



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“APLICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ESENCIALES DEL PARTO
POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL ANTONIO
LORENA, CUSCO 2016”**

TESIS PRESENTADO POR:

SANCHEZ YUCRA MARIA NAZARETH

PAREJA DELGADO IVETTE

TÍTULO A OPTAR:

LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA. YOLANDA LEÓN VILLALOBOS

CUSCO – PERÚ
2017



PRESENTACIÓN

SRA. DRA. HERMINIA NAVEDA CAHUANA

**DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO**

Según el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco, elevamos ante usted la tesis intitulada “**APLICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ESENCIALES DEL PARTO POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2016**” con la finalidad de optar el grado académico de Licenciadas en Obstetricia.

La presente investigación ha sido concluida con normas de investigación establecidas.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se reconoce que el parto y el puerperio inmediato, son un período de tiempo de especial vulnerabilidad tanto para la madre como para el recién nacido. Se estima que, durante las primeras 24 horas después del parto, ocurren entre el 25 al 45% de las muertes neonatales y el 45% de las muertes maternas. Por esta razón, las prácticas durante la atención del parto y puerperio inmediato, que están orientadas hacia los problemas más serios e inmediatos de la madre (ej. hemorragia postparto, e infección puerperal) y del neonatal (ej. asfixia, peso bajo al nacer/prematuridad e infecciones severas) son las que reciben mayor atención en el marco de las intervenciones de salud pública. Solo recientemente, el destino del recién nacido ha logrado mayor relieve, ya que las iniciativas previas se habían enfocado directamente en la salud y seguridad de la madre durante el parto, mientras que, por otra parte, los programas de supervivencia infantil tendían a concentrarse en las condiciones que afectan la sobrevivida después del período neonatal (ej. después de los primeros 28 días de vida).¹

La cuantificación reciente de la inmensa contribución de la mortalidad neonatal a la mortalidad general de menores de cinco años (aproximadamente 1/3 de todas las muertes de los menores de cinco años), ofreció la oportunidad para resaltar varias prácticas simples, baratas y basadas en la evidencia para la atención del parto que pueden mejorar la sobrevivida de los “recién nacidos olvidados” durante el período posparto. Sin embargo,

¹ Chaparro, C. Lutter, Ch. Camacho, V. Organización panamericana de la salud: Prácticas esenciales del parto para la salud y nutrición de la madre y el recién nacido NW, Washington D.C. 2010.



mientras ahora se promueve una mayor y más equitativa atención hacia la mejora de la sobrevivencia de los dos “componentes” del binomio madre bebé durante el parto y el puerperio inmediato, se está ignorando la crucial oportunidad para implementar prácticas que afectarán, positivamente, su estado nutricional, salud y desarrollo a largo plazo. El alumbramiento dirigido, el retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, son prácticas simples que además de proveer un beneficio inmediato al recién nacido, pueden tener un impacto a largo plazo en la nutrición y la salud de la madre y del bebé y, posiblemente, afecten el desarrollo del niño mucho más allá del periodo neonatal y del puerperio.²

En tal sentido la presente investigación se basó en la siguiente estructura: Capítulo I: Planteamiento del problema: que contiene la caracterización del problema, justificación del estudio, limitaciones y consideraciones éticas y objetivos; capítulo II: Marco teórico: que contiene los estudios previos, base teórica, hipótesis, variables, operacionalización de variables, capítulo III: Metodología: en el que se considera el tipo de estudio, diseño de investigación, población y muestra, criterios de selección de la muestra, técnica e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos, capítulo IV: Resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

² Van, F. Rheenen P, Brabin, B. Un enfoque práctico al cable de sincronización de sujeción en los recursos los entornos pobres. British Medical Journal 2011.



RESUMEN

Aplicación de las prácticas esenciales del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2016.

Estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo de diseño no experimental, no transversal, donde se estudió la aplicación del personal de salud de las prácticas esenciales en 158 partos atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco Perú, cuyo objetivo general fue describir como aplicaron las prácticas esenciales del parto el personal asistencial.

Resultados: El manejo activo del alumbramiento es aplicado en 100% de los partos, la expulsión de la placenta por tracción controlada se realizó en el 68% y el 32% no se cumple por que se espera a que la placenta descienda espontáneamente, el masaje uterino inmediato a la expulsión se realizó en el 70% de los partos y el 30% no lo realiza, el masaje uterino cada 15 minutos durante las dos primeras horas posparto se aplicó en el 26% y el 74% no lo realiza por falta de tiempo y el llenado de historias. Se verifica la ausencia de pulsaciones en 62% y el 38% lo realiza de manera precoz, el personal pinza y corta el cordón umbilical aproximadamente a los 3 minutos después del parto en un 66% de los casos y el , y lo hace antes en el 34%, el personal alienta el inicio inmediato de la lactancia materna como práctica esencial del parto en 68% y el 32% no lo realiza por falta del personal y la demanda de partos, prioriza otras actividades dentro de la primeras horas en un 88% de los partos, en el 6% de los partos el personal promueve la lactancia materna durante toda la primera hora postparto, y en el 94% de los casos se desiste de esta práctica antes de cumplir la primera hora postparto. El 82% coloco al recién nacido directamente al pecho de la madre y el 18% no lo realiza y es estrictamente por referir complicación en el recién nacido o en la madre, en el 100% el personal cubre la espalda del recién nacido con un paño seco, el personal cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita en un 56% de las atenciones de recién nacido y el 44% si lo realiza pero con la tela con el que fue secado.

Se concluye que respecto al consolidado en las cuatro dimensiones de las prácticas esenciales del parto: se obtuvo tomando en cuenta los cuatro parámetros para el manejo activo del alumbramiento como practica esencial del parto en un 66%, de igual manera se



cumple 64% el manejo de pinzamiento del cordón umbilical como practica esencial del parto, se observa tomando en cuenta tres parámetros para el manejo de inicio de lactancia materna como practica esencial del parto en un 54% y promediando los cuatro parámetros para el manejo de contacto piel a piel como practica esencial del parto en un 60% que lo realiza de manera correcta.

Palabras clave: Prácticas esenciales del parto, personal asistencial



SUMMARY

Application of the essential practices of childbirth by the staff of Hospital Antonio Lorena, Cusco 2016.

A descriptive, quantitative, prospective study of non-experimental, non-transverse design, where the application of health personnel of the essential practices was studied in 158 births attended at Hospital Antonio Lorena Cusco Peru, whose general objective was to describe how they applied the essential practices of the I deliver care staff.

Results: Active management of delivery is performed in 100% of deliveries, removal of the placenta by controlled traction was performed in 68% and 32% is not fulfilled because the placenta is expected to fall spontaneously, massage Immediate uterine expulsion was performed in 70% of deliveries and 30% did not, uterine massage every 15 minutes during the first two hours postpartum was applied in 26% and 74% did not perform because of lack of Time and the filling of stories. The absence of pulsations occurs in 62% and 38% does so early, the staff clamp and cut the umbilical cord approximately 3 minutes after delivery in 66% of cases and he does so earlier in 34 per cent, staff encourages the immediate start of breastfeeding as the essential practice of childbirth in 68 per cent and 32 per cent do not for lack of staff and the demand for childbirth, prioritizes other activities within the first hours in an 88 % Of deliveries, in 6% of deliveries, staff promote breastfeeding throughout the first postpartum hour, and in 94% of cases, they quit before the first postpartum hour. 82% put the newborn directly into the mother's breast and 18% is not fulfilled because the infant was born depressed, in 100% the staff covers the baby's back with a dry cloth, the staff covers the head of the baby Newborn with a cloth or cap in 56% of the attentions of newborn and 44% if it does it but with the cloth with which it was dried.

It is concluded that in relation to the consolidated in the four dimensions of the essential practices of childbirth: it was obtained taking into account the four parameters for the active management of childbirth as an essential practice of childbirth in 66%, and 64% Of umbilical cord clamping as an essential practice of labor, is observed taking into account



three parameters for the management of initiation of breastfeeding as essential practice of delivery in 54% and averaging the four parameters for the management of skin-to-skin contact as practice Essential of childbirth by 60% who do it correctly.

Key words: Essential labor practices, care staff



ÍNDICE

Introducción	
Resumen	
Summary	
Índice	
	Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Caracterización del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos	2
1.3. Justificación del problema	3
1.4. Consideraciones éticas	4
1.5. Objetivos de la investigación	4
1.5.1 objetivo general	4
1.5.2 objetivos específicos	5
1.6. Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Aspectos teóricos pertinentes	6
2.1.1. Estudios previos	6



2.1.2. Bases teóricas	10
2.1.3. Definición de términos básicos	29
2.2. Definición de variables	32
2.3. Operacionalización de variables	32

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación	35
3.2. Diseño de la investigación	35
3.3. Población y muestra	35
3.3.1. Descripción de la población	35
3.3.2. Muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos	37
3.5. Procedimientos de recolección de datos	37
3.6. Procedimientos de análisis de datos	37

CAPITULO IV: RESULTADOS

Resultados

Discusión

Conclusiones

Recomendaciones

Referencias bibliográficas

Anexos



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud trabajan conjuntamente con varios países para mejorar y garantizar una buena atención del recién nacido y su madre, es así que las practicas esenciales del parto son prácticas recomendadas por estas instituciones porque benefician la salud y supervivencia de la madre y los recién nacidos, por ende es necesario el cumplimiento irrestricto por parte del personal responsable. ¹

Los primeros minutos después del parto es un período muy vulnerable para la madre y el recién nacido. La atención que se presta durante estos momentos es fundamental no solo para la supervivencia inmediata de ambos sino también para mejorar su salud y nutrición a largo plazo. El manejo activo del alumbramiento, incluyendo el momento óptimo para



pinzar el cordón umbilical, el contacto temprano piel a piel de la madre y el recién nacido, y el inicio de la lactancia materna son prácticas de atención seguras, eficaces, factibles y basadas en pruebas científicas que se deben ofrecer a toda mujer por un/una proveedor/a calificado/a.³

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.2. PROBLEMA GENERAL

¿Cómo aplican las prácticas esenciales del parto el personal asistencial del Hospital

Antonio Lorena, Cusco 2016?

1.2.1. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cómo es el manejo activo del alumbramiento como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco?
- ¿Cómo es el manejo del pinzamiento del cordón umbilical como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco?
- ¿Cómo es el manejo del inicio de lactancia materna como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco?
- ¿Cómo es el manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco?

³ Cochrane, P. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención 2009.



1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Relevancia humana y social

La importancia de la presente investigación en el ámbito mundial, nacional y local es porque beneficia a las parturientas y a los recién nacidos, contribuirá al desarrollo humano y la calidad de vida y mejorar la salud a largo plazo.

Relevancia contemporánea

Es una problemática actual, por ello la importancia de investigarlo para que tanto el personal asistencial y las pacientes sean responsables de mejorar la calidad de vida, optimizando estas cuatro prácticas.

Relevancia teóricos y o científica

La presente investigación generara nuevos conocimientos aportando teorías actuales, que si bien es cierto son practicados muchas veces por el personal asistencial (la obstetra) o por las pacientes, es necesario relacionarlos con los beneficios que tendrán.

Relevancia institucional

Debido a ser un tema actual y de gran importancia para el desarrollo integral de los profesionales, la presente investigación cumple con la aceptación e interés de las autoridades universitarias, y hospitalarias a quienes se dará a conocer los resultados, conclusiones y sugerencias.



Criterios personales

El interés por investigar sobre las prácticas esenciales del parto se debe durante nuestros internados pudimos ver numerosos casos tanto de atonía uterina como de anemia en infantes menores de 6 meses de edad. Más aún que son procedimientos que el personal obstetra lo realiza de forma rutinaria y se deben dar a conocer los beneficios que aportan para mejorar la calidad de vida.

1.4.CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización del presente trabajo de investigación, se cumplió con las normas éticas de la investigación.

- Se informó al jefe del Departamento y a las gestantes sobre los objetivos de la investigación, se solicitó la autorización para la aplicación del instrumento.
- Se manejó con veracidad la información obtenida de las fuentes documentales, sin modificarla, limitarla o sesgarla.
- La información no se prestó a manipulaciones que busquen justificar los objetivos de la investigación.
- Los datos recogidos fueron usados exclusivamente para responder a los objetivos de la investigación planteada.



1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la aplicación de las prácticas esenciales del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el manejo activo del alumbramiento como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco.
- Describir el manejo del pinzamiento del cordón umbilical como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco.
- Describir el manejo del inicio de lactancia materna como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco.
- Describir el manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto por el personal asistencial del Hospital Antonio Lorena Cusco.

1.6 LIMITACIONES

La desconfianza del personal asistencial lo cual fue superado al dar a conocer que el objetivo es una investigación que aportara datos actuales para mejorar la calidad de vida de nuestra población.

La disponibilidad de la población objetivo, lo que motivó a coordinar horas adecuadas tanto para el personal como las investigadoras.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS

A NIVEL INTERNACIONAL

- **Álvarez R. Contacto precoz Hospital San Juan XXIII Tarragona- España 2011**

Estudio de casos y controles donde observaron durante las primeras 2 horas post-parto a 72 niños nacidos de partos normales. En el grupo de separación (n=34), el niño se colocaba sobre el abdomen de su madre inmediatamente después del parto pero se le separaba de allí tras unos 20 minutos para la antropometría, el baño y el vestido y se le volvía a situar sobre su madre. En el grupo de contacto (n=38) el bebé y la madre permanecían en contacto



durante por lo menos una hora. Más niños del grupo de contacto emplearon la técnica de succión correcta. Todo este proceso requiere su tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos. ⁴

- **Moore E., Anderson G., Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007**

Estudio con treinta estudios con 1 925 díadas de madre y neonato cumplieron con los criterios de inclusión.

Los resultados principales del metanálisis y de los estudios individuales indican que el contacto piel a piel puede producir un efecto positivo sobre la lactancia a largo plazo y sobre la temperatura del neonato. Aunque algunas de las medidas de resultado fisiológicas del neonato (la glucemia y el mantenimiento de los parámetros fisiológicos) y medidas de resultado de apego mostraron poca o ninguna diferencia clínicamente significativa con o sin contacto piel a piel; no se encontraron efectos negativos a corto o a largo plazo. En base a las pruebas disponibles, el contacto piel a piel parece producir algún beneficio clínico, en especial para la lactancia, la temperatura y la estabilidad cardiorrespiratoria en los recién nacidos prematuros tardíos. El momento de la intervención puede ser importante porque la mayoría de los recién nacidos está sumamente alerta durante las primeras dos horas después del nacimiento y si no son perturbados y no están medicados, se prenderán correctamente al pezón aproximadamente 55 minutos después del nacimiento. La temperatura de un neonato

⁴ Álvarez R. Contacto precoz Hospital San Juan XXIII Tarragona- España 2011



saludable permanecerá en un rango seguro, siempre que el contacto piel a piel ventral no sea interrumpido; se seca al neonato de forma minuciosa y se le cubre la espalda con una manta precalentada; y la cabeza se cubre con un gorro seco que se reemplaza si se humedece. ⁵

- **Gonzales E. Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010**

Estudio descriptivo porque describieron los beneficios que ha aportado el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, donde el objetivo general pretende identificar los beneficios por la disminución de complicaciones en hemorragias postparto.

Resultados: La atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% siendo la aplicación de oxitócicos y masajes uterinos en el 100%, expulsión de la placenta por tracción controlada en un 50%, estas actividades disminuyen las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento. ⁶

- **Paco C. Repercusiones clínica y fisicoquímicas del tiempo de ligadura de cordón umbilical en los recién nacidos a término Granada Andalucía España 2012**

⁵ Moore E., Anderson G., Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007

⁶ Gonzales, E. Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010.



Estudio de casos y controles, donde se analizó 151 cordones umbilicales de recién nacidos a término, divididos en dos grupo 79 casos con ligadura precoz y 72 casos con ligadura tardía, se realizó parámetros analíticos: hemograma, perfil bioquímico, los resultados demostraron que no había diferencia, por lo tanto se concluye que no hay ningún factor que haga aconsejable la ligadura precoz del cordón umbilical. ⁷

- **Orozco J. Factores de riesgo de hemorragia posparto en puérperas inmediatas del Servicio de Ginecología Hospital Provincial Puyo Ecuador 2010**

Estudio descriptivo, transversal donde se evaluaron 43 casos, encontrando que solo al 42% se cumplió con los pasos de control de puerperio como son los masajes uterinos durante las primeras dos horas, la principal causa de hemorragias posparto fue atonía uterina en un 42%. ⁸

A NIVEL NACIONAL

- **Vásquez H. Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011**

Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, se evaluaron 60 partos en el Hospital Cayetano Heredia, donde se concluyó que las enfermeras alientan y promueven la lactancia materna inmediata al parto en el 76%, pero luego en vez de continuar realiza otras actividades como antropometría, vestido, según refieren por la

⁷ Paco, C. Repercusiones clínica y fisicoquímicas del tiempo de ligadura de cordón umbilical en los recién nacidos a término 2012.

⁸ Orozco J. Factores de riesgo de hemorragia posparto en puérperas inmediatas del Servicio de Ginecología Hospital Provincial Puyo 2010

cantidad de partos y la falta de personal para una adecuada prácticas en la lactancia materna.⁹

- **Castro N. Cumplimiento del protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012**

Estudio dentro de la línea de investigación de salud, de la especialidad de neonatología descriptivo, con diseño mixto cuantitativo, cualitativo, donde llego a la conclusión que el personal de enfermería cumple al 66% los procedimientos de acuerdo al protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre, es así que el 60% de las partos vaginales sin patología añadida cumple con el contacto piel a piel por más de 20 minutos, la ligadura del cordón umbilical fue dentro del 1er y 2do minuto, en todos los casos se cumplió con cambiar el campo por uno precalentado, se cubrió la cabeza en un 60%.¹⁰

2.1.2. BASES TEÓRICAS

PRACTICAS ESENCIALES DEL PARTO PARA LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Los primeros minutos después del parto es un período muy vulnerable para la madre y el recién nacido. La atención que se presta durante estos momentos es fundamental no solo para la supervivencia inmediata de ambos sino también para mejorar su salud y nutrición a largo plazo. El manejo activo del alumbramiento, incluyendo el momento óptimo para pinzar el cordón umbilical, el contacto temprano piel a piel de la madre y el recién nacido,

⁹ Vásquez H. Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011

¹⁰ Castro N. Cumplimiento del protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012



y el inicio de la lactancia materna son prácticas de atención seguras, eficaces, factibles y basadas en pruebas científicas que se deben ofrecer a toda mujer por un/una proveedor/a calificado/a.¹¹

1.- MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

El manejo activo del alumbramiento (MAA) consta de los tres pasos siguientes:

1) La administración de un medicamento uterotónico después del parto, para prevenir la atonía uterina. Se recomienda 10 UI de oxitocina por vía intramuscular.

Si no hubiese oxitocina disponible, puede usar como alternativa misoprostol 400- 600 µg por vía oral.

2) El retraso del pinzamiento del cordón umbilical, el corte del mismo y la expulsión de la placenta por la tracción controlada del cordón: después de pinzar y cortar el cordón umbilical, se mantiene una tracción leve del cordón hasta que se presente una contracción uterina fuerte. Muy suavemente, se tira del cordón al mismo tiempo que se estabiliza el útero ejerciendo una contracción con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre.

3) El masaje uterino se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las primeras dos horas.

¹¹ Siimes, M. La nutrición de hierro en bajo peso al nacer los lactantes. La nutrición de hierro en la infancia y la niñez New York: Raven Press, 2013.



Se calcula que se registran catorce millones de casos de hemorragia puerperal anualmente a escala mundial. La hemorragia puerperal es la causa principal de mortalidad materna en todo el mundo y corresponde al 25% del total de las defunciones maternas; su causa más común es la atonía uterina.

Se ha demostrado que el MAA disminuye sustancialmente la incidencia de la hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%, disminuye la incidencia de las pérdidas de sangre de 1 litro o más en el puerperio y la necesidad de transfusiones sanguíneas costosas y peligrosas, y previene las complicaciones relacionadas con la hemorragia puerperal.

El MAA no solo puede ayudar a prevenir la discapacidad y la muerte de la madre durante el parto, sino también mejora las perspectivas de supervivencia del recién nacido, ya que la supervivencia materna y la neonatal están directamente vinculadas.¹²

2. EL MOMENTO ÓPTIMO PARA PINZAR EL CORDÓN UMBILICAL

Después que el bebé nace, secarlo con un campo o sabanilla limpio y seco. Colocar al bebé, siempre que esté completamente activo y reactivo, en posición prona sobre el abdomen de la madre, donde puede ser cubierto con una frazada seca y caliente. El momento óptimo para ligar el cordón de todos los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanado y sin pulso (aproximadamente 3 minutos o más después del nacimiento).

¹² Montgomery, T. El cordón umbilical. en: T de Montgomery, 7ma ed. la fisiología fetal y distrés: Paul B. Hoeber, Inc., 2012.



Después de que las pulsaciones del cordón hayan cesado (aproximadamente 3 minutos después del parto), proceder a pinzarlo y cortarlo, bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza. Si el recién nacido está pálido, flácido o no está respirando, es mejor mantenerlo al nivel del periné de la madre, para permitir un flujo óptimo de sangre y oxigenación mientras se realizan las medidas de reanimación. Es importante advertir que un gran porcentaje de recién nacidos (más del 90%,) responde a los pasos iniciales de la reanimación, que incluyen el secado y la estimulación.

Un porcentaje mucho menor, menos del 10%, requiere intervenciones de reanimación más activas para establecer una respiración regular y, aproximadamente la mitad de estos bebés responderá sin maniobras de reanimación más complejas. De esta manera, en la mayoría de los casos, la reanimación puede realizarse simultáneamente con el pinzamiento tardío del cordón umbilical.¹³

2.1 Antecedentes históricos sobre el momento oportuno del pinzamiento del cordón umbilical y las prácticas actuales

El debate sobre el momento adecuado para ligar el cordón umbilical después del nacimiento ha sido documentado desde, por lo menos, el inicio del siglo pasado, cuando las prácticas obstétricas comenzaron a virar de la práctica prevalente, en ese entonces, de retraso en la ligadura de cordón (ej. 2 a 3 minutos después del parto o al final de las pulsaciones del cordón), en 1935,9 hacia el pinzamiento precoz del cordón umbilical (ej. 10

¹³ Philip, A. Saigal ¿Cuándo debe pinzarse el cordón umbilical? Neo Reviews 2014; 5: 142-154.



a 15 segundos después del parto) la cual parece ser la práctica actual y prevalente en muchos escenarios donde ocurre el parto. No está claro el por qué ocurrió el cambio en esta práctica.

Se ha sugerido que muchos factores diferentes jugaron un papel, incluyendo la corriente general en el campo de la obstetricia hacia la aplicación de técnicas más intervencionistas que incluyeron la promoción de la atención de los partos en las instalaciones hospitalarias, donde “el pinzamiento del cordón hace posible que bebés y sus madres abandonen la sala de parto más rápidamente”, donde la mujer debería aprender a dar a luz en posición de decúbito dorsal en lugar de la posición más erecta; además, donde recibían más analgésicos o soluciones intravenosas, y donde el cordón umbilical y la placenta se manejaban más activamente.

Otras razones sugeridas para la institución del pinzamiento precoz del cordón, incluyen: el miedo al incremento de la hiperbilirrubinemia y/o policitemia en el recién nacido debido al pinzamiento tardío; la presencia de un neonatólogo o pediatra en la sala de parto ansioso por atender al recién nacido; la prisa por medir el pH y gases en sangre del cordón y, finalmente, la necesidad de colocar al bebé en contacto piel a piel con su madre tan pronto como sea posible. Independientemente de las razones particulares que se encuentren detrás del cambio en la práctica de retrasar el pinzamiento del cordón, está muy claro que existe muy poca o, más bien, ninguna evidencia científica que justifique el pinzamiento precoz como práctica de mayor beneficio para el recién nacido o para su madre.¹⁴

¹⁴ Yao, A., Lind, J. El flujo sanguíneo en el cordón umbilical durante la tercera etapa del parto. *Biología del neonato* 2012; 25: 186-193.



2.2 Efectos fisiológicos relacionados con el momento del pinzamiento del cordón umbilical y los determinantes de la “transfusión placentaria”

Durante un período de tiempo después del nacimiento aún existe circulación entre el recién nacido y la placenta a través de la vena y arterias umbilicales; por lo tanto, el momento del pinzamiento del cordón umbilical tendrá profundos efectos sobre el volumen de sangre del recién nacido después del parto. Mediante la medición del volumen de la sangre residual placentaria después del pinzamiento de la vena umbilical y/o arterias en momentos de tiempo, se ha demostrado que la sangre fluye a través de las arterias umbilicales (del recién nacido a la placenta) durante los primeros 20 a 25 segundos después del nacimiento, pero alrededor de los 40-45 segundos, este flujo es insignificante.

Por el contrario, en la vena umbilical, el flujo sanguíneo continúa de la placenta al recién nacido aproximadamente durante tres minutos después del nacimiento, luego de los cuales el flujo sanguíneo es insignificante. Según los estudios que han intentado medir el volumen sanguíneo del recién nacido a término después de pinzar el cordón en diferentes momentos, 12-18 el punto medio aproximado de los valores estimados en estos estudios, fue de 40 ml por kg de sangre placentaria transfundida al bebé, después de una demora de por lo menos tres minutos para pinzar el cordón. Esto representa un incremento de alrededor 50% en el volumen de sangre total del recién nacido. La transfusión placentaria sucede también para los recién nacidos prematuros, no obstante que la transfusión es relativamente menor.



Una demora de 30-45 segundos permite un incremento del volumen sanguíneo de aproximadamente 8 a 24%, con una transfusión ligeramente mayor después del parto vaginal (entre 2-16 ml/kg después del parto por cesárea y 10-28 ml/kg después del parto vaginal).

Al inicio, la velocidad de la transfusión placentaria es rápida y luego disminuye lenta y gradualmente, paso a paso. Aproximadamente el 25% de la transferencia sanguínea ocurre en los primeros 15 a 30 segundos después de la contracción uterina del nacimiento, el 50 a 78% de la transfusión ocurre durante los 60 segundos posteriores y el resto hacia los tres minutos.¹⁵

La velocidad y la cantidad de la transfusión puede verse afectada por varios factores. La contracción uterina es un factor que puede acelerar la velocidad de la transfusión. Se cree que la contracción uterina que ocurre naturalmente entre los minutos uno y tres después de la contracción del nacimiento, es responsable del último paso de la transfusión placentaria. En un estudio cuando se administraba la metilergonovina (droga oxitócica) inmediatamente después del parto, la transferencia de sangre placentaria ocurrió dentro del minuto, después de que una contracción uterina ocurrió, aproximadamente a los 45 segundos. La gravedad también juega un rol en la velocidad de transferencia.

Si se mantiene al recién nacido significativamente por debajo del nivel del útero, la gravedad parece acelerar la velocidad de transfusión, pero no cambia el volumen total de

¹⁵ Dewey, K. Chaparro, C. Mineral el metabolismo y la composición corporal de hierro el estado de los lactantes alimentados con leche materna. Actas de la Sociedad de Nutrición 2012; 66 (3): 412-422.



sangre transfundida. Si el recién nacido se mantiene lo suficientemente alto por encima del nivel del útero de la madre (50 a 60 cm, en un estudio), la transfusión placentaria puede ser disminuida, debido a la interrupción del flujo de sangre por la vena umbilical. Aparentemente, entre 10 cm por encima o por debajo del nivel del útero de la madre, la cantidad y la velocidad de la transfusión es aproximadamente similar.¹⁶

2.3 Beneficios inmediatos del retraso en el pinzamiento del cordón umbilical

El insuficiente volumen sanguíneo circulante provocado por el pinzamiento precoz del cordón umbilical puede tener efectos negativos inmediatos, que son más evidentes en los prematuros y en los recién nacidos de bajo peso al nacer debido a su inicial volumen sanguíneo feto-placentario menor y a su adaptación cardio respiratoria más lenta.

Un estudio reciente, aleatorio controlado sobre el efecto del retraso del pinzamiento del cordón de 30 a 45 segundos en comparación con el pinzamiento inmediato del cordón umbilical (5-10 segundos) en recién nacidos menores de 32 semanas de edad gestacional, encontró una incidencia significativamente menor de hemorragia intraventricular y de sepsis tardía (sepsis que ocurre después de la primera semana de vida), en los recién nacidos cuyo cordón fue pinzado de manera tardía.¹⁷

Los prematuros son más susceptibles a la hemorragia intraventricular que los recién nacidos a término y el pinzamiento inmediato del cordón umbilical puede provocar hipotensión, la cual es un factor de riesgo para la hemorragia intraventricular.

¹⁶ Yao, A., Moinian, M. Distribución de la sangre entre el bebé y la placenta después del nacimiento. The Lancet 2013

¹⁷ Linderkamp O. placentario transfusión: Determinantes y efectos. Clínicas en Perinatología 2009.



A pesar de que aún no se ha investigado con mayor profundidad, los autores del estudio reciente, aleatorio controlado, propusieron que la incidencia elevada de sepsis tardía vista en el grupo de pinzamiento inmediato (8/33 en el grupo de pinzamiento inmediato versus 1/36 en el grupo de pinzamiento tardío, $p = 0.03$), podía deberse a la ausencia de la protección de las primitivas células progenitoras hematopoyéticas (de las que la sangre del cordón umbilical es muy rica), dando como resultado un compromiso de la función inmune. Se necesitan más investigaciones para determinar con mayor claridad la relación entre el tiempo del pinzamiento umbilical y la sepsis, la cual se estima contribuye aproximadamente con un cuarto de las muertes neonatales (23%).¹⁸

Varios estudios han demostrado otros beneficios inmediatos del retraso del pinzamiento del cordón en recién nacidos de bajo peso o de peso muy bajo, que incluyen niveles más altos de hematocrito, de presión sanguínea, de un mayor transporte de oxígeno (incluyendo la oxigenación cerebral) y un mayor flujo de glóbulos rojos.

El retraso del pinzamiento del cordón puede ser particularmente importante en lugares de escasos recursos, donde se tiene un limitado acceso a tecnología cara, puesto que el retraso en el pinzamiento en recién nacidos prematuros/con bajo peso al nacer ha sido asociado con una reducción de días de oxígeno, menos días o disminución de la necesidad de ventilación mecánica, disminución de la necesidad de uso de surfactante y la disminución de la necesidad de transfusiones debido a hipotensión o anemia.¹⁹

¹⁸ Mercer, J. Vohr, B., McGrath, M., Padbury, J., Wallach, M. Sujeción tardío del cordón umbilical en los recién nacidos muy prematuros reduce la incidencia de la hemorragia intraventricular y de inicio tardío sepsis: un ensayo controlado aleatorio. *Pediatría* 2012.

¹⁹ Watkins, A., West, R. Cooke, R. Sangre la presión y la hemorragia cerebral y la isquemia en recién nacidos de muy bajo peso al nacer. *Temprano Desarrollo Humano* 2010; 19 (2): 103-110.

2.4 Beneficios a largo plazo del retraso en el pinzamiento del cordón: Niveles de hierro en el lactante

El retraso en el pinzamiento del cordón umbilical aumenta el volumen sanguíneo del recién nacido y, de esta manera, aumentan las reservas de hierro al nacimiento (Recuadro 2), lo cual ha demostrado ser importante para prevenir la deficiencia de hierro y la anemia durante la infancia. Se estima que hasta un 50% de los lactantes, en los países en desarrollo, serán anémicos al año de edad; incluso, en algunos países la estimación excede este porcentaje. Si bien, la deficiencia de hierro es una de las causas de anemia, en lactantes y niños que contribuye aproximadamente al 50% de los casos de anemia. La prevalencia máxima de anemia ocurre entre los seis y 24 meses de edad; este período es particularmente sensible a la carencia de hierro, en relación al desarrollo mental y motor. La anemia durante la infancia es un serio problema de salud pública con consecuencias a largo plazo, tanto en la salud como en aspectos socioeconómicas y sociales.

En casi todas las regiones del mundo, el problema de la anemia comienza mucho antes del final del primer año de vida. Las reservas de hierro del nacimiento son un fuerte predictor del posterior estado del hierro y anemia durante la infancia. En muchas poblaciones, la elevada prevalencia de anemia ya evidente a los 6 a 9 meses de edad, indica que los depósitos de hierro al nacimiento no han sido los adecuados. En el caso de recién nacidos a término, con peso de nacimiento adecuado, nacidos de madres con niveles adecuados de hierro y a los que se les practicó el pinzamiento tardío del cordón, se estima que las



reservas de hierro son adecuadas (por ejemplo, para mantener los niveles de hemoglobina y proveer el hierro suficiente para el crecimiento) aproximadamente hasta los 6-8 meses de edad. (Figura 3) Sin embargo, las mujeres embarazadas en los países en desarrollo son, con frecuencia, anémicas, y los nacimientos prematuros y de bajo peso son comunes. De esta manera, el retraso en el pinzamiento del cordón umbilical tiene un rol importante en la reducción de altos niveles de anemia durante la infancia. ²⁰

2.5 Las reservas de hierro y el desarrollo: El énfasis en la prevención

Los efectos negativos de la deficiencia de hierro en el desarrollo han sido sujeto de investigación durante las últimas décadas, tanto en modelos animales como en seres humanos. Los modelos en animales han sido desarrollados para simular, de la manera más aproximada posible, la deficiencia de hierro en humanos y para conocer los efectos de la deficiencia de hierro que ocurre durante diferentes momentos del desarrollo (ej. vida fetal hasta el destete), mientras se controlan los diversos factores ambientales, que complican la interpretación de resultados en seres humanos. ²¹

Existen diferentes mecanismos que han sido clarificados empleando modelos de animales a través de los cuales la deficiencia de hierro durante la infancia afectaría negativamente el desarrollo. Estos mecanismos incluyen la mielinización, dendritogénesis, sinaptogénesis y neurotransmisión. El pobre desarrollo de los lactantes deficientes de hierro también puede ser explicado por un fenómeno denominado “aislamiento funcional”, que se refiere a una

²⁰ Lozoff, B., Georgieff, M. La deficiencia de hierro y el desarrollo del cerebro. Seminario en Pediatría Neurología 2013.

²¹ Kugelman, H., Borenstein, L., Levin, R., Inmediata versus umbilical retardada pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos prematuros nacidos <35 semanas: un estudio prospectivo, aleatorizado, estudio controlado. American Journal of Perinatología 2012



variedad de comportamientos exhibidos por los lactantes deficientes en hierro y con anemia (ej., son más temerosos, cautelosos, dubitativos, se los ve infelices y tensos, exhiben menos placer y tienden a ser más “apegados” a sus madres durante el juego), lo cual puede contribuir a su menor desarrollo.²²

PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben realizar lo siguiente:

-Procedimientos generales antes del nacimiento:

- Identificar factores de riesgo perinatal.
- . Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido.
- Prevenir la pérdida de calor. Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C. La temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año. Mantener ventanas y puertas cerradas. Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.

-Procedimientos específicos luego del nacimiento:

El profesional responsable de la atención inmediata del recién nacido debe:

- Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento. Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal deberá verificar la presencia de

²² Grantham, M., Gregor, S., Ani, C. Una revisión de los estudios de la deficiencia de hierro en cognitivo desarrollo de los niños. Jornada de Nutrición 2011.



respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar:

Si inmediatamente después del nacimiento el recién nacido/a no evidencia respiración, se encuentra hipotónico o se evidencian signos de prematuridad, o alguna malformación congénita mayor deberá realizarse el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical (por el profesional que atiende el parto) y entregar al recién nacido/a en forma inmediata al equipo profesional responsable de la atención neonatal para la aplicación de los procedimientos de reanimación neonatal. Si el niño/a se encuentran inmediatamente al nacimiento con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y es a término se aplicarán los procedimientos de rutina de la atención inmediata neonatal, los que se describen en los párrafos siguientes.

Prevenir la pérdida de calor.

Procedimiento para reducir las pérdidas de calor por contacto y evaporación y consiste en colocar al recién nacido en forma inmediata, sobre el vientre materno por personal que atiende el parto.

El equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado.

Aspiración de secreciones de las vías aéreas.

Procedimiento que no debe ser realizado de manera rutinaria; solo en caso que las secreciones produzcan obstrucción de las vías aéreas.²³

²³ Moore, E., Berlantón, N. El contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011; Edición 3



3. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Recomendación para la práctica después del parto, postergar por lo menos durante la primera hora de vida todo procedimiento rutinario de atención al recién nacido que separe a la madre de su bebé, con el fin de permitir el contacto piel a piel ininterrumpido entre la madre y su recién nacido. Esta práctica alienta y promociona el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida. Ofrecer apoyo calificado a las madres durante la primera y, si es necesario, siguientes mamadas, para asegurar que el recién nacido tenga buen agarre al pecho y esté mamando efectivamente.

El apoyo debe otorgarse de una manera apropiada y alentadora y debe ser perceptivo al deseo de privacidad de la madre. Las madres deben ser alentadas para amamantar frecuentemente y se debe permitir el acceso irrestricto a su bebé mediante el alojamiento conjunto en las salas de maternidad. Se deben evitar las prácticas que han demostrado ser perjudiciales para la lactancia materna (ej. la separación de la madre y su recién nacido, el uso de alimentación pre-láctea, y otros líquidos no lácteos, y el uso de biberones y pacificadores).

La importancia de la lactancia para la nutrición infantil y para la prevención de la morbilidad y mortalidad infantil, así como la prevención de enfermedades crónicas, es bien reconocida. De esta manera, la lactancia es un componente esencial para la supervivencia materno infantil y en los programas de salud.



Recientemente, el impacto de la lactancia en la supervivencia neonatal y de la niñez fue cuantificado en un análisis de datos de mortalidad de 42 países que contribuyeron al 90% de las muertes del mundo en el año 2000.²⁴

3.1 Beneficios inmediatos de la lactancia materna temprana y exclusiva

El inicio temprano y la exclusividad de la lactancia materna, son dos componentes importantes y relacionados entre sí, que permiten establecer el efecto protector de la lactancia materna contra la morbimortalidad neonatal. El inicio inmediato de la lactancia materna asegura que el recién nacido recibirá el calostro, generalmente conocido como la “primera vacuna” debido a su rico contenido de importante factores inmunes (tanto secretores como celulares), agentes antimicrobianos, antiinflamatorios y Vitamina A, todos importantes para la protección inmediata y a largo plazo contra las infecciones.

La leche humana, como el único alimento exclusivo y estéril del recién nacido, también previene la introducción de patógenos causantes de enfermedades a través de líquidos contaminados (incluyendo el agua utilizada para preparar las fórmulas así como el mismo polvo de leche) o alimentos.

²⁴ Rivaren, L. Alanton, M. Efecto de la entrega rutinas de las habitaciones para el éxito de la primera mamada. The Lancet 2010.



Dar otros líquidos o sólidos no solo constituye una ruta potencial de ingreso de patógenos, también causa daño intestinal, lo cual facilita su ingreso al organismo del lactante.

La contaminación de la leche en polvo con el *Enterobacter sakazakii* y con otras bacterias, se ha asociado con muertes neonatales (debido a las infecciones invasivas sistémicas) y es de particular preocupación en el caso de los bebés prematuros y recién nacidos de bajo peso, quienes son más susceptibles a la infección provocada por estos organismos (ej. enterocolitis necrosante, septicemia y meningitis).

Como un ejemplo del impresionante impacto que puede tener la lactancia materna exclusiva y temprana sobre la morbilidad y mortalidad neonatal, un estudio reciente, realizado en Ghana, estimó que el inicio temprano de la lactancia podía reducir la mortalidad neonatal por todas las causas, en un 22% y que los recién nacidos amamantados exclusivamente tenían cuatro veces menos posibilidades de morir.²⁵

4. CONTACTO PIEL A PIEL ENTRE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Después del periodo expulsivo, colocar al recién nacido, siempre que esté activo y reactivo, directamente en el pecho de la madre, en posición prona, con la piel del recién nacido en contacto con la piel de la madre. Mientras la piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido, cubrir la espalda del bebé y el pecho de la madre con un

²⁵ Karplus C. Fundación Liga de Leche Materna A lo hecho, pecho Recuperado de: <http://alo-hecho-pecho.blogspot.com> 2011



pañó seco y cubrir la cabeza del recién nacido con una gorrita o una tela, para evitar la pérdida de calor. En la medida de lo posible, mantener al bebé y a la madre en esta posición por lo menos durante la primera hora de vida, postergando todos procedimientos de rutina y supervisándoles (tanto a la madre como al bebé) frecuentemente, para detectar cualquier complicación.

El contacto piel a piel no debe estar limitado a la sala de parto, debe practicarse tan frecuentemente como sea posible durante los primeros días de vida, para mantener la temperatura del recién nacido, promover la lactancia frecuente y fortalecer el vínculo entre la madre y su bebé recién nacido.²⁶

El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido inmediatamente después del parto (ej. colocar al bebé desnudo, en posición prona, en el pecho desnudo de la madre o en su abdomen, y cubrirles con un cobertor o sabanilla calentada) ayuda en la adaptación del recién nacido a la vida fuera del útero. Esta práctica promueve la lactancia inmediata, pues aprovecha el primer periodo de alerta y el comportamiento innato del bebé para pegarse al pecho de la madre, durante la primera hora de vida, lo cual, generalmente, no requiere ninguna ayuda en particular.²⁷

²⁶ Coverter, J. Los factores de riesgo para la conducta de lactancia infantil, retraso en la aparición de la lactancia, y el exceso de peso neonatal la pérdida. 2013

²⁷ Christen, K. Saiiles, L. La temperatura, la adaptación metabólica y el llanto en los recién nacidos a término la salud le importaba para la piel a piel o en una cuna. Acta Paediatrica 2012.



4.1 Beneficios inmediatos del contacto piel a piel

Las prácticas rutinarias de la atención al recién nacido, como el baño y la antropometría, pueden afectar negativamente el contacto entre la madre y su bebé, así como el inicio de la lactancia ya que se ha demostrado que el contacto piel a piel, continuo e ininterrumpido, favorece la primera mamada. El contacto piel a piel durante la primera hora después del nacimiento, promueve un “comportamiento pre alimentario” organizado, en el cual el recién nacido inicia una succión espontánea, movimientos de búsqueda, localiza el pecho, lo agarra y empieza a mamar.

Debido a que la producción de leche está determinada por la frecuencia con la que el bebé succiona y vacía el pecho, la succión precoz, temprana, y efectiva es importante para establecer la producción de leche y prevenir el exceso de pérdida de peso neonatal. Como la poca leche y la pérdida de peso del recién nacido son razones muy frecuentes para abandonar la lactancia materna o iniciar el suplemento con leches artificiales y otros líquidos, el efecto del contacto piel a piel para establecer la lactancia temprana y efectiva tiene obvias implicaciones en la evolución a corto y largo plazo de la lactancia.

La suplementación temprana con leche artificial u otros líquidos, reduce la frecuencia de la succión e inicia un círculo vicioso potencial, donde la suplementación debe incrementarse continuamente debido a la disminución de la producción de leche materna. El contacto precoz piel a piel, también provee beneficios para la madre y para el bebé, además de su rol en el establecimiento de la lactancia materna. La regulación térmica es un componente



esencial para la prevención de la morbilidad neonatal, particularmente en los recién nacidos de bajo peso. El contacto piel a piel otorga un método barato, seguro y efectivo para mantener la temperatura del recién nacido. Se ha demostrado que el contacto piel a piel es tan efectivo como el empleo de la incubadora para calentar a un bebé hipotérmico.

Los recién nacidos colocados en contacto piel a piel con su madre se encuentran con una temperatura corporal significativamente más cálida que los bebés colocados en una cuna, posiblemente debido a la respuesta térmica de la temperatura de la piel materna (mediada por la oxitocina), como respuesta al contacto piel a piel con su recién nacido. Una revisión de Cochrane, recientemente actualizada, sobre los efectos del contacto piel a piel, mostró una mejoría de las conductas de afecto y apego, tanto a corto plazo (ej. 36 a 48 horas después del parto) como a largo plazo (ej. 1 año de edad); no obstante, el efecto del contacto piel a piel en estos resultados posiblemente se atenúe con el tiempo.

En un estudio, las madres que tuvieron el contacto piel a piel informaron tener menos dolor debido a la ingurgitación mamaria que generalmente ocurre al tercer día después del parto. Otros beneficios del contacto piel a piel incluyen una mayor estabilidad cardio-respiratoria en los recién nacidos prematuros tardíos y una menor duración del llanto, en comparación con los recién nacidos que no tuvieron el contacto piel a piel con sus madres. Si bien el contacto piel a piel se promociona específicamente como un método para favorecer la regulación de la temperatura corporal de los recién nacidos de bajo peso (“Método madre canguro”), probablemente el contacto piel a piel es beneficioso para todos los recién



nacidos, debido a sus efectos positivos en la lactancia, la regulación de la temperatura del recién nacido y el apego materno infantil, todos componentes esenciales para la supervivencia neonatal.²⁸

4.2 Beneficios a largo plazo del contacto piel a piel

Los efectos positivos del contacto piel a piel en relación a las prácticas de la lactancia materna temprana durante el periodo postparto inmediato se pueden extender hasta la infancia tardía. Una revisión recientemente actualizada de Cochrane relativa al contacto piel a piel, mostró igualmente beneficios a largo plazo, incluyendo el estado de la lactancia al 1 a 4 meses postparto así como la duración total de la lactancia.²⁹

2.1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Prácticas esenciales del parto.- Los primeros minutos después del parto es un período muy vulnerable para la madre y el recién nacido. La atención que se presta durante estos momentos es fundamental no solo para la supervivencia inmediata de ambos sino también para mejorar su salud y nutrición a largo plazo.

Alojamiento conjunto.- Es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que madre e hijo/a sean dados de alta.

²⁸ Christensson, K., Aleatorios de piel con piel versus atención en incubadora para el recalentamiento los recién nacidos de bajo riesgo de hipotermia. The Lancet 2010.

²⁹ González de Dios, J., Urán, M. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan. Universidad Miguel Hernández. Alicante 2012.



Atención inmediata del/la recién nacido/a.- Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.

Atención del/a recién nacido/a normal o vigoroso/a.- Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido a término vigoroso, con examen físico normal, desde el nacimiento hasta culminar el periodo neonatal.

Atención del/a recién nacido/a con complicaciones.- Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que pueden desarrollarse antes, durante y/o después del nacimiento; y que son detectados en el proceso del nacimiento e inmediatamente después. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutoria de acuerdo a la complejidad de la complicación.

Historia Clínica.- Es el documento médico legal, donde se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención y cuidados del recién nacido, en forma ordenada, integrada, secuencia) que el médico, enfermera u otros profesionales brindan al recién nacido.

Muerte neonatal precoz.- La que ocurre en los primeros 7 días de vida. Muerte neonatal tardía La que ocurre entre el octavo y el vigésimo octavo día después del nacimiento.

Neonato.- Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad.



Nacido vivo.- Se considera nacido vivo cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Nivel de atención.- Constituye una de las formas de organización de la oferta de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y la severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutive.

Nivel de complejidad.- Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. El nivel de complejidad guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud.

Recién nacido normal.- Todo recién nacido único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no sea patológico.

Recién nacido pre término.- Recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

Recién nacido a término.- Recién nacido de 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Tamizaje neonatal.- Aplicación de procedimientos de selección a poblaciones de neonatos aparentemente sanos con el objetivo de identificar en la fase preclínica o de latencia, a aquellos que pueden padecer una determinada enfermedad para la aplicación posterior de las pruebas confirmatorias.



2.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Prácticas esenciales del parto

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Manejo activo del alumbramiento
- Manejo del pinzamiento del cordón umbilical
- Manejo de inicio de lactancia materna
- Manejo del contacto piel a piel.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DEFINICIONES OPERACIONALES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Prácticas esenciales del parto	Conjunto de prácticas que se desarrollan para la salud y nutrición en el momento del parto.	Conjunto de prácticas que se desarrollan para la salud y nutrición en el momento del parto que pueden ser medibles y serán parte de la presente investigación	Manejo activo del alumbramiento	Administración de útero tónicos	Personal administra oxitócina 10UI IM	Si No	Nominal	Ficha de observación
				Expulsión de la placenta con tracción controlada	Personal realiza expulsión de la placenta por tracción controlada	Si No	Nominal	
				Masaje uterino	Personal realiza masaje uterino inmediatamente después de la expulsión de la placenta	Si No	Nominal	
					Personal realiza masaje cada 15 minutos durante las primeras dos horas postparto	Si No		
			Manejo del momento óptimo del pinzamiento del cordón umbilical	Momento óptimo para pinzar el cordón umbilical	Personal verifica la ausencia de pulsaciones en el cordón umbilical	Si No	Nominal	
					Personal pinza y corta el cordón umbilical aproximadamente 3 minutos después del parto	Si No		
			Manejo de inicio de lactancia materna	Inicio inmediato de la lactancia materna	Personal alienta el inicio inmediato de la lactancia materna	Si No	Nominal	
					Personal prioriza otras actividades dentro de las primeras horas	Si No		



					Personal promueve lactancia materna toda la primera hora postparto	Si No		
			Manejo del contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido	Contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido	Personal coloca al recién nacido directamente al pecho de la madre	Si No	Nominal	
					Personal cubre la espalda del recién nacido con paño seco	Si No		
					Personal cubre la espalda del recién nacido con paño precalentado	Si No		
					Personal cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita	Si No		
					Personal promueve contacto piel a piel durante toda la primera hora postparto	Si No		



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: Porque se describen las características de las variables en estudio

Cuantitativa: Porque se utiliza el análisis de datos para contestar preguntas de la investigación con medición numérica, con uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en la población.

Prospectiva: Porque se dan hechos actuales.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

No experimental: puesto que no se manipuló deliberadamente las variables, solo se observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Se evaluó la aplicación del personal de salud (médico, obstetras y enfermeras) en las prácticas esenciales del parto en pacientes atendidas en el Hospital Antonio



Lorena de Cusco, siendo 268 atenciones de parto sin complicaciones en tres meses las cuales se consideró como población.

3.3.2. MUESTRA

Para la muestra se utilizó una fórmula para poblaciones finitas, tomando en cuenta la población que es 268:

$$n = \frac{N Z^2 x pq}{(N-1) x e^2 + (Z^2 x pq)}$$
$$= \frac{257.3872}{1.6279} = 158$$

Donde:

n : Tamaño de la muestra.

N : Tamaño de la población = 268

Z : 1,96 al 95% de confianza.

p : Probabilidad de ocurrencia de la característica observada 0,50.

q : Probabilidad de no ocurrencia de la característica observada 0,50

e : Error de muestreo permitido 0,05

Siendo un total de 158 practicas esenciales del parto atendidos por el personal de salud que fueron evaluados, durante el mes de diciembre 2016 a febrero 2017.



3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica fue de observación directa a través de una lista de observación que fue el instrumento para recopilar como aplican las prácticas esenciales del parto el personal de salud.

El instrumento fue elaborado por las tesisistas bajo la supervisión de la asesora y posteriormente fue validado por juicio de cinco expertos obteniendo una adecuación en gran medida.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se solicitó en primera instancia la autorización de la Oficina de Capacitación del Hospital Antonio Lorena y de la Jefatura de Departamento de Ginecoobstetricia, luego se realizó la observación directa de la atención de las prácticas esenciales del parto para describirlos.

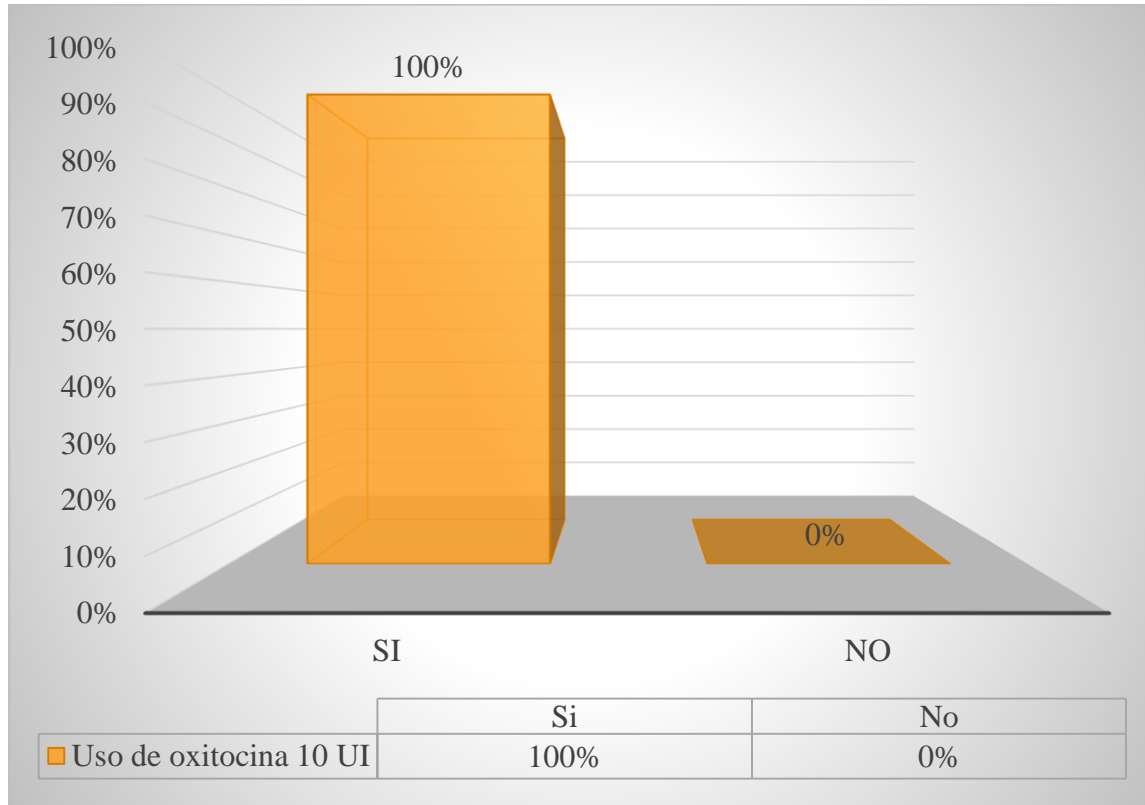
3.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21 Statistical Package for the Social Sciences, siendo este un módulo base para realizar el análisis de los datos cuantitativos y los gráficos para posteriormente ser trasladados a Microsoft Word y ser presentados.



CAPÍTULO IV

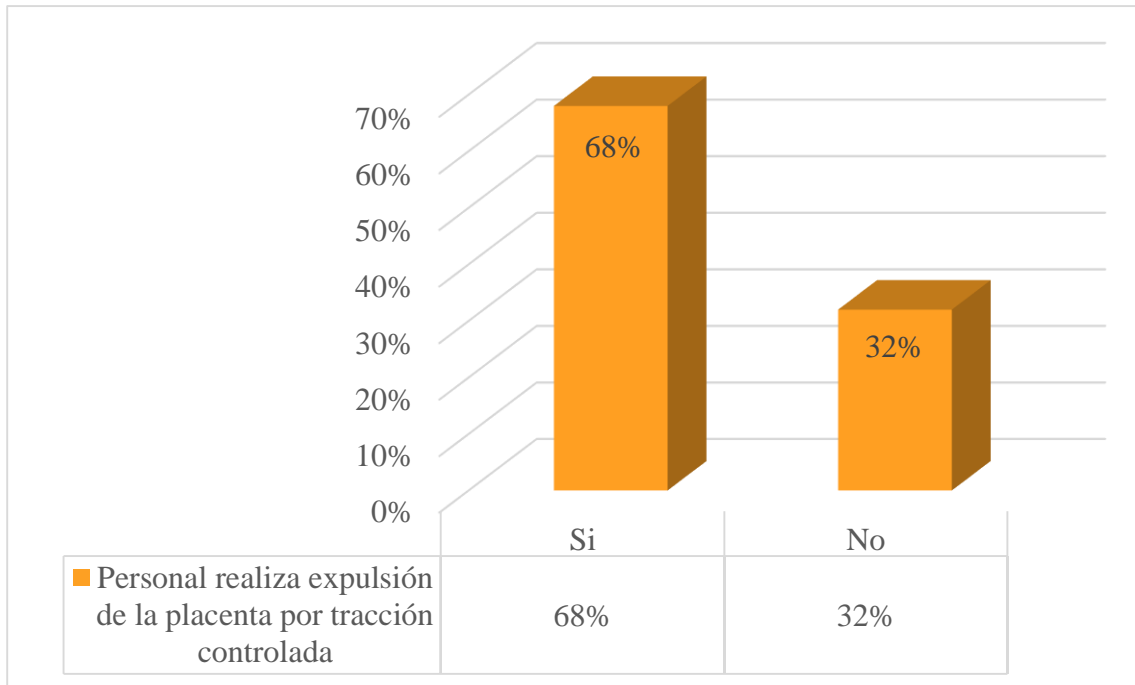
RESULTADOS

I: APLICACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO**Gráfico 1****Administración de oxitocina en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como práctica esencial del parto**

Fuente: Ficha de observación

La administración de oxitocina 10 UI intramuscular como manejo activo del alumbramiento es aplicado en un 100% de los partos por el personal obstetra responsable de la atención de parto. Gonzales E. en su investigación Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010, señalo que la atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% siendo la aplicación de oxióticos en el 100% esto disminuye las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento.

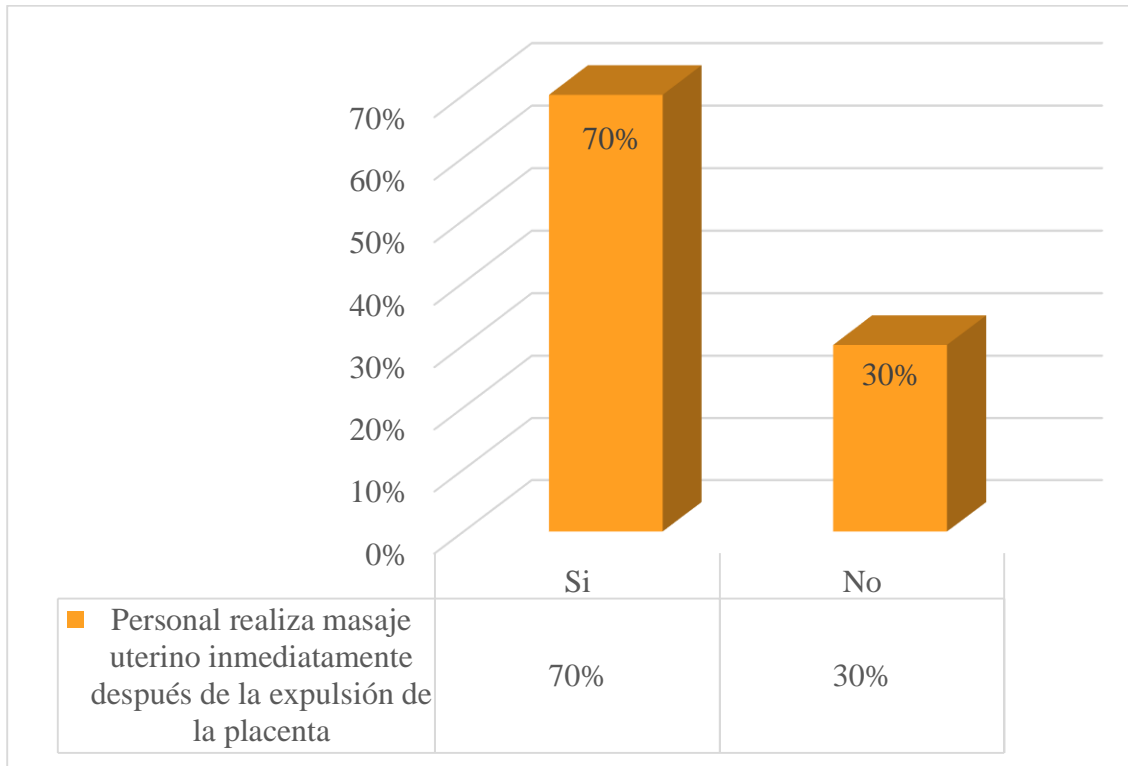
Gráfico 2

Expulsión de la placenta por tracción controlada en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como prácticas esenciales del parto

Fuente: Ficha de observación

La expulsión de la placenta por tracción controlada se realizó en el 68% de los partos por parte del personal obstetra responsable de la atención del parto, en el 32% no se cumple por que el personal asistencial espera a que la placenta descienda espontáneamente. Gonzales E. en su investigación Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010, señalo que la atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% de los cuales en el 50% se realizó tracción controlada esto disminuye las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento.

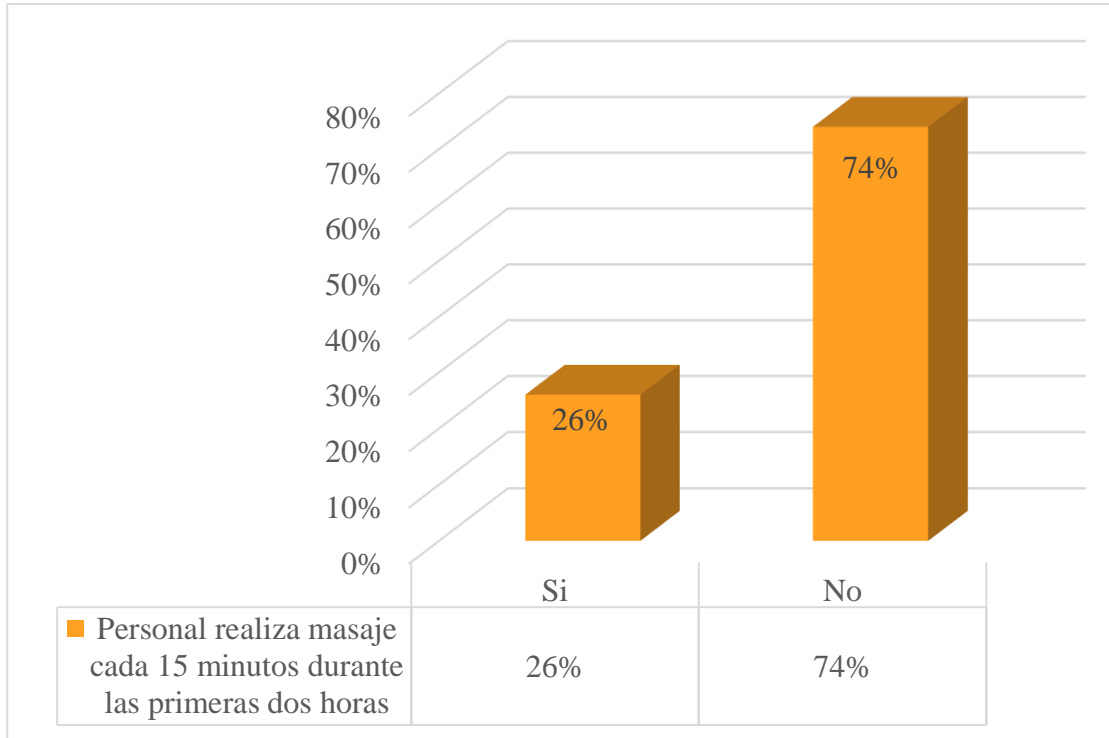
Gráfico 3

Masaje uterino inmediato después de la expulsión de la placenta en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como prácticas esenciales del parto

Fuente: Ficha de observación

El masaje uterino inmediato a la expulsión se realizó en el 70% de los partos por parte del personal (obstetra o medico) responsable de la atención del parto, y el 30% no lo realiza. Gonzales E. en su investigación Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010, señalo que la atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% donde los masajes uterinos se realizaron en el 100% esto disminuye las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento

Gráfico 4

Masaje uterino durante las primeras dos horas postparto en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como prácticas esenciales del parto

Fuente: Ficha de observación

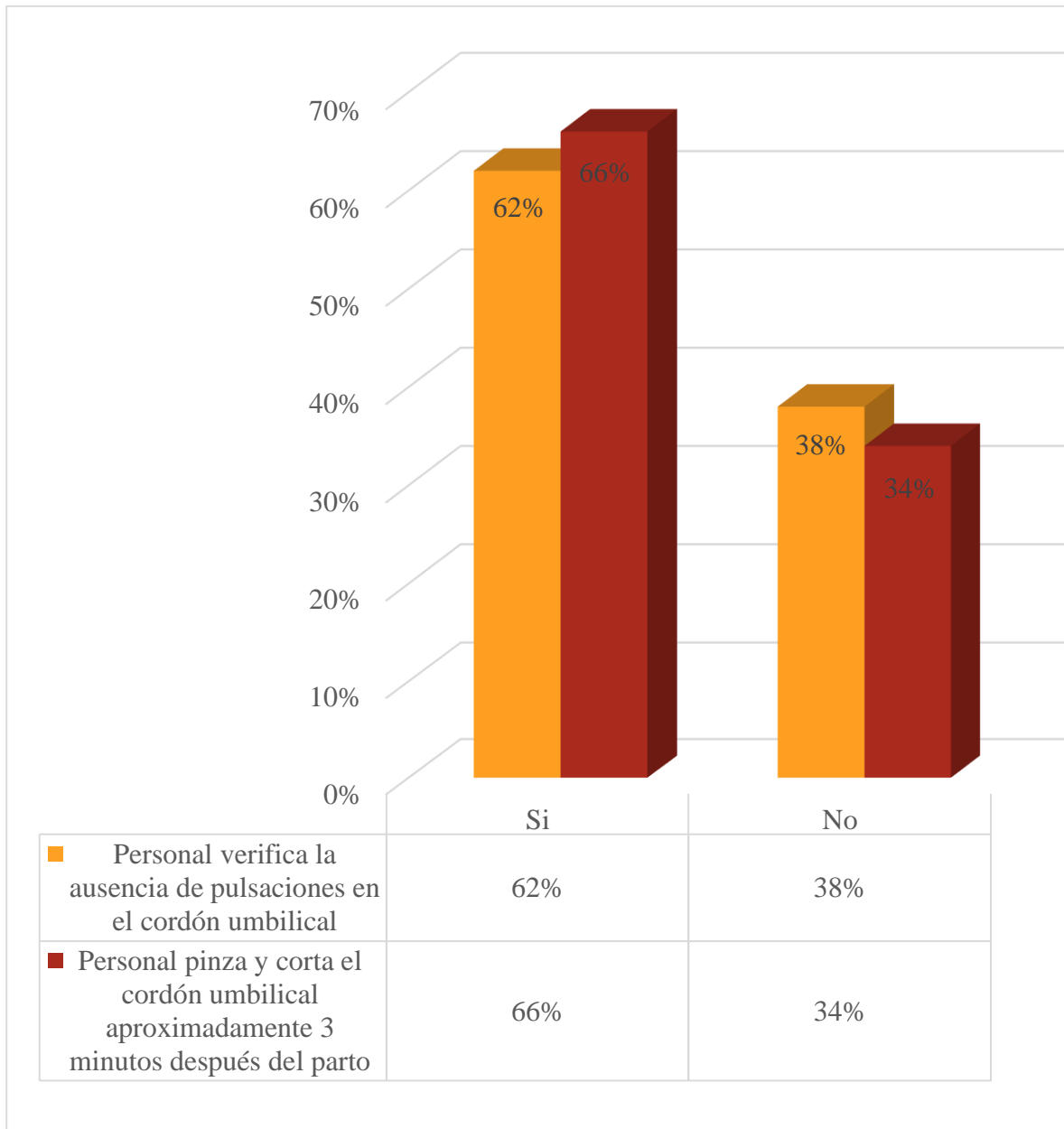
El masaje uterino cada 15 minutos durante las dos primeras horas postparto se aplicó en el 26% de los partos por parte del personal asistencial (obstetra o medico) responsable de la atención del parto, 74% no lo realiza por falta de tiempo y el llenado de historias. El estudio de Orozco J. Factores de riesgo de hemorragia posparto en púerperas inmediatas del Servicio de Ginecología Hospital Provincial Puyo 2010, encontró que solo al 42% se cumplió con los pasos de control de puerperio como son los masajes uterinos durante las primeras dos horas, la principal causa de hemorragias postparto fue atonía uterina en un 42%.

II: APLICACIÓN DEL MANEJO DEL PINZAMIENTO DEL CORDÓN

UMBILICAL OPTIMO

Gráfico 5

Verificación de ausencia de pulsaciones, pinzamiento y corte del cordón umbilical en la aplicación del manejo del momento óptimo del pinzamiento del cordón umbilical como prácticas esenciales del parto



Fuente: Ficha de observación

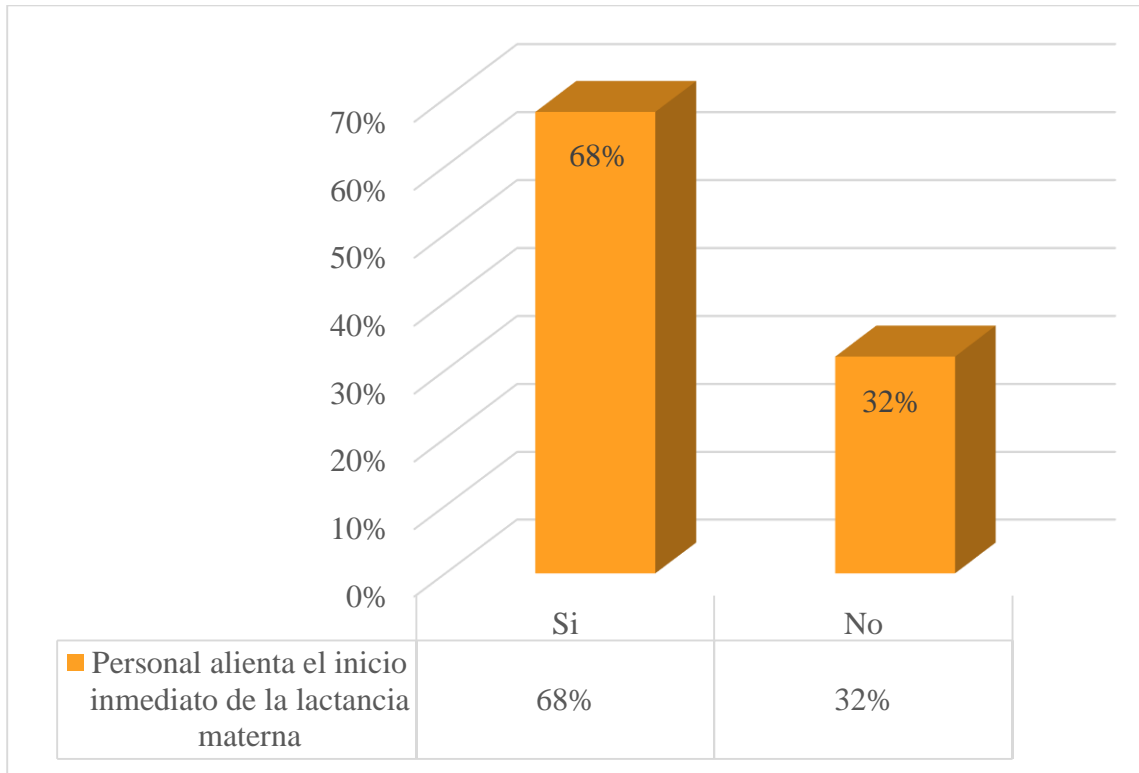


El personal asistencial (obstetra o medico) responsable de la atención del parto verifica la ausencia de pulsaciones en un 62% de los partos, en el 38% no lo verificaron por la demanda de partos; así mismo, el personal pinza y corta el cordón umbilical aproximadamente a los 3 minutos después del parto en un 66% de los casos y el 34% lo realiza de manera precoz. Paco C. en su investigación repercusiones clínica y fisicoquímicas del tiempo de ligadura de cordón umbilical en los recién nacidos a término 2012 analizo 151 cordones umbilicales, donde realizo parámetros analíticos: hemograma, perfil bioquímico, los resultados demostraron que no había diferencia, por lo tanto se concluye que no hay ningún factor que haga aconsejable la ligadura precoz del cordón umbilical

III: APLICACIÓN DEL MANEJO DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA

Gráfico 6

Alienta el inicio inmediato de la lactancia materna en la aplicación del manejo del inicio de lactancia materna como práctica esencial del parto

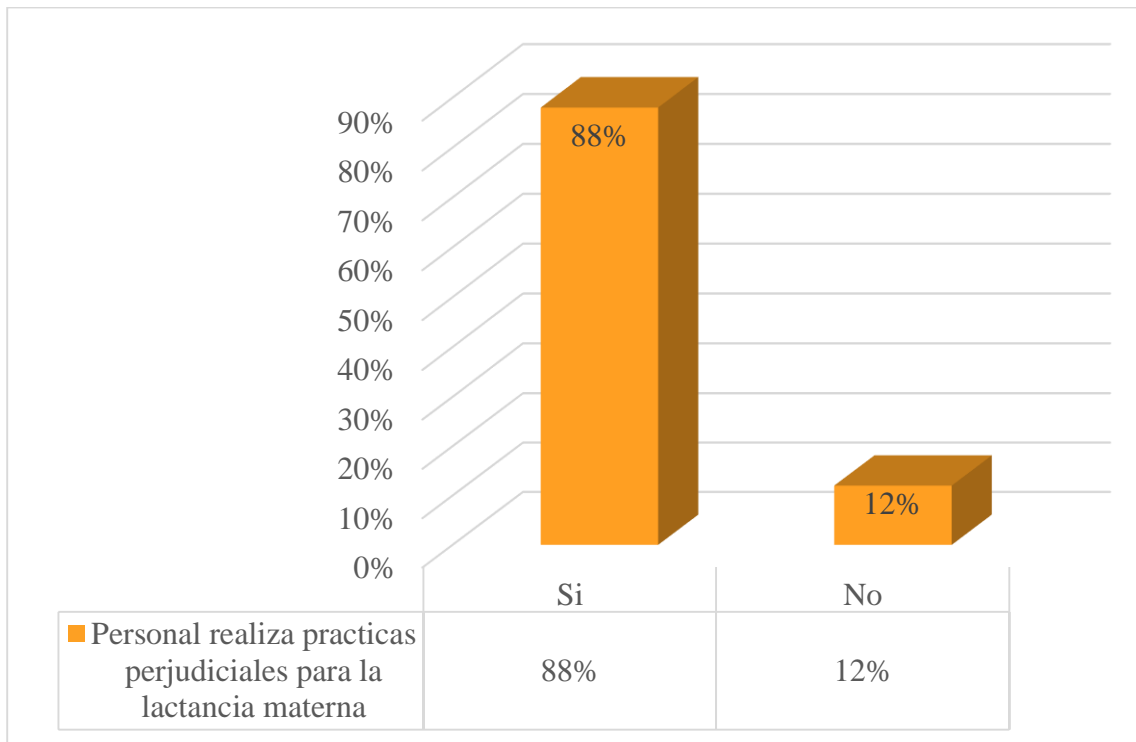


Fuente: Ficha de observación

El personal asistencial (obstetra) alienta el inicio inmediato de la lactancia materna como práctica esencial del parto en un 68% de los casos, por el contrario en el 32% de los partos no alientan a cumplir esta práctica normada y esta se debe a la falta de personal. Vásquez H. en su investigación Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011, donde se concluyó que las enfermeras alientan y promueven la lactancia materna inmediata al parto en el 76%.

Gráfico 7

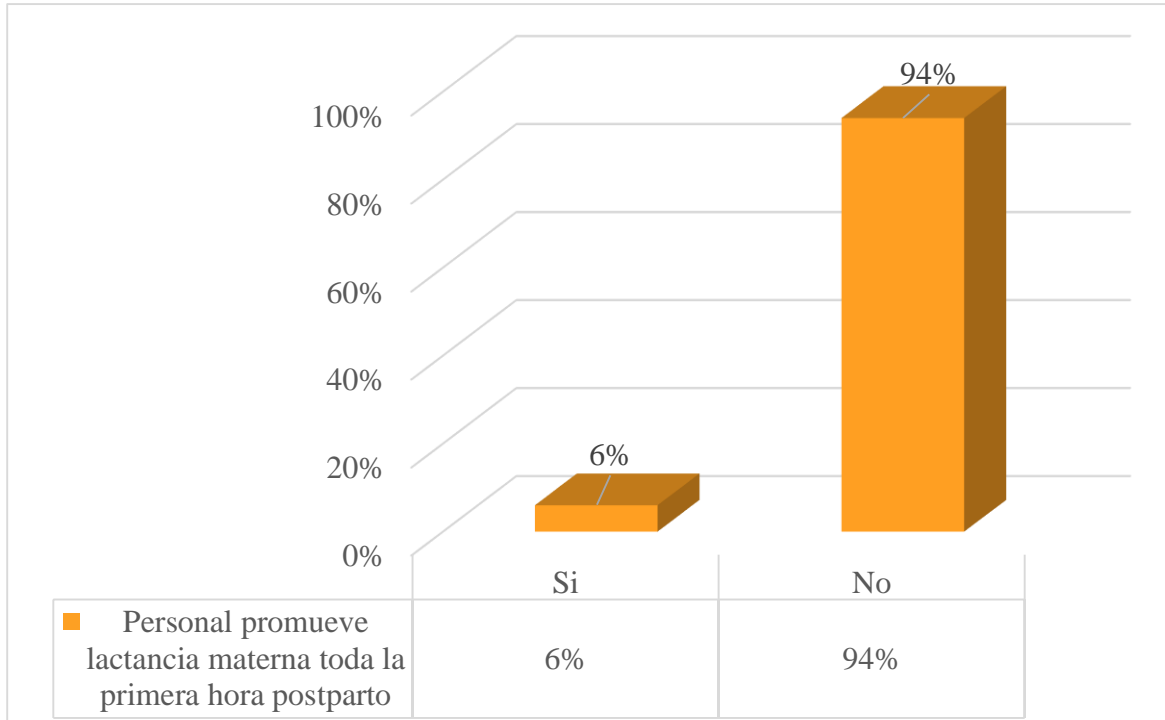
Priorización de otras actividades dentro de las primeras horas de un recién nacido



Fuente: Ficha de observación

El personal de asistencial prioriza otras actividades dentro de la primeras horas como antropometría, el uso de alimentación pre láctea, uso de biberones y otros que separe a la madre de su recién nacido en un 88% de los partos, resaltando según lo observado la priorización de la antropometría por parte del personal responsable de la atención en el recién nacido y el 12% toma en cuenta. Vásquez H. en su investigación Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011, donde concluyó que las enfermeras realizan otras actividades como antropometría, vestido, según refieren por la cantidad de partos y la falta de personal para una adecuada prácticas en la lactancia materna.

Gráfico 8

Promoción de la lactancia materna toda la primera hora postparto en la aplicación del manejo del inicio de lactancia materna como práctica esencial del parto

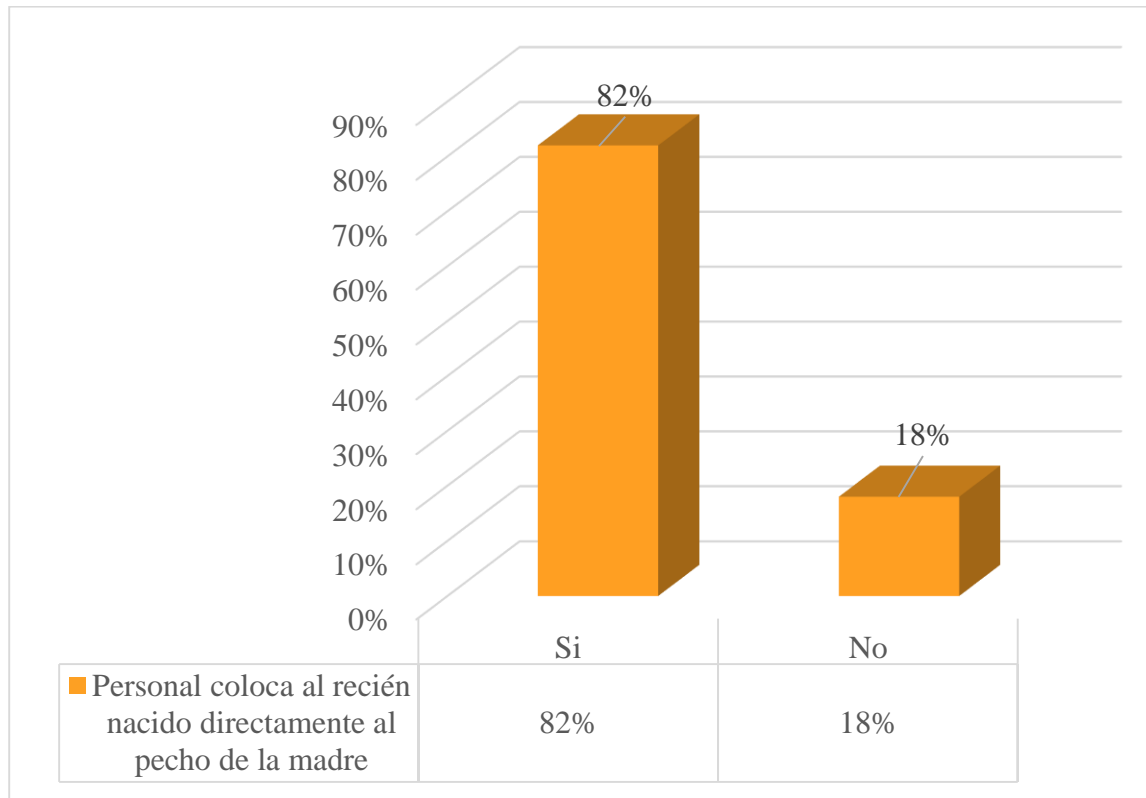
Fuente: Ficha de observación

En el 6% de los partos el personal asistencial (obstetra y enfermera) promueve la lactancia materna durante toda la primera hora postparto, y en el 94% de los casos se desiste de esta práctica antes de cumplir la primera hora postparto, en su gran mayoría por priorizar la antropometría y el llenado de historia. Vásquez H. en su investigación Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011, donde se concluyó que las enfermeras en vez de continuar con la lactancia materna inmediata al parto realizan otras actividades como antropometría, vestido.

IV: APLICACIÓN DEL MANEJO DEL CONTACTO PIEL A PIEL

Gráfico 9

Personal asistencial coloca al recién nacido directamente al pecho de la madre en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto

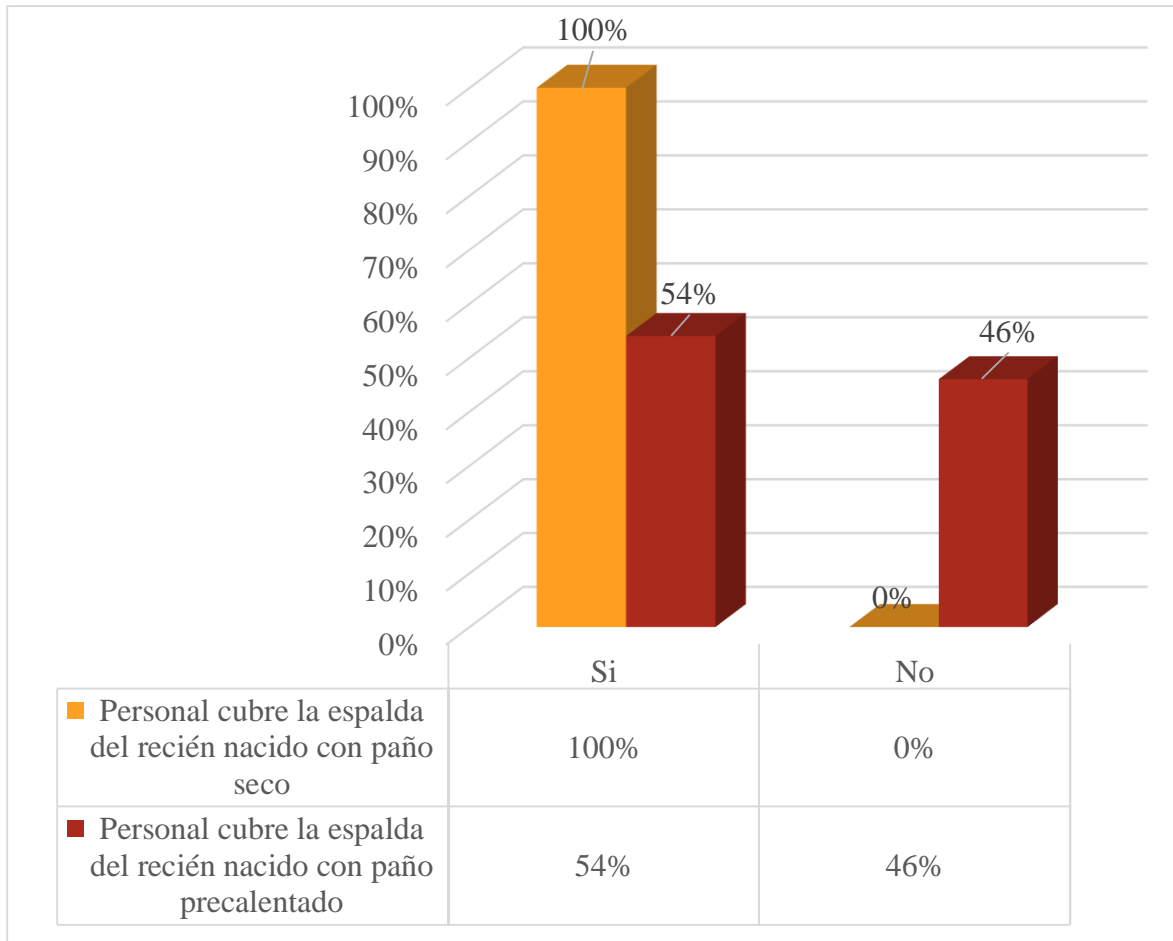


Fuente: Ficha de observación

En el 82% de los partos el personal asistencial (obstetra o médico) colocó al recién nacido directamente al pecho de la madre en la aplicación del manejo del contacto piel a piel, el otro 18% no lo realiza y es estrictamente por referir complicación en el recién nacido o en la madre. Moore E., Anderson G., Bergman N. en la investigación titulada Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007, concluyeron que el contacto piel a piel puede producir un efecto positivo sobre la lactancia a largo plazo y sobre la temperatura del neonato, no se encontraron efectos negativos a corto o a largo plazo.

Gráfico 10

Personal asistencial cubre la espalda del recién nacido con paño seco y precalentado en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto



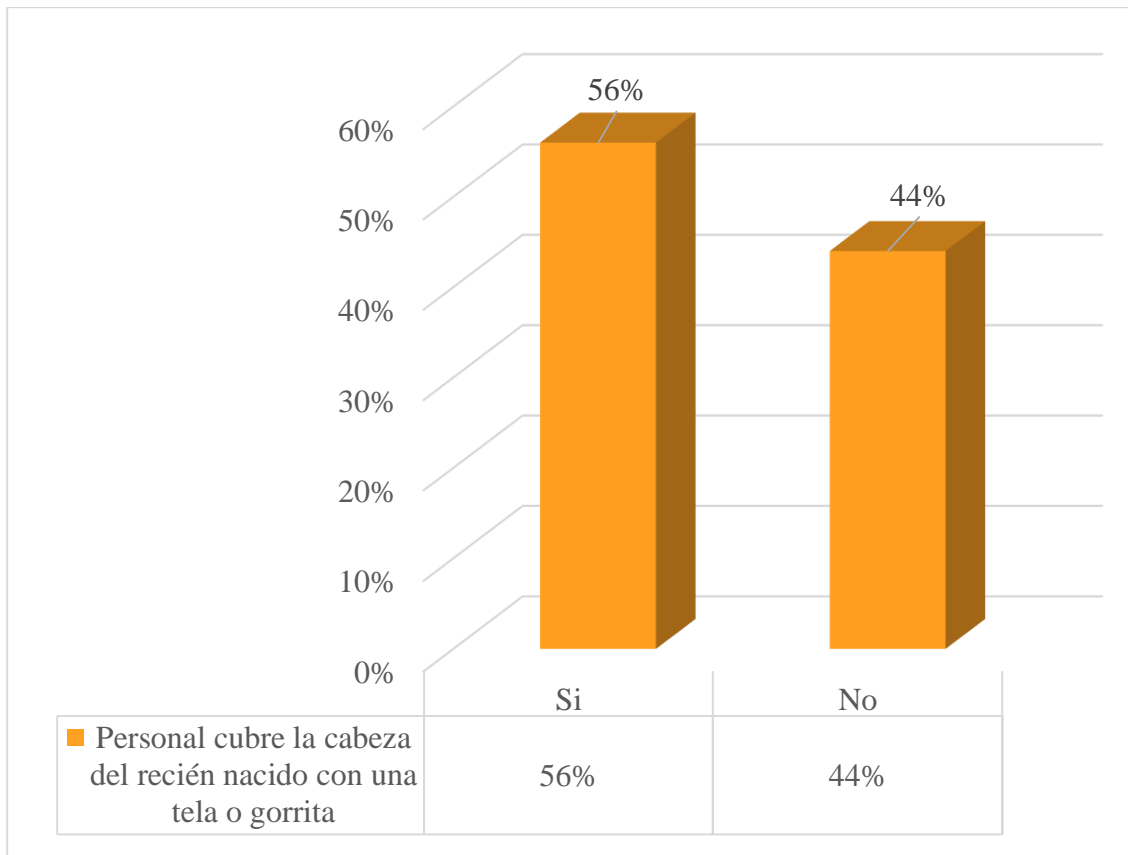
Fuente: Ficha de observación

En el 100% de la atención al recién nacido el personal asistencial (obstetra) cubre la espalda del recién nacido con un paño seco, pero solo el 54% lo realiza con un paño precalentado. E., Anderson G., Bergman N. en la investigación titulado Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007, concluyeron que la temperatura de un neonato saludable permanecerá en un rango seguro, siempre que el contacto piel a piel ventral no sea interrumpido; se seca al neonato de forma minuciosa y se le cubre la

espalda con una manta precalentada; y la cabeza se cubre con un gorro seco que se reemplaza si se humedece.

Gráfico 11

Personal asistencial cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto

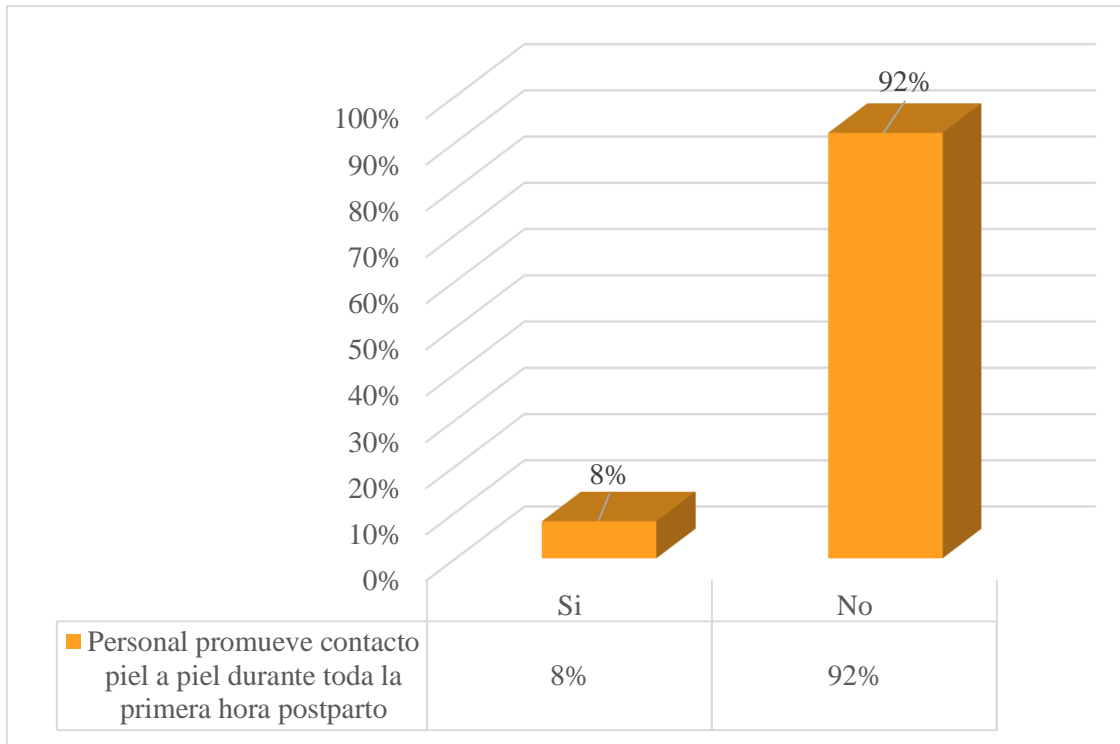


Fuente: Ficha de observación

El personal asistencial (obstetra) cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita en un 56% de las atenciones de recién nacido, en el 44% solo se utilizó la misma tela con la que se secaron su cuerpo. Castro N. en su estudio Cumplimiento del protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012, concluyo que se cubrió la cabeza en un 60%.

Gráfico 12

Personal asistencial promueve contacto piel a piel durante toda la primera hora postparto en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto

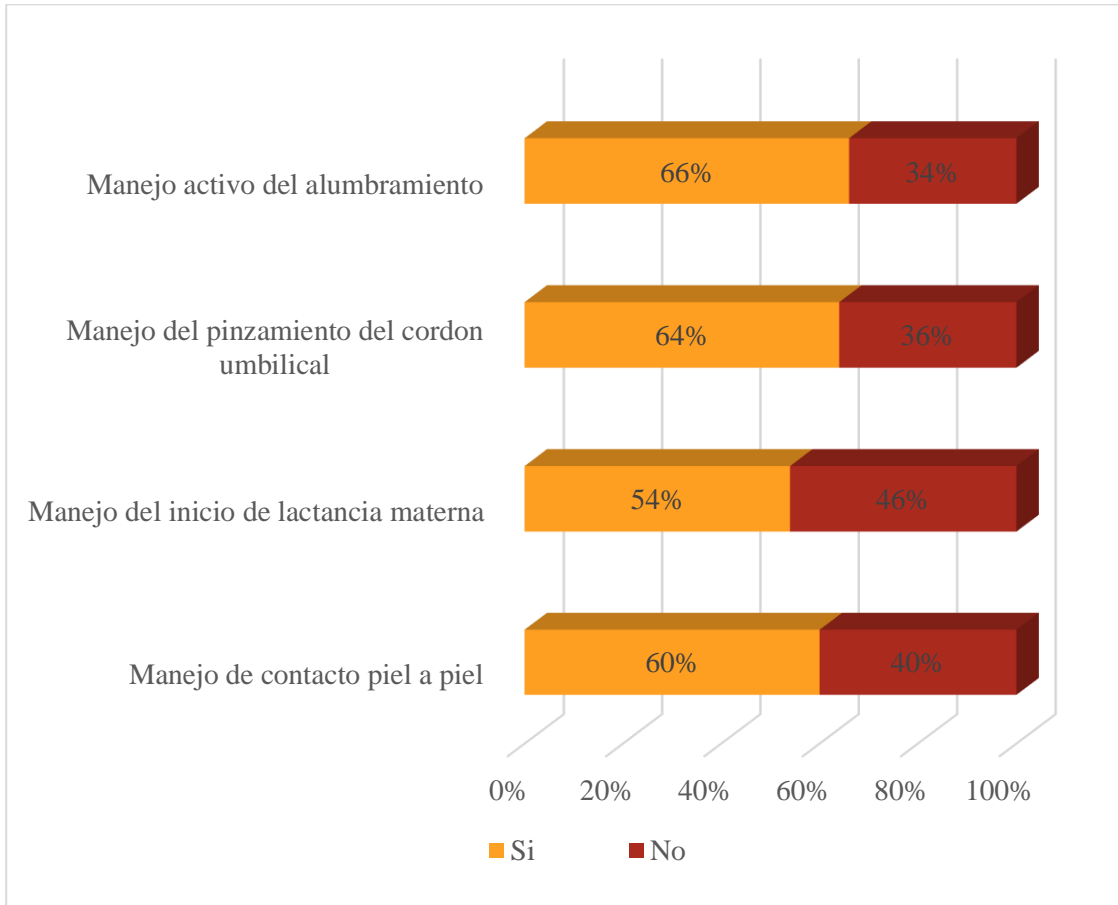


Fuente: Ficha de observación

En el 8% de los partos el personal asistencial (obstetra y enfermera) promovió el contacto piel a piel durante toda la primera hora postparto como práctica esencial del parto y en el 92% no lo realiza debido a la demanda de atención de partos. Castro N. en su estudio Cumplimiento del protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012, concluyó que el 60% de las partos vaginales sin patología añadida cumple con el contacto piel a piel por más de 20 minutos

Grafico 13

Consolidado de las dimensiones en cumplimiento de las practicas esenciales del parto por parte del personal de salud



Fuente: Ficha de observación

Respecto al consolidado en las cuatro dimensiones de las prácticas esenciales del parto, se puede apreciar que el personal asistencial cumple en un 66% el manejo activo del alumbramiento, 64% manejo de pinzamiento del cordón umbilical, 54% manejo de inicio de lactancia materna y en un 60% manejo de contacto piel a piel.



DISCUSIÓN

- El manejo activo del alumbramiento por parte del personal de salud, se evidencia con la administración de oxitocina 10 UI intramuscular como manejo activo del alumbramiento es aplicado en un 100% de los partos por el personal responsable de la atención de parto. Gonzales E. en su investigación Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010, señalo que la atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% siendo la aplicación de oxitócicos en el 100% lo que disminuye las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento, la expulsión de la placenta por tracción controlada se realizó en el 68% de los partos por parte del personal responsable de la atención del parto, en el 32% no lo realizan. Gonzales E. en su investigación Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010, señalo que la atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% de los cuales en el 50% se realizó tracción controlada esto disminuye las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento, el masaje uterino inmediato a la expulsión se realizó en el 70% de los partos por parte del personal responsable de la atención del parto, y el 30% no lo realiza. Gonzales E. en su investigación Beneficios del manejo activo del tercer periodo del



trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010, señalo que la atención de parto con manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se realizó en un 82% donde los masajes uterinos se realizaron en el 100% esto disminuye las complicaciones y con lleva a un pronto retorno de la paciente a su núcleo familiar tal y como lo revelo el instrumento, el masaje uterino cada 15 minutos durante las dos primeras horas postparto se aplicó en el 26% de los partos por parte del personal responsable de la atención del parto, el 74% no lo realiza debidamente. El estudio de Orozco J. Factores de riesgo de hemorragia posparto en púerperas inmediatas del Servicio de Ginecología Hospital Provincial Puyo 2010, encontró que solo al 42% se cumplió con los pasos de control de puerperio como son los masajes uterinos durante las primeras dos horas, la principal causa de hemorragias postparto fue atonía uterina en un 42%.

- El manejo del pinzamiento del cordón umbilical se presentó cuando el personal responsable de la atención del parto verifica la ausencia de pulsaciones en un 62% de los partos, en el 38% no lo verificaron; así mismo, el personal pinza y corta el cordón umbilical aproximadamente a los 3 minutos después del parto en un 66% de los casos, y lo hace antes en el 34%. Paco C. en su investigación repercusiones clínica y fisicoquímicas del tiempo de ligadura de cordón umbilical en los recién nacidos a término 2012 analizo 151 cordones umbilicales, donde realizo parámetros analíticos: hemograma, perfil bioquímico, los resultados demostraron que no había diferencia, por lo tanto se concluye que



no hay ningún factor que haga aconsejable la ligadura precoz del cordón umbilical.

- El manejo del inicio de lactancia materna se presenta cuando el personal alienta el inicio inmediato de la lactancia materna como práctica esencial del parto en un 68% de los casos, por el contrario en el 32% de los partos no alientan a cumplir esta práctica normada. Vásquez H. en su investigación Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011, donde se concluyó que las enfermeras alientan y promueven la lactancia materna inmediata al parto en el 76%, el personal de salud prioriza otras actividades dentro de la primeras horas como antropometría, el uso de alimentación pre láctea, uso de biberones y otros que separe a la madre de su recién nacido en un 88% de los partos, resaltando según lo observado la priorización de la antropometría por parte del personal responsable de la atención en el recién nacido. Vásquez H. en su investigación Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011, donde concluyó que las enfermeras realizan otras actividades como antropometría, vestido, según refieren por la cantidad de partos y la falta de personal para una adecuada prácticas en la lactancia materna, en el 6% de los partos el personal promueve la lactancia materna durante toda la primera hora postparto, y en el 94% de los casos se desiste de esta práctica antes de cumplir la primera hora postparto, en su gran mayoría por priorizar la antropometría. Vásquez H. en su investigación Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011, donde se concluyó que



las enfermeras en vez de continuar con la lactancia materna inmediata al parto realizan otras actividades como antropometría, vestido.

- El manejo del contacto piel a piel se presentó con el 82% de los partos el personal colocó al recién nacido directamente al pecho de la madre en la aplicación del manejo del contacto piel a piel, el otro 18% no lo realiza y es estrictamente por referir complicación en el recién nacido o en la madre. Moore E., Anderson G., Bergman N. en la investigación titulado Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007, concluyeron que el contacto piel a piel puede producir un efecto positivo sobre la lactancia a largo plazo y sobre la temperatura del neonato, no se encontraron efectos negativos a corto o a largo plazo, en el 100% de la atención al recién nacido el personal cubre la espalda del recién nacido con un paño seco, pero solo el 54% lo realiza con un paño precalentado. E., Anderson G., Bergman N. en la investigación titulado Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007, concluyeron que la temperatura de un neonato saludable permanecerá en un rango seguro, siempre que el contacto piel a piel ventral no sea interrumpido; se seca al neonato de forma minuciosa y se le cubre la espalda con una manta precalentada; y la cabeza se cubre con un gorro seco que se reemplaza si se humedece, el personal cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita en un 56% de las atenciones de recién nacido, en el 44% solo se utilizó la misma tela con la que se secaron su cuerpo. Castro N. en su estudio Cumplimiento del protocolo contacto



piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012, concluyo que se cubrió la cabeza en un 60%, en el 8% de los partos el personal promovió el contacto piel a piel durante toda la primera hora postparto como práctica esencial del parto. Castro N. en su estudio Cumplimiento del protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012, concluyo que el 60% de las partos vaginales sin patología añadida cumple con el contacto piel a piel por más de 20 minutos.



CONCLUSIONES

Se concluye que respecto al consolidado en las cuatro dimensiones de las prácticas esenciales del parto, se puede apreciar que el personal de salud cumple en un 66% el manejo activo del alumbramiento, 64% manejo de pinzamiento del cordón umbilical, 54% manejo de inicio de lactancia materna y en un 60% manejo de contacto piel a piel.

En cuanto al manejo activo del alumbramiento es aplicado en un 100% de los partos, la expulsión de la placenta por tracción controlada se realizó en el 68%, en el 32% no lo realizan, el masaje uterino inmediato a la expulsión se realizó en el 70% de los partos y el 30% no lo realiza, el masaje uterino cada 15 minutos durante las dos primeras horas postparto se aplicó en el 26% de los partos por parte del personal responsable de la atención del parto, el 74% no lo realiza debidamente.

El manejo del pinzamiento del cordón umbilical se verifica la ausencia de pulsaciones en un 62% de los partos, en el 38% no lo verificaron; así mismo, el personal pinza y corta el cordón umbilical aproximadamente a los 3 minutos después del parto en un 66% de los casos, y lo hace antes en el 34%.

El personal alienta el inicio inmediato de la lactancia materna como práctica esencial del parto en 68% de los casos, prioriza otras actividades dentro de la primeras horas como antropometría, el uso de alimentación pre láctea, uso de biberones y otros que separe a la madre de su recién nacido en un 88% de los partos, resaltando según lo



observado la priorización de la antropometría por parte del personal responsable de la atención en el recién nacido.

El 82% de los partos colocó al recién nacido directamente al pecho de la madre en la aplicación del manejo del contacto piel a piel, en el 100% el personal cubre la espalda del recién nacido con un paño seco, el personal cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita en un 56% de las atenciones de recién nacido, en el 44% solo se utilizó la misma tela con la que se secaron su cuerpo, en el 8% de los partos el personal promovió el contacto piel a piel durante toda la primera hora postparto como práctica esencial del parto.



RECOMENDACIONES

Se recomienda capacitación frecuente en el personal asistencial acerca de la importancia de cumplir con las prácticas esenciales del parto, de esta manera resaltar el parto humanizado y mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Se recomienda al personal asistencial, obstetras, médicos y enfermeras mostrar y aplicar mayor contenido humanitario en la atención del parto y otras actividades programadas para las cuales fueron formadas en base a conseguir el bienestar físico, mental y social de las gestantes y de los recién nacidos.

Se recomienda al Jefe de Departamento de Ginecoobstetricia incentivar al personal al cumplimiento de estas prácticas que son fundamentales en el desarrollo y bienestar de las gestantes y recién nacidos, a entender que no solo es la atención de parto y la atención inmediata del recién nacido sino que es todo un conjunto de prácticas que mejoraran la calidad de vida de nuestra población y disminuirán la morbimortalidad materno perinatal.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Chaparro, C. Lutter, Ch. Camacho, V. Organización panamericana de la salud: Prácticas esenciales del parto para la salud y nutrición de la madre y el recién nacido NW, Washington D.C. 2010.
2. Van, F. Rheenen P, Brabin, B. Un enfoque práctico al cable de sincronización de sujeción en los recursos los entornos pobres. British Medical Journal 2011.
3. Cochrane, P. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención 2009.
4. Álvarez R. Contacto precoz Hospital San Juan XXIII Tarragona- España 2011
5. Moore E., Anderson G., Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford EEUU 2007
6. Castro N. Cumplimiento del protocolo contacto piel a piel del recién nacido con la madre por el profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue Lima Perú 2012
7. Gonzales E. Beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones en hemorragias postparto Guatemala 2010.
8. Paco C. Repercusiones clínica y fisicoquímicas del tiempo de ligadura de cordón umbilical en los recién nacidos a término 2012.



9. Orozco J. Factores de riesgo de hemorragia posparto en puérperas inmediatas del Servicio de Ginecología Hospital Provincial Puyo 2010
10. Vásquez H. Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Hospital Cayetano Heredia Lima Perú 2011
11. Siimes, M. La nutrición de hierro en bajo peso al nacer los lactantes. La nutrición de hierro en la infancia y la niñez New York: Raven Press, 2013.
12. Montgomery, T. El cordón umbilical. en: T de Montgomery, 7ma ed. la fisiología fetal y distrés: Paul B. Hoeber, Inc., 2012.
13. Philip, A. Saigal ¿Cuándo debe pinzar el cordón umbilical? Neo Reviews 2014; 5: 142-154.
14. Yao, A., Lind, J. El flujo sanguíneo en el cordón umbilical durante la tercera etapa del parto. Biología del neonato 2012; 25: 186-193.
15. Dewey, K. Chaparro, C. Mineral el metabolismo y la composición corporal de hierro el estado de los lactantes alimentados con leche materna. Actas de la Sociedad de Nutrición 2012; 66 (3): 412-422.
16. Yao, A., Moinian, M. Distribución de la sangre entre el bebé y la placenta después del nacimiento. The Lancet 2013
17. Linderkamp O. placentario transfusión: Determinantes y efectos. Clínicas en Perinatología 2009
18. Mercer, J. Vohr, B., McGrath, M., Padbury, J., Wallach, M. Sujeción tardío del cordón umbilical en los recién nacidos muy prematuros reduce la incidencia de la hemorragia intraventricular y de inicio tardío sepsis: un ensayo controlado aleatorio. Pediatría 2012.



19. Watkins, A., West, R. Cooke, R. Sangre la presión y la hemorragia cerebral y la isquemia en recién nacidos de muy bajo peso al nacer. *Temprano Desarrollo Humano* 2010; 19 (2): 103-110.
20. Lozoff, B. Georgieff, M. La deficiencia de hierro y el desarrollo del cerebro. *Seminario en Pediatría Neurología* 2013.
21. Kugelman, H., Borenstein, L., Levin, R., Inmediata versus umbilical retardada pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos prematuros nacidos <35 semanas: un estudio prospectivo, aleatorizado, estudio controlado. *American Journal of Perinatología* 2012.
22. Grantham, M., Gregor, S., Ani, C. Una revisión de los estudios de la deficiencia de hierro en cognitivo desarrollo de los niños. *Jornada de Nutrición* 2011.
23. Moore, E., Berlanton, N. El contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2011; Edición 3
24. Rivaren, L. Alanton, M. Efecto de la entrega rutinas de las habitaciones para el éxito de la primera mamada. *The Lancet* 2010
25. Karplus C. Fundación Liga de Leche Materna A lo hecho, pecho Recuperado de: <http://alo-hecho-pecho.blogspot.com> 2011
26. Coverter, J. Los factores de riesgo para la conducta de lactancia infantil, retraso en la aparición de la lactancia, y el exceso de peso neonatal la pérdida. 2013.
27. Christen, K. Saiiles, L. La temperatura, la adaptación metabólica y el llanto en los recién nacidos a término la salud le importaba para la piel a piel o en una cuna. *Acta Paediatrica* 2012.



28. Christensson, K., Aleatorios de piel con piel versus atención en incubadora para el recalentamiento los recién nacidos de bajo riesgo de hipotermia. The Lancet 2010
29. González de Dios, J., Urán, M. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan. Universidad Miguel Hernández. Alicante 2012.



ANEXOS



ANEXO 1



**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento informado para participar en esta investigación sobre “**APLICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ESENCIALES DEL PARTO POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2016**”. Se entiende que se realizará la observación entre las investigadoras, aproximadamente durante el tiempo que se dé el parto y el puerperio inmediato , con el fin de obtener los datos acerca de aspectos relacionados a la investigación.

ACEPTO PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- 1.- La información obtenida será confidencial.
- 2.- Mi participación en este estudio no implica ningun riesgo para mi salud, ni la atención en el establecimiento de salud.
- 3.- Si en algún momento tengo duda con respecto al estudio, podre hacer todas las consultas necesarias.
- 4.- La información que se obtenga en este estudio podrá ser presentada en cualquier evento academico, siempre y cuando no aparezca mi nombre.
- 5.- Mi participación en la presente investigación es voluntaria
- 6.- La investigación no me retribuye económicamente a cambio de mi participación.
- 7.- Las observaciones podran ser plasmadas en la ficha de recoleccion de datos.
- 8.- Podre tener acceso a una copia del consemiento informado.

FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA U OBSERVADA

DNI N°



ANEXO 2



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE OBSERVACIÓN

INTRODUCCIÓN:

Estimada señora, a continuación haremos la observación de la investigación durante su atención del parto y el puerperio inmediato en el hospital cuyo objetivo es recopilar datos sobre **APLICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ESENCIALES DEL PARTO POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2016**; lo cual será exclusivamente para fines de la investigación; es de carácter anónimo, solicitándole por lo tanto veracidad en la atención del parto.

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de interrogantes, marque con una **X** la respuesta que Ud. considere correcta. En algunas preguntas deberá escribir sus respuestas.

INICIALES DE LA OBSERVACIÓN:

A: APLICACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

- Administración de oxitocina en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como práctica esencial del parto Si () No ()
- Expulsión de la placenta por tracción controlada en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como prácticas esenciales del parto Si () No ()
- Masaje uterino inmediato después de la expulsión de la placenta en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como prácticas esenciales del parto Si () No ()
- Masaje uterino durante las primeras dos horas postparto en la aplicación del manejo activo del alumbramiento como prácticas esenciales del parto Si () No ()



II: APLICACIÓN DEL MANEJO DEL PINZAMIENTO DEL CORDÓN

UMBILICAL OPTIMO

- Verificación de ausencia de pulsaciones, pinzamiento y corte del cordón umbilical en la aplicación del manejo del momento óptimo del pinzamiento del cordón umbilical como prácticas esenciales del parto Si () No ()

III: APLICACIÓN DEL MANEJO DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA

- Alienta el inicio inmediato de la lactancia materna en la aplicación del manejo del inicio de lactancia materna como práctica esencial del parto Si () No ()
- Priorización de otras actividades dentro de las primeras horas de un recién nacido
- Si () No ()

IV: APLICACIÓN DEL MANEJO DEL CONTACTO PIEL A PIEL

- Personal asistencial coloca al recién nacido directamente al pecho de la madre en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto Si () No ()
- Personal asistencial cubre la espalda del recién nacido con paño seco y precalentado en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto
- Si () No ()
- Personal asistencial cubre la cabeza del recién nacido con una tela o gorrita en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto Si () No ()
- Personal asistencial promueve contacto piel a piel durante toda la primera hora postparto en la aplicación del manejo del contacto piel a piel como práctica esencial del parto Si () No ()



HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	X
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	X
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	X
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	X

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

.....
.....

HOSPITAL ANTONIO LORENA

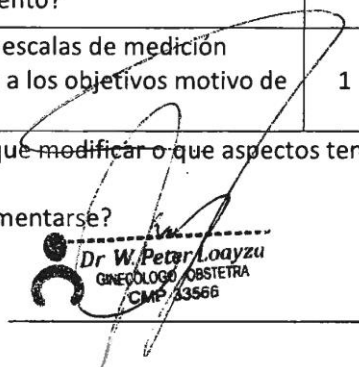
Maria E. Espinoza Torre
C.P. 10082
OBSTETRIZ

Firma y sello del profesional

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?



Dr. W. Peter Loayza
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 33566

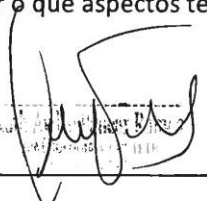
Firma y sello del profesional



HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?



Firma y sello del profesional

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o

qué aspectos habría de aumentarse?

Firma y sello del profesional



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?				4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?					5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?					5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?					5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

[Firma]
 MEd. Fernando José Aguilar Córdova
 MEDICO PEDIATRA
 C.M.P. 20476 - R.R.S. 20170

Firma y sello del profesional experto



10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

Firma y sello del profesional

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN

1. Se construyó una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

N° ÍTEM	CRITERIO DE EXPERTOS					PROMEDIO	VALOR MÁXIMO
	A	B	C	D	E		
PRIMERO	5	5	5	4	5	4.6	4
SEGUNDO	4	5	5	4	5	4.4	4
TERCERO	4	5	5	5	5	4.6	5
CUARTO	5	4	5	4	5	4.4	4
QUINTO	5	5	5	4	5	4.6	4
SEXTO	4	4	4	4	5	4.4	4
SÉPTIMO	4	5	5	5	5	4.8	5
OCTAVO	4	4	5	4	5	4.6	4
NOVENO	5	5	5	4	5	4.6	4



2. Con los promedios hallados se determina la distancia de punto múltiple (DPP) usando la siguiente ecuación:

$$DPP = X1 - Y1^2 + (X2 - Y2)^2 + \dots + (X9 - Y9)^2$$

$$DPP = 1.04$$

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

3. Se determinó la distancia del valor obtenido respecto al punto de referencia 0 (cero) con la ecuación siguiente:

$$Dmáx = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + \dots + (X9 - 1)^2}$$

$$Dmáx = 11$$

Donde:

X= Valor máximo para cada ítem en la escala, es decir 5.

Y= Valor mínimos de la escala para cada ítem, es decir 1.

4. La Dmáx. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 2.4

5. Con el valor hallado anteriormente (apartado 4) se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx; se dividió en intervalos iguales entre si y denominado con letras A, B, C, D y E.

Se debe tener en cuenta que:



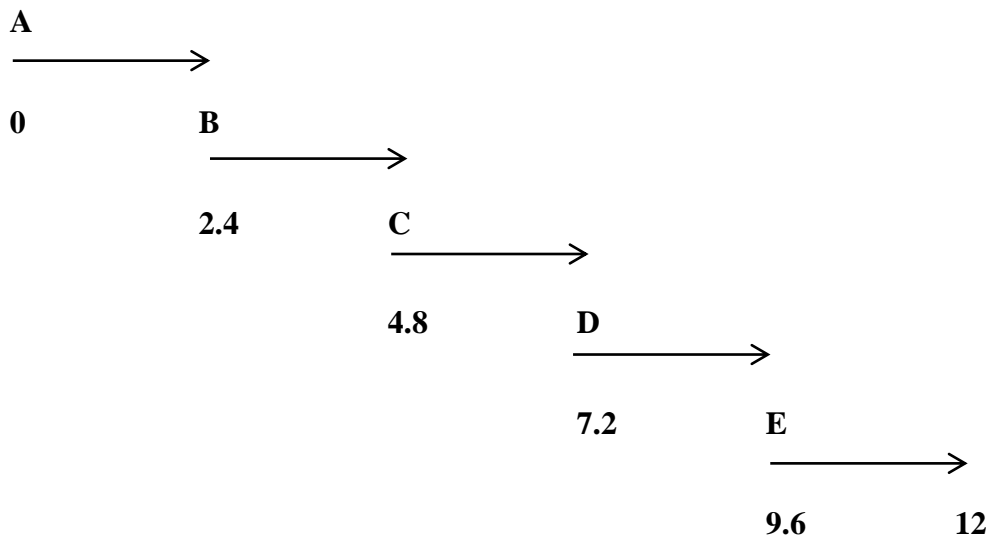
A=Adecuación total.

B=Adecuación en gran medida.

C=Adecuación promedio.

D=Escasa adecuación.

E=Inadecuación

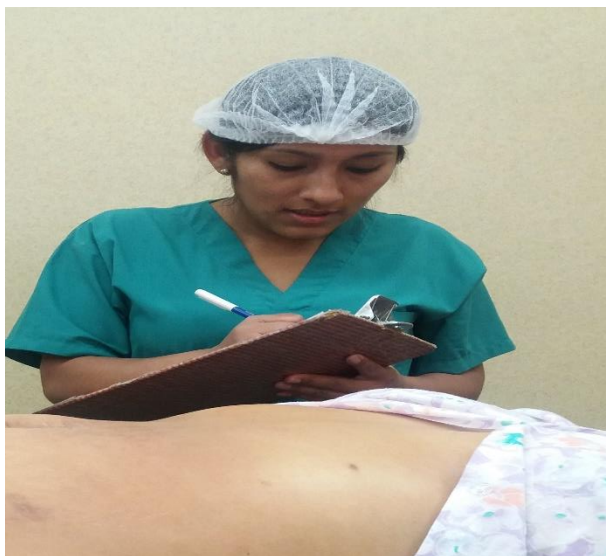


6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Podemos observar que el valor de DPP en el presente estudio fue de 1.45 cayendo en la zona A, lo que significa una adecuación total del instrumento, por lo que el instrumento de medida fue aplicado.



Sala de partos del Hospital Antonio Lorena Cusco.



Se describe la aplicación del manejo activo del alumbramiento en sala de partos del Hospital Antonio Lorena Cusco.



Personal de salud incentiva la lactancia materna durante la primera hora postparto en el área de puerperio inmediato del Hospital Antonio Lorena Cusco.