



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Autoras:**

**Dra. Andrea Carolina Cevallos Teneda  
Dra. Liliana Marley Guadalima Malla**

**Director: Dra. Carmen Elena Cabezas**

**Directora metodológica: MSc. Patricia Ortiz**

**Quito, 2018**

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, ANDREA CAROLINA CEVALLOS TENEDA, con C.I.: 1804488797, autora del trabajo de graduación titulado: “CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”; previo a la obtención del título profesional de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA en la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el Artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador difundir a través de sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 2018.

**Andrea C. Cevallos Teneda**  
**C.I.: 1804488797**

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, LILIANA MARLEY GUADALIMA MALLA con C.I.: 1104863905, autora del trabajo de graduación titulado: “CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”; previo a la obtención del título profesional de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA en la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el Artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador difundir a través de sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 2018.

**Liliana M. Guadalima Malla**  
**C.I.: 1104863905**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por darme la vida, la salud, y la oportunidad de ser médico y seguir esta linda especialidad.

A mis padres y hermana por el empuje que dan a mis metas día a día.

A mi esposo y mi hijo, porque supieron esperar pacientemente la cosecha del esfuerzo y sacrificio, que son también sus esfuerzos y sacrificios.

A toda la familia y amigos, que aportaron de diferentes maneras a la culminación de este objetivo.

A los maestros, tutores, y compañeros de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y del Hospital Vozandes Quito; quienes hicieron que ame aún más esta carrera, me enseñaron que el conocimiento es infinito y que vencerse a uno mismo es el mayor reto.

**Andrea**

## **AGRADECIMIENTO**

En la vocación del ser humano hay un gran número de páginas, las cuales se escribe día tras día, con el único objetivo de alcanzar el ideal del servicio a la comunidad y bienestar propio.

Mi gratitud a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a través del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, que me abrió las puertas para la realización de esta especialización.

A los maestros que me brindaron exigencias para hacer de mí, una mejor profesional.

Agradezco a mis Padres, a mi hermana, y a la familia que siempre estuvo a mi lado, en las alegrías y sinsabores de mi carrera. A Christian por motivarme y brindarme su incondicional apoyo.

De manera especial a la Dra. Carmen Elena Cabezas y MSc. Ortiz, quienes nos apoyaron en esta investigación y su desarrollo, por dedicar un valioso espacio a este proyecto.

**Liliana**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a todos los médicos familiares, los que están en formación y las futuras generaciones de médicos; para que sigamos construyendo conocimiento, fortaleciendo destrezas y brindando el mejor servicio que podamos a los demás.

**Andrea**

## **DEDICATORIA**

Cada hoja de un árbol guarda el furor de un amanecer, cada peldaño de la vida tiene su esencia y cada día de este Posgrado tuvo, la pasión del deber cumplido en estos 3 años.

El presente trabajo de titulación es dedicado a Dios, por brindarme dones para lograr mi formación como Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; a mis Padres: Ángel y Esperanza por ser mi guía y enseñarme a perseverar siempre; a mi pequeña hermana Belkys, que me motiva, fortalece y temple el corazón.

A Christian, quién ha sido mi fuente de inspiración, y ejemplo de superación diario, con su cálido don humano, inteligencia, paciencia, amor, fe y madurez, me acompañó en este tiempo de crecimiento personal y profesional.

A cada uno de los miembros de mi familia extendida, que de una u otra manera contribuyeron a la culminación de esta meta.

Y a mis amigas y compañeras que caminaron junto a mí este sendero de conocimiento, esfuerzo y lucha en cada turno y rotación hospitalaria.

**Liliana**

## TABLA DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN .....	I
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN .....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
DEDICATORIA.....	VI
TABLA DE CONTENIDOS.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS .....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT .....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
MARCO TEÓRICO .....	5
1.1. Definiciones.....	5
1.2. Fisiología.....	5
1.3. Historia .....	6
1.4. Importancia del Apego Precoz .....	7
1.5. Fomento del apego precoz.....	8
1.5.1. Ventajas para los Recién Nacidos .....	10
1.5.2. Ventajas para las Madres.....	11
1.6. Tiempo de Apego Precoz .....	11
1.7. Procedimientos o pasos en el apego precoz .....	13

1.8. Apego Precoz y Cesárea.....	15
1.9. Conocimientos del Personal de Salud sobre Apego Precoz.....	17
1.10. Barreras para la realización de apego precoz.....	19
1.11. Marco Legal.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	21
CAPÍTULO II.....	23
OBJETIVOS.....	23
2.1 Problema de investigación.....	23
2.1.1 Planteamiento del Problema.....	23
2.2 Pregunta de Investigación.....	24
2.3 Objetivos.....	24
2.3.1.1 Objetivo General.....	24
2.3.1.2 Objetivos Específicos.....	24
2.4 Hipótesis.....	25
CAPÍTULO III.....	26
METODOLOGÍA.....	26
3.1 Tipo de Estudio.....	26
3.2 Población y Muestra.....	26
3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	27
3.4 Variables.....	28
3.4.1 Operacionalización de Variables.....	28
3.5 Procedimiento de recolección de información.....	30
3.6 Análisis de datos.....	30
3.7 Aspectos Bioéticos.....	31
CAPÍTULO IV.....	32
RESULTADOS.....	32

4.1	Análisis descriptivo.....	32
4.2	Análisis bivarial .....	34
4.3	Análisis descriptivo.....	36
4.4	Análisis Bivarial .....	38
CAPÍTULO V .....		41
DISCUSIÓN.....		41
CAPÍTULO VI.....		45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		45
6.1	Conclusiones.....	45
6.2	Recomendaciones .....	46
BIBLIOGRAFÍA.....		48
ANEXOS.....		59

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cumplimiento de apego precoz .....	36
---	----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. Operacionalización de variables .....	29
Tabla 4.1. Nivel de Instrucción Personal de Salud .....	32
Tabla 4.2. Nivel de Conocimiento .....	33
Tabla 4.3. Nivel de Conocimiento sobre temas de Apego Precoz .....	34
Tabla 4.4. Relación entre el Nivel de Instrucción y el Nivel de Conocimiento.....	35
Tabla 4.5. Relación entre Unidad Operativa y Nivel de Conocimiento.....	36
Tabla 4.6. Pasos de Apego Precoz .....	37
Tabla 4.7. Relación entre Unidad Operativa y Cumplimiento del Apego Precoz .....	38
Tabla 4.8. Relación entre Horario de Atención y Cumplimiento del Apego Precoz .	39
Tabla 4.9. Relación entre Nivel de Instrucción y Cumplimiento del Apego Precoz .	39
Tabla 4.10. Relación entre Tiempo y Cumplimiento del Apego Precoz .....	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta.....	60
Anexo 2. Ficha de observación .....	62
Anexo 3. Consentimiento informado – Personal de Salud .....	64
Anexo 4. Consentimiento informado – Madres .....	68
Anexo 5. Acta de confidencialidad .....	72

## RESUMEN

**Antecedentes:** La práctica del apego precoz entre la madre y el recién nacido es respaldada y sustentada por varios organismos a nivel mundial, así tenemos al Fondo de las Naciones Unidas para la infancia con sus siglas UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS); y consiste en el contacto piel a piel inmediatamente después de nacer. Hecho importante porque permite la autorregulación necesaria para la supervivencia, la adaptación del recién nacido a los cambios ambientales extrauterinos, afianza el vínculo emocional del niño con su madre y tiene incidencia en la duración y buena calidad de la lactancia natural. El papel del personal de salud es fundamental al promover el apego precoz y con ello, contribuir a reducir las causas de mortalidad neonatal y el desarrollo de comorbilidades en el futuro.

**Objetivos:** Determinar la relación entre los conocimientos del personal de salud y el cumplimiento del apego precoz en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02. Evaluar el nivel de conocimientos sobre el apego precoz que tienen los médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina. Valorar el nivel de cumplimiento de los pasos que involucra el apego precoz en sala de partos. Determinar las causas para el no cumplimiento como: tiempo asignado, nivel de formación del personal y horario de trabajo.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal, realizado en dos etapas: la primera consistió en la aplicación de una encuesta que evaluó el nivel de conocimiento sobre apego precoz dirigido al personal de salud; la segunda etapa fue la observación directa del cumplimiento de los pasos de apego precoz en la sala de partos a través de una Ficha de Observación. Se realizó un análisis descriptivo y Bivariado y se estableció que la significancia estadística tendría un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El 91,4% de los participantes tuvieron un nivel de conocimiento bajo y el 8,5% un nivel de conocimiento mediano. Ninguno de los participantes tuvo un nivel de conocimiento alto. Existió cumplimiento inadecuado de apego precoz en el 68% de los partos; el paso con mayor incumplimiento fue el tiempo en que éste se

llevaba a cabo. Se encontró relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de cumplimiento con el nivel de instrucción, la unidad operativa y el tiempo designado para apego precoz.

**Conclusiones:** El personal de salud tuvo un nivel de conocimiento bajo de apego precoz, al igual que un cumplimiento inadecuado en la sala de partos. El nivel de formación y el tiempo designado fueron factores de riesgo para el incumplimiento.

**Palabras Clave:** Apego precoz, madre, recién nacido, personal de salud, factores de riesgo.

## ABSTRACT

**Background:** The practice of skin to skin between the mother and the newborn is supported by several agencies worldwide, so we have the United Nations Children's Fund with its initials UNICEF and the World Health Organization; and consists of skin-to-skin contact immediately after birth. Important fact, because it allows the self-regulation necessary for survival, the adaptation of the newborn to extrauterine environmental changes, favors the affective bonds between the mother and her child and has an impact on the duration and good quality of breastfeeding. The role of health personnel is fundamental in promoting skin to skin and thereby contributing to reducing the causes of neonatal mortality and the development of comorbidities in the future.

**Objectives:** To determine the relationship between the knowledge of health personnel and compliance with skin to skin at the Hospital Gineco Obstétrico Isidro de Quito and Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02. Evaluate the level of knowledge about the skin to skin of treating physicians, resident doctors and medical interns. Assess the level of compliance with the steps involved in skin to skin in the delivery room. Determine the causes for non-compliance such as: assigned time, staff training level and work schedule.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study, carried out in two stages: the first consisted of the application of a survey that evaluated the level of knowledge about skin to skin directed to health personnel; the second stage was the direct observation of compliance with the steps of skin to skin in the delivery room through an Observation Card. A descriptive and Bivarial analysis was carried out, and it was established that the statistical significance would have a value of  $p < 0.05$ .

**Results:** 91.4% of the participants had a low level of knowledge and 8.5% had a medium level of knowledge. None of the participants had a high level of knowledge. There was inadequate compliance with skin to skin in 68% of deliveries; the step with the highest noncompliance was the time it was carried out. Statistically significant

relationships were found between the level of compliance with the level of instruction, the operational unit and the time designated for skin to skin.

**Conclusions:** The health personnel had a low level of knowledge of skin to skin, as well as inadequate compliance in the delivery room. The level of training and the designated time were risk factors for non-compliance.

**Key Words:** Skin to skin, mother, newborn, health personnel, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

El parto y el posparto inmediato son etapas de gran vulnerabilidad en las que el bebé y su madre pueden presentar complicaciones que, incluso, podrían desencadenar en la muerte. Por esta razón, es fundamental la atención médica que se brinda, no solo para la supervivencia inmediata de ambos, sino también para mejorar su salud y nutrición en un futuro. Sin embargo, mientras se promueve una mayor atención a la sobrevivida madre-recién nacido, se pasa por alto la implementación de tres prácticas que benefician tanto al niño o niña como a su madre. Estas son: a) clampeo adecuado del cordón umbilical, b) apego precoz al nacer entre el recién nacido y su madre, c) inicio temprano de la lactancia exclusiva o lactancia precoz. Estas prácticas son seguras, eficaces, factibles, de bajo costo y basadas están en el mejor nivel de evidencia científica. También, tienen un efecto positivo a largo plazo en el estado nutricional y en el correcto desarrollo y salud del recién nacido (MSP, 2011).

En cuanto a la segunda práctica, si la madre y el bebé están sanos, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, es importante que el recién nacido sea colocado encima de su madre. Esto debe promover un estrecho contacto piel con piel y permitirles a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho e, idealmente, durante todo el tiempo que madre e hijo deseen (CLMAEP, 2017). Es conocido que posterior al nacimiento, el niño entra en un período de alerta, en el cual se interrelaciona con la madre, avanza sobre su abdomen, continúa moviéndose hasta el tórax y finalmente empieza

a lactar. (Herrera Gómez, 2013). Es importante resaltar que el contacto piel con piel precoz entre la madre y el niño mejora las percepciones de su hijo, las habilidades maternas, su comportamiento, los resultados en cuanto a lactancia materna y reduce el tiempo de llanto del recién nacido (Martínez & Ferman, 2014).

Existen algunas investigaciones sobre el contacto inmediato piel a piel o apego precoz. Estos estudios han tenido como propósito corroborar el cumplimiento de esta

actividad, las limitaciones que existen para no cumplirla, y la intervención y conocimiento del personal de salud. En el estudio de Ana Esthela Quilligana y María Gabriela Bayas, se aplicó una guía de observación a 90 partos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda. Tras esta investigación, se determinó que el nivel de cumplimiento del algoritmo de apego precoz según normativa del Ministerio de Salud Pública, corresponde en las actividades del Ginecólogo en un 85.6% y del Médico General que realiza actividades de neonatología en un 85%. Además, concluyeron que ciertos factores interfieren en el cumplimiento del algoritmo, como son las capacitaciones y desconocimiento del mismo, la frecuencia con la que el personal médico se capacita y la asistencia al neonato por médicos residentes (Quilligana & Bayas, 2017).

Es preciso mencionar que cada parto debe ser atendido por al menos una persona experta, cuya única responsabilidad sea el manejo del recién nacido. En el caso de que se presenten factores de riesgo, se deberá contar con al menos 2 personas capacitadas para tratar únicamente al bebé. Además, para una reanimación compleja, se requieren 4 o más personas (AAP & AHA, 2016).

María José Cahueñas y Francis Escobar, tras su investigación, determinaron que el 93% de mujeres atendidas en la Maternidad de Corta Estancia de la parroquia de Conocoto durante el período Enero-Julio 2016 gozaron de apego precoz. También, plantean que, en relación al cumplimiento de las prácticas del personal, según los testimonios de las madres, se encontró que el 82,4% pudieron tener privacidad con sus hijos en el área de recuperación y el 77.9% de los niños fueron recibidos con un paño tibio y seco (Cahueñas & Escobar, 2016).

Por su parte, Emilia López, en su estudio aplicado a las madres puérperas con recién nacidos sanos, durante el mes de junio del 2010 en el Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito, concluye que en el momento posterior al parto no se da lugar al contacto precoz, se anticipa la separación de la madre y el recién nacido ya sea en un parto normal como en una cesárea. De acuerdo con López, el 98% de las madres no ven a sus hijos o hijas varias horas después del nacimiento (3 horas en adelante), siendo la población más afectada la que dio a luz en la noche, porque no ven a su recién nacido hasta el día siguiente (López, 2014).

Tania Guacapiña y Evelin Guachamín, investigaron los aspectos relacionados con la lactogénesis tardía en el Hospital General Luis Gabriel Dávila, del cantón Tulcán, los cuales fueron: cumplimiento del alojamiento conjunto, que fue realizado al 88% de las madres (88), realización de apego precoz ejecutada al 82% de recién nacidos (75), entrega de información y apoyo por parte del personal de salud, que la recibieron un 91% del total de participantes (83) (Guacapiña & Guachamin, 2014).

Tania Pérez, en su trabajo sobre las prácticas profesionales de salud y el fomento del apego inmediato posparto en el centro obstétrico del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, determinó que el 100% de los médicos tratantes, el 87% de los médicos residentes y el 81% de los internos rotativos tienen conocimiento previo sobre apego precoz pero a pesar de ello, el 100% del personal no lo realiza. Las causas por las que no se lleva a cabo el apego inmediato fueron: el 25,64% no acostumbra realizarlo, el 15,38% refiere falta de tiempo, el 7,69% por la alta demanda de usuarias y, con igual porcentaje, otros manifiestan insuficiente personal para brindar una atención adecuada a las usuarias. El 12,82% realizan el apego inmediato posparto, sin embargo, se limitaban a la estimulación, secado del neonato y pinzamiento del cordón sobre el abdomen de la madre; durante un tiempo menor a 2 minutos, lo que no constituye apego precoz (Pérez, 2015).

Jhoel Sánchez, en su estudio sobre el nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre – niño de los profesionales de enfermería de los hospitales de Bagua en Perú, demostró que en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan de Bagua, el 47.2% (17) de enfermeros tienen un nivel de conocimiento bajo, el 33.3% (12) conocimiento medio y el 19.5% (7) conocimiento alto. En el caso del Hospital Héroes del Cenepa, el 37.5% (6) de los profesionales tienen un nivel de conocimiento bajo, el 50% (12) conocimiento medio y el 12.5% (2) conocimiento alto (Sánchez, 2012).

Magda Gordillo, en su investigación en el Hospital Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil, a cerca de la participación del personal de enfermería en el apego precoz, encontró que el 76% del personal encuestado conoce sobre el apego precoz y el 42% lo realizan, mientras que el 24% desconoce sobre esta práctica y el 58% no la

cumple. Recalca, además, que el mayor cumplimiento de apego precoz fue en el turno de la mañana. Por esta razón, recomienda llevar a cabo la concientización en el personal de enfermería sobre las desventajas de no realizar apego precoz, en especial al personal que labora en el turno de tarde y noche (Gordillo, 2014).

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1. Definiciones**

El contacto inmediato piel a piel o apego precoz es el acercamiento o contacto físico inmediatamente después del nacimiento entre el recién nacido y su madre mientras se realiza el clampeo y corte del cordón umbilical y después del parto. (MSP, 2011).

El apego precoz, se basa en situar al niño o niña luego de nacer, desnudo sobre el pecho descubierto de la madre y en posición decúbito ventral. (OMS, 1996).

#### **1.2. Fisiología**

La experiencia sensorial que tiene un recién nacido depende de varios factores, uno de los más importantes es la condición y el estado de desarrollo de su sistema sensorial. Es así que al nacer, el sentido del tacto es el más desarrollado, y luego del nacimiento las experiencias sensoriales de los recién nacidos generalmente son proporcionados por sus madres biológicas a través del contacto piel con piel y el tacto (OPS, 2007).

El olor materno es particularmente llamativo para los recién nacidos y su reconocimiento temprano puede facilitar el vínculo de afecto con su madre y luego también facilitar su adaptación al ambiente posnatal. Así mismo, el recién nacido que es colocado precozmente sobre su madre, y recibe contacto piel a piel, iniciará con mayor facilidad, la lactancia, ya que, se estimulan los reflejos de succión y búsqueda (Anderson, Radjenovic, Chiu, Conlon, & Lane, 2004).

Durante los primeros 30 minutos tras ser colocado sobre el abdomen de la madre, el recién nacido descansa y mira a su madre intermitentemente, entre los 30 y los 40 minutos, comienzan a chasquear los labios y a hacer gestos bucales, luego comienza a avanzar lentamente con las piernas para empujar con fuerza hacia la parte inferior

del abdomen de la madre, cuando alcanza la punta del esternón, él rebota la cabeza en su pecho, continúa moviéndose hacia arriba, y a menudo gira la cabeza de un lado a otro. Se acerca al pezón, abre la boca ampliamente, y después de varios intentos, realiza una colocación perfecta en la areola del pezón (Klaus, 2012).

El niño se dirige hacia la areola, al reconocerla por su color oscuro y por su olor; y además el olor del líquido amniótico, que se encuentra impregnado en sus manos sin secar lo guía a la areola materna y finalmente comienza a succionar (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014).

Alrededor del 70% de los recién nacidos, logran succionar en la primera hora de vida, y si éste contacto se mantiene por más tiempo, la media se extiende por encima del 90% (MINSALUD, 2015).

Este primer contacto acentúa los enlaces y conexiones del cerebro, además el cuerpo de la madre garantiza la supervivencia, proporcionando calor, alimento, protección e interacción (De Alba, 2013).

Las características únicas del apego infantil temprano reflejan ciertas cualidades de la integración sensorial y motora, el aprendizaje, la comunicación, la motivación y la regulación de los sistemas bio-conductuales por la interacción madre-hijo (Arms, 2005).

### **1.3. Historia**

El primer método de contacto piel a piel, se inició en Colombia en la ciudad de Bogotá en el año 1978, con el nombre de “Método Madre Canguro” creado por el Doctor Edgar Rey Sanabria, quien se inspiró en los marsupiales, éstos animales utilizan su metabolismo para auxiliar a sus crías a finalizar su desarrollo fuera del útero. (Vargas, 2014).

El “Método Madre Canguro” inicialmente se creó debido a la escasez de áreas de neonatología y la falta de incubadoras, estuvo dirigido a recién nacidos prematuros o de bajo peso quienes debían permanecer en contacto piel a piel con su madre (MINSALUD, 2009).

El Dr. Bergman, médico experto en salud pública, en 1995 implementó en Zimbabue (África) el método madre canguro para bebés prematuros desde el nacimiento. Esto dio como resultado una mejora de cinco veces en la supervivencia de los bebés con muy bajo peso al nacer. Después de 5 años, el método madre canguro se convirtió en la política oficial para el cuidado de bebés prematuros en los hospitales de la provincia de Western Cape (ILCA, 2018).

Al inicio el contacto piel a piel, se lo realizaba principalmente en países en vías de desarrollo y era dirigido a recién nacidos prematuros, con resultados altamente efectivos. Al evidenciarse los múltiples beneficios relacionados con la vinculación, lactancia materna, estancias hospitalarias más cortas, y otros; hoy por hoy e independientemente del estado hemodinámico del niño o su edad gestacional, el contacto piel con piel es un modelo de cuidado universal (Ruiz-Peláez, Charpak, & Cuervo, 2004).

#### **1.4. Importancia del Apego Precoz**

Como dicen “la primera impresión cuenta”, y ninguna puede ser más importante que las primeras experiencias de un bebé recién nacido que sale del útero de la madre. La bienvenida que tenga inmediatamente después del nacimiento, puede colorear las percepciones de la vida como difíciles o fáciles, hostiles o seguras, dolorosas o incómodas, atemorizantes o tranquilizadoras, frías y solitarias o cálidas y acogedoras (Raylene, 2013)

La trascendencia del nacimiento, la bienvenida y los primeros minutos de vida son importantes para conseguir un acoplamiento al entorno fuera del útero lo más natural posible. (Alcantara, Chuquichaico, & Chujutalli, 2017).

Antes del nacimiento el útero y la placenta son los encargados de proporcionar calor, protección, nutrición y oxígeno, así como una proximidad cercana y continua al corazón y la voz de la madre. Estar en el útero es el hábitat natural para el feto que aún no ha nacido. Después del nacimiento, el cuerpo y la leche de la madre asumen estas funciones, y estar piel con piel, madre e hijo, es el hábitat natural del recién nacido (Raylene, 2013).

Cuando madre e hijo son separados después del parto, el inicio de la lactancia se torna más difícil, se incrementa el riesgo de infecciones hospitalarias y síndrome postraumático, y se interrumpe el vínculo mamá-hijo; lo que suscita estrés neonatal y alteración de los signos vitales del niño. (López, 2014).

Además, si en las primeras 16 horas de vida se presenta esta separación, se produce liberación de cortisol secundario al estrés, lo que puede determinar el futuro desarrollo del cerebro del neonato, con efectos en el funcionamiento del sistema nervioso y con consecuencias en la salud física y emocional de la persona. (Bergman, 2014).

### **1.5. Fomento del apego precoz**

Antiguamente la mayoría de partos se asistían en las viviendas, al nacer el niño era entregado inmediatamente a la madre, evitando cualquier distractor o interrupción, se colocaba al niño en su pecho y empezaba a amamantar. (MSP, 2000).

En la actualidad, ésta entrega natural e inmediata del niño a su madre, forma parte de las recomendaciones de organismos internacionales con rectoría en temas de lactancia. (Herrera, 2013).

Entre las principales organizaciones de salud y recomendaciones tenemos:

- Organización Mundial de la Salud (OMS): En su guía de cuidados del parto normal, un informe desarrollado por un grupo de expertos en Perinatología, establece que se debe realizar: “Contacto precoz piel a piel entre el recién nacido y la madre. Fomentar durante la primera hora posterior al parto la colocación del niño en el pecho para lactancia” (OMS, 1999).
- Academia Americana de Pediatría (AAP<sup>1</sup>): Aconseja el contacto inmediato piel a piel, durante al menos una hora ininterrumpida, después del nacimiento y recomienda que los recién nacidos deben permanecer en esta posición hasta que se realice la primera alimentación, lo que a su vez, conduce a una mayor

---

<sup>1</sup> Siglas en inglés: American Academy of Pediatrics

disposición para amamantar, un patrón de lactancia materna organizado y más éxito en la lactancia materna exclusiva y general (AAP, 2016).

- "Diez pasos para una lactancia materna exitosa": Un resumen de las pautas sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, presentadas en trabajo conjunto por la OMS y UNICEF, indican que: “todas las instalaciones que brindan servicios de maternidad y atención para bebés recién nacidos deben: Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de media hora después del nacimiento. Paso 7. Practicar el alojamiento conjunto, permitiendo que las madres y los bebés permanezcan juntos las 24 horas” (OMS; UNICEF, 2009).
- La Iniciativa Hospital Amigo del Niño establece que los recién nacidos que tienen contacto inmediato con sus madres durante al menos una hora después del nacimiento, es más probable que continúen con tasas de lactancia materna con una mayor duración (Mohamed & Nemat, 2015).
- Academia de Medicina de la Lactancia materna, una organización mundial de médicos dedicados a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, en su Protocolo Clínico: establece: “Al momento del nacimiento o poco tiempo después, todos los recién nacidos, si el bebé y la madre están estables, deberán ser colocados piel con piel sobre la madre. El contacto piel con piel se logra colocando al bebé desnudo en posición de decúbito prono sobre el tórax descubierto de la madre”, también, “se fomentará el alojamiento conjunto de las parejas madre-hijo en el periodo de lactancia durante toda su estadía hospitalaria incluyendo las noches. Se alentará el contacto piel con piel en la medida de lo posible” (ABM, 2010).
- El Programa de Reanimación Neonatal de la American Heart Association (AHA) y la Asociación Americana de Pediatría (AAP), establecen que el contacto piel a piel se puede utilizar para proporcionar reanimación de rutina para todos los recién nacidos sanos, indican que ni siquiera el recién nacido teñido de meconio enérgico necesita recibir los primeros pasos en el calentador radiante, pero puede recibir atención de rutina (con el monitoreo apropiado) con la madre. Aclara que la atención de rutina incluye permanecer con la madre en contacto piel con piel para garantizar el calor (AAP & AHA, 2016).

### 1.5.1. Ventajas para los Recién Nacidos

- a) Mayores tasas de inicio y exclusividad de la lactancia materna (AAP, 2016).
- b) Interacción más rápida entre la madre y su hijo (Champagne, 2012).
- c) Termorregulación infantil más temprana, cuyo efecto se observa principalmente en la temperatura central del recién nacido y en las extremidades (Martínez & Ferman, 2014).

La regulación térmica es un componente esencial para la prevención de la morbilidad neonatal, principalmente en los recién nacidos de bajo peso. Se ha comprobado que el apego precoz es tan valedero como el uso de la incubadora para calentar a un neonato con hipotermia. (Ludington, Lewis, Cong, Anderson, & Reese, 2007).

- d) Disminución de la reactividad del estrés y disminución salival de los niveles de cortisol (OMS; UNICEF, 2009).
- e) Reducción de la respuesta de dolor en el recién nacido durante procedimientos como pinchazos en el talón y las vacunas (Castral, Warnock, Leite, Vanderlei, & Scochi, 2008).
- f) Mejor capacidad general de amamantar. (AAP, 2016)
- g) Reduce el tiempo para lograr una succión efectiva (ABM, 2010).
- h) Los recién nacidos alcanzan un estado de somnolencia más rápido y tienen mejores comportamientos de enraizamiento y pre-alimentación con sus padres (ABM, 2010).
- i) Este contacto crea una impronta de seguridad en la personalidad del niño o niña que permanecerá toda su vida (ILCA, 2018).
- j) Facilita una transición exitosa a la vida extrauterina (Champagne, 2012).
- k) Mayor estabilidad cardiorrespiratoria en los recién nacidos prematuros tardíos y una menor duración del llanto (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014).
- l) Proporciona estabilidad fisiológica al aumentar los niveles de glucosa (reduce la hipoglicemia) y regula la presión arterial (Raylene, 2013).

### **1.5.2. Ventajas para las Madres**

- a) Las madres expresan mayores sentimientos positivos relacionados con la proporción de atención y el contacto piel a piel con sus recién nacidos, también expresan sentimientos de unión, un sentido de "naturalidad" con la experiencia, y en general satisfacción con el proceso del nacimiento. Además 1 año después del nacimiento, las madres y los recién nacidos que practicaron apego precoz tuvieron más interacciones de calidad el uno con el otro (Brady, Bulpitt, & Chiarelli, 2014)
- b) Reducción en los niveles de cortisol inmediatamente después del nacimiento y durante todo el período posparto, lo que puede servir como un medio no farmacológico para reducir el riesgo de depresión posparto (Anderson, Radjenovic, Chiu, Conlon, & Lane, 2004).
- c) La lactancia materna promueve la liberación de oxitocina materna, que ayuda con la expulsión de la placenta y la involución uterina, que a su vez, puede contribuir a reducir las tasas de hemorragia (MSP, 2011).
- d) Incrementa los niveles de satisfacción sobre la percepción del parto y mejora la tolerancia al dolor (Aya & Ian, 2017).
- e) Disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna en las 48 horas posparto (Lisa, Strauss, Condo, Field, & White - Traut, 2017).

### **1.6. Tiempo de Apego Precoz**

En la actualidad, las pautas sobre qué tan pronto después del nacimiento se debe iniciar apego precoz o durante cuánto tiempo los recién nacidos debe recibir esta atención no existe. Pero, se ha encontrado que muchas pruebas apoyan que el contacto inmediato piel a piel después del nacimiento debe ser durante al menos 1 hora o hasta después de que la primera alimentación sea completada con éxito (Lisa, Strauss, Condo, Field, & White - Traut, 2017).

Algunos investigadores han identificado un “período sensible”, u hora dorada, durante la cual el contacto piel a piel fue más efectivo (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014).

Según la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su sección de Procedimientos del apego precoz menciona que el recién nacido debe permanecer con su madre inmediatamente después del parto recibiendo contacto piel a piel por lo menos durante una hora (MSP, 2011).

En una revisión sistemática de Cochrane que incluyó 46 ensayos de 21 países, con 3850 mujeres y sus bebés, compararon los efectos del contacto piel con piel temprano versus contacto estándar según el tiempo de inicio del apego precoz y su duración, en recién nacidos sanos, la mayoría a término y pocos prematuros tardíos (más de 35 semanas de gestación). Para esto se compararon ensayos, con inicio de apego precoz menor de 10 minutos desde el nacimiento versus los que iniciaron a los 10 minutos o más después del nacimiento. Y ensayos que tuvieron 60 minutos o menos de apego precoz versus ensayos que tuvieron más de 60 minutos (Moore, 2016).

No encontraron diferencias significativas entre los grupos ni por el momento de inicio ni la duración de apego, para cualquiera de los siguientes resultados: duración de la lactancia materna de uno a cuatro meses después del nacimiento; duración de la lactancia en días; puntuaciones de glucosa en sangre neonatal a las seis horas. No obstante, se encontró que el apego precoz inmediatamente después del nacimiento reduce el llanto, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente (Moore, 2016).

Takahashi y colaboradores (2011), en Japón, evaluaron la efectividad del tiempo de inicio y la duración del apego precoz utilizando tres índices: la medición del cortisol relacionado con el estrés en la saliva, la evaluación circulatoria de la frecuencia cardíaca y la adaptación respiratoria, y la saturación de oxígeno. Encontraron que la temperatura corporal a los 60 y 120 minutos fue menor en el grupo de contacto piel a piel que inicio dentro de los primeros 5 minutos desde el nacimiento ( $p < 0.001$ ) en comparación con el grupo que inició apego precoz después de los 5 minutos de nacer ( $p < 0.05$ ), pero todos permanecieron dentro de los rangos normales. Se encontró una estabilidad más rápida de la frecuencia cardíaca en el primer grupo en comparación con el segundo ( $p = 0,001$ ), no hubo diferencias significativas en la adaptación respiratoria (Takahashi, Tamakoshi, Matsushima, & Kawabe, 2011).

Los niveles de estrés indicados por el nivel de cortisol fueron más bajos en los bebés que estuvieron en contacto piel a piel por más de 60 minutos en comparación con aquellos que estuvieron por menos de 60 minutos ( $p = 0.046$ ). Este estudio concluyó que el contacto temprano piel a piel dentro de los primeros 5 minutos de vida, con una duración continua de más de 60 minutos, reduce el estrés en el bebé y mejora la estabilidad cardiopulmonar al nacer (Takahashi y otros, 2011).

La variabilidad es evidente tanto en la práctica clínica como en la literatura obstétrica, tanto para el tiempo de inicio óptimo del apego precoz como para su duración, lo que ha generado resultados de estrategia heterogéneos en los estudios de investigación y la interpretación, evidenciándose la importancia de realizar más estudios con adecuados diseños metodológicos y en grupos poblacionales diversos (Agudelo, y otros, 2016).

### **1.7. Procedimientos o pasos en el apego precoz**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su manual: “Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto”, propone los siguientes pasos en el apego precoz (MSP, 2011):

1. Colocar al recién nacido desnudo, siempre y cuando esté activo y reactivo, en posición prona, sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel.
2. No secar las manos del recién nacido para facilitar su progreso hacia el seno materno.
3. Una vez realizado el pinzamiento y el corte del cordón umbilical cuando éste haya cesado por completo, esté aplanado y sin pulso (aproximadamente dos a tres minutos después del nacimiento) colocar al recién nacido sobre el torso desnudo de la madre.
4. Cubrir la espalda del niño o niña y el pecho de la madre con un paño seco y caliente y la cabeza del recién nacido con una gorra (que debe estar incluida en el equipo de partos) para evitar la pérdida de calor. La piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido.
5. Motivar a la madre para que acaricie y hable a su hijo o hija.

6. Mantener al recién nacido con su madre en esta posición, por lo menos, durante la primera hora de vida.
7. Postergar los procedimientos de rutina (antropometría, profilaxis ocular y vitamina K) y supervisar tanto a la madre como al recién nacido durante este periodo para detectar o prevenir cualquier complicación.
8. Fomentar el alojamiento conjunto a fin de preservar la temperatura del niño, apoyar la lactancia y reforzar el vínculo entre el recién nacido y la madre.
9. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y en el formulario SIVAN.

La guía clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) establece los siguientes pasos en la evaluación inicial del recién nacido y la vinculación madre-hijo (NICE, 2017):

1. Registre la puntuación de Apgar rutinariamente al primero y quinto minuto para todos los nacimientos.
2. Registre la hora del nacimiento desde el comienzo de las respiraciones regulares.
3. Si el bebé nace en mal estado siga las recomendaciones sobre reanimación neonatal y tome muestras de sangre del cordón umbilical para análisis de gases en sangre, luego de clampear el cordón con 2 abrazaderas.
4. No tome muestras de sangre del cordón (para análisis de gases sanguíneos) de forma rutinaria.
5. Asegúrese de que haya disponible una segunda abrazadera para permitir el clampeo del cordón.
6. Animar a las mujeres a tener contacto piel con piel con sus bebés tan pronto como sea posible después del nacimiento.
7. Para mantener al bebé caliente y seco, cúbralo con una manta o toalla tibia y seca mientras mantiene el contacto piel con piel con la mujer.
8. Evite la separación de la madre y su bebé dentro de la primera hora del nacimiento para procedimientos posnatales de rutina, por ejemplo, peso, medición y baño, a menos que la mujer lo solicite o sea necesario para el cuidado inmediato de la mujer.

9. Fomentar el inicio de la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento, idealmente dentro de la primera hora.
10. Registre la circunferencia de la cabeza, la temperatura corporal y el peso al nacer poco después de la primera hora después del nacimiento.
11. Realizar un examen inicial para detectar cualquier anomalía física importante e identificar cualquier problema que requiera derivación.
12. Asegurarse que cualquier examen o tratamiento del bebé se realice con el consentimiento de los padres y en su presencia o, si esto no es posible, con su conocimiento.

### **1.8. Apego Precoz y Cesárea**

Los beneficios del contacto piel con piel o apego precoz pueden no estar relacionados con el método de nacimiento, y los recién nacidos que nacen por cesárea reciben los mismos beneficios que aquellos nacidos vaginalmente (Wagner, Lawrence, & Xu J, 2018).

Entre los numerosos beneficios del contacto temprano piel a piel en la sala de operaciones se incluyen: mejor vinculación madre e hijo, mejor inicio en el amamantamiento, disminución de la suplementación con fórmula, y mejor termorregulación del recién nacido (Cleveland, Hill, Pulse, DiCioccio, & Field T, 2017).

Además, la práctica del apego precoz en la sala de operaciones es factible siempre que los recursos adecuados y el personal de apoyo estén disponibles para el cuidado del recién nacido. La iniciativa del Hospital Amigo del niño recomienda que todas las madres, incluidas aquellas que dan a luz a través de una cesárea, pueden tener apego precoz dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento si están estables y si son capaces de atender a su bebé de forma inmediata (Cleveland y otros, 2017).

En un estudio retrospectivo de casos y controles, se encontró que en general, las mujeres que no experimentaron apego precoz en el quirófano tuvieron 2.29 veces más probabilidades de recibir analgésicos / ansiolíticos en comparación con las mujeres

que si experimentaron el contacto temprano. La diferencia fue estadísticamente significativa en el nivel 0.10 ( $p = .074$ ) (Wagner, Lawrence, & Xu J, 2018).

También se concluyó que la mujer que experimentó apego precoz tuvo 9.40 veces más probabilidades de iniciar lactancia materna y 3,25 veces más posibilidades de lactancia materna exclusiva con sus recién nacidos que las mujeres que no realizaron esta práctica. Ambos resultados fueron estadísticamente significativo ( $p = .0001$ ) (Wagner y otros, 2018).

La comunicación es imprescindible cuando se realiza apego precoz en un parto por cesárea y debe comenzarse preoperatoriamente con el paciente y la familia y continuar en el quirófano con enfermeras, médicos, asistentes y equipo de anestesia (Aya & Ian, 2017).

Disponer de un protocolo consensuado permitiría aplicar el apego precoz como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor. La Asociación Española de Pediatría junto con el Comité de Lactancia Materna (CLMAEP) propone un modelo de actuación (CLMAEP, 2017).

Antes de entrar al quirófano explicar a la madre y al padre en qué consiste y solicitar su consentimiento, además considerar la presencia de un acompañante (CLMAEP, 2017).

Durante la intervención, colocar el arco de separación de forma que quede espacio suficiente para que la madre pueda acoger al niño, se monitoriza a la madre, con los electrodos que dejen libre el tórax (en los hombros o en la espalda) y se colocará el manguito de tensión y el oxímetro de pulso (CLMAEP, 2017).

Tras el nacimiento, y vigilando siempre que el estado del recién nacido y de la madre sean buenos, se coloca al recién nacido desnudo, salvo el pañal (opcional) y el gorro, encima del pecho de la madre y se cubre con paños calientes, la mejor forma es cruzarlo ligeramente entre los pechos para que así no se resbale hacia el cuello de la madre, luego se soltarán los brazos de la madre para que pueda abrazar al niño. Hay que proporcionarles intimidad pero siempre con el cuidado de un profesional que estará atento a la madre y al bebé. El contacto se puede mantener todo el tiempo de la

intervención si esto es posible o interrumpirlo si hay algún problema o si la madre lo desea (CLMAEP, 2017).

Una vez culminada la intervención, se debe favorecer la continuidad del contacto en la sala de recuperación postanestésica, y favorecer el inicio de la lactancia materna, si la primera toma no se ha realizado en quirófano. Si por cualquier motivo no puede realizarse el apego precoz con la madre, puede realizárselo con el padre, evitando dejar al niño sólo en una cuna hasta que su madre esté disponible (CLMAEP, 2017).

### **1.9. Conocimientos del Personal de Salud sobre Apego Precoz**

Numerosos estudios reflejan que la intervención de los profesionales sanitarios es un factor predictor positivo para el éxito de prácticas saludables y seguras como son el apego precoz y la lactancia materna (Jaramillo & Montalván, 2017).

Pound, Williams, Grenon, Aglipay, & Plint (2014) en Canadá hicieron un estudio, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, experiencias, confianza, y actitudes hacia el apego precoz y lactancia materna en médicos, a través de un cuestionario que constó de 50 preguntas de opción múltiple, los participantes fueron médicos especialistas en Pediatría y Medicina Familiar, y también se evaluaron a los médicos residentes en dichas áreas. Los resultados en el área de conocimiento fueron 69.3% en los médicos familiares, 67.8% en los pediatras, 72.7% en los residentes de pediatría y 66.8% en los residentes de medicina familiar. Concluyeron que en forma general los evaluados se encontraron en un rango óptimo, pero es necesario las evaluaciones continuas y el desarrollo de herramientas educativas permanentes y considerar implementarlas desde las residencias médicas con el fin de aumentar la adherencia al apego precoz y lactancia materna (Pound, Williams, Grenon, Aglipay, & Plint, 2014).

En el Estado de México en el año 2014 se evaluó el conocimiento del personal de salud sobre el apego precoz y su participación familiar, se trató de un estudio cuasi – experimental, aplicado a 33 médicos familiares, 37 enfermeras y 43 médicos residentes del área de neonatología, antes y después de recibir una intervención educativa. Los resultados fueron: en conocimiento 22 de ellos con calificación regular, 11 bueno, y ninguno tuvo conocimientos deficientes en el pre-test. Los

autores hicieron énfasis en que es necesario reforzar el área del conocimiento en los profesionales, mediante el diseño de estrategias de educación eficientes, ya que posterior a la aplicación de la estrategia educativa mejoraron los índices medidos en el post – test (Zita & García, 2014).

En Chile, Medel et. al., en la comuna de Maipu, evaluaron el nivel de conocimiento de 78 profesionales de salud sobre temas de apego precoz y lactancia materna, los participantes fueron médicos residentes asistenciales en el área de Cuidados neonatales y matronas (obstetras). Los resultados evidenciaron que las matronas (obstetras) obtuvieron puntajes altos (71,4% y 70%), con respecto al personal médico (65,4%), esto podría explicarse porque durante su formación, el apego precoz y la lactancia materna es abordada con mayor extensión y profundidad (Becerra, Bonilla, & Rodríguez, 2014).

Kronborg y Cols en 2008 en Dinamarca realizaron un estudio de intervención aleatorizado en 52 médicos de familia que constituyeron el grupo de intervención y 57 personas que pertenecieron al grupo de comparación. El grupo de intervención participo en un curso de 18 horas que se centró en los conocimientos de los profesionales sobre apego precoz, y mecanismos de la lactancia materna. Sus resultados mostraron que el grupo de intervención había aumentado su autoeficacia en ayudar a las madres con problemas comunes en lactancia, así mismo las madres del grupo de intervención informaron haber recibido más estrategias de apoyo en apego precoz que las madres en el grupo de comparación (Kronborg, Vaeth, Olsen, & Harder, 2008).

Así como es importante el conocimiento del personal de salud en temas como apego precoz, es también imprescindible impartir éstas prácticas tan beneficiosas. En el período prenatal se debe capacitar a los padres en temas como: beneficios del apego precoz durante los primeros minutos de vida extrauterina, lactancia materna exclusiva, el cuidado de la glándula mamaria y otros (Cahueñas & Escobar, 2016).

La instrucción puede ser individual o grupal, se pueden compartir habilidades y destrezas con otras mujeres embarazadas y/o sus parejas. El involucramiento del

padre durante el apego precoz le ayudará al cuidado de la madre y el recién nacido durante el puerperio (Pugh, y otros, 2010).

### **1.10. Barreras para la realización de apego precoz**

A pesar de que el contacto piel a piel o apego precoz al nacer es el tratamiento estándar para los recién nacidos sin factores de riesgo, la implementación de ésta práctica en el momento del nacimiento dista mucho de ser óptima. Entre las principales barreras, se han identificado:

- Falta de personal de salud y tiempo. (Alenchery, y otros, 2018)
- Dificultad para decidir sobre la elegibilidad para realizar apego precoz o no. (Alenchery, y otros, 2018)
- Interferencia con las rutinas clínicas y problemas interdepartamentales. (Alenchery, y otros, 2018)
- Falta de información adecuada sobre la importancia del apego precoz (Mateo, 2014)
- Infraestructuras hospitalarias no adecuadas que no brindan intimidad para este primer contacto (Mateo, 2014)
- Escasa formación de los profesionales de salud en temas de apego precoz (Mateo, 2014)
- En el período posparto: la presencia de los visitantes en la habitación de la paciente y la preocupación de las madres sobre la seguridad en el manejo del recién nacido. (Ferrarrelo & Hatfield, 2014)

En el quirófano la principal barrera es la resistencia de los propios profesionales que aluden los siguientes argumentos (CLMAEP, 2017):

- El quirófano es un lugar aséptico y el contacto piel a piel puede comprometer la esterilidad.
- El quirófano es un lugar frío y el recién nacido puede quedar hipotérmico.

- La cesárea es una cirugía mayor que puede tener complicaciones.
- La vigilancia del niño se interpreta como un riesgo, una carga de trabajo.

### **1.11. Marco Legal**

En la Política Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador del año 2009 se establece alentar y dinamizar la capacidad de las instituciones de salud para garantizar la práctica idónea de la lactancia materna mediante:

- a. “Cumplimiento obligatorio del apego precoz en los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de Salud Pública, y de la red complementaria que atiende los partos.
- b. “Cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de Salud Pública y de la red complementaria que atiende partos y recién nacidos” (MSP, 2011).

El contacto piel a piel tras el nacimiento brinda un sin número de ventajas para el recién nacido y su madre, es apoyado y fundamentado por muchos estudios y organizaciones encargadas de la salud materno-infantil. Esta experiencia única no debe ser perdida, y los profesionales de la salud debemos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para proteger este momento especial para las nuevas familias.

## JUSTIFICACIÓN

El apego precoz constituye el contacto piel a piel de la madre con su hijo posterior al nacimiento y de forma inmediata. En este momento, se producen diversas reacciones tanto físicas como psicológicas que provocan un sinnúmero de beneficios como un vínculo afectivo más fuerte y una mejor estabilidad hemodinámica, tanto del neonato como de la madre (Pérez, 2015). Los niños pequeños adquieren sus nutrientes a través de lactancia materna, lo que les permite un crecimiento y desarrollo saludable. Por ello, todas las mujeres tienen la capacidad de hacerlo, siempre que dispongan de buena información, el apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (OMS, 2017). Aunque la lactancia materna es una función natural, las madres puérperas necesitan estímulo y asistencia para disfrutar de este momento y poder iniciar con la alimentación y el cuidado de su recién nacido de mejor manera.

Factores como los conocimientos de las madres, sus actitudes, costumbres, apegos a mitos y creencias, prácticas de lactancia hospitalarias y demás pueden influir en el adecuado desarrollo del apego precoz y la lactancia (Aznar, Salazar, Delgado, Cani, & Cluet de Rodríguez, 2009). El papel del personal de salud es fundamental desde el embarazo, es así que los médicos deben recomendar que las pacientes embarazadas y sus parejas asistan a un programa estructurado de educación prenatal sobre la lactancia. En estos, se debe enseñar técnicas de alimentación y se debe tener como objetivo fomentar la confianza materna. Deben también promover el apego precoz y la lactancia dentro de la primera hora de vida, incluso si procedimientos como el peso, baño o administración de medicamentos en el recién nacido son retrasados (Keister, Werner, & Roberts, 2008). Estos procedimientos pueden afectar negativamente el contacto entre la madre y su bebé, ya que el contacto piel a piel, continuo e ininterrumpido, favorece la primera mamada (OPS, 2007).

El mejoramiento de prácticas como el apego precoz contribuyen desde un 55% a un 87% a la reducción de las causas de mortalidad neonatal y con un 16% de desarrollar comorbilidades en el futuro. En América Latina y el Caribe, se calcula que 66% de las defunciones de lactantes debidos a enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas que ocurren entre los 0 y 3 meses se podrían prevenir mediante

la lactancia materna exclusiva (OPS, 2007). La succión y el contacto piel con piel, dentro de la primera hora después del nacimiento, tiene una duración media de la lactancia materna 2,5 meses mayor que la duración en pares materno-infantil que no permiten el mismo contacto temprano. Por el contrario, cuando los bebés son separados de sus madres durante la etapa inicial de la hospitalización, solo el 37% amamantan hasta los tres meses, en comparación con el 72% de los recién nacidos que no son separados de sus madres durante este lapso (Sinusas & Gagliardi, 2001).

Además, la incidencia de problemas de agarre o succión es menor en los recién nacidos que hicieron la primera toma en la primera hora después del parto frente a los que la hicieron después (MSSSI, 2001). Según la encuesta nacional de salud y nutrición ENSANUT, se evidencia que en el Ecuador, el inicio temprano de lactancia materna dentro de la primera hora de vida, tiene una prevalencia del 54.4%. Después de la primera hora del nacimiento hasta antes de que se cumpla un día, el índice de lactancia es del 33.6% y pasado el primer día es del 12%. Por lo tanto, el nivel de cumplimiento de apego precoz en el Ecuador es bajo, a pesar de que se trata de una práctica saludable y sin costo con ventajas a corto y largo plazo para el binomio madre-hijo (INEC, 2012). Esto motivó la realización del presente trabajo de titulación que investigó el cumplimiento adecuado del apego precoz en 2 unidades hospitalarias materno-infantiles. También, tuvo como premisa determinar si el personal de salud cuenta con los conocimientos necesarios para aplicarlos; pues el apoyo y el aliento de profesionales bien capacitados pueden ser de gran beneficio (Sinusas & Gagliardi, 2001).

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**

#### **2.1 Problema de investigación**

##### **2.1.1 Planteamiento del Problema**

La iniciativa del Hospital Amigo del Niño (BFHI) y otros organismos internacionales recomiendan que los recién nacidos deben ponerse en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después de su nacimiento durante al menos una hora. (OMS; UNICEF, 2009).

Este primer contacto trae múltiples beneficios para la madre y su hijo: estimula la secreción de oxitocina materna lo que refuerza las contracciones uterinas y a su vez disminuye la duración de la tercera etapa del parto (Kiss & Mikkelsen, 2005), promueve la regulación de la temperatura del recién nacido, la adaptación metabólica y el mantenimiento de los niveles de glucosa en la sangre (Kolsoom, Awaz, Shukir, & Moghaddam, 2018). Además aumenta el inicio de la lactancia materna, prolonga la lactancia materna exclusiva, reduce la suplementación con fórmula, (Brimdyr, Cadwel, Stevens, & Takahashi, 2017) y muchas otras ventajas.

El apoyo y colaboración del personal de salud en el apego precoz y la lactancia materna es importante debido a la posición privilegiada de liderazgo que tienen tanto en los hospitales como en las comunidades; (Palomares, y otros, 2011). Su intervención debe estar dirigida a prestar el apoyo oportuno que entregue la información correcta y práctica en el momento adecuado, (Cerdeña, 2011).

De acuerdo con lo expuesto, valorar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud en el tema de apego precoz, y verificar su cumplimiento en la sala de partos, constituye un factor determinante para conocer la realidad del Ecuador en relación a ésta práctica y plantear mejoras en futuras intervenciones.

## **2.2 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la relación entre los conocimientos del personal de salud y el cumplimiento del apego precoz en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 en el período Enero – Agosto 2018?

## **2.3 Objetivos**

### **2.3.1.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre los conocimientos del personal de salud y el cumplimiento del apego precoz en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 en el período Enero – Agosto 2018.

### **2.3.1.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar el nivel de conocimientos sobre el apego precoz que tienen los médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y el personal médico encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.
- Valorar el nivel de cumplimiento de los pasos que involucra el apego precoz en sala de partos por parte de los médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y el personal médico encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.
- Determinar las causas para el no cumplimiento de apego precoz como: tiempo asignado, nivel de formación del personal y horario de trabajo de los médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina.

## **2.4 Hipótesis**

El conocimiento adecuado sobre el apego precoz por parte los médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y el personal médico encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 aumenta el nivel de cumplimiento del apego precoz.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo de Estudio

El presente estudio fue descriptivo transversal.

#### 3.2 Población y Muestra

La población de estudio fueron el total de médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 que correspondió a 30 tratantes, 30 médicos residentes y 22 internos de medicina y por el número de participantes no se realizó el cálculo de la muestra.

Para la aplicación de la Ficha de Observación del cumplimiento del apego precoz, se calculó el tamaño de la muestra en base al número de partos no complicados atendidos en madres adultas mensualmente en las unidades de salud. El tamaño de la muestra correspondió a 103 y se obtuvo a partir de la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N - 1) * e^2 + p * q * Z^2} \text{ (Ecuación 1)}$$

Donde:

n = tamaño muestral

N = tamaño de la población

Z = valor correspondiente a la Distribución de Gauss

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso

e = error de estimación

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 139}{(139 - 1) * 0,05^2 + 0,5 * 0,5 * 1,96^2}$$

$$n = 102.64 \approx 103$$

Se aplicó la ficha de observación para 103 partos, con un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%. Del número total de partos, 55 se aplicaron en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y 48 en la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.

### 3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

- Criterios de Inclusión:
  - Médicos tratantes y residentes que laboraban en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y el personal médico encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 que aceptaron participar en el estudio previa firma en el consentimiento informado.
  - Internos de Medicina en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito que aceptaron participar en el estudio previa firma en el consentimiento informado.
  - Madres adultas sin complicaciones en sus partos tanto maternas como neonatales.
  - Madres que aceptaron previamente en el consentimiento informado el acceso de una de las investigadoras para que se encuentre presente durante su parto y aplique una Ficha de Observación del cumplimiento del apego precoz.
- Criterios de Exclusión:
  - Profesionales que no aceptaron participar en el estudio.

- Profesionales que iniciaron su contrato laboral fuera de los meses de estudio.
- Profesionales que laboraban en un servicio diferente a Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito.
- Profesionales con funciones que no correspondían a la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.
- Madres que presentaron complicaciones en su parto tanto maternas como neonatales.
- Madres adolescentes.
- Madres que no aceptaron previamente en el consentimiento informado el acceso de una de las investigadoras para se encuentre presente durante su parto y aplique una Ficha de Observación del cumplimiento del apego precoz.

### **3.4 Variables**

- Variable Independiente:

Conocimiento del personal de salud

- Variable Dependiente:

Cumplimiento del apego precoz

- Variables intervinientes:

Factores o causas para el incumplimiento de apego precoz

- Tiempo asignado para apego precoz
- Nivel de formación del personal de salud
- Horario de Trabajo

#### **3.4.1 Operacionalización de Variables**

Ver Tabla 3.1.

**Tabla 3.1. Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTOS
Nivel de Conocimiento del Personal de Salud sobre apego precoz	Grado de información con el que cuenta el personal de salud en relación al contacto temprano posterior al nacimiento entre la madre y su hijo.	-----	Puntaje en la encuesta de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto = 18 - 20 puntos</li> <li>• Mediano = 15-17 puntos</li> <li>• Bajo = 12 - 14 puntos</li> <li>• Muy bajo = &lt;12 puntos</li> </ul>	Encuesta de conocimiento al personal de salud
Nivel de Cumplimiento del apego precoz	Llevar a cabo el contacto temprano piel a piel entre la madre y el niño inmediatamente después del nacimiento.	-----	Porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento Excelente = 100%</li> <li>• Cumplimiento significativo = 75-99%</li> <li>• Cumplimiento Parcial = 50-74%</li> <li>• Cumplimiento Mínimo = &lt;50%</li> </ul>	Ficha de observación
Factores o causas para el incumplimiento de apego precoz	Características que aumentan la probabilidad de la no realización del contacto temprano piel a piel entre la madre y el niño inmediatamente después del nacimiento.	Tiempo asignado para apego precoz	Tiempo en minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo Malo = &lt; 15 minutos</li> <li>• Tiempo Regular = 15 a &lt; 30 minutos</li> <li>• Tiempo Bueno = 30 a &lt; 60 minutos</li> <li>• Tiempo Óptimo = &gt; o a 60 minutos</li> </ul>	Ficha de Observación
		Nivel de formación del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiante de medicina en el último año</li> <li>- Médico residente sin especialidad o en formación de la misma</li> <li>- Médico con especialidad médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí o No</li> <li>• Sí o No</li> <li>• Sí o No</li> </ul>	
		Horario de trabajo	Horas en el día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• am (07h00–12h59)</li> <li>• pm (13h00 – 18h59)</li> <li>• hs (19h00 – 06h59)</li> </ul>	

**Elaborado por:** Investigadoras

### **3.5 Procedimiento de recolección de información**

El presente trabajo de investigación se realizó en dos etapas: la primera consistió en la aplicación de una encuesta dirigida al personal de salud (anexo N°1), médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y personal de salud encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 previa autorización en el consentimiento informado, y que evaluó el nivel de conocimiento sobre apego precoz.

Las investigadoras estuvieron presentes durante el desarrollo de la encuesta para poder responder preguntas y verificar que esta actividad se lleve a cabo con la mayor seriedad.

La segunda etapa consistió en la observación directa por parte de las investigadoras del apego precoz realizado en la sala de partos a mujeres adultas, que aceptaron previamente en el consentimiento informado el acceso de una de ellas, para se encuentre durante su parto y aplique una Ficha de Observación (anexo N°2) que valoró el nivel de cumplimiento de todos los pasos del contacto piel a piel.

Previamente, se aplicó una prueba piloto dirigida al personal de salud médico del Servicio de Neonatología en un hospital diferente a las unidades de estudio (Hospital Vozandes Quito), para comprobar su validez y mejorar el instrumento de recolección de información en el caso necesario.

### **3.6 Análisis de datos**

Tras recoger la información aplicando las encuestas y las fichas de observación, se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel; posteriormente se extrapóla la información pertinente al programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

En el análisis descriptivo se determinaron las frecuencias del nivel de instrucción del personal de salud, el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los pasos de apego precoz; además se calcularon la desviación estándar, la media, el valor mínimo

y el valor máximo del puntaje obtenido en la encuesta y del número de pasos realizados.

El análisis Bivariado se realizó entre el nivel de conocimiento con el nivel de instrucción y la unidad operativa; y la relación del nivel de cumplimiento con el establecimiento de salud, el horario de atención, el nivel de formación y el tiempo de apego precoz. Se determinó que la significancia estadística tendría un valor de  $p < 0.05$ .

Para su análisis, el nivel de cumplimiento se lo agrupó en dos grupos: cumplimiento adecuado que correspondió a la realización del 75-100% de los pasos de apego precoz, y cumplimiento inadecuado equivalente a menos de 75% de pasos ejecutados. El tiempo asignado para el apego precoz se agrupó en: tiempo menor de 60 minutos y mayor de 60 minutos.

### **3.7 Aspectos Bioéticos**

El presente estudio respetó los principios bioéticos de autonomía y justicia, beneficencia y no maleficencia de sus participantes. Por ello, se elaboró un consentimiento informado en donde se detalló el tema del trabajo de titulación, los investigadores y objetivos. Además, se respondió a todas las preguntas, y se respetó la voluntad de participar o no en la investigación, así como también, se explicaron los beneficios y riesgos del estudio.

Las investigadoras firmaron un acta de confidencialidad (anexo N°5) en donde se comprometieron a no difundir los datos obtenidos a personas o entidades no autorizadas y de esta forma garantizar la confidencialidad de los datos de los y las participantes del estudio.

El protocolo del trabajo de titulación, fue aprobado previamente por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y se obtuvieron las autorizaciones respectivas de las unidades de salud: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

El presente trabajo de investigación evaluó el nivel de conocimiento de apego precoz del personal médico (tratantes, residentes) e internos de medicina; y el cumplimiento del mismo en la sala de partos, en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo.

El total de participantes fueron 82, de los cuales 75 pertenecieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y 7 a la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo. Se realizó la observación de 103 partos para evaluar el cumplimiento de los pasos de Apego Precoz, 55 en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y 48 en la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo.

#### 4.1 Análisis descriptivo

##### Nivel de Instrucción

En relación al Nivel de Instrucción se observó igual participación de médicos tratantes como de residentes 36,6% y en menor proporción internos de medicina con el 26,8% (Tabla 4.1).

**Tabla 4.1.** *Nivel de Instrucción Personal de Salud*

<b>Nivel de Instrucción del Personal de Salud</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Médicos Tratantes	30	36,6
Médicos Residentes	30	36,6
Internos de Medicina	22	26,8
Total	82	100,0

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

El 91,4% de los participantes tuvieron un Nivel de Conocimiento bajo y el 8,5% de la población mostró tener un Nivel de Conocimiento mediano. El puntaje promedio de conocimiento fue de 11,47/20 puntos; (DE +- 2,32), con un rango entre 7,33 y 16 (Tabla 4.2).

**Tabla 4.2.** *Nivel de Conocimiento*

<b>Nivel de Conocimiento</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Mediano conocimiento	7	8,5
Bajo conocimiento	33	40,2
Muy bajo conocimiento	42	51,2
Total	82	100,0

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

### **Conocimiento sobre apego precoz**

El 95,1% conoce la definición de apego precoz, el 91,5% reconoce que favorece a la lactancia materna y el 90,2% la estabilidad hemodinámica del recién nacido.

El 100% conoce el tiempo en el cual se debe comenzar el apego precoz, y el 75,6% conoce cuál es el primer paso que se debe realizar.

Se evidenció que el 70,7% no conoce el tiempo óptimo de apego precoz, el 57,3% desconoce el número de personas necesarias para la recepción del recién nacido de bajo riesgo; y 54,9% no conoce del apego precoz de los nacidos por cesárea (Tabla 4.3).

**Tabla 4.3.** Nivel de Conocimiento sobre temas de Apego Precoz

<b>Nivel de Conocimiento sobre temas de Apego Precoz</b>					
<b>Preguntas</b>		<b>Correcto</b>		<b>Incorrecto</b>	
		<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
1	Definición de apego precoz	78	95,1%	4	4,9%
2	Tiempo óptimo de apego precoz	24	29,3%	58	70,7%
3	Conducta adaptativa neonatal	38	46,3%	44	53,7%
4	Primer paso de apego precoz	62	75,6%	20	24,4%
5	Estabilidad cardiorrespiratoria	66	80,5%	16	19,5%
6	Favorece lactancia materna	75	91,5%	7	8,5%
7	Estabilidad hemodinámica	74	90,2%	8	9,8%
8	Neonato complicado y apego precoz	45	54,9%	37	45,1%
9	Inicio de apego precoz	82	100%	0	0
10	Personas en la recepción del RN	35	42,7%	47	57,3%
11	Cesárea y apego precoz	37	45,1%	45	54,9%

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

## 4.2 Análisis bivariado

### Relación entre el Nivel de Instrucción y el Nivel de Conocimiento

No hubo relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y el nivel de conocimiento ( $p = 0,343$ ). Sin embargo se pudo observar que los internos de medicina obtuvieron muy bajo conocimiento (59,1%); seguido de los médicos

residentes (53,3%). Los médicos tratantes obtuvieron mediano conocimiento (16,7%) (Tabla 4.4).

**Tabla 4.4.** *Relación entre el Nivel de Instrucción y el Nivel de Conocimiento*

Relación entre el Nivel de Instrucción y el Nivel de Conocimiento					
Nivel de Instrucción	Nivel de Conocimiento			Total	Valor de "p"
	Muy bajo conocimiento	Bajo conocimiento	Mediano conocimiento		
Tratante	13	12	5	30	0,343
	43,3%	40,0%	16,7%	100,0%	
Residente	16	13	1	30	
	53,3%	43,3%	3,3%	100,0%	
Interno	13	8	1	22	
	59,1%	36,4%	4,5%	100,0%	
Total	42	33	7	82	
	51,2%	40,2%	8,5%	100,0%	

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

### **Relación entre Unidad Operativa y Nivel de Conocimiento**

No hubo relación estadísticamente significativa entre la unidad operativa y el nivel de conocimiento ( $p = 0,698$ ) tanto del personal de salud del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito como de la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo. El personal del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito registró un 9,3% de nivel de conocimiento mediano (Tabla 4.5).

**Tabla 4.5.** *Relación entre Unidad Operativa y Nivel de Conocimiento*

<b>Relación entre Unidad Operativa y Nivel de Conocimiento</b>					
<b>Unidad Operativa</b>	<b>Nivel de Instrucción</b>			<b>Total</b>	<b>Valor de “p”</b>
	<b>Muy bajo conocimiento</b>	<b>Bajo conocimiento</b>	<b>Mediano conocimiento</b>		
Carapungo	4	3	0	7	0,698
	57,1%	42,9%	0,0%	100,0%	
HGOIA	38	30	7	75	
	50,7%	40,0%	9,3%	100,0%	
Total	42	33	7	82	
	51,2%	40,2%	8,5%	100,0%	

**Fuente:** Formulario de Investigación

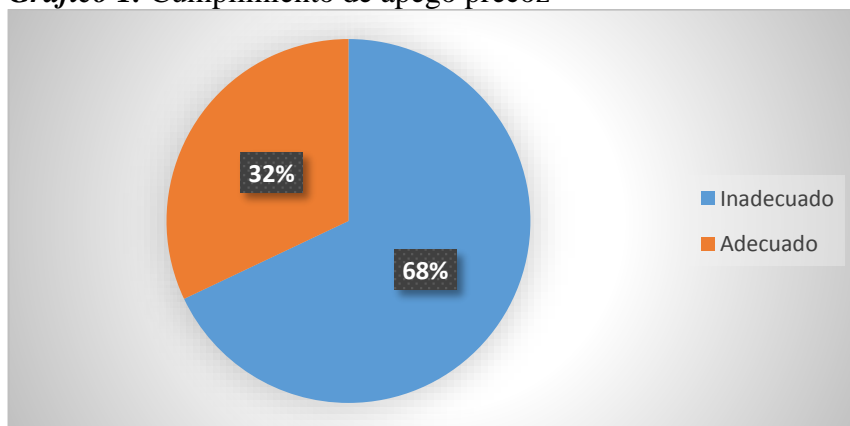
**Elaborado por:** Las investigadoras

### 4.3 Análisis descriptivo

#### Cumplimiento de los pasos de Apego Precoz

El cumplimiento inadecuado de los pasos de apego precoz durante el parto fue 68,0%; y el restante fue adecuado (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Cumplimiento de apego precoz



**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

El promedio de los pasos cumplidos adecuadamente sobre apego precoz fue de 6,99; (DE +- 2,16); con un rango de 3 a 11 pasos.

Los pasos con mayor cumplimiento fueron: registro en la historia clínica (99%), alojamiento conjunto (97,1%), no secar las manos del recién nacido para facilitar su progreso hacia el seno materno (85%) y cubrir la espalda del niño (a) con un paño seco y caliente (80,6%). Los 7 pasos restantes tuvieron un porcentaje inferior de 65% de cumplimiento. El paso relacionado con mantener al recién nacido con su madre en esta posición, por lo menos, durante la primera hora de vida, fue el de mayor incumplimiento (73,8%) (Tabla 4.6. Pasos de Apego Precoz Tabla 4.6).

**Tabla 4.6. Pasos de Apego Precoz**

Pasos de Apego Precoz					
Ficha de Observación		Cumple		No cumple	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Coloca al recién nacido desnudo, en posición prona, sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel	59	57,3%	44	42,7%
2	No seca las manos del recién nacido para facilitar su progreso hacia el seno materno	88	85,4%	15	14,6%
3	Una vez realizado el pinzamiento y el corte del cordón umbilical coloca al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre	65	63,1%	38	36,9%
4	Cubre la espalda del niño o niña con un paño seco y caliente	83	80,6%	20	19,4%
5	Cubre el pecho de la madre con un paño seco y caliente	43	41,7%	60	58,3%
6	Cubre la cabeza del recién nacido con una gorra para evitar la pérdida de calor	37	35,9%	66	64,1%
7	Motiva a la madre para que acaricie y hable a su hijo o hija	66	64,1%	37	35,9%
8	Mantiene al recién nacido con su madre en esta posición, por lo menos, durante la primera hora de vida	27	26,2%	76	73,8%
9	Posterga los procedimientos de rutina (antropometría, profilaxis ocular y vitamina K)	50	48,5%	53	51,5%
10	Realiza el alojamiento conjunto	100	97,1%	3	2,9%
11	Registro en HCL	102	99%	1	1%

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

#### 4.4 Análisis Bivariado

##### Relación entre Unidad Operativa y Cumplimiento del Apego Precoz

En la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo se observó un cumplimiento inadecuado del 33,30%, comparado con el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora del 98,29%. Se observó asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ) entre la unidad operativa y el cumplimiento del apego precoz, pertenecer a la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo tiene menos probabilidad de incumplimiento (Tabla 4.7).

**Tabla 4.7.** *Relación entre Unidad Operativa y Cumplimiento del Apego Precoz*

Relación entre Unidad Operativa y Cumplimiento del Apego Precoz						
Unidad Operativa	Cumplimiento		Total	OR	Intervalo de confianza	Valor - P
	Inadecuado	Adecuado				
Carapungo	16	32	48	,009	,001 - ,073	,000
	33,30%	66,70%	100,00%			
HGOIA	54	1	55			
	98,29%	1,80%	100,00%			
Total	70	33	103			
	68,00%	32,00%	100,00%			

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

##### Relación entre Horario de Atención y Cumplimiento del Apego Precoz

El cumplimiento inadecuado del Apego Precoz fue similar durante los horarios vespertino y nocturno alrededor del 68%, y matutino del 66,70%. Sin asociación estadísticamente significativa ( $p=0.984$ ) (Tabla 4.8).

**Tabla 4.8. Relación entre Horario de Atención y Cumplimiento del Apego Precoz**

<b>Relación entre Horario de Atención y Cumplimiento del Apego Precoz</b>				
<b>Horario</b>	<b>Cumplimiento</b>		<b>Total</b>	<b>Valor – P</b>
	Inadecuado	Adecuado		
07h00 – 12h59	20	10	30	0,984
	66,70%	33,30%	100,00%	
13h00 – 18h59	24	11	35	
	68,60%	31,40%	100,00%	
19h00 – 06h59	26	12	38	
	68,40%	31,60%	100,00%	
Total	33	70	103	
	32,00%	68,00%	100,00%	

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

#### **Relación entre Nivel de Instrucción y Cumplimiento del Apego Precoz**

Los médicos residentes e internos de medicina fueron los encargados de la recepción del recién nacido en los partos, los tratantes no realizaron esta actividad.

Los internos tuvieron un nivel de cumplimiento inadecuado del 98,1%, comparado con los médicos residentes del 37,30%, constituyendo el ser interno como factor de riesgo para el cumplimiento inadecuado del apego precoz ( $p=0,000$ ) (Tabla 4.9).

**Tabla 4.9. Relación entre Nivel de Instrucción y Cumplimiento del Apego Precoz**

<b>Relación entre Nivel de Instrucción y Cumplimiento del Apego Precoz</b>						
<b>Personal de Salud</b>	<b>Cumplimiento</b>		<b>Total</b>	<b>OR</b>	<b>Intervalo de confianza</b>	<b>Valor - P</b>
	Inadecuado	Adecuado				
Internos	51	1	52	85,895	10,960 - 673,177	,000
	98,10%	1,90%	100,00%			
Residentes	19	32	51			
	37,30%	62,70%	100,00%			
Total	70	33	103			
	68,00%	32,00%	100,00%			

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

### Relación entre Tiempo y Cumplimiento del Apego Precoz

Se evidenció que el tiempo menor de 60 minutos para el apego precoz es inadecuado en 77,40%, y a los 60 minutos del 26,30%. El tiempo menor de 60 minutos fue un factor de riesgo para el cumplimiento inadecuado ( $p=0,000$ ) (Tabla 4.10).

**Tabla 4.10.** *Relación entre Tiempo y Cumplimiento del Apego Precoz*

Relación entre Tiempo y Cumplimiento del Apego Precoz						
Tiempo	Cumplimiento		Total	OR	Intervalo de Confianza	Valor – P
	Inadecuado	Adecuado				
< 60 minutos	65	19	84	9,57	3,058 – 30,008	0,000
	77,40%	22,60%	100,00%			
>60 minutos	5	14	19			
	26,30%	73,70%	100,00%			
Total	70	33	103			
	68,00%	32,00%	100,00%			

**Fuente:** Formulario de Investigación

**Elaborado por:** Las investigadoras

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

El apego precoz es una de las prácticas de salud más beneficiosas para el binomio madre e hijo, con ventajas a corto y largo plazo. No obstante, en el Ecuador según los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el inicio de lactancia materna en la primera hora de vida es de alrededor del 54,4%. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014). Esta actividad involucra directamente al personal de salud, y en este estudio se determinó el nivel de conocimiento que tienen sobre apego precoz y se observó su cumplimiento.

El nivel de conocimiento fue bajo y muy bajo en médicos residentes e internos de medicina, los médicos tratantes obtuvieron resultados de mediano conocimiento y en ningún caso obtuvieron puntuaciones altas. Resultados similares al estudio de Sánchez en Perú en profesionales de enfermería, quienes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo en el 47.2% (n=17), un conocimiento medio en el 33.3% (n=12) y un conocimiento alto en el 19.5% (n=7) (Sánchez, 2012).

Se evidenció, que el 70,7% de los participantes desconoce el tiempo óptimo de apego precoz; y solo en el 26,2% de los partos se mantuvo al recién nacido con su madre en esta posición durante la primera hora de vida. Según la Academia Americana de Pediatría el tiempo de apego precoz debe ser durante al menos una hora ininterrumpida, después del nacimiento (AAP, 2016).

La importancia de este primer contacto garantiza la supervivencia, proporcionando calor, alimento, y protección. (De Alba, 2013) Este primer encuentro ayuda también al niño a alcanzar una adaptación extrauterina lo menos traumática posible. (Alcantara, Chuquichaico, & Chujutalli, 2017).

Cerca de la mitad de los participantes, respondió incorrectamente los enunciados de apego precoz y cesárea, la falta de información adecuada y la escasa formación de los profesionales de salud en estos temas, constituyen algunas barreras para la no realización de esta práctica en las salas de operaciones. (Mateo, 2014). Otro obstáculo

importante es la resistencia de los propios profesionales que aluden que el quirófano es un lugar aséptico y el contacto piel a piel puede comprometer la esterilidad, además la vigilancia del niño se interpreta como un riesgo, y una carga de trabajo (CLMAEP, 2017).

La mayoría de los encuestados conocen los beneficios del apego precoz en la lactancia materna y la estabilidad hemodinámica del recién nacido, que se relacionan con una termorregulación más temprana (Ludington, Lewis, Cong, Anderson, & Reese, 2007), mejor estabilidad fisiológica al aumentar los niveles de glucosa y regular la presión arterial (Raylene, 2013), mejor capacidad general de amamantar (AAP, 2016), menor tiempo para lograr una succión efectiva (ABM, 2010), y otras múltiples ventajas.

Sin embargo, a pesar de conocer los beneficios del contacto piel a piel, se observó un cumplimiento inadecuado de apego precoz en el 68% de los partos. Resultado semejante al estudio de López en el Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito; quien encontró que en el momento posterior al parto no se da lugar al contacto precoz, y el 98% de las madres no ven a sus hijos o hijas varias horas después del nacimiento (3 horas en adelante). (López, 2010). En contraste, la investigación de Quilligana y Bayas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, establecieron un cumplimiento adecuado de apego precoz por parte del Ginecólogo en un 85.6% y del Médico General en un 85% (Quilligana & Bayas, 2017).

Los efectos de la separación desencadenan la liberación de cortisol por encima de la dopamina, lo que altera el funcionamiento del sistema nervioso, influyendo en la susceptibilidad de enfermarse a futuro, marcan el desarrollo del cerebro del recién nacido y la esperanza final de vida (Bergman, 2014).

Adicionalmente, produce una mayor dificultad para iniciar la lactancia, interfiere en el vínculo madre-hijo (Champagne, 2012), aumenta el riesgo de síndrome postraumático en la madre en partos prematuros o difíciles (Aya & Ian, 2017), y mayor riesgo de infecciones hospitalarias (López, 2014).

En el estudio, el 77,4% de los recién nacidos recibieron apego precoz inadecuado por un tiempo menor a 60 minutos; que concuerda con la investigación de Pérez en el

Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en la cual, el 12,82% del personal realizaban apego inmediato posparto, pero se limitaban a la estimulación, secado del neonato y pinzamiento del cordón sobre el abdomen de la madre; durante un tiempo menor a 2 minutos, lo que no constituye apego precoz (Pérez, 2015).

Varios autores han identificado un “período sensible”, u hora dorada, durante la cual el contacto piel a piel es más efectivo (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014), los niños que reciben apego precoz dentro de los primeros 5 minutos de vida, con una duración continua de más de 60 minutos, tienen niveles de cortisol más bajos y mejoran más rápido su estabilidad cardiopulmonar al nacer (Takahashi, Tamakoshi, Matsushima, & Kawabe, 2011).

Uno de los pasos de apego precoz con mayor cumplimiento, fue la realización del alojamiento conjunto en el 97,1% de los recién nacidos, llevando a cabo así, el séptimo paso de los "Diez pasos para una lactancia materna exitosa", de la OMS y UNICEF, que indica practicar el alojamiento conjunto entre las madres y los bebés las 24 horas (OMS; UNICEF, 2009).

Otro de los pasos con adecuado cumplimiento (85,4%), fue el no secar las manos del recién nacido, hecho importante, porque el olor del líquido amniótico, que se encuentra impregnado en sus manos sin secar lo guía a la areola materna y finalmente comienza a succionar (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014).

Realizar apego infantil temprano, influye en la integración sensorial y motora, y la regulación de los sistemas bio-conductuales por la interacción madre-hijo (Arms, 2005), esta unión crea una impronta de seguridad en la personalidad del niño o niña que permanecerá toda su vida (ILCA, 2018).

### **Limitaciones:**

Las principales limitaciones del estudio fueron, la distribución inequitativa de la población evaluada con las encuestas, debido a que se realizó un cambio con uno de los establecimientos de salud, y al ser éste un centro de atención más pequeño que el inicialmente planteado cambió el tamaño de la muestra.

No se pudo parear la encuesta con la ficha de observación, porque el personal evaluado a través de la encuesta, no fue el mismo que el observado en la sala de partos.

El cumplimiento de los pasos de apego precoz solamente pudo ser evaluado a los médicos residentes e internos de medicina, ya que los médicos tratantes se limitaban a la atención de partos complicados, que fueron excluidos en el estudio.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 Conclusiones

1. El 91,4% de los participantes tuvieron un nivel de conocimiento bajo y el 8,5% un nivel de conocimiento mediano. Ninguno de los participantes tuvo un nivel de conocimiento alto.
2. El puntaje promedio fue la evaluación de conocimientos fue de 11,47 sobre 20 puntos, con un rango entre 7,33 y 16.
3. La mayoría de los participantes conoce qué es apego precoz, y sus ventajas en relación a la lactancia materna, estabilidad hemodinámica del recién nacido y el primer paso que debe realizarse; siendo éstas las preguntas con mayores respuestas correctas en la evaluación.
4. La respuesta con mayor error, fue el tiempo óptimo de apego precoz.
5. Alrededor de la mitad del personal de salud desconoce el número de personas necesarias para la recepción del recién nacido, y del apego precoz de los nacidos por cesárea.
6. No se estableció relación entre el nivel de conocimiento con el nivel de instrucción ni la unidad operativa; sin embargo los médicos tratantes obtuvieron mejores puntajes en la evaluación, y el personal del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora tuvo un nivel de conocimiento mayor que el de la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo.
7. El cumplimiento de los pasos de apego precoz fue inadecuado en el 68% de los partos y adecuado en un 32%.
8. El promedio de los pasos cumplidos adecuadamente sobre apego precoz fue de 6,99, con un rango de 3 a 11 pasos.
9. El paso con mayor cumplimiento fue el registro de la realización de apego precoz en la historia clínica, seguidos de las actividades de no secar las manos del recién nacido; y cubrir su espalda con un paño seco y caliente.

10. El paso con menor cumplimiento fue el de mantener al recién nacido en contacto piel a piel, por lo menos durante la primera hora de vida.
11. El personal médico de la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo tuvo un cumplimiento adecuado del 66,70%, y el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora del 1,80%.
12. Pertenecer a la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo fue un factor protector para el incumplimiento del apego precoz.
13. Se observó significancia estadística entre el nivel de formación del personal de salud y el cumplimiento del apego precoz.
14. El ser interno es un factor de riesgo para el cumplimiento inadecuado.
15. No se estableció relación entre el nivel de cumplimiento con el horario de atención.
16. El tiempo menor de 60 minutos de apego precoz fue un factor de riesgo para el cumplimiento inadecuado.

## **6.2 Recomendaciones**

1. Educación y capacitación continua al personal de salud en todos sus niveles sobre apego precoz y sus beneficios.
2. Resaltar la importancia del apego precoz y la posibilidad de realizarse tanto en parto vaginal como en cesárea.
3. Acompañamiento al personal en formación (médicos postgradistas e internos de medicina) por una persona capacitada, para enseñar y apoyar el cumplimiento del apego precoz en el momento del parto y en la sala de recuperación.
4. Evaluación periódica al personal de salud encargado de la recepción del recién nacido, y supervisión en la sala de partos y quirófano del cumplimiento de apego precoz.
5. Recordatorios constantes sobre apego precoz en forma de ayudas audiovisuales o carteles en la sala de partos y quirófano.

6. Asignar una persona exclusivamente para el cumplimiento de los pasos de apego precoz y se mantenga en esta posición al recién nacido por lo menos durante la primera hora de vida.
7. Elaboración de un protocolo de apego precoz, en donde se especifiquen las actividades, pasos y roles que deben realizar los profesionales de salud, tanto en la sala de partos como en la sala de operaciones.
8. Realizar este estudio a mayor escala donde se pueda determinar si el comportamiento de la población estudiada se puede transpolar al resto del país o si existen factores que se asocian a su cumplimiento adecuado o inadecuado en otras latitudes.
9. Realizar una intervención educativa posterior al diagnóstico del nivel de conocimiento, con la finalidad de mejorar los puntos débiles que se encuentren.

## BIBLIOGRAFÍA

- AAP. (2016). Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *AAP*, 2. Recuperado el 01 de junio de 2018, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/08/18/peds.2016-1889>
- AAP. (November de 2016). *The Nurturing Root New Recommendations*. Recuperado el 02 de abril de 2018, de The American Academy Of Pediatrics: <https://thenurturingroot.com/new-recommendations-american-academy-pediatrics/>
- AAP, & AHA. (2016). *Reanimación Neonatal* (Séptima Edición ed.). Elk Grove Village, Illinois, Estados Unidos de América: American Academy of Pediatrics and American Heart Association.
- ABM. (2010). Protocolo Clínico de la ABM #7: Políticas para el Modelo de Lactancia Materna. *Medicina de la Lactancia Materna*, 4-5. Recuperado el 12 de mayo de 2018, de <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/7-model-breastfeeding-policy-protocol-spanish.pdf>
- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 1-4. Recuperado el 12 de abril de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216342>
- Agudelo, S., Gamboa, O., Rodríguez, F., Cala, S., Gualdrón, N., Obando, E., & Padrón, M. (2016). The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *BioMedCentral*, 1-2. Recuperado el 26 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27782829>

- Alcantara, C., Chuquichaico, N., & Chujutalli, Y. (2017). Características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término. *Trabajo académico para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 30 de septiembre de 2018, de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/955/Caracteristicas\\_AlcantaraChavarria\\_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/955/Caracteristicas_AlcantaraChavarria_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Alenchery, A., Thoppil, J., Britto, C., Villar de Onis, J., Fernández, L., & Rao, S. (2018). Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC pediatrics*, 1-8. Recuperado el 26 de agosto de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29426317>
- Anderson, G., Radjenovic, D., Chiu, S., Conlon, M., & Lane, A. (2004). Development of an observational instrument to measure mother-infant separation post birth. *Journal of nursing measurement*, 12(3), 215–234. Recuperado el 08 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16138726>
- Arms, M. (2005). The psychobiology of early attachment. *Clinical Neuroscience Research*, 291-292.
- Aya, E., & Ian, M. (2017). Skin to skin: A modern approach to caesarean delivery. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 13-19. Recuperado el 08 de junio de 2018, de <http://www.joacc.com/article.asp?issn=2249-4472;year=2017;volume=7;issue=1;spage=13;epage=19;aulast=Elsaharty>
- Aznar, F., Salazar, S., Delgado, X., Cani, T., & Cluet de Rodríguez, I. (2009). Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna. estudio multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 118–122. Recuperado el 23 de agosto de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367936951003>
- Becerra, F., Bonilla, L., & Rodríguez, J. (2014). *Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos*. Recuperado el 22 de agosto de 2018, de Rev. Fac. Med: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a14.pdf>

- Bergman, N. (03 de Abril de 2014). *Los mil primeros minutos de vida determinan la existencia*. Recuperado el 21 de mayo de 2018, de <http://hemeroteca-paginas.lavanguardia.com/LVE05/PUB/2014/04/03/LVG201404030641LB.pdf>
- Brady, K., Bulpitt, D., & Chiarelli, C. (2014). An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic and neonatal nursing*, 1-9. Recuperado el 05 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24981767>
- Brimdyr, K., Cadwel, K., Stevens, J., & Takahashi, Y. (2017). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Maternal and Child Nutrition*, 4-7. Recuperado el 15 de septiembre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29230957>
- Cahueñas, M., & Escobar, F. (Julio de 2016). Cumplimiento del apego precoz y alojamiento en base a los conocimientos y criterios de las madres sobre la importancia de la lactancia materna establecidos en el paso número 35 del componente normativo neonatal del MSP 2008 en la Maternidad de Conocoto. *Disertación de grado para optar por el título de Licenciadas en Nutrición Humana*. Quito, Pichincha, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado el 15 de marzo de 2018, de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12517>
- Castral, T., Warnock, F., Leite, A., Vanderlei, H., & Scochi, C. (2008). The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *Europeana Journal of Pain*, 464-471. Recuperado el 03 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869557>
- Cerda, L. (2011). Lactancia materna y gestión del cuidado. *Investigación para la obtención del título de Licenciada en Enfermería*, 10. (U. N. Colombia, Ed.) Recuperado el 16 de septiembre de 2018, de <http://bdigital.unal.edu.co/7068/3/mariafernandacanoobando.2012.pdf>

- Champagne, H. (2012). Babies and Mothers: Skin- to- Skin Immediately After Birth. *JOGNN*, 120. Recuperado el 26 de mayo de 2018, de [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)35048-6/abstract](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)35048-6/abstract)
- Cleveland, L., Hill, C., Pulse, W., DiCioccio, H., & Field T, W.-T. (2017). Implementing Skin-to-Skin Care in the Operating Room After Cesarean Birth. *The American Journal of maternald child nursing*, 1-7. Recuperado el 03 de julio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121756>
- CLMAEP. (2017). Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recuperado el 3 de marzo de 2018, de <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/contacto-piel-con-piel-en-las-cesareas-aspectos-practicos-puesta-en-marcha>
- De Alba, C. (2013). Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término. *An Pediatr Contin*, 1-3. Recuperado el 15 de abril de 2018, de <http://www.apcontinuada.com/es/contacto-precoz-piel-con-piel/articulo/90185761/>
- Ferrarrelo, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 6-11. Recuperado el 13 de agosto de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24317145>
- Gordillo, M. (Diciembre de 2014). Intervención de Enfermería en apego precoz para una lactancia efectiva , en madres adolescentes del hospital especializado Mariana de Jesús , en el servicio de parto , periodo , Diciembre 2013 - Abril 2014. *Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería*. Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado el 22 de marzo de 2018, de Intervención de Enfermería en apego precoz para una lactancia efectiva , en madres adolescentes del hospital especializado Mariana de Jesús , en el servicio de parto , periodo , Diciembre 2013 - Abril 2014

- Guacapiña, T., & Guachamin, E. (2014). Factores que influyen el retraso de la Lactogénesis II en madres adolescentes de la sala de maternidad del Hospital General Luis Gabriel Dávila, ciudad de Tulcán durante enero - mayo del 2013. *Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Obstetiz*. Quito: Uniersidad Central del Ecuador. Recuperado el 29 de marzo de 2018, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4464/1/T-UCE-0006-92.pdf>
- Herrera Gómez, A. (Enero-Junio de 2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm online*, 22(1-2). Recuperado el 13 de mayo de 2018, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>
- Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería- Scielo*, 5. Recuperado el 14 de mayo de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017)
- ILCA. (15 de Mayo de 2018). *International Kangaroo Care Day: An Interview with Dr. Nils Bergman*. Recuperado el 05 de junio de 2018, de International Lactation Consultant Association: <https://lactationmatters.org/2018/05/15/international-kangaroo-care-day-an-interview-with-dr-nils-bergman/>
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud Pública del Ecuador: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de ENSANUT.ECU 2012: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)

- Jaramillo, W., & Montalván, N. (2017). Conocimientos y habilidades del personal de salud sobre consejería en lactancia materna del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017. *Proyecto de Investigación previa a la Obtención del Título de Médico*. Cuenca, Azuay, Ecuador: Universidad de Cuenca. Recuperado el 20 de julio de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29748>
- Keister , D., Werner, S., & Roberts, K. (2008). Strategies for breastfeeding success. *Am Fam Physic*(78), 225-232.
- Kiss, A., & Mikkelsen, J. (2005). Oxytocin--anatomy and functional assignments: a minireview. *Endocr Regul.*, 3.
- Klaus, M. (2012). Mother and Infant: Early Emotional Ties. *AAP News / Journals*, 2-3. Recuperado el 22 de abril de 2018, de [http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement\\_E1/1244](http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement_E1/1244)
- Kolsoom, S., Awaz, A., Shukir, S., & Moghaddam, B. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*, 5-6. Recuperado el 04 de septiembre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30026787>
- Kronborg, H., Vaeth, M., Olsen, J., & Harder, I. (Junio de 2008). *Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy*. Recuperado el 30 de agosto de 2018, de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18160390>
- Lisa, C., Strauss, W., Condo, H., Field, T., & White - Traut, R. (2017). Systematic Review of Skin-to-Skin Care ful Fulle Term, Healthy Newborns. *JOGNN*, 1-13. Recuperado el 18 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28950108>
- López, H. (01 de Julio de 2014). *Importancia de contacto piel con piel tras el nacimiento. Qué no os separen, qué os dejen juntos!* Recuperado el 25 de marzo de 2018, de Medicina de Familia en la Red:

<https://www.drlopezheras.com/2014/06/el-contacto-piel-con-piel-que-no-os-separen.html>

Ludington, S., Lewis, T., Cong, X., Anderson, L. M., & Reese, S. (2007). Breast-Infant Temperature with Twins during Shared Kangaroo Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursery*, 4. Recuperado el 13 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1890034/>

Martínez, T., & Ferman, D. (Abril-Junio de 2014). Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria*, 61-66. Recuperado el 06 de marzo de 2018, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/47487>

Mateo, S. (Junio de 2014). El contacto piel con piel. Beneficios y Limitaciones. *Investigación para optar al grado de Enfermería*. Cantabria: Universidad de Cantabria. Recuperado el 16 de agosto de 2018, de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf?sequence=1>

MINSA. (2015). *Norma Técnica Atención Integral en la Salud Neonatal*. Lima: Ministerio de Salud Perú.

MINSALUD. (2009). *Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro en Colombia*. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.

Mohamed, R., & Nemat, A. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*, 1-2. Recuperado el 29 de abril de 2018, de <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/5698>

Mohamed, R., Ismail, N., & Ismail, A. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(4), 1-2.

- Mohamed, R., Ismail, N., & Ismail, A. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4.
- Moore, B. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane*, 4-7. Recuperado el 23 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/>
- MSP. (2000). *El parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú. Técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido*. Lima-Perú: Ministerio de Salud Perú.
- MSP. (2011). *Normas, protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- MSSSI. (2001). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- NICE. (February de 2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Obtenido de National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#care-of-the-newborn-baby>
- OMS. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. (D. d. Reproductiva, Ed.) *Organización Mundial de la Salud*, 6.
- OMS. (1999). Cuidados en el parto normal: Una guía Práctica. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 18(2), 78-80. Recuperado el 22 de abril de 2018, de <http://www.sarda.org.ar/content/download/613/3964/file/78-80.pdf>
- OMS; UNICEF. (2009). *Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Recuperado el 21 de abril de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23926623>

- OMS; UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Geneva: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.
- OPS. (2007). *Más allá de la supervivencia: prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*. Washington, D.C., Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud.
- Palomares, M., Fabregat, E., Folch, S., Escrig, B., Escoín, F., & Gil, C. (2011). Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 8-9. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100005)
- Pérez, T. (2015). Práctica de los profesionales de la salud en el fomento del apego inmediato posparto en el centro obstétrico del HIA. *Tesis de grado previa a la obtención del título de Médico General*. Loja, Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Recuperado el 25 de marzo de 2018
- Phillips, R. (2013). *Medscape-Family Medicine*. Obtenido de Early Postpartum Skin-to-Skin Contact is Endorsed By Many Organizations: [https://www.medscape.com/viewarticle/806325\\_9](https://www.medscape.com/viewarticle/806325_9)
- Pound, C., Williams, K., Grenon, R., Aglipay, M., & Plint, A. (Agosto de 2014). *Breastfeeding Knowledge, Confidence, Beliefs, and Attitudes of Canadian Physicians*. Recuperado el 28 de julio de 2018, de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24919510>
- Pugh, L., Serwint, J., Frick, K., Nanda, J., Sharps, P., Spatz, D., & Milligan, R. (Enero de 2010). *A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19854119>
- Quilligana, A., & Bayas, M. (2017). *El Apego precoz como factor estimulante en la lactancia materna inmedita por el personal médico del servicio de centro*

*obstétrico del Hospital Alfredo Noboa Montenegro*. Recuperado el 08 de marzo de 2018, de [http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1766/1/APEGO\\_FINAL\\_PRESENTAR.pdf](http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1766/1/APEGO_FINAL_PRESENTAR.pdf)

Raylene, P. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews - El Sevier*, 1-10. Recuperado el 22 de abril de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539681>

Ruiz-Peláez, J., Charpak, N., & Cuervo, G. (2004). Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. *BMJ*, 2-4. Recuperado el 23 de abril de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539681>

Sánchez, J. (2012). *Nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre-niño del profesional de enfermería de los hospitales de Bagua, 2012*. Recuperado el 28 de marzo de 2018, de Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.: <http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/236/1/http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/438.pdf>

Sinusas, K., & Gagliardi, A. (2001). Initial management of breastfeeding. *Am Fam Physician*(64), 981-988. Recuperado el 06 de septiembre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578034>

Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M., & Kawabe, T. (2011). Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev*, 1-4. Recuperado el 15 de junio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21220191>

Vargas, M. (2014). *¿En qué consiste el método madre canguro? efectos y beneficios*. *Proyecto de Grado*. Medellín, Colombia: Colegio Marymount. Recuperado el 30 de abril de 2018, de <https://docplayer.es/70778295-En-que-consiste-el-metodo-madre-canguro-efectos-y-beneficios-por-mariana-vargas-perdomo-asesora-marcela-buritica-colegio-marymount.html>

- Wagner, D., Lawrence, S., & Xu J, M. (2018). Retrospective Chart Review of Skin-to-Skin Contact in the Operating Room and Administration of Analgesic and Anxiolytic Medication to Women After Cesarean Birth. *Nursing for women's health*, 1-10. Recuperado el 01 de julio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29628051>
- Zita, M., & García, L. (2014). Conocimiento del Personal de Salud sobre Lactancia Materna y su Participación Familiar en la Unidad de Medicina Familiar no. 64 del Instituto Mexicano de Seguro Social. *Investigación para obtener el título en especialidad en Medicina Familiar*. México, México, México: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 15 de agosto de 2018, de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14558>

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Encuesta



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

### POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema del Trabajo de Titulación:

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

#### ENCUESTA – APEGO PRECOZ

La presente encuesta tiene como objetivo evaluar su conocimiento sobre el apego precoz, la misma que forma parte del trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cada pregunta contiene una sola respuesta correcta, en caso de duda o inquietudes, pregunte a las encuestadoras. Solicitamos y agradecemos de la manera más atenta su colaboración.

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Escoja el enunciado correcto, en relación a lo que usted entiende por APEGO PRECOZ, es:
  - a. La convivencia del recién nacido con su madre y sus familiares hasta la recuperación inmediata de ambos.
  - b. El contacto temprano o acercamiento piel a piel e inmediatamente después del nacimiento, entre el recién nacido y su madre.
  - c. Es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable.
2. ¿Cuál es el TIEMPO ÓPTIMO para realizar apego precoz?  
< 15 minutos ( )      15-30 minutos ( )  
30-60 minutos ( )      >60 minutos ( )
3. De los siguientes enunciados, con respecto al apego precoz, seleccione el INCORRECTO.
  - Facilita la tercera etapa del parto.
  - Asegura el vínculo madre-hijo o hija después el nacimiento.
  - Disminuye los riesgos de enfermedad y muerte en la mujer y en su hijo.
  - Interfiere en la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata
4. En lo que se refiere a Apego precoz existen fases o momentos, ¿Cuál es el primer paso que se debería realizar, Escoja la respuesta correcta?
  - a) Cubrir la cabeza del recién nacido con una gorra para evitar la pérdida del calor.
  - b) Administrar profilaxis ocular y vitamina K.
  - c) Colocar al recién nacido desnudo, sobre el abdomen descubierto de la madre.
  - d) Cubrir la espalda del niño o niña y el pecho de la madre con un paño seco.

5. Conteste verdadero (V) o falso (F), respecto a los beneficios del apego precoz hacia el recién nacido
- Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria en el recién nacido ( )
  - Favorece y prolonga la lactancia materna ( )
  - Provoca inestabilidad hemodinámica y pérdida de calor por convección al recién nacido ( )
6. En relación al apego precoz, ¿Si tiene un neonato complicado, que debería hacer?
- a) Iniciar el apego precoz inmediato, ya que todos los neonatos sin excepción deben experimentar el apego precoz.
  - b) De ninguna manera se debe iniciar el apego precoz cuando el neonato se encuentra inestable, puede agravar su situación.
  - c) Evaluar la condición física e iniciar el apego precoz cuando el recién nacido se encuentre sin patología.
7. ¿El momento de inicio del apego luego del nacimiento es?
- a) Lo más pronto posible después del parto.
  - b) Cuando la madre lo solicite.
  - c) Después del alumbramiento de la placenta.
  - d) Luego de realizar la antropometría del recién nacido.
8. ¿En la recepción de un recién nacido, sin factores de riesgo conocidos, cuántas personas se necesitan para su atención?
- a) Al menos una persona
  - b) Mínimo 2 personas
  - c) Personas entrenadas en reanimación
9. En relación al apego precoz y el nacimiento por cesárea, señale la respuesta afirmativa.
- a) El recién nacido tiene menos riesgo de hipotermia.
  - b) No se debe realizar apego precoz en un neonato nacido por cesárea.
  - c) Aumenta el tiempo de hospitalización.
  - d) Prolonga el periodo de alumbramiento.

**Elaborado por: Andrea Cevallos y Liliana Guadalima.**

**Fuente Bibliográfica:** Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto. MSP. Coordinación Nacional de Nutrición. Capítulo 3: Protocolo para la implementación de prácticas integrales del parto.

## Anexo 2. Ficha de observación



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

### POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema del Trabajo de Titulación:

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

#### FICHA DE OBSERVACIÓN – APEGO PRECOZ

**Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de los pasos que involucra el apego precoz.

ACTIVIDADES	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Coloca al recién nacido desnudo, en posición prona, sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel.		
2. No seca las manos del recién nacido para facilitar su progreso hacia el seno materno.		
3. Una vez realizado el pinzamiento y el corte del cordón umbilical coloca al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre.		
4. Cubre la espalda del niño o niña con un paño seco y caliente.		
5. Cubre el pecho de la madre con un paño seco y caliente.		
6. Cubre la cabeza del recién nacido con una gorra para evitar la pérdida de calor.		
7. Motiva a la madre para que acaricie y hable a su hijo o hija.		
8. Mantiene al recién nacido con su madre en esta posición, por lo menos, durante la primera hora de vida.		
9. Posterga los procedimientos de rutina (antropometría, profilaxis ocular y vitamina K).		
10. Se realiza el alojamiento conjunto		
11. Se registra el procedimiento en la Historia Clínica		

**Elaborado por:** Cevallos Andrea y Guadalima Liliana

**Fuente:** Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto. MSP. Coordinación Nacional de Nutrición. Capítulo 3: Protocolo para la implementación de prácticas integrales del parto.

- Tiempo Asignado para el Apego Precoz

< 15 minutos	<input type="text"/>
>60 minutos	<input type="text"/>
30-60 minutos	<input type="text"/>
>60 minutos	<input type="text"/>

- Nivel de formación de la persona(s) que realiza apego precoz:

Interno de Medicina	<input type="text"/>
Médico Residente	<input type="text"/>
Médico Tratante	<input type="text"/>

- Horario de trabajo al momento de aplicar la ficha de observación:

AM (07h00-12h59)	<input type="text"/>
PM (13h00-18h59)	<input type="text"/>
HS (19h00-06h59)	<input type="text"/>

### Anexo 3. Consentimiento informado – Personal de Salud



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento va dirigido al personal de salud que desempeña sus funciones en el área de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y personal médico encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02 a quienes se les invita a participar en la siguiente investigación:

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

#### **Investigadores:**

Md. Andrea Carolina Cevallos Teneda

Correo electrónico: andreiascarolina@yahoo.com

Teléfono: 0987453547

Dirección: San Pedro y Rumipamba, Edificio Egas Piso 4

Md. Liliana Marley Guadallima Malla

Correo electrónico: lmarley95@hotmail.com

Teléfono: 0959770252

Dirección: San José de Morán, Conjunto los Geranios, casa N°7

### INFORMACIÓN

#### **Introducción. -**

Nosotras, Andrea Cevallos y Liliana Guadallima, en calidad de estudiantes del tercer año del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos realizando un trabajo de investigación, que pretende evaluar el nivel de conocimientos sobre el apego precoz del personal de salud y determinar si existe relación con el cumplimiento adecuado de ésta práctica.

Le vamos a entregar información y le invitamos a participar de esta investigación, usted puede decidir o no participar en ella. Además, antes de decidirse puede hablar con alguien al respecto.

Si existen algunas palabras que no entienda, por favor le pido que nos de tiempo para explicarle, y si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos al respecto.

#### **Propósito. -**

Prácticas de bajo costo y tan efectivas como el apego precoz, tienen múltiples beneficios a corto y largo plazo para el binomio madre – hijo, sin embargo, según la

Encuesta en Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2014, solamente el 54.4% tienen un inicio temprano de lactancia materna (dentro del plazo de 1 hora después del nacimiento). Por esta razón queremos averiguar si el personal de salud cuenta con los conocimientos necesarios sobre este tema, y si su papel en el cumplimiento de ésta práctica se lo realiza adecuadamente.

**Tipo de intervención de Investigación. -**

Esta investigación incluirá el desarrollo de una encuesta que evaluará su nivel de conocimientos sobre apego precoz, y nosotras como investigadoras verificaremos a través de una ficha de observación el cumplimiento de los pasos del apego precoz en la sala de partos.

**Selección de participantes. -**

Estamos invitando a todo el personal de salud encargado del apego precoz que incluye a médicos especialistas, médicos residentes e internos de medicina, que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y personal médico encargado de la recepción del recién nacido de la Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.

**Participación Voluntaria. -**

Su participación es totalmente voluntaria, usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma.

**Riesgos. -**

Al participar en esta investigación usted no está expuesto a ningún riesgo debido a que obtendremos la información por medio de una encuesta y una ficha de observación y por lo tanto no habrá repercusiones en su salud, ni efectos adversos.

**Beneficios. -**

Su contribución en este estudio puede servir para futuras investigaciones y mejoras a la atención de los pacientes.

**Confidencialidad. -**

Si usted participa en esta investigación no se solicitará su nombre para la encuesta o la ficha de observación, con lo cual mantendremos la confidencialidad de los datos obtenidos.

**Compartiendo los resultados. -**

Los hallazgos de la investigación serán posteriormente compartidos en forma general con las instituciones materno – infantiles involucradas, y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, respetando siempre la confidencialidad y el anonimato de sus participantes.

**Derecho a negarse o retirarse. -**

Usted puede negarse a formar parte en esta investigación, puede también dejar de participar en cualquier momento que quiera, es su elección y todos sus derechos serán respetados.

**A quien contactar. -**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la encuesta. Si desea hacer preguntas más tarde puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: Md. Andrea Cevallos Teneda Teléfono 0987453547, Md. Liliana Guadalupe Malla teléfono 0959770252.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuya tarea es asegurarse de proteger de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Avenida 12 de Octubre 1076 y Roca. Quito. PBX: (593)2 2991 700.



### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitado(a) a participar en la investigación: “CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

Entiendo que desarrollaré una encuesta para evaluar mi nivel de conocimiento sobre apego precoz, y que se aplicará una ficha de observación en la sala de partos para verificar el cumplimiento de éste. Sé que mi participación en este estudio y sus resultados pueden servir para futuras investigaciones y mejoras a la atención de los pacientes.

Comprendo que entregaré información personal y que no recibiré ninguna remuneración por mi participación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y teléfono. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre esta información y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Anexo 4. Consentimiento informado – Madres



### PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento va dirigido a las mujeres adultas que se encuentran en labor de parto y están siendo atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02, a quienes se les invita a participar en la siguiente investigación:

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

#### **Investigadoras:**

Md. Andrea Carolina Cevallos Teneda

Correo electrónico: andreiascarolina@yahoo.com

Teléfono: 0987453547

Dirección: San Pedro y Rumipamba, Edificio Egas Piso 4

Md. Liliana Marley Guadallima Malla

Correo electrónico: lmarley95@hotmail.com

Teléfono: 0959770252

Dirección: San José de Morán, Conjunto los Geranios, casa N°7

#### INFORMACIÓN

#### **Introducción.-**

Nosotras, Andrea Cevallos y Liliana Guadallima, en calidad de estudiantes del tercer año del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos realizando un trabajo de investigación, que pretende evaluar el nivel de conocimientos sobre el apego precoz del personal de salud y determinar si existe relación con el cumplimiento adecuado de ésta práctica.

Le vamos a entregar información y le invitamos a participar de esta investigación, usted puede decidir o no participar en ella. Además antes de decidirse puede hablar con alguien al respecto.

Si existen algunas palabras que no entienda, por favor le pido que nos de tiempo para explicarle, y si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos al respecto.

**Propósito.-**

Prácticas de bajo costo y tan efectivas como el apego precoz, tienen múltiples beneficios a corto y largo plazo para el binomio madre – hijo, sin embargo según la Encuesta en Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2014, solamente el 54.4% tienen un inicio temprano de lactancia materna (dentro del plazo de 1 hora después del nacimiento). Por esta razón queremos averiguar si el personal de salud cuenta con los conocimientos necesarios sobre este tema, y si su papel en el cumplimiento de ésta práctica se lo realiza adecuadamente.

**Tipo de intervención de Investigación.-**

Esta investigación incluirá el desarrollo de una encuesta que evaluará el nivel de conocimientos del personal de salud sobre apego precoz, y nosotras como investigadoras verificaremos a través de una ficha de observación el cumplimiento de los pasos del apego precoz en su parto.

**Selección de participantes.-**

Estamos invitando a participar a todas las mujeres adultas que se encuentran en labor de parto y que están siendo atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y Maternidad de Corta Estancia (Carapungo) del Distrito 17D02.

**Participación Voluntaria.-**

Su participación es totalmente voluntaria, usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma.

**Riesgos.-**

Al participar en esta investigación usted no está expuesto a ningún riesgo debido a que obtendremos la información por medio de una ficha de observación y por lo tanto no habrá repercusiones en su salud, ni efectos adversos.

**Beneficios.-**

Su contribución en este estudio puede servir para futuras investigaciones y mejoras a la atención de los pacientes.

**Confidencialidad.-**

Si usted participa en esta investigación no se solicitará su nombre para la ficha de observación, con lo cual mantendremos la confidencialidad de los datos obtenidos.

**Compartiendo los resultados.-**

Los hallazgos de la investigación serán posteriormente compartidos con las instituciones materno-infantiles involucradas y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, respetando siempre la confidencialidad y el anonimato de sus participantes.

**Derecho a negarse o retirarse.-**

Usted puede negarse a formar parte en esta investigación, puede también dejar de participar en cualquier momento que quiera, es su elección y todos sus derechos serán respetados.

**A quien contactar.-**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde. Si desea hacer preguntas más tarde puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: Md. Andrea Cevallos Teneda Teléfono 0987453547, Md. Liliana Guadalima Malla teléfono 0959770252.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuya tarea es asegurarse de proteger de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Avenida 12 de Octubre 1076 y Roca. Quito. PBX: (593)2 2991 700.



### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitada a participar en la investigación: “CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

Accedo a que una de las investigadoras se encuentre presente durante mi parto y aplique una Ficha de Observación para verificar el cumplimiento de todos los pasos del apego precoz (contacto piel a piel) entre mi hijo y mi persona posterior al nacimiento. Sé que mi participación en este estudio y sus resultados pueden servir para futuras investigaciones y mejoras a la atención de los pacientes y que no recibiré ninguna remuneración.

Se me ha proporcionado el nombre de las investigadoras, quienes pueden ser fácilmente contactadas usando el nombre y teléfono. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 5. Acta de confidencialidad



### ACTA DE CONFIDENCIALIDAD

Nosotras, Andrea Carolina Cevallos Teneda con CI: 1804488797 y Liliana Marley Guadalima Malla con CI: 1104863905, estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, nos comprometemos a mantener la confidencialidad de los y las participantes de nuestra investigación:

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA (CARAPUNGO) DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO – AGOSTO 2018”.

Se respetará la anonimización de datos, y la información obtenida en el presente estudio se utilizará para el desarrollo del trabajo de Titulación requisito previo para la obtención del título como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Los hallazgos de la investigación serán posteriormente compartidos con las instituciones involucradas y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

---

Andrea Carolina Cevallos Teneda  
CI: 1804488797

---

Liliana Marley Guadalima Malla  
CI: 1104863905