermería en el apego precoz del parto céfalo vaginal para la lactancia efectiva”, con el objetivo analizar la importancia de la intervención de enfermería en el apego precoz del parto céfalo vaginal para la lactancia efectiva. Investigativa de tipo documental, con el método descriptivo analítico. Como resultados se obtuvo que los tiempos de aplicación desde el nacimiento hasta el apego precoz que han sido mayores a los 25 minutos el paciente presenta un efecto de estrés y ansiedad, en relación con los aspectos emocionales. Con respecto a los datos obtenidos se pudo tener en consideración los niveles apego precoz que se han dado con sin ninguna interrupción del 94%; los problemas que no se pueden cumplir el apego precoz por alguna enfermedad de manera generalizada es del 5% y por último por motivos de fallecimiento del 1%. Concluyendo que es necesario la intervención del profesional de enfermería en la gestión del apego precoz durante el parto céfalo vaginal para la lactancia efectiva (20).

Martínez, J. Cruz, M. Ecuador, 2019. con su investigación, “Nivel de cumplimiento de apego precoz durante el puerperio inmediato: El Caso del Hospital General Docente Calderón.” Con el objetivo analizar el cumplimiento del apego precoz durante el puerperio inmediato, y el grado de conocimiento y nivel de satisfacción que las madres de un hospital de Quito tienen sobre el apego precoz. Estudio descriptivo y transversal en 116 diadas madre-hijo atendidas en el Hospital General Docente Calderón en el periodo octubre 2018-marzo 2019, para evaluar el porcentaje de cumplimiento de la norma de apego precoz del MSP (inmediatez, privacidad, eficacia, y continuidad) mediante observación del parto y establecer el conocimiento y nivel de satisfacción con el apego precoz a través de encuestas a la madre. La relación entre la satisfacción del apego precoz con el grado de felicidad de la madre fue evaluada usando chi cuadrado y Phi Crammer ($P > 0.05$). Resultados: Los parámetros de inmediatez, privacidad y eficacia se cumplen en 81%, 86% y 92%, respectivamente, mientras que la continuidad se cumple en un 48%. El tiempo de

permanencia del recién nacido con la madre no supera los 60 minutos en el 52% de diadas madre-hijo. El mayor grado de felicidad se observa el 92% de las madres satisfechas con en el apego precoz. Conclusiones: El apego precoz como práctica integrada en el Protocolo Normativo del MSP entre la madre y su recién nacido durante el parto céfalo-vaginal sin riesgo, se cumple parcialmente (21).

Andrade, R. Bahamonde, K. Ecuador. 2018, con la investigación “Apego precoz como práctica integrada del ESAMyN durante el parto céfalo-vaginal en el hospital General Enrique Garcés en el mes de julio – 2018”, Cuyo objetivo analizar el cumplimiento del apego precoz como práctica integrada en la atención del parto, considerada en el ESAMyN entre la madre y su recién nacido durante el parto céfalo-vaginal sin riesgo, mediante una investigación descriptiva y observacional en el Hospital General Enrique Garcés durante el mes de julio del año 2018. Con un diseño analítico transversal de punto en madres que tuvieron un parto céfalo-vaginal sin riesgo y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión atendidas en el Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito, durante el mes de julio del 2018. Resultados: En cuanto al estudio, en sí, acerca de analizar el cumplimiento del apego precoz en el Hospital Enrique Garcés, se pudo observar que en el 100% de las madres participantes se aplicó el apego precoz inmediatamente después del nacimiento, sin embargo se pudo evidenciar, que no están realizando correctamente el apego precoz, pues solo en el 35% de las madres se colocó al recién nacido en su abdomen, piel a 33 piel, y en el 65% restante lo realizaban sobre los campos estériles que usaban para la atención del parto; en comparación con el estudio realizado en Hospital Vicente Corral Moscoso, en Cuenca donde el apego precoz se realizó en un 77% mientras que en un 23% de madres no se aplicó. Concluyendo que el apego precoz entre las madres y sus recién nacidos, atendidos en el Hospital Enrique Garcés, no se realiza según las normas y protocolos detalladas en la atención integral del parto, pues si bien es cierto que en todas las madres participantes se aplicó el apego precoz inmediatamente al nacimiento (100%), pero no en todas las madres se colocó al recién nacido piel a piel sobre su abdomen, sólo se lo hizo en un 35%, y en el 65% restante los colocaron sobre los campos estériles que usaron durante la atención del parto; por lo tanto se puede decir que no cumple los requisitos como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño (22).

García, P et. al. México. 2017, en su estudio “Contacto piel a piel al nacimiento”, con el objetivo de conocer el efecto del contacto piel a piel (CPP) en la lactancia materna de los recién nacidos del Instituto Nacional de Perinatología”. Estudio de cohorte prospectivo, longitudinal, descriptivo, observacional; se analizó la base de datos de la unidad de cuidados inmediatos al recién nacido entre agosto de 2015 y julio/2016, siendo la muestra poblacional final 1883. Resultados: el 78,91% realizaron CPP, inició desde el minuto 1 de vida en el tipo al nacimiento, minuto 20 en el precoz (15-25 min). La duración del contacto fue en promedio 60 min (30-90 min). Se observó que, el 78,7% que fueron alimentados al seno materno tuvieron CPP. Estadísticamente, el CPP favoreció la lactancia al seno materno. Conclusión: El personal que labora en el quirófano debe ser capacitado en la importancia del CPP en los RN a término sanos para incrementar la lactancia materna, tanto antes del nacimiento y durante el nacimiento por parto y/o cesárea (23).

2.1.2. Nacionales

Roque, J. Puno. 2019, en su estudio “Características del contacto precoz piel a piel en recién nacidos a término del Hospital Carlos Monje Medrano- Juliaca 2018”, cuyo objetivo fue determinar las características y beneficios del contacto precoz piel a piel en recién nacidos sanos a término. Investigación cuantitativa, descriptiva, prospectiva transversal; muestra de 63 neonatos sanos nacidos a término, por parto vaginal; utilizando el muestreo probabilístico por conveniencia. Resultados: el CPP fue de inicio precoz (0.38 ± 0.34 min), corta duración (10.38 ± 6.90 min), siendo la mayor duración 38 minutos y a la menor 3 minutos; el 76,1% del CPP se dio en el centro obstétrico, el 74,6% fue sin gorro, y el 61,9% utilizó toallas precalentadas como cobertor. Solo los neonatos con contacto de larga duración (6,1%) iniciaron succión y de éstos el 100% utilizaron toallas precalentadas. Conclusión: no se realizó un adecuado contacto piel a piel, existe beneficio solo en la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno (24).

Guzmán, F. Lima. 2015, desarrollaron la investigación “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”. El objetivo fue Describir la calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso. Fue un estudio

observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal; que incluyó a 100 diadas madre-hijo. Como resultados más importantes se observó que el 100,0% presentaron una calidad adecuada en la inmediatez del contacto piel a piel, lo mismo para la forma de entrega del recién nacido y para la presentación del pecho materno desnudo. Sin embargo, el 96,0% de las pacientes presentaron una calidad no adecuada del tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno. Respecto al tiempo de inicio de la lactancia, el 70,0% de los recién nacido fueron amamantados entre la 1era y 2da hora de vida, un 20,0% inicio su lactancia después de 2 horas de su nacimiento. La atención de la madre fue uno de los motivos más frecuentes para terminar el contacto piel a piel (53,0%), seguido de la toma de la huella pelmatoscópica en cuna (34,0%). Concluyeron que la calidad del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término fue 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 (25).

2.2. Bases Teóricas

2.1.1. Teoría del apego

Desarrollada por John Bowlby, quien sostuvo que los seres humanos tienen una tendencia innata a buscar la proximidad y el contacto con sus figuras de apego, en momentos de angustia o peligro; a través de su trabajo durante la Segunda Guerra Mundial con niños separados de sus padres y que estaban institucionalizados, encontró patrones de comportamiento y respuestas emocionales específicas que eran comunes en todos ellos: una fuerte necesidad de establecer y mantener la proximidad con sus cuidadores, en situaciones de estrés o peligro; observó que los niños buscaban el contacto físico, la seguridad y el consuelo de sus figuras de apego para calmar su angustia y restaurar su sensación de seguridad y que la calidad de la relación de apego entre el niño y su cuidador tenía un impacto significativo en el desarrollo emocional y en la forma como los niños interactuaban con el mundo (26).

La teoría del apego es un término utilizado para describir los vínculos emocionales. Tienen un impacto significativo en el nacimiento y en el neurodesarrollo. El apego es el vínculo emocional profundo, que se forma entre una persona y sus figuras de apego primarias. Desde el momento del nacimiento, el apego juega un papel crucial en el bienestar y el desarrollo del recién nacido.

Los bebés dependen de sus cuidadores para satisfacer sus necesidades básicas, como la alimentación, la seguridad y el afecto.

La calidad de la relación de apego influirá en cómo los bebés experimentan y responden al mundo que los rodea. Cuando los cuidadores responden de manera sensible y consistente a las señales y necesidades del bebé, se establece un apego seguro, lo que promueve un desarrollo saludable y una base segura desde la cual podrán explorar su entorno y desarrollar habilidades cognitivas y emocionales (26).

2.1.1.1. Postulados principales de la teoría del apego

a. La necesidad de apego

Los seres humanos tienen una necesidad innata de establecer vínculos emocionales y afectivos con figuras de apego, especialmente durante los primeros años de vida. Este vínculo proporciona seguridad, protección y apoyo emocional (26).

b. La importancia de la figura de apego

El cuidador principal, generalmente la figura materna, desempeña un papel crucial en el desarrollo del apego. Esta figura se convierte en una base segura desde la cual el niño puede explorar el mundo y a la que puede recurrir en momentos de estrés o peligro (26).

c. La sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador

La calidad del apego depende en gran medida de la sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador hacia las necesidades emocionales del niño. Los cuidadores que son sensibles, cálidos y consistentes en sus respuestas fomentan un apego seguro y saludable (26).

d. Los modelos internos de trabajo

Las experiencias tempranas de apego forman los modelos internos de trabajo en la mente del niño, que son representaciones mentales de las relaciones y el mundo. Estos modelos internos influyen en la forma en que el niño percibe y responde a las relaciones y pueden tener un impacto duradero en su desarrollo emocional y social (26).

e. La influencia del apego en el desarrollo posterior

La calidad del apego establecido en la infancia tiene implicaciones para el desarrollo posterior del niño. Los niños con un apego seguro tienden a mostrar una mayor confianza, autoestima, capacidad de regulación emocional y habilidades sociales, mientras que aquellos con un apego inseguro pueden experimentar dificultades en estas áreas (26).

2.1.1.2. Tipos de apego

Bowlby identificó cuatro tipos de apego: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado. Estos patrones se manifestaban en las respuestas emocionales y en los comportamientos de los niños cuando se encontraban con situaciones nuevas, estresantes o amenazantes.

a. Apego seguro

Los niños con un estilo de apego seguro muestran confianza en sus cuidadores principales y se sienten seguros al explorar su entorno. Estos niños buscan a sus cuidadores en momentos de estrés o ansiedad y se sienten consolados por su presencia. Responden positivamente a la cercanía y la intimidad emocional, y confían en que sus necesidades serán satisfechas (26).

b. Apego evitativo

Los niños con un estilo de apego evitativo tienden a evitar la cercanía y la dependencia emocional. Pueden parecer independientes y mostrarse poco afectuosos con sus cuidadores. Estos niños pueden minimizar la importancia de las relaciones cercanas y pueden tener dificultades para buscar apoyo emocional en momentos de estrés (26).

c. Apego ambivalente

Los niños con un estilo de apego ambivalente muestran una preocupación excesiva por la cercanía y la aprobación de sus cuidadores. Pueden tener dificultades para explorar su entorno y pueden mostrar ansiedad y resistencia cuando sus cuidadores intentan separarse de ellos. Estos niños pueden tener dificultades para sentirse seguros en las relaciones y pueden buscar constantemente la validación y la atención de los demás (26).

d. Apego desorganizado

El apego desorganizado se caracteriza por respuestas contradictorias y confusas en los niños hacia sus cuidadores principales. Pueden mostrar comportamientos contradictorios, como buscar cercanía y al mismo tiempo mostrar miedo o evitación hacia sus cuidadores. Estos niños pueden haber experimentado situaciones traumáticas o abuso, lo que puede genera respuestas desorganizadas en el contexto de las relaciones de apego (26).

La teoría del apego ha ayudado en la comprensión del desarrollo infantil y ha demostrado su relevancia en la práctica clínica y educativa. Estudios en este campo han afirmado que el apego temprano es fundamental, ya que los patrones de apego establecidos en la infancia pueden tener repercusiones a lo largo de la vida; un apego seguro en la infancia se asocia con un mejor bienestar emocional, mayor resiliencia y mejores habilidades de afrontamiento en la edad adulta. Por el contrario, un apego inseguro puede predisponer a problemas emocionales y dificultades en las relaciones interpersonales en la vida adulta. La identificación y abordaje de dificultades en el apego durante la infancia pueden tener efectos positivos en el desarrollo emocional y relacional del niño. Cada niño y situación son únicos, la clave es mantener una relación amorosa, respetuosa y receptiva con el binomio madre-hijo (26).

2.1.2. Teoría del modelo de adaptación del rol maternal de Ramona Mercer

Mercer desarrolló el modelo de “logro del rol materno - convertirse en madre”. Teoría de rango medio basada en la evidencia que tiene un enfoque específico en lugar de ser abstracto. Se ocupa de la lactancia materna e infantil, pero se puede utilizar en diferentes edades y en diferentes situaciones y entornos, centrado en el papel maternal, donde la mamá constituye un proceso de relación y desarrollo, cuando ésta logra el apego de su hijo, adquiere vivencia en su cuidado y experimenta alegría y la gratificación de su papel, así mismo experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del papel maternal; define la manera en que la mamá ve los acontecimientos vividos que influirán al instante de llevar los cuidados a su hijo con propiedades innatas de su personalidad. Se ve reflejado en la reacción y la práctica de las madres que ofrecen amamantar a sus bebés con leche materna (27).

Mercer estableció la teoría del «Proceso de transformarse en madre», donde integró como componentes la edad del primer origen, la vivencia del origen, la división precoz del infante, las reacciones de crianza, entre otros. Hizo particular énfasis en que el tipo de ayuda o cuidado que la mujer obtiene a lo extenso del embarazo y a lo largo del primer año desde el origen puede tener efectos a largo plazo, tanto en ella como en el infante. Por esto es fundamental que la mamá reciba la enseñanza sobre los múltiples y relevantes daños para la salud que tiene la ingesta de alimentos con sucedáneos de la leche materna. En este sentido, la educación por los expertos de la salud es importante y determinante al poder influir aconsejando la práctica de la lactación materna exclusiva (27).

Ser competente en un rol materno tiene un impacto significativo en la calidad de los comportamientos de crianza y, en última instancia, en el desarrollo social del niño. En la calidad de las interacciones entre madre e hijo en los primeros años de vida de un niño tiene una fuerte relación con sus habilidades cognitivas y lingüísticas en años posteriores.

2.1.3. Recién nacido o neonato

Proviene de la palabra latina del *neo nato* o bebé recién nacido, es aquel que tiene ente 0 a 28 días desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea, representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pre término, a término o post término. El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve. Este hecho conlleva una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil (28).

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un periodo crítico y delicado en el recién nacido porque implica cambios en la respiración, circulación sanguínea y en la manera de alimentación. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos tal cual son, sin ningún tipo de filtro. Estos filtros los va desarrollando con el aprendizaje. Los niveles de cortisol en el cordón umbilical tras el parto están muy elevados y que

diferentes tipos de parto generan diferentes niveles de cortisol en el niño/a. Los niños/as nacidos de cesáreas electivas son los que tienen menor nivel de cortisol, los nacidos vía vaginal tienen una respuesta intermedia cuando se les compara con los nacidos de partos instrumentalizados (fórceps, ventosa) que son los que generan mayor subida de cortisol (29).

2.1.3.1. Clasificación del neonato

A. Según edad gestacional

Que viene a ser el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento, cuando el bebé está dentro del útero de la madre (30). La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas (31).

1. Neonato prematuro o pre término

Son los neonatos que nacen antes de las 37 semanas de gestación. Según cuando nacen, los recién nacidos prematuros pueden tener órganos infra desarrollados que no están preparados aún para funcionar fuera del útero (32).

1.1. Clasificación de los recién nacidos prematuros (33).

- a. Extremadamente pre término: El parto se produce antes de las 28 semanas de gestación
- b. Muy pre término: El parto se produce entre las semanas 28 y 32 de gestación
- c. Moderadamente pre término: El parto se produce entre las semanas 32 y 34 de gestación
- d. Pre término tardío: El parto se produce entre las semanas 34 y 37 de gestación

1.2. Factores de riesgo de un parto prematuro (34).

1.2.1. Factores de riesgo de un embarazo anterior

- a. Parto prematuro previo (riesgo más elevado).
- b. Procedimiento de dilatación previa y legrado para el aborto espontáneo o el aborto inducido.

1.2.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo actual

- a. Menos de 6 meses entre el embarazo actual y el anterior.
- b. Falta de atención prenatal.
- c. Técnicas de reproducción asistida (como la fecundación in vitro).
- d. Múltiples fetos (como gemelos, trillizos).
- e. Tener un peso antes del embarazo bajo o alto (bajo peso u obesidad, respectivamente) o ganar más o menos peso de lo recomendado durante el embarazo.
- f. Desnutrición.
- g. Diabetes gestacional.
- h. Sangrado vaginal al inicio del embarazo.
- i. La placenta previa (la inserción [implantación] de la placenta sobre la abertura del cuello uterino).
- j. Desprendimiento placentario (separación temprana de la placenta).
- k. Infecciones durante el embarazo, como infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual o infección del útero.
- l. Rotura prematura de las membranas.
- m. Trabajo de parto prematuro.
- n. Ciertos defectos congénitos (la probabilidad de parto prematuro de los fetos con defectos congénitos del corazón es casi el doble de la de los fetos sin defectos congénitos del corazón).

1.2.3. Factores de riesgo relacionados con la salud materna o los antecedentes personales

- a. Edad materna muy joven o muy mayor (por ejemplo, la madre es menor de 16 años o tiene más de 35 años).
- b. Mujeres de origen afroamericano no hispanas o mujeres indias americanas/nativas de Alaska (en Estados Unidos).
- c. Cirugía previa relacionada con el cuello uterino o antecedentes de pérdida de un embarazo debido a un cuello uterino débil (insuficiencia cervical).
- d. Los miomas uterinos u otras anomalías del útero (útero bicorne), como un útero que tiene dos partes.
- e. Diabetes crónica.
- f. Hipertensión arterial.

- g. Enfermedades renales.
- h. Ciertos medicamentos (como los betabloqueantes).
- i. Consumo de cigarrillos.
- j. Consumo de alcohol o de drogas o sustancias ilícitas.
- k. Exposición a ciertos contaminantes ambientales.
- l. Largas horas de trabajo con largos periodos permaneciendo de pie.
- m. Estrés o falta de apoyo social.
- n. Violencia doméstica.

1.3. Complicaciones de un parto prematuro

Dentro de las complicaciones se consideran:

1.3.1. Hipotermia

Es una afección que se produce cuando la temperatura corporal desciende por debajo de 95 grados Fahrenheit (35 grados Celsius), el cuerpo pierde calor más rápido de lo que puede producirlo, lo que causa una temperatura corporal peligrosamente baja (35). Los neonatos son propensos a una rápida pérdida de calor y la consiguiente hipotermia debido a la gran relación entre la superficie corporal y la masa corporal, la disminución de la grasa subcutánea, la piel inmadura, el alto contenido de agua corporal, el mecanismo metabólico poco desarrollado y el flujo sanguíneo cutáneo alterado (36). Los neonatos hipotérmicos tienen un mayor riesgo de desarrollar hipoglucemia, síndrome de dificultad respiratoria, ictericia y acidosis metabólica (37), también afecta el corazón, el sistema nervioso y otros órganos no pueden funcionar tan bien como lo hacen habitualmente (38).

1.3.2. Hipoglucemia

Es el resultado, esencialmente, de una disminución de la producción o de una utilización excesiva de las reservas de glucosa. Por tanto, la hipoglucemia se produce en un neonato que nace con reservas bajas de glucógeno y grasa con una capacidad limitada para generar glucosa a través de la vía de la gluconeogénesis o una utilización excesiva de la glucosa por los tejidos periféricos, como en un bebé de una madre con diabetes dependiente de la insulina. Los neonatos tienen mecanismos contra reguladores poco desarrollados para contrarrestar la hipoglucemia, lo que los

hace muy vulnerables. El neonato hipoglucémico se defiende disminuyendo la secreción de insulina y aumentando la secreción de glucagón, epinefrina, hormona del crecimiento y cortisol, lo que conduce a la producción de glucosa y la movilización de ácidos grasos de los tejidos adiposos.

La hipoglucemia se produce cuando hay una producción excesiva de insulina (sobreutilización), una gluconeogénesis deficiente (sub producción) o un fallo de los mecanismos contra reguladores (insuficiencia pituitaria o suprarrenal) (39).

1.3.3. Síndrome de dificultad respiratoria

Es un trastorno respiratorio común que afecta a los recién nacidos, ocurre con mayor frecuencia en bebés que nacen antes de la fecha prevista, generalmente antes de las 28 semanas de embarazo (40) y antes de 37 a 39 semanas. La enfermedad es causada principalmente por la falta de una sustancia resbaladiza y protectora, llamada surfactante. Esta sustancia ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen; normalmente aparece en pulmones completamente desarrollados. El SDR neonatal ocurre en bebés cuyos pulmones no se han desarrollado todavía totalmente. Cuanto menos desarrollados estén los pulmones, mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal después de nacer (41).

El prematuro, puede que aún no haya producido suficiente surfactante, cuando no hay suficiente cantidad de ésta, los pequeños alvéolos colapsan con cada respiración. Cuando los alvéolos colapsan, las células dañadas se acumulan en las vías respiratorias. Eso afecta la respiración aún más; por lo tanto, el bebé tiene que hacer cada vez más esfuerzo para respirar tratando de volver a inflar las vías respiratorias colapsadas (42).

1.3.4. Hemorragia intraventricular

Es un sangrado dentro de las zonas llenas de líquido (ventrículos) en el cerebro. La afección se observa con más frecuencia en bebés que nacen antes de tiempo (prematuros). Los bebés nacidos más de 10 semanas antes del término tienen el riesgo más alto de presentar este tipo de sangrado. Cuanto más pequeño y más prematuro sea el bebé, mayor será el riesgo de presentar hemorragia intraventricular. Esto se debe a que los vasos sanguíneos en el cerebro de los bebés prematuros

aún no están completamente desarrollados. Como resultado son sumamente frágiles. Los vasos sanguíneos se vuelven más fuertes en las últimas 10 semanas del embarazo (43).

1.3.5. Retraso en el desarrollo

La mayoría de los bebés prematuros desarrollan habilidades de pensamiento y aprendizaje de la misma manera que los bebés nacidos a término y, por lo general, obtienen buenos resultados en la escuela. Algunos niños que nacieron prematuramente tendrán dificultades de pensamiento y aprendizaje, como podrían tener problemas con la lectura, la ortografía o las habilidades matemáticas básicas (44).

1.3.6. Sepsis neonatal

Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, si bien actualmente se tiende a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). Los microorganismos patógenos inicialmente contaminan la piel y/o mucosas del RN llegando al torrente circulatorio tras atravesar esta barrera cutáneo-mucosa, siendo la inmadurez de las defensas del neonato, sobre todo si es un RNMBP, el principal factor de riesgo que predispone al desarrollo de la infección (45).

1.3.7. Retinopatía del prematuro

La retinopatía de la prematuridad (ROP, por sus siglas en inglés) es una enfermedad ocular que padecen algunos bebés prematuros nacidos antes de las 31 semanas de gestación. Se trata de un problema que afecta el tejido que se encuentra en la parte posterior del ojo, llamado retina; la misma que detecta la luz y envía señales al cerebro para que el neonato pueda ver. La ROP produce el crecimiento de vasos sanguíneos no deseados en la retina del bebé. Posteriormente, estos vasos sanguíneos pueden provocar problemas graves en los ojos y en la visión (46).

Los vasos sanguíneos de la retina (en la parte posterior del ojo) empiezan a desarrollarse aproximadamente en el primer trimestre del embarazo. En la mayoría de los casos, están

completamente desarrollados para el momento del nacimiento normal. Si un bebé nace muy prematuramente es posible que los ojos no se desarrollen de manera apropiada. Los vasos pueden dejar de crecer o crecen de manera anormal desde la retina hacia la parte posterior del ojo. Debido a que los vasos son frágiles, pueden tener derrames y causar sangrado en el ojo (47).

1.3.8. Hiperbilirrubinemia

Causada por mecanismos inmaduros para el metabolismo hepático de la bilirrubina o aumento de la reabsorción intestinal de bilirrubina (48). Un bebé nacido antes de las 38 semanas de gestación tal vez no pueda procesar la bilirrubina a la misma velocidad que los bebés que nacen a término. Además, es posible que los bebés prematuros se alimenten menos y defequen menos, lo que daría lugar a una menor eliminación de bilirrubina en las heces (49). Cuando se presenta hiperbilirrubinemia, la bilirrubina se produce por la descomposición de los glóbulos rojos. A los bebés les resulta difícil deshacerse de la bilirrubina. Puede acumularse en su sangre, sus tejidos y sus líquidos (50).

1.3.9. Problemas digestivos

Los recién nacidos prematuros pueden tener órganos infra desarrollados que no están preparados aún para funcionar fuera del útero. Si los órganos están subdesarrollados, los recién nacidos prematuros pueden tener dificultad para respirar y alimentarse (32); como es el caso cuando presenta atresia esofágica, ano imperforado.

2. Neonato a término

Es aquel recién nacido que nacen entre las 38 y 42 semanas de gestación, teniendo en cuenta que un embarazo tiene una duración aproximada de 40 semanas (51), equivalente a un producto de 2,500 gramos o más (52). El neonato a término logra todos sus procesos de maduración pulmonar, gastrointestinal, de todo su sistema, incluyendo nervioso y respiratorio, se considera a término y que están listos para básicamente interactuar con su medio exterior (53).

2.1. Reflejos en el recién nacido a término

2.1.1. Reflejo de búsqueda

En algunos casos, los reflejos se convierten en comportamiento involuntario. Por ejemplo, su bebé nace con un reflejo de "agarre" que lo hace voltear su cabeza hacia su mano si acaricia su mejilla o boca. Esto le ayuda a encontrar el pezón para alimentarse. Al principio buscará de lado a lado, volteando su cabeza hacia el pezón y luego se alejará en arcos más cortos. Pero alrededor de las tres semanas simplemente volteará su cabeza y moverá su boca hacia una posición para succionar (54).

2.1.2. Reflejo de succión

Después del nacimiento, cuando coloca el pezón en la boca del bebé, automáticamente empieza a succionar. Este movimiento en realidad ocurre en dos etapas. Primero, coloca sus labios sobre la aréola (el área circular de piel pigmentada alrededor del pezón) y aprieta el pezón entre su lengua y el paladar (denominada "expresión", esta acción impulsará la leche hacia afuera). Luego viene la segunda fase o acción de ordeño, en la que la lengua se mueve de la aureola al pezón. La presión o succión negativa ayuda a todo este proceso, que asegura el seno en la boca del bebé. Coordinar estos movimientos rítmicos de succión con la respiración y la acción de tragar es una tarea relativamente complicada para un recién nacido. Por lo que, aunque esta es una acción reflexiva, no todos los bebés succionan con eficiencia al principio. Con práctica, sin embargo, el reflejo se convierte en una destreza que manejarán bien (55).

2.1.3. Reflejo de Moro

Un reflejo dramático durante estas primeras semanas es el reflejo de Moro. Si la cabeza de su bebé cambia de posición bruscamente o se cae hacia atrás, o si algo fuerte o brusco lo sobresalta, extenderá los brazos, las piernas y el cuello y luego los juntará rápidamente. Incluso puede llorar en voz alta. El reflejo de Moro, que está presente en diversos grados en diferentes bebés, generalmente alcanza su punto máximo durante el primer mes y comienza a desaparecer después de aproximadamente dos meses (55).

2.1.4. Reflejo tónico del cuello

Una de las respuestas automáticas más interesantes es el reflejo tónico del cuello, también conocido como la "posición de defensa". Posiblemente note que cuando su bebé voltea su cabeza a un lado, estira el brazo de ese lado, con el brazo opuesto doblado como si estuviera en posición de defensa. Tanto el reflejo de Moro como el tónico del cuello deben estar presentes por igual en ambos lados del cuerpo (55).

2.1.5. Reflejo de prensión

Es una respuesta motora en pies y manos al ser estimuladas por el contacto, ya sea en la planta o en la mano del bebé. Este reflejo nos indica la regulación de la médula espinal y al no aparecer nos puede indicar alguna lesión a este nivel neurológico (55).

2.1.6. Reflejo de marcha automática

Además de su fuerza, el otro talento especial del bebé es dar pasos. No es capaz de soportar su propio peso, por supuesto, pero si lo sostiene de sus brazos (teniendo cuidado de sostener también su cabeza) y permitiendo que la planta de sus pies toque una superficie plana, él colocará un pie frente al otro y "caminará". Este reflejo ayudará al recién nacido a arrastrarse hacia el pecho justo después del parto cuando esté acostado sobre el abdomen de su madre. Este reflejo desaparecerá después de dos meses, luego al final del primer año, vuelve a aparecer como el comportamiento voluntario aprendido de caminar (55).

2.2. Neonato a término con bajo peso al nacimiento

Neonato a término con "bajo peso al nacer" hace referencia a todo recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 2.500g (56) y los subgrupos de "muy bajo peso al nacimiento" a los de peso inferior a 1500 gr. y de "extremado bajo peso" al inferior a 1000 gr. (57). A nivel del Latinoamérica, se ha establecido que el bajo nivel socioeconómico es uno de los factores independientes más relevantes relacionados con bajo peso al nacer (58).

3. Neonato post término

Cuando los neonatos han nacido después de las 42 semanas de gestación (59). Los recién nacidos post maduros pueden ser de peso adecuado, pequeño o grande para la edad gestacional (60). Son los neonatos que generalmente presentan bajos niveles de oxígeno y sufrimiento fetal pueden necesitar un parto urgente por cesárea (61):

3.1. Factores de riesgo de un parto post término

El parto post término tiene más probabilidades de ocurrir cuando una madre tuvo un embarazo prolongado antes. Después de un embarazo prolongado, el riesgo de que ocurra un segundo parto retardado aumenta 2 a 3 veces. Otros factores de riesgo menores incluyen lo siguiente: (62)

- a. Primer embarazo
- b. Bebé varón
- c. Madre de edad más avanzada
- d. Madre obesa
- e. Madre o padre con antecedentes de parto post término
- f. Madre de raza blanca.

B. Según tipo de parto de la madre

1. Parto eutócico

El término eutócico se utiliza en el ámbito sanitario y es una palabra que proviene del griego, de eu (normal) y tokos (parto); significando parto normal, cuyo proceso transcurre sin complicaciones desde el inicio hasta el final. El parto se realiza por vía vaginal y sin intervención instrumental para ayudar al bebé a nacer (63). Por tanto, el parto eutócico cumple con la descripción mencionada de parto normal. El proceso se lleva a cabo de forma espontánea, sin que el médico identifique alteraciones de ningún tipo. Generalmente las contracciones llevan un ritmo normal, siendo bastante coordinadas y continuas. Además, el bebé adopta la posición cefálica para su salida, lo que facilita una salida vaginal sin mayores inconvenientes (63); también se denomina como proceso espontáneo y fisiológico, tiene lugar entre las semanas 37 y 42. Comprende desde la dilatación del cuello uterino, la salida, el expulsivo y el alumbramiento de la placenta (64).

El parto eutócico presenta una serie de beneficios como son: es un método natural, no se administran medicamentos, menor sangrado, menos riesgo de infección y ayuda a la expansión pulmonar y mejor respiración del neonato (65), recuperación más rápida, vínculo madre-hijo: un parto eutócico puede ayudar a establecer un vínculo más estrecho entre la madre y su bebé, menor necesidad de analgésicos y mejora de la lactancia: el proceso natural del parto puede ayudar a que la lactancia materna se establezca de manera más efectiva (63).

2. Parto distócico

Es aquel en el que se da alguna situación o complicación que requiere de intervención médica, mediante maniobras o cirugía, así como del uso de instrumentos por parte del personal médico para que el alumbramiento se produzca sin riesgos (66). Las causas que pueden originar este tipo de parto son muy diversas, incluso puede deberse a la madre o al bebé (67), dentro de las principales causas de la aparición de distocia incluyen: disminución de la contractilidad del útero: se trata de la causa principal de la prolongación o la detención del parto en la fase de dilatación; desproporción céfalo-pelviana: en este caso, existen dificultades para que la cabeza fetal atraviese la pelvis materna, habitualmente, se asocian a una mala presentación de la cabeza fetal. También puede producirse por deformaciones en la pelvis materna; Anillo de Bandl: se produce una obstrucción debida a la formación de un anillo muscular grueso entre las partes superior e inferior del útero; obesidad materna: la obesidad de la madre se relaciona con duraciones más largas del periodo de dilatación (68).

Todas ellas tienen como consecuencia que el bebé no pueda descender por el útero materno. Estas complicaciones, originan que el parto se prolongue en exceso en el tiempo, provocando que el bebé pase más tiempo, de lo considerado normal, intentado salir de la cavidad uterina. Por lo que puede producir daños y sufrimiento tanto a la madre como al bebé. Es por ello la intervención de los especialistas es necesaria para que este tipo de complicaciones sea resuelta con éxito (69).

2.1. Tipos de Distocias

2.1.1. Distocias maternas

Pueden ser de tipo mecánico, es decir, que la posición de los huesos de la pelvis o el canal de parto dificulte la salida del bebé; o de tipo dinámico, es decir, que tienen que ver con algún trastorno en la intensidad o la frecuencia de las contracciones (que sean débiles o demasiado fuertes, que se interrumpan, que no sean efectivas) (66).

2.1.2. Distocias fetales

Generalmente hacen referencia a la posición del bebé durante el parto, que puede estar de nalgas, de pie o en posición transversal. En estos casos, es posible que sea necesario practicar una cesárea, sobre todo en el último supuesto. Otras distocias asociadas al feto pueden producirse por tamaño demasiado grande del mismo, por malformaciones (66). La distocia fetal tiene lugar cuando el feto es demasiado grande para el estrecho superior de la pelvis o su posición es anormal. De este modo, los tipos de distocia que se pueden presentar incluyen:

- a. Desproporción feto-pelviana: Si el trabajo de parto presenta un progreso normal y el peso fetal es inferior a 5 kg, el parto puede continuar con seguridad. Si el progreso es más lento que el esperado en la segunda etapa del trabajo de parto, se debe determinar si se requiere un parto vaginal operatorio instrumental (con fórceps o extractor por vacío) (68).
- b. Presentación del feto con occipicio posterior: Se trata de la presentación anormal más común. El cuello fetal se presenta levemente flexionado, por lo que es mayor el diámetro de la cabeza que debe pasar por el canal de la pelvis. La mayoría de las presentaciones de occipicio posterior requieren un parto vaginal operatorio (instrumental) o una cesárea (68).
- c. Presentación del feto de frente o de rostro. La cabeza aparece hiperextendida y la posición es designada por el mentón. Cuando el feto no flexiona el cuello y en lugar de presentar la parte posterior de la cabeza presenta la cara, el diámetro de la cabeza es mayor, por lo que el paso a través de la pelvis materna es más difícil. La mayor parte de los partos en presentación de cara pueden transcurrir por vía vaginal. Cuando la barbilla fetal se encuentra en

disposición lateral o hacia abajo, la cabeza suele rotar hasta que la barbilla se coloca mirando hacia arriba. La barbilla se apoya en el pubis materno y flexiona, si esto no ocurre, la vía de parto sería una cesárea (68).

- d. Presentación podálica o de nalgas. Se trata de la segunda presentación anormal más común. Dentro de ésta se puede dar la presentación pelviana franca, con las caderas del feto flexionadas y las rodillas extendidas. En la presentación pelviana completa, el feto parece estar sentado con las caderas y las rodillas flexionadas. Finalmente, se puede dar la presentación de uno o ambos pies y ser problemática porque la parte de presentación es una mala cuña de dilatación y puede hacer que la cabeza quede atrapada durante el parto y comprima el cordón umbilical, causando hipoxemia fetal (68).

2.1.2.1. Distocia de hombros

Se trata de una condición infrecuente en la que el hombro fetal anterior queda atascado detrás de la sínfisis pubiana después de la salida de la cabeza, requiriendo maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza. Los riesgos de lesiones del plexo braquial o fracturas óseas, así como la mortalidad neonatal aumentan. Para la madre, puede determinar la aparición de hemorragia posparto, lesiones perineales y del esfínter, separación de la sínfisis del pubis y neuropatía cutánea femoral lateral asociada con la hiperflexión de las piernas. Los factores de riesgo para que se produzca la distocia de hombros incluyen: Tamaño grande del feto, obesidad o diabetes materna, distocia de hombro en embarazos anteriores, trabajo de parto rápido o prolongado (68).

2.1.3. Distocias de los anexos

Son aquellas que tienen que ver con la placenta, el cordón umbilical o el líquido amniótico. Hablamos de distocias de los anexos cuando, por ejemplo, el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello del bebé, la placenta se adhiere al útero o el líquido amniótico entra en el torrente sanguíneo (66).

C. Según vías de nacimiento

1. Vía vaginal (natural)

Es el paso del feto y la placenta (alumbramiento) desde el útero a través del canal del parto y la abertura vaginal. (70). Consiste en dar a luz sin usar ningún tipo de medicación, sino solo técnicas como la relajación y la respiración controlada para lograr gestionar el dolor. Para muchas futuras madres, el parto natural no es una cuestión de "valentía", solo consiste en tratar el trabajo de parto y el alumbramiento como procesos naturales (71).

1.1. Ventajas

- a. No necesita una intervención quirúrgica, la cual conlleva riesgos de hemorragias, coágulos, bloqueos intestinales, etc.
- b. El periodo de recuperación es mucho más rápido y menos doloroso que en la cesárea. La mujer puede reincorporarse casi inmediatamente a su vida normal.
- c. La pérdida de sangre durante el parto es menor que en el caso de la cesárea.
- d. Hay un menor riesgo de desarrollar infecciones urinarias o en el endometrio (endometritis).
- e. El bebé tiene una mejor oxigenación general y cerebral. Su adaptación a la vida extrauterina es menos traumática al pasar por el trabajo de parto.
- f. Hay una estimulación de los sentidos del bebé durante su paso por el canal del parto.
- g. Es posible tener más hijos sin esperar muchos años entre uno y otro y, además, no existe un límite de partos vaginales que pueda tener la mujer.
- h. El cuerpo de la madre libera oxitocina para favorecer la formación de leche y el vínculo afectivo entre la madre y el bebé (72).

1.2. Desventajas

- a. Los dolores son muy intensos en el momento de dar a luz por la dilatación de la vagina y las contracciones.
- b. Existe riesgo de desgarro en el perineo.
- c. Es posible que sea necesario realizar una episiotomía (corte vaginal) para facilitar la salida del bebé.
- d. Riesgo de sufrir incontinencia urinaria posparto o disfunción sexual.

- e. La duración del trabajo de parto. Las madres primerizas dilatan un promedio de un centímetro por hora, pudiendo alargarse esta fase del parto hasta las 10 horas o más (72).

2. Vía abdominal (cesárea)

Consiste en una cirugía para extraer al bebé en el momento de su nacimiento mediante una doble incisión en el abdomen y el útero de la madre. Sin embargo, la cesárea ha permitido en muchas ocasiones salvar la vida tanto de la madre como del bebé. Por eso, es una práctica habitual en el día a día de los hospitales (72). Hay muchas razones por las cuales una mujer puede necesitar una cesárea en lugar de un parto vaginal. La decisión dependerá del médico, de donde vaya a tener al bebé, los partos anteriores y su historia médica.

2.1. Ventajas

- a. No hay ningún tipo de dolor durante el parto debido a la anestesia.
- b. El tiempo de la intervención es corto, unos 30 minutos si todo va bien.
- c. Se sabe con exactitud el día que va a nacer el bebé si la cesárea ha sido programada.
- d. Existe un menor riesgo de complicaciones para el bebé.
- a. No hay trauma en la zona vaginal y, por tanto, el riesgo de sufrir incontinencia urinaria es menor (72).

2.2. Desventajas

- a. Riesgos de infección y daño a otros órganos como en cualquier intervención quirúrgica.
- b. La recuperación posparto es dolorosa y mucho más lenta, entre 4 y 8 semanas.
- c. No se estimulan los sentidos del bebé durante el parto.
- d. No se genera la hormona oxitocina y la adaptación a la lactancia puede ser más costosa.
- e. La mujer camina con dificultad los primeros días después de salir del hospital.
- f. No es recomendable tener más de tres partos por cesárea.
- g. Es necesario esperar al menos un año para volver a embarazarse después de la cesárea.
- b. Existe riesgo de ruptura uterina si la mujer tiene un parto vaginal después de haber dado a luz por cesárea (72).

2.3. Complicaciones para realizar una cesárea

- a. Frecuencia cardíaca anormal
- b. Posición anormal dentro del útero, como cruzado (transverso) o con los pies por delante (parto de nalgas).
- c. Problemas del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida.
- d. Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, o más).
- e. Infección activa de herpes genital
- f. Miomas uterinos grandes cerca del cuello uterino
- g. Infección por VIH en la madre.
- h. Cesárea previa.
- i. Cirugía uterina previa
- j. Enfermedad grave como cardiopatía, preeclampsia o eclampsia
- k. La cabeza del bebé es muy grande para pasar a través de la vía del parto.
- l. Trabajo de parto prolongado o detenido.
- m. Bebé macrosómico
- n. Infección o fiebre durante el trabajo de parto
- o. La placenta cubre toda o parte de la abertura hacia la vía del parto (placenta previa)
- p. La placenta se separa de la pared uterina (desprendimiento prematuro de la placenta).
- q. El cordón umbilical sale a través de la abertura de la vía del parto antes que el bebé (prolapso del cordón umbilical) (73).

2.1.4. Test de APGAR

Denominado así por haber sido descubierto por la doctora Virginia Apgar en 1952, quien comenzó a aplicar un método para valorar el estado de salud del recién nacido tras el parto. Desde entonces, el llamado Test Apgar se ha generalizado en numerosos países; a través de él se mide de una manera simple y rápida la adaptación y vitalidad del bebé tras el nacimiento. Las puntuaciones pueden verse alteradas si el bebé precisa reanimación y estas puntuaciones no son equivalentes a las que se realizan en bebés que han respirado espontáneamente (74).

2.1.4.1. Evaluación del recién nacido con el Test de APGAR

El test de Apgar valora la vitalidad del recién nacido, se lleva a cabo al minuto de vida y vuelve a realizarse a los cinco minutos. El primer resultado orienta acerca de hasta qué punto el bebé ha tolerado el proceso del nacimiento, mientras que el posterior indica si está evolucionando correctamente (74).

Para llevar a cabo la evaluación del recién nacido a través del test de Apgar, se tiene en cuenta los siguientes parámetros:

a. Frecuencia cardíaca (Pulso)

Puede haber ausencia de latidos, menos de 100 latidos o más de 100 latidos por minuto: Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0, si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1, si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 (75).

b. Respiración

Se valora el esfuerzo respiratorio, puede ocurrir que no respire o que la respiración sea lenta o irregular, que sea buena o que el llanto sea débil o enérgico: Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0, si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio, si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2 (75).

c. Tono muscular

Se valora en función de la postura y los movimientos del bebé. Este puede mantenerse flácido, tener las extremidades ligeramente flexionadas o moverse de manera activa: Si los músculos están laxo y flácidos, el puntaje del bebé es 0, si hay algo de tono muscular, el puntaje es 1, si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 (75).

d. Irritabilidad refleja

Valora la respuesta y los gestos del recién nacido ante los estímulos. Puede ocurrir que no haya respuesta, que haga muecas o que se retraiga con vigor: Si no hay reacción, el puntaje del bebé

es 0 en reflejo de irritabilidad, si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad, si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad (75).

e. Coloración de la piel

Puede estar pálida o azul, rosada, pero azul en las extremidades o completamente rosada: Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0, si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1, si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 (75).

2.1.4.2. Interpretación de los resultados del test de APGAR

El test de Apgar valora la vitalidad del recién nacido, cada uno de los parámetros se evalúa con una escala del 0 al 2 y se suman los puntos, de manera que la cifra final oscila entre el 0 y el 10. Como se lleva a cabo dos veces, se obtienen dos números. Una puntuación de 7 a 10 se considera normal e indica que el bebé se ha adaptado bien al exterior tras abandonar el vientre de su madre. Una puntuación menor de 5 podría indicar que el recién nacido necesita algún tipo de asistencia o reanimación. Valores entre 0-3 a los cinco minutos pueden correlacionarse con el riesgo de mortalidad neonatal. Corren mayor riesgo de obtener una puntuación más baja (sobre todo en el minuto 1) los bebés prematuros o los que han nacido por cesárea, tras un parto complicado o tras un embarazo de alto riesgo (74).

El puntaje de Apgar puede indicar el nivel de depresión en un recién nacido. Un puntaje entre 4 y 6 a los 5 minutos puede indicar una depresión moderada, mientras que un puntaje de 0 a 3 sugiere una depresión severa. Un puntaje de 7 o más se considera normal y sugiere que el recién nacido está en buen estado de salud (76).

1. Depresión neonatal

La depresión neonatal se refiere a la dificultad del recién nacido para adaptarse al exterior, lo que puede manifestarse como cianosis (coloración azulada), palidez, bradicardia (frecuencia cardíaca lenta), falta de respuesta a la estimulación, hipotonía (baja del tono muscular) y apnea o respiración jadeante (76).

2. Relación entre Apgar y depresión

Un bajo puntaje de Apgar se correlaciona con signos de depresión neonatal, y a medida que la puntuación disminuye, aumenta la gravedad de la depresión (76).

3. Interpretación

0-3: Indica una depresión severa, con riesgo de muerte o daño neurológico.

4-6: Indica una depresión moderada, que puede necesitar asistencia o reanimación.

7-10: Indica un estado de salud normal, con buena adaptación al exterior.

El puntaje de Apgar es un indicador útil para evaluar la depresión neonatal y puede ayudar a identificar bebés que necesitan asistencia médica temprana.

Cuadro 1. Test de APGAR

Test de APGAR					
Acrónimo	Parámetros / Puntuación	0	1	2	↓
Apariencia	Color de piel	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado o sonrosado	
Pulso	Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm lento	> 100 lpm rápido	
Gesticulación	Irritabilidad Refleja	Sin respuesta	Muecas	Llanto	
Actividad	Tono muscular	Flácido	Flexión de extremidades	Movimientos activos	
Respiración	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular	Llanto vigoroso	
Depresión severa		0 a 3 puntos		RCP neonatal avanzado más medicación, monitoreo en UCI.	
Depresión moderada		4 a 6 puntos		Puede ser necesario algunas maniobras RCP neonatal y monitoreo post recuperación.	
Normal		7 a 10 puntos		Recién nacido en buenas condiciones.	

2.1.5. Apego precoz o contacto piel a piel (CPP)

Denominado también contacto piel a piel (CPP), la palabra apego se deriva del latín que es el producto de dos partes “ad” y “picare” que significan respectivamente “hacia” y “unir”, definida como una vinculación afectiva intensa y duradera que se desarrolla y consolida entre dos individuos; el apego es la conducta instintiva que tenemos los humanos para formar un vínculo de amor y protección con nuestro recién nacido (77).

Conjunto de conductas y vínculos que la madre establece con su recién nacido, promueve la adaptación extrauterina a través del contacto piel con piel (78); se lleva a cabo inmediatamente después del nacimiento, consiste en colocar al bebé sobre el pecho y abdomen desnudo de la madre, ambos por el tiempo que deseen, o por lo menos hasta que el recién nacido efectúe la primera toma de leche; de acuerdo a la Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal en el país, refiere que el contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, para que se establezca el vínculo madre-hijo y facilitar el apego precoz, a la vez que se inicia una lactancia materna (79). El apego como tal es un proceso que involucra algo instintivo, pero que también tiene un ingrediente más intelectual, que se incorpora con el conocimiento y la educación a lo largo de la vida (77).

La “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” (IHAN), refiere que se debe: “Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este Paso implica colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, incluso más (pues los RN pueden tardar más de ese periodo en engancharse de forma efectiva al pecho) salvo que haya una indicación médica que justifique la separación; además de ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario” (80). Este paso contempla situaciones de partos vaginales y cesáreas sin anestesia general en las que las madres puedan recibir a sus hijos tras el nacimiento para continuar ese contacto íntimo y estrecho que han tenido intraútero y que sigue siendo necesario para ambos (81).

Cuando al recién nacido se le facilita el apego precoz tras nacer, pasa por nueve fases de comportamiento: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño, esto da lugar a principios de óptima autorregulación. Este comportamiento es lo que estimula la respuesta cuidadora de la madre (82), las rutinas hospitalarias en la sala de partos deben favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para no molestar o interferir en este proceso de autorregulación, en la primera toma, o en el inicio del vínculo madre-hijo/a. Como el recién nacido parece depender del sentido del olfato, se debe posponer el lavado del pecho de la madre o lavado del niño y la separación para pesar o recibir

profilaxis vacunal o de cualquier tipo. El contacto piel con piel durante la cesárea es un hecho apoyado en numerosas guías internacionales (83).

El contacto piel con 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 postparto y a mayores dificultades durante la lactancia (84). La presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano podría ayudar a la realización de piel con piel y ayuda a la madre a través del apoyo emocional. El fuerte vínculo emocional entre la díada madre-hijo es necesario para prolongar con éxito la lactancia materna, la misma que es fuente óptima y exclusiva de nutrición temprana para todos los bebés desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad (85).

El CPP supone una continuidad con el útero materno donde se encontraba en un ambiente térmico oliendo a su madre, donde oía su voz y sentía el latido de su corazón (86).

2.1.5.1. Protocolo del apego precoz o contacto piel a piel (CPP)

El contacto piel a piel consiste en colocar al neonato desnudo después del nacimiento en posición decúbito ventral sobre el abdomen - pecho desnudo de la madre, cubriendo su espalda con una manta precalentada seca, para que ambos sientan el primer contacto físico y compartan la experiencia afectiva (87), posiblemente inducida por el alto componente de oxitocina en la díada, además de catecolaminas en el RN. Alba et al, en su estudio de revisión afirman que estas hormonas serían las responsables de la intensa sensación amorosa que experimenta el RN durante las primeras horas de vida y que quedarán grabadas en varias áreas de su cerebro; sensación que podría también estar experimentando la madre; haciendo de este evento un acto instintivo, único y perdurable (88).

2.1.5.2. Características del apego precoz

La OMS establece ciertas características que debe darse en el proceso del apego precoz para que sea adecuado, de esta manera, favorecer y garantizar el inicio inmediato del amamantamiento o lactancia materna. Enfatizando en las siguientes características (89):

- a. Tiene que ser oportuno, inmediatamente después del nacimiento.
- b. Se debe verificar el contacto piel con piel sin obstáculos en el entorno.
- c. Mostrar los reflejos iniciales de búsqueda a través de los roces y desplazándose con sus brazos y piernas de forma coordinada para instalarse en el seno de su progenitora.
- d. Iniciar rápidamente la succión y el recién nacido deberá reflejar tranquilidad al momento de palpar el pecho de la mamá unido al suyo, haciendo ello perfecto el apego precoz.

2.1.5.3. Dimensiones del apego precoz

A. Dimensión 1: Eficacia

El apego precoz debe seguir el procedimiento previsto en la normativa del MINSA sobre el tema y 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, por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos. Este procedimiento deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanentemente por el equipo profesional responsable de la atención neonatal. Durante este período de contacto piel a piel, no debe realizarse ningún procedimiento neonatal, como identificar al neonato, prevenir la infección ocular, aplicar medidas del cuidado del cordón, entre otros (87). Se debe cumplir si o si que el recién nacido y el pecho de la madre estén completamente desnudo, para que efectivamente se de contacto piel a piel (90).

B. Dimensión 2: Continuidad

El proceso piel a piel debe garantizar la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de la madre-hijo hasta concluir el procedimiento recomendado por el MINSA en esta intervención, es decir, el personal de salud debe favorecer la continuidad del contacto piel a piel durante 45 minutos mínimo, sin interrupción y en forma permanente (87). La intervención de grupos de apoyo es crucial para la efectividad de la LME garantizando su continuidad (91).

C. Dimensión 3: Oportunidad

De acorde a Alcántara et al. La oportunidad es la disponibilidad de los servicios en el momento que la madre-hijo lo requieran de acuerdo con las características y severidad de cada caso, es decir, viene a hacer la realización del contacto piel a piel inmediatamente después del parto (90).

D. Dimensión 4: Privacidad

Siguiendo las recomendaciones sobre el parto humanizado o el respeto a los derechos de la madre y el bebé, éste debe ser seguro, con respeto y dignidad, asegurando su privacidad. Por ello, desde el parto y sobre todo el momento del apego precoz, se debe garantizar la privacidad del recién nacido y la madre, desde los ambientes adecuados y una atención personalizada, así como a la confidencialidad de su información médica (87).

2.1.5.4. Beneficios del apego precoz

En diversas investigaciones el contacto piel a piel inmediato (CPPI) brinda múltiples beneficios para la diada madre-neonato, destacando que no solo logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante este período adaptativo (92).

El CPP tiene efectos beneficiosos tanto para la madre como para el niño:

- a. Logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina además de favorecer los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante este periodo (92).
- b. Solo el contacto próximo entre los dos permitirá una adaptación fisiológica, psicológica, crítica y mutua que no se desarrolla de la misma forma si ambos están separados (93). El CPP permite, por tanto, realizar una adecuada transición favoreciendo su adaptación fisiológica al medio extrauterino (94) y mejoría de la organización cerebral y sistema motor (95).
- c. Mejora la oxigenación del recién nacido, facilita su regulación térmica y disminuye el gasto energético (96).

- d. La Neonatóloga Pediatra del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Carmen Rosa Dávila, explica que el contacto piel a piel consiste en colocar al recién nacido sobre el vientre materno entre 45 a 60 minutos para de esta manera fortalecer el vínculo entre la madre y su hijo o hija; además la lactancia materna que se inicia durante la primera hora de vida del bebé, refuerza el vínculo de afecto con la madre y protege al recién nacido contra enfermedades como la anemia, neumonía, diarrea, otitis, meningitis, síndrome de muerte súbita, asma, alergias, desnutrición, obesidad y diabetes, entre otros males que se pueden presentar en la edad adulta. Además, el CPP permite a las madres tener una mayor cantidad de leche, evitando el uso de otras alternativas para reemplazarla (97).
- e. Esta primera interacción entre madre e hijo es fundamental en el desarrollo del vínculo: la cercanía materna, su olor, tacto, voz, calor, permiten al niño establecer una relación única entre ambos que es independiente del tipo de alimentación elegida (93). Favorece el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento de forma exclusiva (98).
- f. El contacto con su hijo y la succión del pecho provocan un aumento de oxitocina y de la beta-endorfina que favorece la contracción uterina y la eyección de calostro (95).
- g. El apego precoz tras el parto es una práctica que favorece la contracción e involución uterina, reduce el sangrado materno después del parto, el estrés y la ovulación, facilita cambios metabólicos positivos, amenorrea de lactancia prolongada, reduce el riesgo de diabetes tipo 2, el riesgo de cáncer de mama, el cáncer de ovarios entre otras enfermedades (99).
- h. Apego precoz y LME son beneficiosas para el binomio madre-hijo. Los beneficios para la madre son múltiples; tales como previene hemorragias postparto, menor riesgo de cáncer de mama u ovario; en el niño fortalece el sistema inmunológico, satisface totalmente las necesidades nutricionales y refuerza el aspecto psicosocial entre madre y niño. No obstante, las evidencias demuestran una disminución de la prevalencia de CPP o no se cumplen con las recomendaciones de la OMS, se presenta una inadecuada práctica de LME (100).
- i. Se reduce el estrés, los posibles problemas emocionales relacionados con el parto y se inicia un sentimiento de protección y de capacidad para cuidar del hijo (101).

- j. En el aspecto psicológico le ayuda a mantener la estabilidad de vida emocional saludable y amigable con la madre, unión que no debe ser interrumpida porque se estaría rompiendo un lazo afectivo y favorable, conociéndose mutuamente y estableciendo diálogos subliminales. Esta comunicación inmediata entre la diada promueve la comunicación verbal, gestual y no verbal, en la que intervienen el tacto, el olfato, la visión e incluso el gusto (92).
- k. Mediante el tocamiento de las manos sentirán una atracción y unión afectiva y las palabras de la madre estimularán la sensación auditiva del neonato, quien reconocerá su voz de forma inmediata, sintiéndose más seguro y amado; calmando así su llanto y permaneciendo tranquilo. De esta manera el neonato podrá mantener un buen sueño y no se sentirá estresado por el cambio que tuvo al pasar a la vida extrauterina (88).
- l. En el aspecto fisiológico el CPP, el neonato recibe beneficios en la mejor regulación de la temperatura, respiración, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. Al nacer ocurre un cambio brusco en su temperatura corporal que es $< 36,5^{\circ}\text{C}$ siendo incapaz aun de poner en funcionamiento su sistema hipotalámico; proceso que es muy bien compensado con el calor corporal de la madre por el mecanismo de conducción térmica, al ser colocado en contacto piel a piel sobre su abdomen pecho, hecho que se produce gracias a la respuesta térmica inmediata de la madre y la intervención de varias hormonas, entre ellas la oxitocina y las endorfinas (102).
- m. La seguridad, la autoestima, la inteligencia emocional y la personalidad de los niños se encuentran íntimamente relacionados al vínculo afectivo que desarrollan con sus padres desde el momento del nacimiento y a lo largo de su vida. Este nexo garantiza fuerza, seguridad y bienestar físico y emocional en los hijos (103).
- n. La permanencia del recién nacido junto a su madre crea un vínculo afectivo y favorece el reconocimiento de las características de la madre (103).
- o. Existe una relación directa entre el apego y el éxito de la lactancia materna. Esto se debe a que el recién nacido estimula a la madre a la producción de hormonas tales como la prolactina que favorece a la producción de la leche y la oxitocina ayuda a la contracción del útero (103).

- p. Los niños nacen sin flora bacteriana propia, dada la esterilidad de la cavidad uterina y el contacto con la piel de la madre permite la colonización precoz del recién nacido con la flora bacteriana materna, lo que ayuda a evitar infecciones posteriores (103).
- q. El vínculo precoz favorece, además, el desarrollo de la autonomía del niño. Los niños con apego seguro son capaces de adaptarse mejor al estrés y demuestran conductas satisfactorias en situaciones de separación de los padres (103).
- r. El apego permite formar lazos de amor y sentimientos muy fuertes entre madre e hijo, que determinarán en gran medida la relación futura entre ambos. La construcción de los lazos de amor y confianza entre la madre su recién nacido y de tal manera el apego determinará la personalidad de los hijos, su forma de relacionarse con los demás y con todo lo que le rodea, pero sobre todo influirá en cómo se ven a sí mismos (103).

2.1.6. Lactancia precoz

Después del parto debe iniciarse la lactancia materna en la primera hora de vida, el apoyo debe ser cálido y alentador, se debe respetar el derecho a la intimidad de la madre, alentar a las madres en la tarea de amamantamiento frecuente (104). La leche materna es la mejor fuente de nutrición para ofrecer a los recién nacidos, está diseñada para satisfacer todas las necesidades nutricionales de los bebés durante los primeros seis meses de vida. Los nutrientes de la leche materna están presentes en un equilibrio adecuado y biodisponible, fácilmente digerible. Este rico nutriente, debe ser brindado inmediatamente después de nacer (105). El calostro proporciona todos los nutrientes y líquidos que el recién nacido necesita en los primeros días, así como muchas sustancias para proteger al bebé contra las infecciones (106).

La lactancia materna exclusiva (LME), significa que el recién nacido se alimenta únicamente con leche materna y no se le dan otros líquidos o sólidos. Es la alimentación solo con leche materna durante los primeros seis meses de vida del lactante y comienza desde la primera hora de vida. Ésta proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para crecer y que su sistema inmunológico se desarrolle plenamente. La OMS y UNICEF recomiendan que la leche materna

sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad. También proporciona beneficios emocionales y psicológicos tanto al bebé como a la madre (107).

2.1.7. Personal de Enfermería en Neonatología

El Personal de Enfermería es fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, siendo la columna vertebral de los sistemas de atención sanitaria en todo el mundo: (108). Se considera Enfermería Neonatal a los cuidados de Enfermería que se proporcionan a los bebés desde su nacimiento y durante los primeros 28 días de vida (109). El principal objetivo del Enfermero(a) Neonatal es asegurarse de que los bebés reciban el cuidado y la atención médica que necesitan para crecer y desarrollarse de manera saludable. Ser Enfermero Neonatal requiere una formación especializada para tratar con bebés muy pequeños y delicados. Tener gran capacidad para trabajar en equipo y comunicarse con otros profesionales de la salud, así como con las familias de los bebés. Además de tener empatía y habilidades interpersonales para poder proporcionar apoyo y cuidado al recién nacido (110).

2.1.7.1. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido, que se inicia inmediatamente al nacimiento, y en los momentos posteriores, durante la adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo y el inicio de la alimentación con lactancia materna, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte (111).

La atención inmediata del recién nacido está comprendida por:

- a. Atención inmediata del recién nacido: Principio de anticipación.
- b. Atención inmediata del recién nacido: Primera hora de vida.
- c. Atención inmediata del recién nacido: Segunda hora de vida (posterior al contacto piel a piel).

1. Atención inmediata del recién nacido: Principio de anticipación. Consiste en la preparación y valoración perinatal, previamente a suscitarse el parto (112).

1.1. Identificar factores de riesgo perinatal, a través de la historia clínica materna

El equipo de atención de salud neonatal conoce los antecedentes del embarazo, controles prenatales, factores de riesgo de la madre, situación del parto y antecedentes del feto de la historia clínica materna; de ser necesario, ampliar la anamnesis mediante la entrevista directa a la gestante antes del parto (112).

1.2. Para la recepción del recién nacido

El equipo de atención de salud neonatal verifica la disponibilidad y funcionamiento de los dispositivos médicos y equipos necesarios para la atención inmediata del recién nacido, verifica la disponibilidad del kit para RCP básico y RCP avanzado (112).

1.3. Prevenir la pérdida de calor

La temperatura ambiental de sala de partos debe mantenerse entre 24°C a 26°C, en establecimientos de salud con alta frecuencia de partos, la temperatura de la sala de partos debe mantenerse estable durante las 24 horas del día. En establecimientos de salud donde no haya partos frecuentes calentar el ambiente físico 30 minutos antes de la atención del parto, precalentar la cuna de calor radiante 30 minutos antes de colocar al recién nacido de acuerdo a las indicaciones del fabricante, también precalentar toallas para recibir y secar al bebe (112).

2. Atención inmediata del recién nacido: Primera hora de vida

2.1. Valoración de la condición del recién nacido

Inmediatamente después de la salida del recién nacido del ambiente uterino, el equipo de atención de salud neonatal verifica la presencia de llanto, respiración, tono muscular y edad gestacional, y es quien decide las intervenciones a realizar (112).

- a. Si inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido tiene llanto vigoroso y esfuerzo respiratorio, el profesional que atiende el parto coloca el recién nacido sobre el vientre materno y seguidamente realiza el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical (112).
- b. Si inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido no evidencia llanto, esfuerzo respiratorio, se encuentra hipotónico o se evidencian signos de prematuridad, se inician las maniobras de RCP. En caso que el recién nacido presente las características mencionadas en el párrafo anterior, el profesional responsable de la atención del parto, realiza el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical de 10 a 15 cm desde el abdomen del recién nacido, y lo entrega en forma inmediata al equipo de atención de salud neonatal, para los procedimientos correspondientes (112).
- c. A todo recién nacido que al parto es acompañado de líquido amniótico claro y tiene respiración espontánea, el equipo de atención de salud neonatal realiza la limpieza de la boca y luego las fosas nasales (112).
- d. El equipo de atención de salud neonatal aplica el test de Apgar al recién nacido, al minuto y a los 5 minutos del nacimiento (112).

2.2. Procedimientos de atención de rutina: Seguidamente, el equipo de atención neonatal aplica los procedimientos que se detallan a continuación:

2.2.1. Prevenir la pérdida de calor

Realizado el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical, el equipo de atención de salud neonatal recepciona y seca al recién nacido con campos pre calentados sobre el vientre/abdomen desnudo de la madre. A todo recién nacido con menos de 32 semanas de gestación o con peso menor de 1,500 gramos, se le cubre todo el cuerpo con la bolsa neonatal (bolsa neonatal con doble envoltorio de polietileno) y con un gorrito se cubre el polo cefálico inmediatamente después del nacimiento. No se debe secar, ya que la humedad caliente protege las pérdidas de calor por evaporación y evita lesiones potenciales por la fricción del secado (112).

2.2.2. Contacto piel a piel

Este procedimiento se realiza cuando la madre está estable y el recién nacido está vigoroso y consiste en colocar al recién nacido de cubito ventral y en forma longitudinal sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea. El contacto piel a piel tiene una duración de 60 minutos, que se prolonga hasta el inicio de la lactancia materna. Con el contacto piel a piel se promueve el apego seguro, se fortalece el vínculo afectivo madre y niño y se inicia la lactancia materna (112).

2.2.3. Identificar al recién nacido

Registrar los datos en el brazalete, que debe contener la siguiente información. El primer apellido del padre y de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido. La identificación se realiza sin separar al recién nacido de la madre (112).

2.2.4. Colocación de la pinza umbilical o pinza de cordón umbilical (“CLAMP”)

Es realizada por el equipo de atención de salud neonatal que atiende al recién nacido, bajo técnicas rigurosamente asépticas. Verificar las 2 arterias y una vena del cordón umbilical asegurando el correcto pinzamiento. La colocación de la pinza umbilical plástica (clamp) se realiza de 2 a 3 cm de la base del cordón umbilical (112).

3. Atención inmediata del recién nacido: En la segunda hora (posterior al contacto piel a piel)

Después del contacto piel a piel y de la primera lactada, colocar al recién nacido bajo fuente de calor con las condiciones que aseguren su termorregulación y continuar con su atención: (112)

- a. Recorte, ligadura y profilaxis de cordón umbilical
- b. Profilaxis ocular: Se aplica una pomada antibiótica, como eritromicina o tetraciclina, en cada ojo del bebé poco después del parto.
- c. Realizar la somatometría: Se realiza las medidas de talla, perímetro cefálico, abdominal y peso.

- d. Examen físico del recién nacido: El personal Neonatal realiza el examen físico del recién nacido de manera exhaustiva para identificar problemas de salud que no son detectados en la exploración física y tratarlos de manera oportuna.
- e. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido A todo recién nacido se le aplica la vitamina K (Fitomenadiona 10 mg) por vía intramuscular (cara antero-lateral externa del muslo izquierdo) después del nacimiento, para prevenir la enfermedad hemorrágica entre la segunda y la cuarta hora de vida, en la siguiente indicación: Recién nacido a término: 1 mg; recién nacido pre término de peso mayor a 1kg: 0,5 mg; recién nacido pre término de peso menor a 1 kg: 0,3 mg.
- f. Historia clínica neonatal Se registra toda atención médica y de enfermería en la historia clínica neonatal.
- g. Traslado del recién nacido: Si el recién nacido se encuentra con funciones vitales estables y en condiciones favorables, concluida la atención inmediata, después de la segunda hora de vida debe pasar con su madre a alojamiento conjunto, adecuadamente abrigado para continuar con los cuidados.

2.2. Hipótesis

Por tratarse de una investigación descriptiva, no tiene hipótesis.

2.3. Variables del estudio

2.3.1. Variable de estudio 1: Intervención de Enfermería en el apego precoz.

2.4. Definición y operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores finales	Categoría	Instrumento
Intervención de enfermería en el apego precoz o contacto piel a piel	Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido, que se inicia inmediatamente al nacimiento, y en los momentos	La investigación se desarrolló teniendo en cuenta las dimensiones la edad gestacional que es el tiempo de desarrollo del feto dentro del útero materno; tipo de parto que viene a ser la forma en que el bebe es expulsado o extraído del útero materno y el nivel	Intervención de Enfermería en el apego precoz o contacto piel a piel.	<p>1.Edad gestacional:</p> <p>a. Pre término: Neonatos que nacen antes de las 37 semanas de gestación.</p> <p>b. A término: Neonatos que nacen entre las 38 y 42 semanas de gestación.</p> <p>c. Post termino: Neonatos que han nacido después de las</p>	Apego precoz exitoso Apego precoz no exitoso	Cuantitativa Nominal	Historia clínica Ficha de cotejo

	<p>posteriores, durante la adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo y el inicio de la alimentación con lactancia materna, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones,</p>	<p>de depresión según test de APGAR, que viene a ser la dificultad del recién nacido para adaptarse al exterior, lo que puede manifestarse como cianosis (coloración azulada), palidez, bradicardia (frecuencia cardíaca lenta), falta de respuesta a la estimulación, hipotonía (baja del tono muscular) y apnea o respiración jadeante.</p>		<p>42 semanas de gestación.</p> <p>2. Tipo de parto:</p> <p>a. Eutócico: Parto normal, cuyo proceso transcurre sin complicaciones desde el inicio hasta el final. El parto se realiza por vía vaginal y sin intervención instrumental para ayudar al bebé a nacer.</p> <p>b. Distócico: Es aquel en el que se da alguna situación o complicación que requiere de intervención médica, mediante</p>	<p>Apego precoz exitoso</p> <p>Apego precoz no exitoso</p>		
--	---	---	--	---	--	--	--

	<p>secuelas o muerte. (111).</p>			<p>maniobras o cirugía, así como del uso de instrumentos por parte del personal médico para que el alumbramiento se produzca sin riesgos</p> <p>3. Nivel de depresión según test de APGAR:</p> <p>a. Depresión severa (0-3 puntos)</p> <p>b. Depresión moderada (4-6 puntos)</p> <p>c. Normal (7-10 puntos)</p>	<p>Apego precoz exitoso</p> <p>Apego precoz no exitoso</p>		
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Fuente propia

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo porque considera que el conocimiento es objetivo, y que este se genera a partir de un proceso deductivo en el que, a través de la medición numérica y el análisis estadístico se describe, explica y predice fenómenos mediante datos numéricos (113); descriptivo, porque permitió describir en forma sistemática y ordenada las características del problema sin modificar las variables de estudio puesto que este tipo de investigación no manipula de modo alguno las variables (113); además es de diseño transversal, porque se obtuvo la información precisa sobre las variables investigadas, aplicando el instrumento de recojo de información en un periodo de tiempo definido (114).

3.2. Población de estudio

3.2.1. Población

La población estará conformada por 15 profesionales de Enfermería que trabajan en el servicio de Neonatología del Hospital IIE Simón Bolívar.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

Profesionales de Enfermería que trabajan en el servicio de Neonatología, que aceptan participar en el presente estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión

Profesionales de Enfermería que trabajan en el servicio de Neonatología y que no aceptan participar en el presente estudio.

3.4. Unidad de análisis

Cada uno de los Profesionales de Enfermería.

3.5. Muestra o tamaño muestral

Se consideró la población censal constituida por 15 Profesionales de Enfermería.

3.6. Técnica e instrumentos de recopilación de información

Como técnica se utilizó la observación. Como instrumentos se hizo uso de la historia clínica y se utilizó la Ficha de cotejo de Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz del neonato. Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024. (Ver anexo N° 2).

3.6.1. Validez y confiabilidad del instrumento

a. Validez

Para la validación se utilizó el método de juicio de 2 expertos, sus opiniones o valoraciones calificadas nos permitió la validación de cada ítem o de hacer alguna mejora en los mismos.

b. Confiabilidad

Para esta investigación se aplicó una prueba piloto al personal de Enfermería del servicio de Neonatología que presentan las mismas características de la población en estudio. Y que, a través del Coeficiente de Alfa de Cronbach, se obtuvo 0.78 confiabilidad.

3.6.2. Proceso de recolección de datos

Se solicitó el permiso formal al Hospital IIE Simón Bolívar y se estableció las fechas y horas para la aplicación del instrumento previo consentimiento informado. Se aplicó los instrumentos, el mismo que será realizado por la investigadora.

3.6.3. Prueba Piloto

La ficha de cotejo se aplicó en Profesionales de Enfermería de Neonatología del centro de Salud Baños del Inca por tener las similares características con el grupo de investigación.

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos fueron ingresados a un programa Excel y transferidos a un paquete estadístico SPSS Versión 27 para su interpretación estadística descriptiva posterior. Los resultados fueron presentados en tablas simples de frecuencia y porcentajes.

3.8. Consideraciones éticas

En la presente investigación se hizo uso de los siguientes principios éticos:

3.8.1. Autonomía

Las participantes en la investigación participarán voluntariamente, libres de cualquier coacción o influencia indebida, y sus derechos, dignidad y autonomía fueron respetados y debidamente protegidos.

3.8.2. Respeto

Respetar la dignidad del ser humano que forma parte de la investigación. Se debe contar con el libre consentimiento de cada participante del estudio.

3.8.3. Honestidad

Implica llevar a cabo la investigación y comunicar los resultados y sus posibles aplicaciones de manera completa y sin llevar a cabo decepciones, con respecto a otros y a uno mismo (115).

3.8.4. Responsabilidad

Es aquella que reconoce que la finalidad del desarrollo científico tiene como punto de partida la voluntad de dar respuesta a las necesidades del entorno: el compromiso social como propósito (116).

3.8.5. Beneficencia

Se trata de hacer el bien respetando los deseos de los participantes, en todos los aspectos. Será de beneficio para los recién nacidos que nacen después de dar a conocer los resultados y hacer las recomendaciones respectivas.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Neonatos según edad gestacional atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.

Edad gestacional	Nº	%
Pre término	11	26.09
A término	31	69.59
Post término	4	4.35
Total	46	100.00

Los resultados muestran que, el 26.09% son neonatos pre término, 69.59% a término y 4.35% post término.

Esta situación nos induce a inferir que algunos de los neonatos pre término por nacer con problemas respiratorios, no reciben el apego precoz exitoso; como lo menciona la revista MedlinePlus, en donde detalla que los neonatos pre término cuando tienen dificultad para respirar esta se debe a la falta o insuficiente de la sustancia surfactante, impidiendo que los pulmones se inflen con aire y que los alvéolos colapsen (41). Así mismo la revista MEDICINE señala que cuando los alvéolos colapsan, las células dañadas se acumulan en las vías respiratorias. Eso afecta la respiración aún más; por lo tanto, el neonato tiene que hacer cada vez más esfuerzo para respirar tratando de volver a inflar las vías respiratorias colapsadas (42); además, presentarán problemas de alimentación, bajo reflejo de succión y deglución, por lo tanto, obstaculiza el apego precoz y a la vez imposibilita la termorregulación en el niño, el vínculo afectivo madre-niño, la alimentación materna que se inicia con ésta y posteriormente con la lactancia materna exclusiva.

En cambio, los recién nacidos a término, a pesar de nacer en buenas condiciones, al no tener un apego precoz exitoso, condiciona a problemas posteriores como es la termorregulación que puede provocar hipoglucemia en el neonato, conduciendo a un daño cerebral y problemas en el desarrollo del niño. En cambio, los neonatos post término, como lo afirma Lattarri A, éstos presentan bajos niveles de oxígeno y sufrimiento fetal (61), por ende, impidiendo la práctica del apego precoz.

Los resultados obtenidos coinciden con los de Roque, J 2019 quien afirma que, en neonatos a término, no se realizó un adecuado contacto piel a piel (24).

Tabla 2. Neonatos según tipo de parto atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024

Tipo de parto	Nº	%
Eutócico	43	93.48
Distócico	3	6.52
Total	46	100.00

Los resultados muestran que, 93.48% de los neonatos son de parto eutócico y 6.52% de neonatos nacidos de parto distócico.

Esta situación nos induce a deducir que el parto eutócico es una vía natural y que tiene ventajas tal como lo afirma Silva, F. *et. al.* que en el parto eutócico se presenta menor sangrado, menos riesgo de infección y ayuda a la expansión pulmonar y mejor respiración del neonato (65), asimismo Suárez menciona que hay una recuperación más rápida, que puede ayudar a establecer un vínculo más estrecho entre la madre y su bebé, menor necesidad de analgésicos y mejora de la lactancia, es decir, el proceso natural del parto puede ayudar a que la lactancia materna se establezca de manera más efectiva (63). Por lo tanto, los neonatos están en condiciones de recibir el apego precoz.

Con respecto al parto distócico, la revista club familias menciona que, es una situación o complicación que requiere de intervención médica, mediante maniobras o cirugía, así como del uso de instrumentos para que el parto se produzca sin riesgos (66). Así mismo el neonato nace con problemas, Cañadas A, afirma que en el parto distócico se presenta complicaciones como hipoxemia fetal (69), imposibilitando al neonato no recibir el apego precoz.

Estos resultados coinciden en parte con los de Recalde J, Trejo J. 2022 quienes afirman que es necesario la intervención del profesional de enfermería en la gestión del apego precoz durante el parto céfalo vaginal para la lactancia efectiva (20).

Tabla 3. Neonatos según nivel de depresión del test de APGAR atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024

Nivel de depresión	Nº	%
Severa (0 a 3 puntos)	0	0.00
Moderada (4 a 6 puntos)	3	6.52
Normal (7 a 10 puntos)	43	93.48
Total	46	100.00

Los resultados muestran que, 93.48% de neonatos nacieron en estado normal; 6.52 con nivel de depresión moderada lo que significa que en la depresión moderada el bebé está teniendo dificultades para adaptarse a la vida extrauterina, pero no necesariamente necesita una reanimación inmediata.

La revista ACOG. Clinical menciona que, la depresión según el test de Apgar se refiere a la dificultad del recién nacido para adaptarse al exterior, lo que puede manifestarse como cianosis (coloración azulada), palidez, bradicardia (frecuencia cardíaca lenta), falta de respuesta a la estimulación, hipotonía (baja del tono muscular) y apnea o respiración jadeante (76).

El resultado de APGAR puede influir en la capacidad del bebé y la madre para establecer un vínculo temprano. Una puntuación baja en Apgar puede requerir atención médica y puede afectar su bienestar inicial. Si el neonato necesita reanimación o cuidados intensivos interrumpe el contacto piel con piel y además el neonato puede tener dificultades para iniciar la lactancia materna y su continuidad de la misma. Por el contrario, una puntuación normal en Apgar puede facilitar el inicio temprano de la lactancia materna y el contacto piel con piel, lo que favorece el vínculo afectivo madre-hijo.

Tabla 4. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de la madre y el neonato según edad gestacional atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú - 2024.

Edad gestacional	N°	Intervención del Profesional de Enfermería			
		Apego precoz			
		No exitoso		Exitoso	
		Menor a 60 minutos	%	60 minutos	%
Pre Termino	11	4	10.87%	7	15.22%
A termino	31	3	8.70%	28	60.87%
Post Termino	4	4	4.35%	0	0.00%
Total	46	11	23.91%	35	76.09%

En la tabla 4, se observa, la edad gestacional del neonato y el apego precoz atendidos por el profesional de enfermería, en donde el 10.87% de los neonatos pre término, 8.70% a término y 4.35% post termino, por ser menos de 60 minutos fue un apego precoz **no exitoso**; 15.22% de los recién nacidos pre término, 60.87% a término recibieron apego precoz **exitoso** el mismo que fue con una duración de 60 minutos a más, por lo que los neonatos tienen beneficios para su salud tanto física como psicológica.

Un nacimiento a término facilita el contacto piel a piel, la lactancia materna y la interacción entre madre e hijo, lo que favorece el desarrollo de un apego seguro. En cambio, los neonatos prematuros o de bajo peso para su edad gestacional pueden requerir más atención médica y, por lo tanto, se puede imposibilitar el contacto piel a piel y la interacción con la madre, lo que podría dificultar el establecimiento de un apego seguro.

Como lo explica Carmen Rosa Dávila, que el contacto piel a piel consiste en colocar al recién nacido sobre el vientre materno entre 45 a 60 minutos para de esta manera fortalecer el vínculo entre la madre y su hijo o hija; además la lactancia materna que se inicia durante la primera hora de vida del bebé, refuerza el vínculo de afecto con la madre y protege al recién nacido contra

enfermedades como la anemia, neumonía, diarrea, otitis, meningitis, síndrome de muerte súbita, asma, alergias, desnutrición, obesidad y diabetes, entre otros males que se pueden presentar en la edad adulta. Además, el contacto piel a piel permite a las madres tener una mayor cantidad de leche, evitando el uso de otras alternativas para reemplazarla (97).

El personal de Enfermería realizó el contacto piel a piel, pero no cumplió con el estándar establecido según la Norma Técnica que es de 60 minutos; interrumpiendo la alimentación con leche materna, Lucchini C, afirma que la leche materna es la mejor fuente de nutrición para ofrecer a los recién nacidos, este rico nutriente está diseñada para satisfacer todas las necesidades nutricionales de los bebés durante los primeros seis meses de vida (105) y el no aprovechamiento del calostro, que de acuerdo a la revista *healthy children. org*, el calostro proporciona todos los nutrientes y líquidos que el recién nacido necesita en los primeros días, así como muchas sustancias para proteger al bebé contra las infecciones (106), además la no continuación de la lactancia materna exclusiva.

Los resultados coinciden en parte con los de García, P *et. al.* 2017, quienes afirman que el personal que labora en el quirófano debe ser capacitado en la importancia del CPP en los RN a término sanos para incrementar la lactancia materna, tanto antes del nacimiento y durante el nacimiento por parto y/o cesárea (23).

Tabla 5. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de la madre y el neonato según tipo de parto atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar Cajamarca Perú - 2024.

Tipo de parto	N°	Intervención del Profesional de Enfermería			
		Apego precoz			
		No exitoso		Exitoso	
		Menor a 60 minutos	%	60 minutos	%
Eutócico	43	9	17.39%	34	76.09%
Distócico	3	3	6.52%	0	0.00%
Total	46	12	23.91%	34	76.09%

En la tabla 5 se observa, que de acuerdo al tipo de parto y el apego precoz, 17.39% y 6.52% de parto eutócico y distócico respectivamente; tuvieron apego precoz **no exitoso** por ser menor de 60 minutos y 76.09% de parto eutócico con apego precoz **exitoso** que fue de 60 minutos a más.

Que durante la obtención de datos se pudo evidenciar que el apego precoz fue menor a 60 minutos, en el caso de parto eutócico, porque se presentaban en sala de partos el ingreso de otra parturienta, en donde el Profesional de Enfermería tenía que recibir al siguiente neonato y en el caso de parto distócico (cesárea) fue porque uno de los neonatos presentó edad gestacional post término macrosómico; además presentaba problemas respiratorios; el otro neonato fue pre término, con dificultad respiratoria y el tercer neonato porque la madre presentaba preclamsia y requería de tratamiento.

Situación que permite inferir que los niños que no reciben contacto piel a piel adecuadamente, probablemente se interrumpa la lactancia materna inmediata y posteriormente la lactancia materna exclusiva; también se le priva al binomio madre-niño, el afecto entre ambos; así mismo la desventaja para la madre inmediatamente al parto, porque el neonato al no realizar la succión no existe una involución uterina y para el neonato porque se priva de recibir la primera leche (calostro) la misma que contiene anticuerpos que van a proteger al niño de las infecciones tal como lo refiere la revista [healthy children. org](http://healthychildren.org), que el calostro proporciona todos los nutrientes y líquidos que el

recién nacido necesita en los primeros días, así como muchas sustancias para proteger al bebé contra las infecciones (106).

Un parto vaginal puede permitir el contacto piel a piel inmediato, lo que favorece el vínculo afectivo con la madre, en cambio un parto por cesárea puede retrasar o limitar el apego precoz. El personal Profesional de Enfermería debe cumplir con la práctica del apego precoz según la Norma Técnica de Atención de Salud Neonatal establecida por el MINSA, la misma que es recomendada para todos los neonatos, independientemente de cómo hayan sido traídos al mundo, ya que promueve un vínculo afectivo temprano y beneficios para la salud de ambos, tanto en partos naturales como en cesáreas.

Estos resultados coinciden en parte con los de Recalde J, Trejo J. 2022, quien concluye que es necesario la intervención del profesional de enfermería en la gestión del apego precoz durante el parto céfalo vaginal para la lactancia efectiva (20).

Tabla 6. Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de la madre y el neonato según nivel de depresión del test de APGAR atendidos en el Hospital IIE Simón Bolívar Cajamarca Perú - 2024.

Nivel de depresión	N°	Intervención del Profesional de Enfermería			
		Apego precoz			
		No exitoso		Exitoso	
		Menor a 60 minutos	%	60 minutos	%
Depresión severa (0 a 3 puntos)	0	0	0.00%	0	0.00%
Depresión moderada (4 a 6 puntos)	3	3	6.52%	0	0.00%
Normal (7 a 10 puntos)	43	0	0.00	43	93.48%
Total	46	3	6.52%	43	93.48%

Los resultados muestran que 6.52% de los neonatos con depresión moderada (0 a 6 puntos), según la puntuación de Apgar, el apego precoz fue **no exitoso**, por ser menor de 60 minutos; 93.48% de neonatos el apego precoz fue **exitoso**, cuyo tiempo fue de 60 minutos a más.

El apego precoz no exitoso (menor a 60 minutos), tienen como desventaja interrumpir la lactancia materna, aumentar la irritabilidad del neonato; así mismo la ausencia de apego se ha asociado con la aparición de conductas de riesgo en adolescentes, aumenta los niveles de estrés y tener problemas la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

El resultado de APGAR puede influir en la capacidad del neonato y la madre para establecer un vínculo temprano. Una puntuación baja en Apgar puede requerir atención médica y puede afectar su bienestar inicial. Si el neonato necesita reanimación o cuidados intensivos interrumpe el contacto piel con piel y la lactancia materna. Por el contrario, una puntuación normal en Apgar

puede facilitar el inicio temprano de la lactancia materna y el contacto piel con piel, lo que favorece el vínculo afectivo madre-niño. Así mismo, un puntaje bajo de Apgar, que puede indicar depresión neonatal o asfixia, puede influir en la calidad de la interacción madre-hijo y, por lo tanto, en el desarrollo del apego, lo que puede dificultar la práctica del apego precoz o contacto piel a piel.

Los resultados obtenidos en las anteriores tablas en donde se consideró la edad gestacional, tipo de parto y nivel de depresión según el test de Apgar, en donde el apego precoz por parte del Profesional de Enfermería por 60 minutos refleja una práctica adecuada de humanización del nacimiento y un entorno saludable para la madre y el neonato, además permite una salud emocional y física del recién nacido así como también de la madre, asimismo favorece el inicio temprano de la lactancia materna estimulando el reflejo de succión y la producción de leche materna, lo que facilita el inicio y mantenimiento de la lactancia materna; ayuda a la termorregulación, frecuencia cardíaca, respiración, reduce el llanto, mejora el sueño, además favorece la colonización de la piel del bebé por bacterias maternas; este contacto permite que el bebé se exponga a la microbiota materna, lo que puede ayudar a establecer una flora intestinal saludable y fortalecer su sistema inmunológico.

Esta primera interacción entre madre e hijo es fundamental en el desarrollo del vínculo, la cercanía materna, su olor, tacto, voz, calor, permiten formar lazos de amor, confianza y sentimientos muy fuertes entre la madre y el recién nacido y establecer una relación única entre ambos.

Es fundamental que la Enfermera esté capacitada y preparada para realizar el apego precoz de manera segura y adecuada, promover el CPP entre madre e hijo desde el nacimiento y apoyar a la madre en su nuevo rol, es decir, ayudar a la madre a ubicar al recién nacido en su pecho, asegurando que el bebé esté boca abajo y en contacto con la piel de la madre. Mantener al bebé en contacto piel con piel por al menos 45 minutos, o hasta que la madre lo desee. Crear un ambiente acogedor y seguro para la madre, donde pueda sentirse apoyada y confiada en su capacidad para cuidar de su hijo. Brindar información sobre el apego precoz y sus beneficios para la madre y el bebé.

Y por último podemos confirmar que la teoría de Ramona Mercer se aplica en el apego precoz demostrado en el vínculo afectivo madre-niño, al dar de lactar a su hijo como medida de protección y afecto. También la importancia que tiene la teoría de Bowlby en donde precisa que el contacto piel a piel, permite buscar una proximidad y el contacto con sus figuras de apego, en momentos de angustia o peligro, que tiene un impacto significativo en el desarrollo emocional y en la forma como los niños interactúan con el mundo.

CONCLUSIONES

1. La intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de neonatos según edad gestacional, 10.87% de los neonatos pre término, 8.70% a término y 4.35% post termino, por ser menos de 60 minutos fue un apego precoz no exitoso; 15.22% de los recién nacidos pre término, 60.87% a término recibieron apego precoz exitoso el mismo que fue con una duración de 60 minutos a más.
2. La intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de neonatos según tipo de parto, 17.39% y 6.52% de parto eutócico y distócico respectivamente; tuvieron apego precoz no exitoso por ser menor de 60 minutos y 76.09% de parto eutócico con apego precoz exitoso que fue de 60 minutos a más.
3. La intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz de neonatos según el nivel de depresión del test de APGAR, 6.52% de los neonatos con depresión moderada (0 a 6 puntos), el apego precoz fue no exitoso, por ser menor de 60 minutos; 93.48% de neonatos el apego precoz fue exitoso, cuyo tiempo fue de 60 minutos a más.

RECOMENDACIONES

1. A la Directora del Hospital IIE Simón Bolívar:

Gestionar asignación de Personal Profesional de Enfermería para la atención de los neonatos, según estándares de calidad para el cumplimiento de la norma establecida por el Ministerio de Salud.

2. A la Jefe de Enfermeras del servicio de Neonatología:

Capacitación constante al Profesional de Enfermería que labora en el servicio de Neonatología.

Sensibilización continua a los Profesionales de Enfermería sobre contacto piel a piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Neonatal. 2024. Citado el 3 de febrero del 2025. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>;
2. Bravo A, Granda J. ROL DEL ENFERMERO/A EN LA RELACIÓN MADRE-HIJO 2021. Citado el 3 de mayo del 2024, disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5477/1/ROL%20DEL%20ENFERMERO%20EN%20LA%20RELACION%20MADRE-HIJO.pdf>.
3. UNICEF. Lactancia materna desde la primera hora de vida: lo que beneficia y lo que perjudica. Citado el 3 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>.
4. UNICEF. Lactancia materna: Un regalo de una madre para cada niño y para cada niña. Reporte. New York: UNICEF, UNICEF's Nutrition Section; 2018. Citado el 3 de mayo del 2024, disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/InformeLactanciaMaterna.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. 3 de cada 5 bebés no son amamantados en la primera hora de vida. [Online].; 2018. Citado el 3 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>.
6. Solorzano T, Zea W. Beneficios de apego precoz en madres adolescentes primigestas [Trabajo para la obtención del título médico]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2019. Citado el 3 de mayo del 2024. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43886>.
7. La Organización Panamericana de la Salud. Leche materna desde la primera hora de vida. [Internet]. Washington: OPS; 2018. Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=135&lang=es.
8. Süreyya N, *et. al.* Investigación de la relación entre el apego materno y la autoeficacia de la lactancia materna y los factores que afectan en una muestra turca. *Journal of Pediatric Nursing*. Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.022>.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. En el Día de la Madre, pide que se reduzcan las “brechas en la lactancia materna” que hay entre ricos y pobres en todo el mundo. [Internet]. Lima: Prensa Unicef; 2018. Citado el 4 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/en-el-d%C3%ADa-de-la-madreunicef-pide-que-se-reduzcan-las-brechas-en-la-lactancia>.
10. Herrera A. *et. al.* Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutr Hosp* [Internet] 2019; 36(4): 786-791. Citado el 4 de mayo del 2024. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02510>.

11. Nuray E. et. al. Apego materno y conductas de lactancia materna según tipo de parto en el postparto inmediato. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2018; 64(2). Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.164>.
12. Zhunio P, Andrade L. Frecuencia de apego precoz y su relación con los conocimientos y destrezas adquiridos sobre lactancia materna durante el puerperio inmediato en madres adolescentes atendidas en el hospital Vicente corral Moscoso, marzo-mayo 2016. Ecuador. Universidad de Cuenca; 2016. Citado el 5 de mayo del 2024, disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25706>.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Lactancia y nutrición de niños, niñas y mujeres. Perú. 2018. Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/114086/Mendoza_TV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
14. Marmolejo S. Nivel de apego de las Madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna Distrito de Tarma 2014. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2019. Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: <https://1library.co/document/qo3n615q-nivel-madres-recien-nacido-practica-lactancia-materna-distrito.html#fulltext-content>.
15. Chávez G, Dueñas F. Contacto piel a piel y lactancia materna precoz en madres de recién nacidos del servicio de atención inmediata del centro salud Ocros - Ayacucho, 2021. [tesis de segunda especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2021. Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6108/TESIS_2DAESP_FILA_DUE%c3%91AS_FCS_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Vigo R. Beneficios contacto piel a piel en el recién nacido. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2019. [tesis de de segunda especialidad]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Citado el 5 de mayo del 2024. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4777/TRABAJO%20ACADEMICO%20MARZO%20CORREGIDO%20SUSTENTACION%20FEBRERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Rosas, G. Conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca-2017. [tesis de maestría]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Citado el 8 de mayo del 2024, disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2257/TESIS%20MAESTRIA%20ROSAS%20ALARC%c3%93N%20GLORIA%20A..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Arauz C, Sánchez D. Complicaciones neonatales que impiden el apego precoz del binomio madre e hijo durante el parto. [Tesis para optar el título de obstetra]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019. Citado el 8 de mayo del 2024. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45534>
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. En el Día de la Madre, pide que se reduzcan las “brechas en la lactancia materna” que hay entre ricos y pobres en todo el mundo.

- [Internet]. Lima: Prensa Unicef; 2018. Citado el 4 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/en-el-d%C3%ADa-de-la-madreunicef-pide-que-se-reduzcan-las-brechas-en-la-lactancia>
20. Recalde J, J. t. Importancia de la intervención de Enfermería en el apego precoz del parto céfalo vaginal para la lactancia efectiva. 2022. Citado el 20 de mayo del 2024. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/6667/1/JHOMAYRA%20DENNIS%20RECALDE%20GAR%C3%93FALO.pdf>.
 21. Martínez, J. Cruz, M. Nivel de cumplimiento de apego precoz durante el puerperio inmediato: El Caso del Hospital General Docente Calderón, 2019. Citado el 25 de mayo del 2025. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/2689/3104.
 22. Andrade, R. Bahamonde, K. “Apego precoz como práctica integrada del ESAMyN durante el parto céfalo-vaginal en el hospital General Enrique Garcés en el mes de julio – 2018”. Citado el 3 de junio del 2025. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/66adffea-d981-4e38-8f5c-d7b8bc5b6484/content>.
 23. García P. et. al. Contacto piel a piel al nacimiento. Perinatol Reprod Hum [revista en internet]. 2017 diciembre; 31(4): p. 170-173. Citado el 10 de mayo del 2024, disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324688861_Contacto_piel_a_piel_al_nacimiento.
 24. Roque J. Características del contacto precoz piel a piel en recién nacidos a término del Hospital Carlos Monje Medrano - Juliaca 2018. [tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Citado el 15 de mayo del 2024, disponible en: <https://vriunap.pe/repositor/docs/d00005161-Borr.pdf>.
 25. Guzman, F. 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. Citado el 15 de mayo del 2024. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/66c91093-73ad-40d6-9063-a1cc17139eed/content>.
 26. Hidalgo, R. La teoría del apego: que es, postulados, aplicaciones y trastornos 2023. Citado el 17 de mayo del 2024. Disponible en: <https://neuronup.com/neurociencia/neuropsicologia/la-teoria-del-apego-que-es-postulados-aplicaciones-y-trastornos>.
 27. Alvarado L, Guarín L. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. Rev Cuid. 2011 Enero; 2(1): p. 195-2011. Citado el 20 de mayo del 2024. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732011000100015.
 28. Medline Plus. Neonato. Citado el 21 de mayo del 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>.

29. Kamath BD. *et al.* Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun;113(6):1231-8. Citado el 3 de agosto del 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCien cia.pdf>
30. Living suavinex. ¿Qué es un neonato? Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.suavinex.com/livingsuavinex/que-es-un-neonato/>.
31. MedlinePlus. Edad Gestacional. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La%20edad%20gestacional%20es%20el,desde%2038%20a%2042%20semanas.>
32. Lattari, A. Recién nacidos prematuros. 2024. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros.>
33. Revista Mexicana de pediatría 2012. Clasificación de los niños recién nacidos. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf.>
34. Kennedy, E. Shriver National Institute of Child Health and Human Development. ¿Cuáles son los factores de riesgo del trabajo de parto y el parto prematuros? 2015. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preterm/informacion/factores.>
35. Mayo clinic. Hipotermia. 2024. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682.>
36. CMNRP. Módulo de autoaprendizaje sobre termorregulación del recién nacido. 2013. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7519202/>.
37. Nayeri F, Nili F. Hipotermia al nacer y sus complicaciones asociadas en recién nacidos: un estudio de seguimiento. *Revista Iraní de Salud Pública.* 2006;35(1):48–52. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7519202/>.
38. Mayo clinic. Hipotermia. 2024. Citado el 30 de diciembre. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682.>
39. Davis A. *et al.* Hipoglucemia en el neonato prematuro: etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento y resultados a largo plazo. 2017. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5682372/>.
40. National Heart, Lung, and Blood Institute. Síndrome de dificultad respiratoria. 2024. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sindrome-de-dificultad-respiratoria#:~:text=El%20SDR%20es%20un%20trastorno,los%20reci%C3%A9n%20nacidos%20a%20t%C3%A9rmino.>
41. MedlinePlus. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal. 2023. Citado el 31 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm#:~:text=Causas&text=El%20S>

- [DR%20neonatal%20ocurre%20en,impide%20que%20los%20alv%C3%A9olos%20colapsen.](#)
42. Stanford MEDICINE. Síndrome de dificultad respiratoria en bebés prematuros. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=respiratory-distress-syndrome-rds-in-premature-babies-90-P05480>.
 43. MedlinePlus. Hemorragia intraventricular del recién nacido. 2023. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007301.htm#:~:text=Esto%20se%20debe%20a%20que,%C3%BAltimas%2010%20semanas%20del%20embarazo>.
 44. raisingchildren.net.au. Bebés prematuros: preocupaciones del desarrollo. 2024. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://raisingchildren.net.au/newborns/premature-babies-sick-babies/development/premature-development-concerns>.
 45. Fernández, B. *et. al.* Sepsis del recién nacido. 2008. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf.
 46. Turbert D. ¿Qué es la retinopatía de la prematuridad? 2024. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.aaopt.org/salud-ocular/enfermedades/retinopatia-prematuridad>.
 47. MedlinePlus. Retinopatía de la prematuridad. 2023. Citado el 31 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001618.htm#:~:text=Si%20un%20beb%C3%A9%20nace%20muy,causar%20sangrado%20en%20el%20ojo>.
 48. Lattarri, A. Recién nacidos prematuros, 2023. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>.
 49. Mayo clinic. Ictericia infantil 2022. Citado el 30 de diciembre del 2024 Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/infant-jaundice/symptoms-causes/syc-20373865>.
 50. Stanford. MEDICINE. Hiperbilirrubinemia e ictericia. Citado el 30 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hyperbilirubinemia-in-the-newborn-90-P05484#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hiperbilirrubinemia%20en,dif%C3%ADcil%20deshacerse%20de%20la%20bilirrubina>.
 51. Living suavinex. ¿Qué es un neonato? Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.suavinex.com/livingsuavinex/que-es-un-neonato/>.
 52. Revista Mexicana de pediatría 2012. Clasificación de los niños recién nacidos. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>.
 53. Johnson's. ¿Qué es un recién nacido a término? 2024. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.johnsonsbaby.com.pe/que-es-un-recien-nacido-termino>.
 54. American Academy of Pediatrics. Healthy children. Org, 2022. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/Paginas/Newborn-Reflexes.aspx>.

55. ELSEVIER. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer 2016. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-muy-bajo-extremo-bajo-peso-S0120491216000173#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20E2%80%9Cbajo%20peso%20al,la%20edad%20de%20gestaci%C3%B3n13.&text=Muy%20bajo%20peso%20al%20nacer%3A%20reci%C3%A9n%20nacidos%20con%20peso%20al,del%20total%20de%20nacimiento6>.
56. ELSEVIER. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer 2016. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-muy-bajo-extremo-bajo-peso-S0120491216000173#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20E2%80%9Cbajo%20peso%20al,la%20edad%20de%20gestaci%C3%B3n13.&text=Muy%20bajo%20peso%20al%20nacer%3A%20reci%C3%A9n%20nacidos%20con%20peso%20al,del%20total%20de%20nacimiento6>.
57. Rellan S. *et. al.* El recién nacido prematuro. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
58. ELSEVIER. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer 2016. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-muy-bajo-extremo-bajo-peso-S0120491216000173#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20E2%80%9Cbajo%20peso%20al,la%20edad%20de%20gestaci%C3%B3n13.&text=Muy%20bajo%20peso%20al%20nacer%3A%20reci%C3%A9n%20nacidos%20con%20peso%20al,del%20total%20de%20nacimiento6>.
59. Living suavinex. ¿Qué es un neonato? Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.suavinex.com/livingsuavinex/que-es-un-neonato/>
60. Guzmán S. *et. al.* Embarazo prolongado. RN post maduro 2008. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_1.pdf.
61. Lattarri, A. Introducción a los problemas generales del recién nacidos. 2024. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/introducci%C3%B3n-a-los-problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido>.
62. Healthcare designed for Women. Parto pos termino en el recién nacido, 2024. Citado el 22 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.awomansview.com/spanish-resources/parto-posttermino-en-el-recien-nacido/>.
63. SUAREZ ONE TO ONE PARTO NATURAL ¿Qué es el parto eutócico y qué lo distingue del distócico? 2023. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://partonaturalmadrid.es/que-es-el-parto-eutocico-y-que-lo-distingue-del-distocico/>.
64. marro salud es sentirse bien. ¿Qué es un parto eutócico? Diferencias con el parto distócico. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.marrosalud.com/blog/parto-eutocico-diferencias-parto-distocico/>.
65. Silva, F. *et. al.* Beneficios del parto por vía vaginal frente a la cesárea en relación con el bienestar fetal 2000. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/6.4/RM.6.4.01.pdf>.

66. Club familias. Parto eutócico y distócico ¿cuáles son las diferencias? 2021. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.clubfamilias.com/es/parto-eutocico-distocico-cuales-son-diferencias>.
67. Reproducción Asistida ORG. ¿Qué es el parto distócico? 2024. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/parto-distocico/>.
68. Cañadas, A. Distocia: tipo y diagnóstico, 2022. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/articulos-especializados/distocia-tipos-y-diagnostico>.
69. Reproducción Asistida ORG. ¿Qué es el parto distócico? 2024. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/parto-distocico/>.
70. Julie S. Manual MSD Parto vaginal 2024. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/trabajo-de-parto-y-parto/parto-vaginal>.
71. Larissa Hirsch. Parto natural 2022. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/natural-childbirth.html>.
72. Barranquero M, *et. al.* ¿Es mejor el parto natural o la cesárea? – Ventajas y desventajas 2021. Citado el 24 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/parto-natural-y-cesarea-ventajas-y-desventajas/>
73. ALLIANT. Cesárea. 2024. Citado el 31 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://ssl.adam.com/content.aspx?productid=83&pid=5&gid=002911&site=alliantplans.adam.com&login=ALLI5730>.
74. Maset J. Test de Apgar. Citado el 25 de mayo del 2024. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/test-de-apgar/>.
75. Charles I. Schwartz MD, FAAP, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, General Pediatrician at PennCare for Kids, Phoenixville, PA. Also reviewed by David C. Dugdale, MD, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Citado el 26 de mayo del 2024. Disponible: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm#:~:text=El%20puntaje%20en%20el%20minuto.por%20fuera%20del%20vientre%20materno>.
76. ACOG. Clinical. La puntuación de Apgar. 2015. Citado el 2 de junio del 2025. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/10/the-apgar-score>.
77. De López, M. Apego precoz y sus beneficios.2024. Citado el 27 de mayo del 2024, disponible en: <https://www.hospitalfiladelfia.org.py/articulos/apago-precoz-y-sus-beneficios/>.
78. Figueroa K “Apego precoz en madres primerizas en el servicio de centro obstétrico, del Hospital San Vicente de Paúl 2020-2021”. Citado el 26 de mayo del 2024. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11346/2/06%20ENF%201188%20TRABAJO%20GRADO.pdf>.
79. Raies, L. *et. al.* Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm.* 2012 diciembre; 21(4): p. 209-213. Citado el 26 de mayo del 2024. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>.

80. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Citado el 28 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCien cia.pdf>.
81. Gómez A. et. al. Método canguro en la sala de partos. An Esp Pediatr. 1998; 48: 631-633. Citado el 28 de mayo del 2024, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCien cia.pdf>
82. Duffy FH, Als H, McAnulty GB. Behavioral and electrophysiological evidence for gestational age effects in healthy preterm and fullterm infants studied two weeks after expected due date. Child Dev. 1990 Aug;61(4):271-86. Citado el 28 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCien cia.pdf>
83. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004.Apr.38p. (Clinical guideline.,Nº 13). Citado el 28 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCien cia.pdf->
84. Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. Nat Rev Neurosci. 2008 Jan;9(1):11-25. Citado el 29 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCien cia.pdf>.
85. Alzaheb R. A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East. 2017. Citado el 29 de mayo del 2024. Disponible en: [https://p. Clin Med Insights Pediatr. 2017 Diciembre; 17\(11:1179556517748912.\)](https://p. Clin Med Insights Pediatr. 2017 Diciembre; 17(11:1179556517748912.)).
86. Paus T. et. al. Maturation of white matter in the human brain: a review of magnetic resonance studies. Brain Res Bull. 2001 Feb;54(3):255-66. Citado el 05 de junio del 2024, disponible en:
87. Ministerio de Salud. Atención Integral de la Salud Neonatal. Norma Técnica [internet]. Lima: MINSAs; 2015. Citado el 10 de junio del 2024. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>.
88. Alba RC, Aler GI, OlzaFI. Maternidad y salud: ciencia, consciencia y experiencia [internet]. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Citado el 10 de junio del 2024. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia. pdf>.
89. OPS. Lactancia promoción y apoyo en un hospital amigo del niño. [Online]. Whashington: OPS 2024. Citado el 10 de junio del 2024, disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/media/791/file/Lactancia%20promoci%C3%B3n%20y%20apoyo%20en%20un%20Hospital%20Amigo%20del%20Ni%C3%Bl o.pdf>.

90. Alcántara, C. et. al. Características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término. [Trabajo académico de especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Citado el 12 de junio del 2024. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/955/Caracteristicas_AlcantaraChavarria_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
91. Tirano, D. et. al. Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de literatura. Rev Esp Nut Hum Diet. 2018 diciembre; 22(4): p. 263-271. Citado el 12 de junio del 2024. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452018000400005.
92. Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. Pediatrics. Nov 1998; 102(5):1244-46. Citado el 18 de julio del 2024. Disponible en: <http://www.breastcrawl.org/pdf/mother-and-Infant-early-emotional-ties.pdf13>.
93. Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38:430-442. Citado el 20 de junio del 2024. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272019000100020#B8.
94. Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A. Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800g: randomized control trial. J Perinatol. 2014;34:364-368. Citado el 23 de junio del 2024, disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272019000100020#B8.
95. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. AORN J. 2017;105:579-592. Citado el 23 de junio del 2024, disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020#B8
96. Moore ER, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst. Citado el 24 de junio del 2024, disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020#B8
97. Gob.pe. 2018. Contacto piel a piel entre madre y recién nacido asegura el inicio de la lactancia materna. Citado el 10 de enero del 2025. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/17899-contacto-piel-a-piel-entre-madre-y-recien-nacido-asegura-el-inicio-de-la-lactancia-materna>.
98. Hung KJk, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. MCN Am J Matern Child Nurs. 2011;36:318-324. Citado el 25 de junio del 2024. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020#B8.
99. Unicef. LACTANCIA PROMOCION Y APOYO EN U HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO. 2014. Citado el 28 de junio del 2024. Disponible en:
<https://www.unicef.org/venezuela/media/791/file/Lactancia%20promoci%C3%B3n%20y%20apoyo%20en%20un%20Hospital%20Amigo%20del%20Ni%C3%B1o.pdf>.
100. Saco M. et. al. Contacto con la piel y la mama precoz: factores asociados e influencia en la lactancia materna exclusiva. Texto-Contexto Enferm. 2019 diciembre.

- Citado el 28 de junio del 2024. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9YvtXfgqwt8thbrwKGzjSzS/abstract/?lang=es>.
101. Vetulani J. Early maternal separation: a rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep.* 2013;65:1451-1461. Citado el 28 de junio del 2024, Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020#B8.
 102. Crenshaw J, Care practice #6. No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *J Perinat Educ* May 2007, 16(3):39-43. Citado el 30 de junio del 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948089/12>.
 103. López M. Apego precoz y sus beneficios. 2024. Citado el 1 de julio del 2024. Disponible en: <https://www.hospitalfiladelfia.org.py/articulos/apego-precoz-y-sus-beneficios/>.
 104. Tenorio V. Apego Precoz. 2017. Citado el 5 de julio del 2024. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/361143751/APEGO-PRECOZ>.
 105. Lucchini C. et. al. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. 2012 diciembre; 21(4): p. 209-213. Citado el 5 de julio del 2024. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>.
 106. healthy children. org. Calostro: la primera comida de su bebe. 2013. Citado el 7 de julio del 2024. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/Colostrum-Your-Babys-First-Meal.aspx>.
 107. Unicef. Lactancia materna. 2015. Citado el 8 de julio del 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>.
 108. OPS. Enfermería y Partería. Citado el 10 de julio del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria#:~:text=Trabajan%20en%20la%20primera%20C3%ADnea,la%20respuesta%20a%20las%20emergencias>
 109. IFSES. Enfermería neonatal, peculiaridades. IFSES. Enfermería neonatal, peculiaridades de un perfil vocacional. 2024. Citado el 10 de julio del 2024. Disponible en: <https://ifses.es/enfermeria-neonatal/>.
 110. ESTUDIOSMEDICINA.COM. Citado el 13 de julio del 2024. Disponible en: <https://www.estudiosmedicina.com/que-es-la-enfermeria-neonatal/>.
 111. Neofax 2020 26 nov. 2020. GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO. Citado el 15 de julio del 2024. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/procedimiento/4_GU%C3%8DA%20DE%20PROCEDIMIENTO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INMEDIATA%20DEL%20RECIEN%20NACIDO.pdf.
 112. PROYECTO DE NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL. 2024. Citado el 18 de julio del 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6414069/5617451-resolucion-ministerial-n-372-2024-minsa.pdf>.

113. Hernández R, Fernández C. Investigación cuantitativa, cualitativa y mixta. 2014. Citado el 1 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://recursos.ucoj.mx/tesis/investigacion.php>.
114. Ortega C. ¿Qué es un estudio transversal? 2025. Citado el 1 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal..>
115. Moran F. et. al. Código de Ética de la Investigación de la Universidad de Guayaquil. 2023. Citado el 5 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.ug.edu.ec/secretaria-general-r/normativa/vigente/C%C3%93DIGO%20DE%20%C3%89TICA%20EN%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%202023.pdf>.
116. Rubio, L. La responsabilidad social de la investigación. 2018. Citado el 5 de diciembre del 2024. Disponible en: <https://www.senderi.org/cat/articles/354/la-responsabilidad-social-de-la-investigacion#:~:text=Una%20investigaci%C3%B3n%20responsable%20socialmente%20es,el%20compromiso%20social%20como%20prop%C3%B3sito>.



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el siguiente documento se le informa que usted ha sido elegida como participante para el trabajo de investigación **INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMON BOLIVAR. CAJAMARCA PERU – 2024**

Este informe se le brinda con la finalidad de que usted pueda comprender las características del estudio y nos pueda brindar información necesaria de acuerdo a lo solicitado. En caso de presentar dudas al final de leer este documento, consultar con la persona que le brindo dicho documento,

Toda información que Ud. nos brinde con el llenado de la ficha de cotejo mantendrá su anonimato, quiere decir que, al momento de obtener los resultados, estos no se divulgarán .ni serán publicados con otras personas que no pertenezcan al grupo de investigación.

Su participación es voluntaria, usted decide si desea participar o no. En el caso que decida participar, usted es libre de decidir si desea retirarse de la investigación en cualquier momento sin consecuencias hacia su persona; si se mantiene hasta el final, usted tiene derecho a saber los resultados si así lo desea acercándose al coordinador de la investigación.

He leído y he escuchado de manera satisfactoria todas las explicaciones acerca de este estudio y estoy enterada de los riesgos y beneficios que conlleva mi participación en este estudio.

Yo.....

Identificada con DNI N°....., Autorizo el uso de la información que brindo con los propósitos de investigación solicitada y explicada. Estoy de acuerdo con ser partícipe de esta investigación, bajo los términos mencionados.

.....

Firma de la participante

(Palomino Chávez Leydi Graciela–Encargada de la investigación)



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE COTEJO DE INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN
 EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMON BOLIVAR.
 CAJAMARCA PERU – 2024

Nº	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		REALIZACION DEL APEGO PRECOZ		TIEMPO DURACION DEL APEGO PRECOZ	
			SI	NO	< a 60 min	60 min
1	Edad gestacional	a. Pre termino: RN que nacen antes de las 37s de gestación.				
		b. A termino: RN que nacen entre las 38 y 42s de gestación.				
		c. Post termino: RN que nacen después de las 42s de gestación.				
2	Tipo de parto	a. Eutócico				
		b. Distócico				
3	Nivel de depresión según test de APGAR	a. Depresión severa (0 – 3 puntos)				
		b. Depresión moderada (4 – 6 puntos)				
		c. Normal (7 – 10 puntos)				

SOLICITUD DE VALIDACIÓN POR PROFESIONALES DE EXPERTOS

Señor(a): Rosa Masabel Sáenz Quiroz

Licenciado(a) en Enfermería

Es grato dirigirme ante usted, a fin de solicitar su colaboración como experto para la validación del instrumento de medición que será aplicado al Personal Profesional de Enfermería del servicio de Neonatología del Hospital IIE Simón Bolívar. El presente instrumento tiene como finalidad recoger información para la investigación titulada: INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA PERÚ-2024. Asesorada por la Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera, con la finalidad de optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Que tiene como objetivos:

Objetivo General

Determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz, según la edad gestacional del neonato, el tipo de parto y el nivel de depresión del test de APGAR en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024

Objetivos Específicos

1. Determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según la edad gestacional del neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.
2. Identificar intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según el tipo de parto de las madres púerperas en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.
3. Determinar intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según el nivel de depresión del test de APGAR en el neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.

Para efectuar la validación del instrumento usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta de acuerdo con el criterio personal y profesional del actor que corresponda al instrumento.

En ese sentido, cualquier sugerencia relativa a la redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere, será relevante para mejorar el mismo.

Agradezco la atención a la presente solicitud.

Cajamarca 19 de setiembre del 2024



Leydi Graciela, Palomino Chávez

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo, Rosa Mabel Saenz Quiroz, identificado con DNI N° 26607494, de profesión Lic. ENFERMERIA, en la institución HOSP. REGIONAL Docente - Cajamarca, hago constar que he revisado y dado el juicio de experto al instrumento, ficha de cotejo estructurada para el apego precoz, diseñado por la bachiller en Enfermería Leydi Graciela Palomino Chávez, para su validación a fin de ser aplicado en la investigación titulada: "INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMON BOLIVAR. CAJAMARCA PERU - 2024"

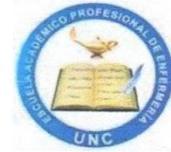
Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo evaluar según los criterios establecidos y formular algunas apreciaciones.

En relación a:	Coherencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias/ recomendaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1. Edad gestacional		X		X			Necesidad de mantener la estabilidad del neonato.
2. Tipo de parto	X		X		X		✓
3. Puntuación de APGAR		X		X		X	está sujeto a la puntuación de apgar.


 Firma y huella del experto
Lic. Enfermería
 MSP - 1100



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**FICHA DE COTEJO DE INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN
 EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMON BOLIVAR. CAJAMARCA
 PERU – 2024**

N°	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		REALIZACION DEL APEGO PRECOZ		TIEMPO DURACION DEL APEGO PRECOZ	
			SI	NO	< a 60 min	60 min
1	Edad gestacional	a. Pre termino: RN que nacen antes de las 37s de gestación.		X		
		b. A termino: RN que nacen entre las 38 y 42s de gestación.	X			X
		c. Post termino: RN que nacen después de las 42s de gestación.	X			X
2	Tipo de parto	a. Eutócico	X			X
		b. Distócico	—			
3	Nivel de depresión según test de APGAR	a. Depresión severa (0 – 3 puntos)	—			
		b. Depresión moderada (4 – 6 puntos)	—			
		c. Normal (7 – 10 puntos)	X			X

SOLICITUD DE VALIDACIÓN POR PROFESIONALES DE EXPERTOS

Señor(a): Karina Magaly Alzamora Muñoz

Licenciado(a) en Enfermería

Es grato dirigirme ante usted, a fin de solicitar su colaboración como experto para la validación del instrumento de medición que será aplicado al Personal Profesional de Enfermería del servicio de Neonatología del Hospital IIE Simón Bolívar. El presente instrumento tiene como finalidad recoger información para la investigación titulada: INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA PERÚ-2024. Asesorada por la Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera, con la finalidad de optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Que tiene como objetivos:

Objetivo General

Determinar la Intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz, según la edad gestacional del neonato, el tipo de parto y el nivel de depresión del test de APGAR en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024

Objetivos Específicos

1. Determinar la intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según la edad gestacional del neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.
2. Identificar intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según el tipo de parto de las madres puérperas en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.
3. Determinar intervención del Profesional de Enfermería en el apego precoz según el nivel de depresión del test de APGAR en el neonato en el Hospital IIE Simón Bolívar. Cajamarca Perú – 2024.

Para efectuar la validación del instrumento usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta de acuerdo con el criterio personal y profesional del actor que corresponda al instrumento.

En ese sentido, cualquier sugerencia relativa a la redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere, será relevante para mejorar el mismo.

Agradezco la atención a la presente solicitud.

Cajamarca 19 de setiembre del 2024



Leydi Graciela, Palomino Chávez

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo, Karina Magaly Alzamora Muñoz, identificado con DNI N° 80305693, de profesión Doc en Enfermería, en la institución Hospital Regional Docente Cayma hago constar que he revisado y dado el juicio de experto al instrumento, ficha de cotejo estructurada para el apego precoz, diseñado por la bachiller en Enfermería Leydi Graciela Palomino Chávez, para su validación a fin de ser aplicado en la investigación titulada: "INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMON BOLIVAR. CAJAMARCA PERU - 2024"

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo evaluar según los criterios establecidos y formular algunas apreciaciones.

En relación a:	Coherencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias/ recomendaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1. Edad gestacional	X		X			X	Todo RN a término sano se realiza Todo RN pretérmino de 34, 35, 36 semanas También se realiza contacto piel a piel.
2. Tipo de parto	X		X		X		No necesariamente depende del tipo de parto. → Condición materna y neonato.
3. Puntuación de APGAR	X		X		X		De acuerdo. 0-5 pts. RN depresión al nacer, no se realiza contacto piel a piel


 Karina M. Alzamora Muñoz
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 CEP N° 57335 N° Reg. 12381

Firma y huella del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FICHA DE COTEJO DE INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN
EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMON BOLIVAR. CAJAMARCA
PERU – 2024

N°	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		REALIZACION DEL APEGO PRECOZ		TIEMPO DURACION DEL APEGO PRECOZ	
			SI	NO	< a 60 min	60 min
1	Edad gestacional	d. Pre termino: RN que nacen antes de las 37s de gestación.				
		e. A termino: RN que nacen entre las 38 y 42s de gestación.	X			X
		f. Post termino: RN que nacen después de las 42s de gestación.	X		X	
2	Tipo de parto	c. Eutócico	X			X
		d. Distócico	—			
3	Nivel de depresión según test de APGAR	d. Depresión severa (0 – 3 puntos)	—			
		e. Depresión moderada (4 – 6 puntos)	X		X	
		f. Normal (7 – 10 puntos)	X			X

LEYDI GRACIELA PALOMINO CHÁVEZ

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL APEGO PRECOZ DEL NEONATO. HOSPITAL IIE SIMÓN BOLÍVA

 My Files

 My Files

 Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:469575828

Fecha de entrega

24 jun 2025, 10:00 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

24 jun 2025, 10:08 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

INFORME FINAL APEGO PRECOZ. LPCH...docx

Tamaño de archivo

1.1 MB

98 Páginas

23.654 Palabras

131.502 Caracteres

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 18% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	neuronup.com	2%
3	Internet	cdn.www.gob.pe	2%
4	Internet	hdl.handle.net	2%
5	Internet	repositorio.unac.edu.pe	2%
6	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
7	Internet	revistas.urp.edu.pe	<1%
8	Internet	www.yumpu.com	<1%
9	Internet	www.dspace.uce.edu.ec	<1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%