



U N I V E R S I D A D  
**AUTÓNOMA**  
D E I C A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LAS NORMAS  
DEL CLAMPAJE UMBILICAL TARDÍO Y CONTACTO PRECOZ DE  
LOS RECIÉN NACIDOS POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD  
QUE LABORA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – LIMA  
OCTUBRE 2015 - MARZO 2016”**

Presentado por:

**Luis Antonio Michilot Ramos**

Tesis desarrollada para optar el Grado Académico de Maestro en Administración  
y Gestión de los Servicios de Salud con Mención en Gerencia en Salud

Docente asesor:

Dra. Juana María Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

## **DEDICATORIA**

A mí adorada esposa Elizabeth.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios que me permite seguir desarrollando mi vida al servicio de la salud del país.

## **RECONOCIMIENTO**

A mi familia por su apoyo

## INDICE

CARATULA.....	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RECONOCIMIENTO.....	4
INDICE.....	5
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCION.....	12
CAPITULO I : PLANTEAMIENTO METODOLOGICO .....	16
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	16
1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....	17
1.2.1 DELIMITACION ESPACIAL.....	17
1.2.2 DELIMITACION SOCIAL.....	18
1.2.3 DELIMITACION TEMPORAL.....	18
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION.....	18
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	18
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	19
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	19
1.4.1 OBJETIVO GENERA.....	19
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	19
1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.....	20
1.5.1 JUSTIFICACION.....	20
1.5.2 IMPORTANCIA.....	21
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	23

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	23
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	26
2.4 BASES TEORICAS.....	31
CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES.....	44
3.1 HIPOTESIS CENTRAL.....	44
3.2 HIPOTESIS SECUNDARIAS.....	44
3.3 VARIABLES (DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL) .....	44
CAPITULO IV : METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	49
4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION.....	49
4.2 METODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	49
4.3 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	49
4.4 TECNICAS, INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	50
CAPITULO V: ADMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION..	53
5.1 Recursos (Humanos, Materiales).....	53
5.2 Presupuesto.....	53
5.3 Cronograma de Actividades.....	54
CAPITULO VI: PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	55
6.1 Análisis de tablas y gráficos.....	55
6.2 Conclusiones.....	69
6.3 Recomendaciones.....	72
6.4 Referencias bibliográficas .....	76
ANEXOS:.....	76
1. Encuesta – Cuestionarios- entrevistas.....	76
2. Matriz de Consistencia.....	8

## RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, cuasi experimental, de corte transversal prospectivo. El objetivo principal de este trabajo fue evaluar los conocimientos y la aplicación de las normas del clampaje umbilical tardío y el contacto precoz del recién nacido, con una muestra del 50% del equipo de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central de Lima (10 médicos gineco-obstetras y 10 obstetras asistenciales), procedimientos sencillos que se han incorporado a protocolos y normas nacionales e internacionales de la atención del parto normal con enfoque humanizado y centrado en la familia, pero que aún no son ejecutados como actividades rutinarias e importantes por parte del equipo de salud encargado de atender los partos normales.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical se definió como el pinzamiento del cordón realizado entre 30 y 120 segundos después del parto. Las dos variables para las que el pinzamiento tardío del cordón umbilical es beneficioso fueron la transfusión para corregir la anemia y el riesgo de hemorragia interventricular. Estos conocimientos solo se observaron en el 40% de los profesionales encuestados, y la aplicación y cumplimiento de las normas técnicas para el clampaje solo el 35%.

Por lo tanto, aunque las conclusiones del presente estudio no indican de manera confiable ningún beneficio del pinzamiento tardío del cordón umbilical, sería posible afirmar que el pinzamiento tardío del cordón umbilical no originaría ningún trastorno que pudiese representar un riesgo para los neonatos nacidos por lo tanto se debe promover su aplicación en los casos que se pudiera con el fin de disminuir la anemia del recién nacido y mejorar la nutrición infantil.

En relación al contacto precoz, contacto piel a piel inmediatamente ocurrido el parto, se observó que el 50% de los profesionales encuestados conoce el tiempo del contacto precoz siendo solo el 40 % de ellos que cumplen con la norma técnica.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta como instrumento y un cuestionario sobre las normas del clampaje umbilical y contacto

precoz en los Servicios de Salud (MINSA), dirigido a médicos ginecoobstetras y obstetras del HMC.

La evidencia muestra que si los prestadores de salud y los usuarios no están involucrados en estas actividades los proyectos son difíciles de sostener por lo que se concluye que la capacitación no solo se debe brindar al equipo de salud sino también a la gestante, familia y comunidad, en los programas educativos prenatales.

Todo el personal que labora en los hospitales que brindan atención materna perinatal tiene el compromiso de promover, realizar y apoyar el clampaje tardío del cordón umbilical así como el contacto precoz, por tanto de ben cumplir con las normas establecidas por el Ministerio de Salud.

## ABSTRACT

One, quasi-experimental, prospective observational cross-sectional study was conducted. The main objective of this work was to evaluate the knowledge and application of the rules of late cord clamping and early contact newborn, with a sample of 50% of the health team of Gynaecology and Obstetrics of the Central Military Hospital in Lima (10 gynecological medical care obstetricians and 10 midwives), simple procedures and protocols have been incorporated into national and international standards of normal delivery with humanized and familycentered approach, but are not yet implemented as routine activities and important part of the health team responsible for attending normal deliveries.

Delayed cord clamping was defined as cord clamping between 30 and 120 seconds after birth. The two variables for which delayed cord clamping is beneficial were transfusion for anemia and the risk of intraventricular hemorrhage. This knowledge alone were observed in 40% of those surveyed professionals, and implementation and compliance with technical standards for clamping only 35%.

Therefore, although the findings of this study do not reliably indicate any benefits of delayed cord clamping would be possible to assert that delayed cord clamping would not cause any condition that might pose a risk to infants born therefore it should promote its application in cases pudira to reduce anemia of the newborn and improve child nutrition.

In relation to early contact, skin to skin contact immediately occurred childbirth, it was observed that 50% of respondents professional knows the time of early contact being only 40% of them meet the technical standard.

For data collection the survey as a tool and a questionnaire on the rules of umbilical clamping and early contact in the Services of Health (MOH), directed medical gynecologists and obstetricians of HMC was used as a technique.

The evidence shows that if health care providers and users are not involved in these activities projects are difficult to sustain therefore concludes that training not only must provide the health team but also to pregnant women, family and community in prenatal education programs.

All staff working in hospitals providing perinatal maternal care are committed to promote, conduct and support the late cord clamping and early contact, therefore ben meet the standards set by the Ministry of Health.



## INTRODUCCION

Múltiples estudios relacionados al momento de nacer demuestran la importancia de los primeros minutos especialmente para promover el apego, contacto precoz y lactancia materna y asegurar una adaptación armónica del binomio madre niño.

La Organización Mundial de la Salud ha considerado al clampaje tardío y al contacto precoz como prácticas integrales durante la atención del parto, por ser beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. (1)

La combinación de las prácticas motivo de estudio de este trabajo, supera la línea de división entre la atención “materna” y “neonatal” y de esta manera pretende contribuir al objetivo del “continuo de atención madre-recién nacido”, son dos pacientes que atendemos en un solo momento

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. (11). Por tal motivo se conoce hoy en día que el parto y el postparto inmediato, son un período de tiempo de especial vulnerabilidad física y emocional tanto para la madre como para el recién nacido y por lo tanto en el más corto plazo se debe brindar una atención efectiva que considere a los pacientes.

El profesional de la salud que brinda atención del parto normal y puerperio inmediato, está entrenado para dar solución a las complicaciones de estos periodos, consideradas como emergencias obstétricas y neonatales desde la hemorragia postparto, asfixia neonatal hasta el shock, Pero sino ocurrieran estas complicaciones, se cuenta con un tiempo para realizar el clampaje tardío y el contacto precoz del neonato con su mama y/o papa si estuviera presente.

A través de este trabajo deseamos destacar la importancia y valor de estos dos procedimientos dado que involucran directamente a los recién nacidos y cuentan gran evidencia científica para lograrlo .(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 sobrevivencia de los “recién nacidos olvidados” durante el período posparto.

Sin embargo, mientras ahora se promueve una mayor y más equitativa atención hacia la mejora de la sobrevivencia de los dos “componentes” del binomio madrebebé 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 retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, son tres prácticas simples evidenciadas científicamente, 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 período neonatal y del puerperio.

Por ello, un paquete de atención integral que incluya éstas prácticas además de todos los procedimientos para la atención materna perinatal como el manejo activo de la tercera etapa del parto, contribuirán, a corto y a largo plazo, en la disminución de la morbilidad materno perinatal.

El presente trabajo, tiene una intención de determinar el nivel de conocimiento y aplicación de normas técnicas MBE, que realizan los profesionales de salud que atienden los partos eutócicos, en relación al clampaje umbilical tardío y el contacto precoz como procedimientos que son beneficiosos para el recién nacido para mejorar su estado nutricional así como fortalecimiento del vínculo afectivo necesario para un adecuado desarrollo humano. Los resultados permitirán un cambio de actitud del personal de salud al evidenciarse que procedimientos tan elementales no están presentes en el quehacer diario del servicio.

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

### 1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La prestación de los servicios de atención prenatal, atención del parto y atención del recién nacido de bajo riesgo se realizan, en cumplimiento a la Norma Técnica N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para la atención integral de Salud Materna", a nivel nacional.(2)

La aplicación de la normatividad es inherente a toda atención por lo que los servicios deben incluirla en sus protocolos y servicios, sin embargo en la práctica los profesionales actuales acorde a sus experiencias y aprendizajes previos o de acuerdo a la interpretación de las normas bajo su criterio.

Las problemáticas entre grupos profesionales también pudieran afectar el cumplimiento de la normatividad, lo cual genera desviar la el centro del quehacer profesional en salud que debe estar centrado en el paciente y en este caso en el binomio madre niño, en un momento tan sensible como lo es el parto.

Sin duda, desconocer o dejar de aplicar la normatividad relacionada al nacimiento interfiere en el derecho humano fundamental, de ambos pacientes, lo cual contraviene inclusive desde el punto de vista laboral, ético, científico además de humano, alguno inclusive considerarían esta actitud como violencia obstétrica.(3)

Consideramos que el desconocimiento de las normas del clampaje tardío del cordón umbilical, así como del contacto precoz del recién nacido con su madre, por parte del personal que atiende el parto eutócico, debilita el liderazgo que debe tener el profesional encargado de la atención del parto, muchas veces permitiendo que se interfiera en estos dos procedimientos, en situaciones propicias para aplicarlo, como lo son

cuando el recién nacido nace con Apgar adecuado y la temperatura del ambiente es propicia para fomentar el contacto precoz con su madre poniendo al niño a su pecho para iniciar el apego.

El retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, son tres 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.

## **1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

### **1.2.1 DELIMITACION ESPACIAL**

El desarrollo de este trabajo de investigación se llevara a cabo con el personal de la salud, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Centra de octubre de 2015 a marzo de 2016

### **1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL**

El desarrollo del presente trabajo de investigación considerará al personal de salud perteneciente al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el periodo de octubre a marzo de 2016.

### **1.2.3 DELIMITACION TEMPORAL**

El desarrollo del presente trabajo de investigación se realizará durante los meses de octubre 2015 a marzo 2016.

## **1.3 PROBLEMAS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del clampaje tardío y contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?

### **1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del clampaje tardío por parte del personal médico y obstetra que atiende el parto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del contacto precoz del recién nacido con su madre por parte del personal médico y obstetra que atiende el parto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?
- ¿Cuál es el tipo de relación entre el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del clampaje tardío y contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del clampaje tardío y contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud del Servicio ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.

### **1.4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✦ Establecer el nivel de conocimiento de las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos

por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.

- ✦ Identificar el nivel de conocimiento de las normas del contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.
- ✦ Establecer el nivel de aplicación de las normas del clampaje tardío del cordón umbilical por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.
- Identificar el nivel de aplicación del contacto precoz madre recién nacido, por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.

## **1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION**

### **1.5.1 JUSTIFICACION**

Con la ejecución del presente trabajo pretendemos, revisar y conocer el nivel de conocimiento actual sobre los beneficios inmediatos y a largo plazo, en la nutrición y en el desarrollo, de dos prácticas específicas como lo son el clampaje tardío y el contacto precoz.

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 las sobrevivencia de los “recién nacidos olvidados” durante el parto y el período postparto. Como son el retraso en el pinzamiento del cordón umbilical y el Contacto piel a piel inmediato y continuo, entre la madre y su recién nacido

Mientras que, claramente, existen varias prácticas esenciales para la atención del parto, las dos prácticas que serán revisadas, generalmente no reciben una adecuada atención e incorporación de las mismas en el quehacer diario de la atención del parto en los servicios por lo que consideramos que requieren de un énfasis renovado, ya que tienen efectos positivos en el estado nutricional, el cual, generalmente, no es un elemento incluido en la discusión sobre las prácticas de atención del parto.

Las prácticas durante la atención del parto han sido descritas, generalmente, sin considerar la atención simultánea de la madre y del recién nacido (ej. las guías de manejo activo generalmente no mencionan al recién nacido) como paciente y sujeto a derechos. (3)

El presente trabajo pretende resaltar la importancia del clampaje tardío y el contacto precoz del recién nacido, basados en la evidencia actual, que puede ser adaptado fácil y rápidamente a una variedad de escenarios donde ocurre el parto.

La población objetivo de este trabajo son los profesionales de la salud certificados para la atención del parto como lo son los médicos ginecólogos obstetras y los obstetras del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, a quienes remitiremos los resultados y recomendaciones para incrementar el conocimiento respecto a las prácticas integrales recomendadas, las que desempeñarán un rol esencial para producir el cambio. Así como reconocemos que los diferentes individuos involucrados en la atención materna y del recién nacido necesitan diferentes grados de profundidad de

conocimiento, para promocionar e implementar las prácticas recomendadas.

### **1.5.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION**

Esta investigación resulta importante para difundir a través de los resultados que las prácticas integrales como el clampaje tardío y contacto precoz, están basados en la medicina basada en la evidencia y deben incluirse y cumplirse durante en la atención del parto y del recién nacido, de tal manera que se conviertan en el estándar de la atención del parto, descartando otras prácticas que han demostrado ser nocivas o de ningún beneficio para la salud materno-infantil..



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTE DEL PROBLEMA**

Si bien los partos que tienen lugar en los establecimientos de salud tienen el beneficio evidente para la madre y el recién nacido de contar con la disponibilidad de una atención calificada por profesionales médicos ginecólogos y obstetras, desafortunadamente no todas las prácticas actuales están basadas en la evidencia, ni son totalmente beneficiosas para la madre o el recién nacido (3). Mientras los partos institucionales continúen en incremento—en 2016,eran del 42% de los partos en el África, 53% en el Asia y 75% en América Latina —será imperativo identificar a las prácticas particulares que puedan ser perjudiciales para la salud materna y del recién nacido e instituir las prácticas que están basadas en la evidencia. Por ejemplo, se han identificado muchas prácticas hospitalarias que interfieren con el establecimiento de la lactancia materna, en particular la práctica de administrar agua glucosada al recién nacido empleando un biberón. También se ha demostrado que la separación de la madre de su recién nacido es perjudicial para el establecimiento de la lactancia para las madres primerizas. Aún más, los proveedores de salud frecuentemente no están lo suficientemente capacitados para apoyar y asistir con el establecimiento e instalación de la lactancia.

La Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN), implementada por OMS y UNICEF a comienzos de los 1990, identificó las prácticas perjudiciales para la lactancia y ayudó a mejorar la capacitación de los trabajadores de salud para el apoyo a la lactancia. Lamentablemente no ha habido monitorización de la certificación de la IHAN y tampoco existe una nueva inversión de la salud pública en esta área.

De manera similar, un estudio reciente sobre la aplicación de las prácticas durante la tercera etapa del parto en Europa, encontró que entre el 65% y 74% de las unidades de parto en Austria, Dinamarca, Finlandia, Hungría y Noruega tenían la política de esperar hasta que el cordón dejara de latir antes de pinzarlo, mientras el 68% a 90% de las unidades de parto en Bélgica, Francia, Irlanda, Italia, los Países Bajos, Portugal, España, Suiza y el Reino Unido tenían políticas de pinzamiento inmediato del cordón. (3)

Un estudio anterior, en 15 centros universitarios de atención obstétrica en 10 países (de América del Norte y Sud América, África, Asia y Europa ), encontró una gran variabilidad de prácticas entre y en los países; sin embargo, el pinzamiento precoz del cordón se practicaba el 79% de las veces. De esta manera, de todas las prácticas recomendadas previamente como parte del manejo activo de la tercera etapa del parto, el pinzamiento precoz del cordón umbilical fue la más fácilmente adoptada, pese a ser el componente de los anteriores protocolos de manejo que tenía una menor evidencia científica que apoye su implementación.

A pesar de que el conocimiento de las prácticas basadas en la evidencia es necesario, esto no siempre es suficiente para asegurar su aplicación mediante intervenciones apropiadas. Como ejemplo, una encuesta sobre las prácticas referidas al control de la temperatura realizada a profesionales de salud de siete países, mostró que aunque dos tercios a tres cuartos del personal de salud encuestado tenía un conocimiento adecuado sobre la regulación térmica, las prácticas referidas a su control eran consistentemente inadecuadas.

La comprensión de las razones y barreras detrás de esta resistencia para cambiar las prácticas será esencial para desarrollar estrategias efectivas y sostenibles de implementación. Un estudio cualitativo que investigó las razones por las que médicos no adoptan las prácticas de atención perinatal basadas en la evidencia (clampaje tardío y contacto precoz), incluyó la falta de acceso a la información científica o la incapacidad para entender la literatura científica, además de la falta de tiempo o de recursos

físicos, actitudes que resisten el cambio, así como guías y políticas conflictivas (4).

Si bien este estudio involucró a médicos de hospitales de Latinoamérica, es posible que barreras similares existan en otras regiones. Los partos domiciliarios también pueden tener prácticas de atención del recién nacido que pongan en riesgo el establecimiento de la lactancia inmediata y exclusiva, así como el control de la temperatura del recién nacido. Si bien las costumbres varían a través de las regiones, prácticas de la atención del parto comúnmente observadas durante los partos domiciliarios que pueden ser perjudiciales incluyen:

- La administración de leche artificial.
- El retraso en el inicio de la lactancia por horas o días ○ El baño inmediato del recién nacido (durante las primeras 6 horas después del nacimiento), lo que disminuye la temperatura del recién nacido y puede quitar el unto sebáceo (una sustancia cremosa blanquecina presente en la piel del recién nacido que se ha demostrado tener propiedades antimicrobianas);
- El no amamantar o descartar el calostro; o la colocación del bebé en la tierra, en lugar de mantenerlo en contacto con su madre (generalmente sin secar), hasta que la placenta sea expulsada. Algunos estudios han demostrado que las madres que dan a luz en su domicilio tienen más probabilidades de usar Las prácticas integrales y basadas en la evidencia para la atención apropiada del parto, como las descritas en esta tesis, necesitan ser el estándar de la atención, y las prácticas que han demostrado ser nocivas o de ningún beneficio para la salud materno-infantil deben ser eliminadas.

## 2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Organización Mundial de la Salud (OMS) Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120076/WHO\\_RHR\\_14.19\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120076/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Según las recomendaciones de la OMS para el tratamiento y prevención de la hemorragia posparto de 2012, la OMS reafirma la previa de esperar para realizar el clampaje y el corte del cordón umbilical después de dar a luz al neonato. La recomendación es sumamente importante ya que se basa en la demora en el clampaje del cordón umbilical permite que la sangre continúe pasando o fluyendo al neonato durante al menos de 1 a 3 minutos después del parto. Se tienen en cuenta que esos minutos de demora aumenta las reservas de hierro del recién nacido en más de un 50% en los primeros 6 meses de vida. Por otro lado, actualmente se ha mantenido reservado este conocimiento debido a que existe una falta de información sobre sus beneficios, y principalmente sobre el manejo de la práctica del clampaje del cordón umbilical. Finalmente, el artículo se enfoca en describir los beneficios de la práctica y explicar las razones por las que no se utiliza en la actualidad, para así los profesionales de salud neonatal, salud materna, Vlh puedan apoyar la intervención y promover el pinzamiento tardío.

Tapia R, Collantes J, Hemoglobina en recién nacidos por parto vaginal según clampaje precoz o tardío del cordón umbilical, a 2700 msnm, 30 de setiembre al 3 de octubre de 2014, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

Diversos estudios han demostrado que un pinzamiento tardío del cordón umbilical aumenta los niveles de hemoglobina de los neonatos. OBJETIVO: El estudio permite evaluar si el pinzamiento tardío en neonatos a término muestra diferentes valores en la hemoglobina cuando se realiza el pinzamiento a 2700 metros sobre el nivel del mar. DISEÑO: Se realiza una investigación aleatorizada, doble ciego y prospectiva en el Hospital Regional de Cajamarca, Perú. METODOS: Se toma como casos a 100 gestantes en trabajo de parto con gestación única en enero del 2014. Las gestantes no presentaban factores de riesgo, se asignó al azar el pinzamiento tardío (1 a 3 minutos después que el

cordón umbilical haya dejado de latir) o clampaje precoz (10 segundos después del parto). Se empezó a medir el tiempo desde que aparecieron los hombros del recién nacido y se procedió a sacar una muestra de sangre del talón derecho del bebé en 2 capilares y después de 6 horas de vida, se analizó el hematocrito, grupo y factor Rh y la hemoglobina. RESULTADOS: El estudio dio como resultado que un 91% de gestantes no presentaban anemia; por otro lado, se practicó clampaje precoz a 48 recién nacidos y clampaje tardío a 52. Dio como resultado que el 94% de los bebés peso entre 2500 y 3998 g, Ápgar>7 en el 100%. El tiempo en el que se realizó el clampaje después que dejara de latir el cordón umbilical fue  $2,66 + 0,28$  minutos. El resultado fue de un 100% de los neonatos con pinzamiento que el valor de la hemoglobina fue de 15,1 a 20,1 mg/dl y con un 28,9% más de 20,2 mg/dl. CONCLUSIÓN: El clampaje tardío mostro mejores valores en los resultados de hemoglobina de los recién nacidos. Se puede verificar que la anemia materna no influyó en la hemoglobina neonatal.

Escarpa Araque Maria del Mar “Pinzamiento tardío vs pinzamiento precoz del cordón umbilical”

Resumen: El pinzamiento del cordón umbilical la mayoría de las veces se realiza de forma mecánica y casi inmediata al nacimiento, sin detenerse a pensar en las posibles implicaciones que ésta conducta puede tener en el recién nacido y en la madre.. Por otro lado, los defensores del pinzamiento tardío, exponen que éste simple acto disminuye la anemia en la infancia, ayuda a la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y facilita el vínculo materno. No hay evidencia científica para justificar el pinzamiento precoz, el cual se hace en la mayoría de los hospitales occidentales, y cada vez hay más evidencia de los beneficios del pinzamiento tardío y de la ausencia de efectos adversos. El objetivo de éste estudio es conocer los beneficios y riesgos potenciales del pinzamiento precoz y tardío del cordón umbilical, tanto a corto como a largo plazo en los recién nacidos y en las madres.

Tresierra M, Gutierrez D, Clampaje tardío del cordón umbilical como factor protector de anemia neonatal, Volumen 9 N. 1, Enero – Marzo 2016, Rev. Med. Vallejana

**OBJETIVO:** El estudio busca analizar si el pinzamiento tardío del cordón umbilical permite proteger los valores de la anemia neonatal, pues se plantea que hay un mejoramiento en los valores de la hemoglobina en un mediano y largo plazo. **MÉTODOS:** El estudio es de tipo observacional, analítico y cohorte, el estudio se realizó en hospitales de EsSalud Trujillo entre enero y octubre del 2018. Se tomó como casos de estudio a 196 recién nacidos, los cuales fueron divididos por la mitad en dos grupos de neonatos según si se hayan realizado clampaje tardío o no al nacer. Se midió la hemoglobina en los dos grupos, la primera luego del parto y posteriormente al mes de nacido. **RESULTADOS:** Los valores obtenidos indican que los recién nacidos que tuvieron pinzamiento tardío presentan un 9,11 de probabilidad de no tener anemia neonatal a diferencia de los que no tuvieron clampaje tardío.

Martinez-Martinez T, Damian-Ferman N, Beneficios del contacto piel a piel precoz con la reanimación neonatal, Marzo 2014, Rev Enfermería Universitaria

El bebé después del parto presenta un periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta, tranquilo en el que se considera que puede interactuar con su madre, estar sobre su abdomen y desplazarse hasta el pecho para iniciar la lactancia o amamantamiento de una forma espontánea pero a su vez íntima. **OBJETIVO:** El estudio busca identificar las desventajas y ventajas de realizar un contacto precoz, de piel a piel al momento de dar a luz en la sala de partos. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio de distintos artículos de investigación que fueron publicados entre el año 2008 y 2014 y se tomaron 40 artículos donde se realizó un análisis de las ventajas y desventajas. **RESULTADOS:** Las ventajas que se encontraron fueron un parto humanizado, mayor duración en la lactancia materna, una mejor termorregulación y disminución de la depresión posparto que existe un gran porcentaje que las gestantes sufren después de dar a luz. Por otro lado, las desventajas que se encontraron fueron episodios letales en el período neonatal, en donde los recién nacidos dejaron de respirar. **CONCLUSIONES:** Se observó en los artículos una mayor cantidad de ventajas que desventajas en la implementación de esta técnica, pero por otro lado, los artículos afirman que es necesario realizar una importante y adecuada valoración y concluir si el recién nacido se encuentra en condiciones de ser reanimado en el vientre de su madre.

Rivara Davila Gustavo :“Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz”

Objetivo: Demostrar el efecto del contacto piel a piel inmediato sobre los niveles de ansiedad y depresión materna a las 2 y 48 horas posparto; así como sobre la adaptación neonatal hacia la lactancia materna inmediata y sobre los niveles de satisfacción materna sobre el parto en sí. Material y Métodos: Se realizó un estudio, randomizado, a doble ciego (ensayo clínico), comparando dos grupos formados de manera aleatoria: grupo de estudio (CPPI) n = 38 y grupo de control n = 41. El grupo de estudio fue beneficiado con el contacto piel a piel inmediato de 30 minutos de duración. Se aplicaron las siguientes escalas a las 2 y 48 horas posparto: Escala hospitalaria para la ansiedad y depresión (HAD) y escala de Hamilton para la ansiedad. A las dos horas de vida los recién nacidos fueron puestos sobre el pecho materno, observándose cuántos de ellos lograron éxito en la lactancia materna inmediata. Se interrogó a las madres sobre la percepción y satisfacción hacia la experiencia del parto en sí. Resultados: Los niveles de ansiedad y depresión materna fueron menores en el grupo de estudio (CPPI) a las 48 horas posparto comparado con los del grupo de control ( $p < 0,0001$ ), tanto en sus puntajes absolutos como al valorarlos según los grados del trastorno estudiado; mientras que a las 2 horas posparto no se halló diferencia significativa. Los recién nacidos del grupo de estudio lograron mayor éxito en la lactancia materna inmediata versus los del grupo de control (29 de 38 versus 12 de 41,  $p < 0,0001$ ). Conclusiones: El contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto.

Rios Mori C, Lias Cuervo M, Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos, Cuid salud, juldic 2015; 2(2):177-186.

El dar a luz es una etapa única y especial para el recién nacido u su madre; quien se podría disminuir el cambio brusco que se produce durante el nacimiento

colocando al recién nacido sobre el abdomen pecho materno al momento de nacer y beneficiar su adaptación psicológica al ambiente externo. **OBJETIVO:** El estudio busca determinar las ventajas del contacto piel piel de la madre con el recién nacido durante los primeros 30 minutos después del nacimiento. **MÉTODOS:** El estudio es de tipo experimental con una muestra de 50 recién nacidos sanos por grupo, se atribuye criterios de exclusión e inclusión, el estudio se realiza bajo el consentimiento de la madre. **INSTRUMENTO:** Se realizó una lista de observación que midió la adaptación psicológica y fisiológica de la recién nacidos. **RESULTADOS:** Se obtuvo con un resultado exitoso que el 96% de los neonatos sanos lograron succionar de manera inmediata a partir de los 10 minutos de haber sido colocados en el abdomen-pecho de la madre. Por otro lado, se estabilizo sus funciones vitales de temperatura y respiración. **CONCLUSIÓN:** El contacto piel a piel o precoz mejoro de manera categórica la adaptación psicológica y fisiológica del recién nacido en el grupo experimental. Es sumamente necesario capacitar y sensibilizar al profesional de salud materna para que pueda cumplir con esta práctica en beneficio de la madre y del bebe.

## **2.3 BASES TEORICAS**

### **CLAMPAJE TARDIO:**

Es el acto de ligar el cordón umbilical de todos los recién nacidos independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación del cordón umbilical ha finalizado, esta aplanado y después de que las pulsaciones del cordón hayan cesado (aproximadamente 3 minutos después del nacimiento)

### **CONTACTO PRECOZ:**

Es el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido sano idealmente dentro de los 30 minutos del nacimiento, que fomenta el vinculo afectivo madreniño , base para el desarrollo humano.

### **TÉCNICA PARA REALIZAR EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL**

Después que el bebé nace, se debe secarlo con un campo limpio y seca. 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).

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.

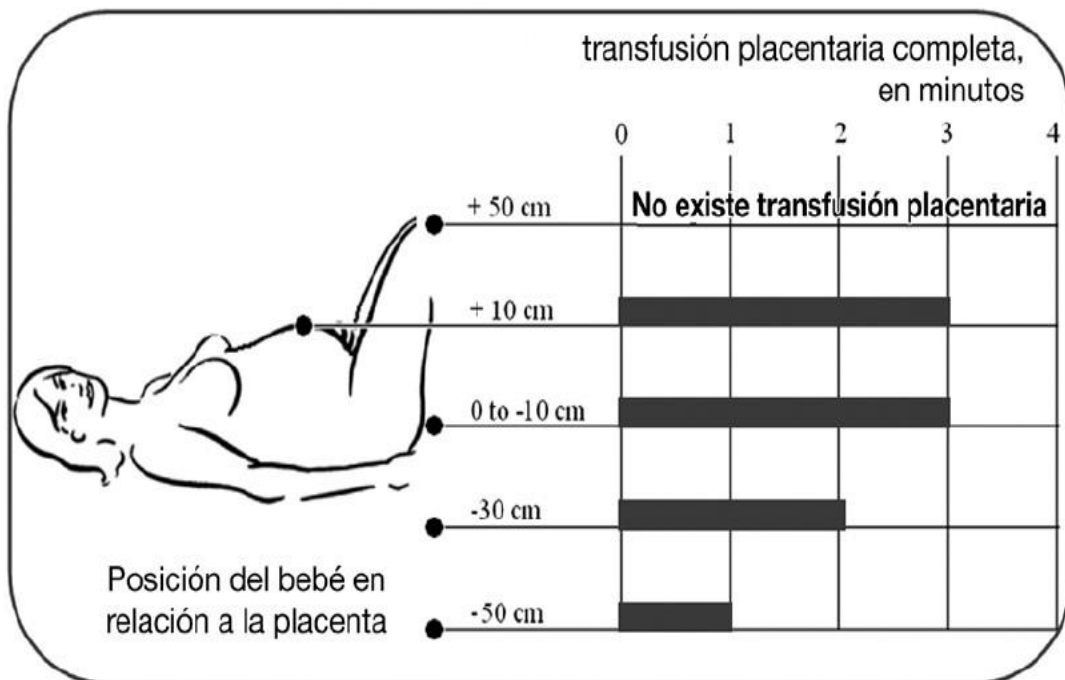
## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE EL MOMENTO OPORTUNO DEL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL Y LAS PRÁCTICAS ACTUALES.**

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, hacia el pinzamiento precoz del cordón umbilical (ej. 10 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 enfermera en la sala de parto ansiosos 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.

## Importancia de la gravedad y la posición del recién nacido en la velocidad de la transfusión placentaria



### EFFECTOS 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, 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.

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 oxicítica) 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 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.

## **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. Dos meta análisis, realizados en base a estudios en prematuros y recién nacidos de bajo peso, también encontraron menor incidencia de hemorragia intraventricular cuando se retrasa el pinzamiento del cordón.<sup>25,26</sup> 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. 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.

## Resumen de los beneficios inmediatos y a largo plazo del retraso del pinzamiento del cordón umbilical para los recién nacidos (a término, pre-término/bajo peso al nacer) y las madres

Beneficios Inmediatos			Beneficios a largo plazo	
Recién nacido pre término/ bajo peso al nacer	Recién nacidos a término	Madres	Pre-término/Bajo peso al nacer	A término
<b>Disminuye el riesgo de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia intraventricular</li> <li>- Sepsis de inicio tardío</li> </ul>	Brinda un volumen adecuado de sangre y de reservas de hierro al nacimiento	A partir de los estudios sobre "drenaje placentario", una placenta con menos sangre acorta el tercer período del parto y disminuye la incidencia de retención de la placenta	Incrementa la hemoglobina a las 10 semanas de edad	Mejora el estado hematológico (hemoglobina y hematocrito) a los 2 a 4 meses de edad
<b>Disminuye la necesidad de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfusión sanguínea por anemia o baja presión sanguínea</li> <li>- Surfactante</li> <li>- Ventilación mecánica</li> </ul>				Mejora el estado del hierro hasta los 6 meses de edad
<b>Incrementa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematocrito</li> <li>- Hemoglobina</li> <li>- Presión sanguínea</li> <li>- Oxigenación cerebral</li> <li>- Flujo de glóbulos rojos</li> </ul>				

### **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, 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 solo una de las causas de anemia, sin duda es la principal causa en lactantes y niños y 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.

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 seis 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. 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.



**Prevalencia de anemia en niños entre  
6 y 35 meses de edad en el mundo,  
según Encuestas Nacionales de Demografía y Salud\***

	Prevalencia de Hemoglobina < 11 g/dL (%) por grupos de edad			
	6 a 9 meses	10 a 11 meses	12 a 23 meses	24 a 35 meses
<b>África Sub-Sahariana</b>				
Benin 2001	90	86	89	83
Benin 2001	90	86	89	83
Burkina Faso 2003	93	99	96	95
Camerún 2004	84	81	81	67
Congo (Brazzaville) 2005	72	74	69	67
Ethiopia 2005	76	73	69	51
Ghana 2003	74	86	84	76
Guinea 2005	82	80	87	82
Lesotho 2004	65	64	58	52
Madagascar 2003/2004	86	90	78	66
Malawi 2004	91	88	84	74
Mali 2001	79	91	86	86
Rwanda 2005	77	68	64	55
Senegal 2005	81	88	92	85
Tanzania 2004	83	88	83	75
Uganda 2000/01	83	84	76	64
<b>África del Norte, África del Oeste, África/Europa</b>				
Armenia 2005	75	66	45	32
Egypt 2005	60	67	57	49
Jordan 2002	47	65	51	31
Moldova Republic 2005	45	59	44	33
<b>Asia Central</b>				
Kazakhstan 1999	23	42	67	48
Kyrgyz Republic 1997	53	40	61	45
Turkmenistan 2000	38	45	55	38
Uzbekistan 1996	59	64	62	59
<b>Asia del Sud y Sudeste</b>				
Cambodia 2000	85	90	79	60
India 1998/99	70	75	78	72
<b>América Latina y el Caribe</b>				
Bolivia 2003	71	89	75	51
Haiti 2000	81	86	80	64
Honduras 2005	63	67	53	37
Peru 2000	59	72	71	50

\*Fuente: ORC Macro, 2007. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, September 19 2007.

**CONTACTO PRECOZ EN LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO**



La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el contacto precoz como un estándar de atención para el recién nacido a término sano.

Se coloca al recién nacido inmediatamente después del parto desnudo sobre el pecho materno boca abajo en el abdomen o entre las mamas de su madre, se le seca, la madre puede cubrirlo si lo desea.

El contacto precoz tiene muchas ventajas demostradas científicamente: lactancia exitosa y prolongada, mejora la interacción madre con el recién nacido, fortalecimiento del vínculo afectivo, reduce el llanto del recién nacido y lo mantiene a una temperatura adecuada y no se han identificado efectos negativos para la madre y su recién nacido.

En un estudio en Ghana se mostró que con el fomento del inicio temprano en la lactancia se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amamantara a todos los neonatos a partir del primer día de vida y el 22% si se lo hiciera dentro de la primera hora de vida.

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediato (CPPI) brinda múltiples beneficios tanto para el recién nacido como para su madre (1-4). Su influencia ha sido comprobada a través de los años mediante diversos estudios, concluyendo que no solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante el período adaptativo (1, 3, 5,6) y logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que también provee innumerables beneficios adaptativos a la madre (9), promoviendo un período puerperal, inmediato y tardío mucho más beneficioso (4, 7,8, 9). Como detallaremos a continuación:

- ✦ Favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos.
- ✦ Disminuye los niveles de estrés en el bebé.
- ✦ Facilita la regulación térmica de tal forma que la temperatura del recién nacido sano permanecerá en un rango seguro, lo que disminuye el consumo energético, el riesgo de hipoglucemia, mejora la adaptación metabólica y la estabilidad cardiorrespiratoria.
- Disminuye el tiempo de llanto.

- Favorece el establecimiento del vínculo, se estrechan los lazos entre madre y bebé y se inician los procesos de apego y vinculación afectiva.
- Favorece el agarre correcto al pecho así como la instauración de la lactancia materna, tras el nacimiento el bebé descansa sobre el cuerpo de su madre, adquiriendo una coloración sonrosada de los labios, con los ojos abiertos y realizando pequeños movimientos durante 10-20 minutos. A continuación, pone en marcha los reflejos de arraigo (pataleo, reptación, cabeceo, acercamiento del puño a la cara, lametadas, búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico materno), lo que le permite acercarse al pezón y realizar un agarre espontáneo.
- Disminuye la ansiedad materna.
- Las madres deberían tener la libertad de decidir si desean tener a su hijo en contacto piel a piel y cuándo finalizar el período de contacto. El personal sanitario de las maternidades debería alentar a las madres a tener un período prolongado de contacto piel a piel con sus hijos y en un entorno calmado, así como garantizar que cualquier decisión de no realizar esta práctica se tome después de recibir toda la información acerca de los posibles beneficios del contacto piel a piel.

Tomando en cuenta que el desarrollo normal del recién nacido depende en gran parte de una serie de respuestas afectivas recíprocas entre la madre y el hijo, así como de la unión psicológica y fisiológica, investigaciones al respecto han demostrado que el éxito del método piel a piel inmediato depende del tiempo del contacto, el cual beneficia al binomio madre-hijo (3,4, 7,10,11).

Son incontables los trabajos realizados al respecto, y reflejan todos ellos las ventajas y beneficios alcanzados con esta práctica, que son numerosos: en el recién nacido provee estabilización de las funciones vitales (1,3,11), mejora los niveles de saturación de oxígeno (3), mantiene estable la temperatura corporal (1,10,12), disminuye la percepción de dolor (1,2,13-17), confiere períodos más largos de sueño (18), mayor

desarrollo neuronal (2,19), disminución del llanto y favorece la lactancia materna precoz (2,3,5,8,10,16,20), entre otros.

Del mismo modo, en las madres se observa: acortamiento del período de alumbramiento, mejora en la percepción del parto (1,3,7,8), reducción del sangrado posparto (10), fortalecimiento del vínculo madre-hijo, estimulación de la lactancia materna y reducción de los niveles de ansiedad y depresión puerperal (2-4,5,7,8), entre otros.

Algunos estudios han demostrado una mejor evolución fisiológica en el neuro comportamiento de los recién nacidos que fueron beneficiados con el contacto piel a piel inmediato (,11). Estos recién nacidos mostraron luego mayores índices de lactancia materna exclusiva (8). Así también, se ha descrito una mejor evolución de la madre en cuanto a sus niveles de ansiedad y a los parámetros afectivos en torno a su hijo (4, 7, 8,9), destacando la importancia de esta práctica.

En muchos centros hospitalarios nacionales no se cumple con el desarrollo de esta práctica ni de manera rutinaria ni completa, privando a la madre y al neonato de todos los beneficios antes descritos.

Con frecuencia se separa a los recién nacidos sanos de sus madres después del parto, y a veces no se les pone al pecho durante horas, o incluso días, esperando la bajada (subida) de la leche. Esto puede ocurrir tanto en partos hospitalarios como domiciliarios, en ambientes tradicionales como modernos. Esta práctica es potencialmente peligrosa, tanto para la lactancia como para el desarrollo del vínculo afectivo entre madre e hijo.

Tanto el contacto precoz piel con piel como la oportunidad de mamar en la primera hora (más o menos) después del parto son importantes.

### **CAPITULO III**

## **HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION**

### **3.1. HIPOTESIS CENTRAL**

**H0** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, conoce y aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.

**H1** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central conoce y no aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.

### **3.2 HIPOTESIS SECUNDARIAS**

**H2** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central no conoce y no aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.

**H3** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central conoce y aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.

**H4** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, conoce y no aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.

**H5** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, no conoce y no aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.

### 3.3 VARIABLES (DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONALES)

Con respecto a la variable citaremos a Briones (1996), donde manifiesta: “una variable es una propiedad, característica o atributo que puede darse en ciertos sujetos o que puede darse en grados o modalidades diferentes. Son conceptos clasificatorios que permite ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición”. (p.34).

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLE	PROCESO DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE  Nivel de Conocimientos de Normas Técnicas de Clampaje de cordón umbilical	a. Nivel bajo menos a 20 puntos b. Nivel regular de 20 a 30 puntos. c. Nivel alto de 20 a 30 puntos	Cuantitativa	Entrevista	Respuesta de la predisposición, tendencia o patrones de conducta establecidas por parte de los profesionales de la salud que atienden el parto normal	Ordinal
INDICADOR  Clampaje de cordón umbilical	a.- Al cese del latido de la vena umbilical. b.- Al cese del latido de las arterias umbilicales. c.- Al cese del latido de las arterias y vena umbilical. d.- En cualquier momento después del nacimiento.	Cualitativa	Entrevista	Es el acto de ligar el cordón umbilical de todos los recién nacidos independientemente de su edad gestacional.	Nominal
	a.- Pasado 2 minutos.			Es el acto de ligar el cordón	Nominal

<b>Tiempo de clampaje de cordón umbilical</b>	<p>b.- Pasado 3 minutos.</p> <p>c.- Pasado 5 minutos.</p> <p>d. Inmediatamente después del nacimiento.</p>	Cuantitativa	<b>Entrevista</b>	umbilical cuando esta aplanado y después de que las pulsaciones del cordón hayan cesado (aproximadamente 3 minutos después del nacimiento).	
<b>Identificación de deficiencia de hierro</b>	<p>a.- 18 %</p> <p>b.- 20 %</p> <p>c.- 25 %</p> <p>d.- 30 %</p>	Cuantitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Deficiencia de niveles de Hb</b>	<b>Ordinal</b>
<b>Beneficios del Clampaje de Cordón Umbilical</b>	<p>a.- Proporciona reservas de hierro al niño.</p> <p>b.- Seguro de vida contra la anoxia postnatal.</p> <p>c.- Segunda fuente de oxígeno.</p> <p>d.- Todas las anteriores.</p>	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Utilidad o provecho que se recibe del clampaje de cordón umbilical.</b>	<b>Nominal</b>
<b>Beneficiarios del Clampaje de Cordón Umbilical</b>	<p>a.- RN pre término.</p> <p>b.- RN a término.</p> <p>c.- RN post término.</p> <p>d.- En todos los RN.</p>	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>En quien se realiza el clampaje de cordón umbilical.</b>	<b>Nominal</b>
<b>Altura para la transfusión placentaria</b>	<p>a.- más de 50 cm</p> <p>b.- más de 10 cm.</p> <p>c.- de 0 a 10 cm.</p> <p>d.- menos de 50 cm.</p>	Cuantitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Altura a la que debe estar ubicado el bebe respecto de la placenta, para que se efectúe la transfusión placentaria.</b>	<b>Ordinal</b>

<b>Beneficiarios del Contacto Precoz</b>	a.- Madre b.- RN	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Utilidad o provecho que se</b>	<b>Nominal</b>
--	---------------------	-------------	-------------------	-----------------------------------	----------------

	c.- ambos			recibe del contacto precoz.	
<b>Tiempo de contacto precoz</b>	a.- 05 minutos. b.- 20 minutos. c.- 30 minutos. d.- 60 minutos.	Cuantitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Es el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido sano idealmente dentro de los 30 minutos del nacimiento.</b>	<b>Ordinal</b>
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> <i>Aplicación de Incumplimiento de Norma Técnica</i>	a.- Escaso personal. b.- Falta de capacitación. c.- Cambio de turno. d.- Patologías maternas y neonatales.	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Razones por las cuales no se cumplen con las normas técnicas establecidas.</b>	<b>Nominal</b>
<b>Cumplimiento de Norma Técnica de Clampaje de Cordón Umbilical</b>	a.- Siempre. b.- Casi siempre. c.- A veces d.- Nunca	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Realización de las actividades y normas establecidas en este</b>	<b>Nominal</b>
<b>Cumplimiento de Norma Técnica de Contacto Precoz</b>	a.- Siempre. b.- Casi siempre. c.- A veces d.- Nunca	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Realización de las actividades y normas establecidas en este</b>	<b>Nominal</b>
<b>Cambio de turno</b>	a.- Siempre b.- Casi siempre. c.- A veces d.- Nunca.	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>procedimiento</b> <b>Razón que contribuye al incumplimiento de normas técnicas.</b>	<b>Nominal</b>

<b>Contacto Precoz</b>	a.- SI b.- NO	Cualitativa	<b>Registro de Sala de partos</b>	<b>Es el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido sano</b>	<b>Nominal</b>
<b>Patologías Maternas</b>	a.- b.- c.-	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Enfermedades en la madre que impiden el cumplimiento de las normas técnicas de atención.</b>	<b>Nominal</b>
<b>Patologías Fetales</b>	a.- b.- c.-	Cualitativa	<b>Entrevista</b>	<b>Enfermedades en el recién nacido que impiden el cumplimiento de las normas técnicas de</b>	<b>Nominal</b>
<b>Complicaciones Maternas</b>	Ninguna Con complicación	Cualitativa	<b>Registro de Sala de partos</b>	<b>Complicaciones atención. maternas en el momento del parto</b>	<b>Nominal</b>
<b>Complicaciones Fetales</b>	Ninguna Con complicación	Cualitativa	<b>Registro de Sala de partos</b>	<b>Complicaciones del recién nacido en el momento del parto</b>	<b>Nominal</b>
<b>Peso de Recién Nacido</b>	BEG AEG GEG	Cualitativa	<b>Registro de Sala de partos</b>	<b>Peso del recién nacido en relación a la edad gestacional</b>	<b>Ordinal</b>
<b>Perdida Sanguínea</b>	___cc	Cuantitativa	<b>Registro de Sala de Partos</b>	<b>Perdida de sangre en cc, por efecto del parto.</b>	<b>Nominal</b>
<b><i>VARIABLES INTERVINIENTES</i></b>					
<b><i>INDICADOR</i></b>					
<b>Número de CPN</b>	<b>Controles Prenatales</b>	Cuantitativa	<b>Registro de Sala de partos</b>	<b>Actividades de atención de control de la gestación.</b>	<b>Ordinal</b>



<i>Edad</i>	<b>Años</b>	Cuantitativa	<b>Registro de Sala de partos</b>	<b>Años cumplidos</b>	<b>Nominal</b>
-------------	-------------	--------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **4.1 . TIPO DE INVESTIGACION**

El presente estudio es observacional, cuasi experimental, de corte transversal, prospectivo de corte transversal.

#### **NIVEL DE LA INVESTIGACION:**

Descriptivo: porque permite detallar la situación de las variables tal y como se presentaron, Correlacional: permitió correlacionar las variables causa efecto. Transversal: porque se estudiaron las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo.

#### **4.2 METODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El método de investigación a utilizar, mencionamos el diseño elegido, identificación de variables e hipótesis, la población y la muestra de estudio, incluye también la descripción general de la muestra, instrumentos aplicados, los procedimientos y estrategias utilizados en el análisis de los datos.

#### **DISEÑO DE LA INVESTIGACION:**

Se utilizó el diseño descriptivo correlacional.

#### **4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION:**

##### **a) POBLACIÓN:** 100% del personal de salud

La población representativa estará conformada por 105 gestantes que acuden al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central – LIMA Octubre 2013 -Marzo 2014”.

$$n = \frac{(N)\sigma^2 \times Z^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 \times Z^2}$$

## c) CRITERIOS DE SELECCION

### Criterios de Inclusión

Gestantes que atendieron su parto en el al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central – LIMA Octubre 2013 -Marzo 2014”.

### Criterios de Exclusión

\* Ninguno

### MUESTREO:

Probabilístico Aleatorio, en la fase inicial. (Gestantes)

No Probabilístico en la fase final (personal de salud).

### UNIDAD DE ANALISIS:

- Gestante
- Personal de Salud (Médicos y Obstetras).

## 4.4 INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

### a). INSTRUMENTO

La información general requerida se recogió mediante un cuestionario de preguntas sobre conocimientos y aplicación de las normas técnicas del clampaje de cordón umbilical y contacto precoz del recién nacido después del nacimiento. La información específica sobre las variables a estudiar se sistematizó mediante los ítems para recoger información sobre

conocimientos y aplicación de la norma técnica del clampaje de cordón umbilical, a la vez sobre el contacto precoz del recién nacido.

El instrumento fue sometido a validez técnica por expertos.

Es un cuestionario auto descriptivo que consta de 14 preguntas orientadas a identificar conocimientos y aplicación de la norma técnica del clampaje de cordón umbilical y el contacto precoz del recién nacido.

Tiene como objetivo buscar información sobre conocimientos y aplicación de la norma técnica del clampaje de cordón umbilical y el contacto precoz del recién nacido.

## **b) VALIDEZ**

La validez de contenido se trabajó sobre la opinión de 3 Jueces expertos quienes respondieron a un cuestionario que indagaba sobre la validez o no de cada ítem propuesto, a los resultados obtenidos se aplicó la Distribución Binomial para cada ítem, quedando 14 ítems con resultados significativos de los 25 propuestos.

Con relación a la validez operativa los mismos expertos efectuaron recomendaciones en función de las cuales se ajustaron las preguntas. La información requerida buscaba opiniones sobre la claridad de las instrucciones y preguntas efectuadas al personal de salud.

Por otra parte, se efectuó una aplicación piloto a 5 profesionales de la salud para revisar las dificultades en la comprensión, identificar las preguntas que generan más dudas, identificar la aceptabilidad de la encuesta por parte del personal de salud, se buscó adaptarlo al lenguaje, modificándose algunas preguntas inicialmente planteadas.

## **c) CONFIABILIDAD**

La confiabilidad del cuestionario se determinó mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, la cual requiere una sola administración del instrumento, la consistencia interna hallada fue de 0.75; El Coeficiente resultó ser altamente significativo. Adoptamos este modo de hallar la confiabilidad

debido al tipo de pregunta y el modo anónimo que se usa para obtener la información requerida.

#### **d) PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION**

La selección del personal de salud se realizó en función de su desempeño dentro de Centro Obstétrico. Se gestionaron los permisos respectivos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central obteniéndose la aceptación en 20 de ellos, 10 médicos y 10 obstetras, luego se procedió a entrevistar al personal de salud en forma aleatoria.

Determinado el personal de salud a encuestar se encuestó a todos en la fecha que habían asistido a trabajar, la aplicación fue individual. Para lo cual se procedió a motivar al personal para lograr su colaboración, se informó sobre su aplicación anónima. Se le hizo entrega de los formatos como una sola unidad y se les solicitó que lean las Instrucciones, a continuación se orientó en el procedimiento para dar sus respuestas. La técnica que se utilizara será la encuesta y el instrumento, un formulario tipo cuestionario de auto llenado.

#### **e) PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE DATOS**

Los formatos de las encuestas, serán sometidas a procedimientos de limpieza de la información, se elaborara una base de datos en computadora con información válida para ser procesada por programas estadístico-matemáticos (SPSS PASW Statistics ver 18) luego se procederá a realizar los análisis comparativos para calcular las variables para cada sujeto de estudio. Dependiendo de los datos obtenidos se utilizará el Chi cuadrado para determinar asociación entre las variables, por ser el modelo más apropiado a nuestro análisis.

## **CAPITULO V**

# ADMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

## 5.1 DE RECURSOS

**HUMANOS:** gestantes en trabajo de parto en fase activa

**INSTITUCIONALES:** Servicio de Ginecología y obstetricia del HMC

## 5.2 PRESUPUESTO

RUBROS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO s/.	COSTO TOTAL s/.
MATERIALES	PAQUETE	2	S/ 20.00	S/ 40.00
INVESTIGADOR ASESOR	PORTATIL	1		
TOTAL				S/40.00
SERVICIOS	ENCUESTAS	100	S/ 2.00	S/ 200.00
ENCUESTADOR ESTADISTICOS IMPRESIONES DIGITADOR		SE EJECUTAN	DE CADA TRABAJO	REALIZADO
TOTAL				S/ 200.00
REC.HUMANOS	HORA	240	S/ 20.00	S/ 4800.00
INVESTIGADOR ASESOR	HORA	10	S /10.00	S/ 1000.00
TOTAL				S/ 5800.00
OTROS	-	-	-	S/ 600.00
TRANSPORTE ALIMENTOS	-	-	-	S/ 1300.00
TOTAL				S/ 1900.00

### 5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
I. ELABORACION O FORMULACION DEL PROBLEMA	X	X	X	X	X	X	X	X																								
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.							X	X	X	X																						
III. OBJETIVOS									X	X	X	X																				
IV. JUSTIFICACIÓN										X	X	X	X																			
V. HIPOTESIS													X	X	X																	
VI. MARCO TEORICO													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
VII. VARIABLE Y OPERACIONALIZACIÓN													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
VIII. ELABORACIÓN DE INSTRUMENTO Y RECOLECCIÓN																					X	X	X	X	X	X						
IX. ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS																													X	X		
X. DISCUSIÓN																													X	X		
XI. PRESUPUESTO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
XII. RECOMENDACIONES																													X	X		
XIII. CONCLUSIONES																													X	X		
XIV. BIBLIOGRAFIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### CAPITULO VI PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

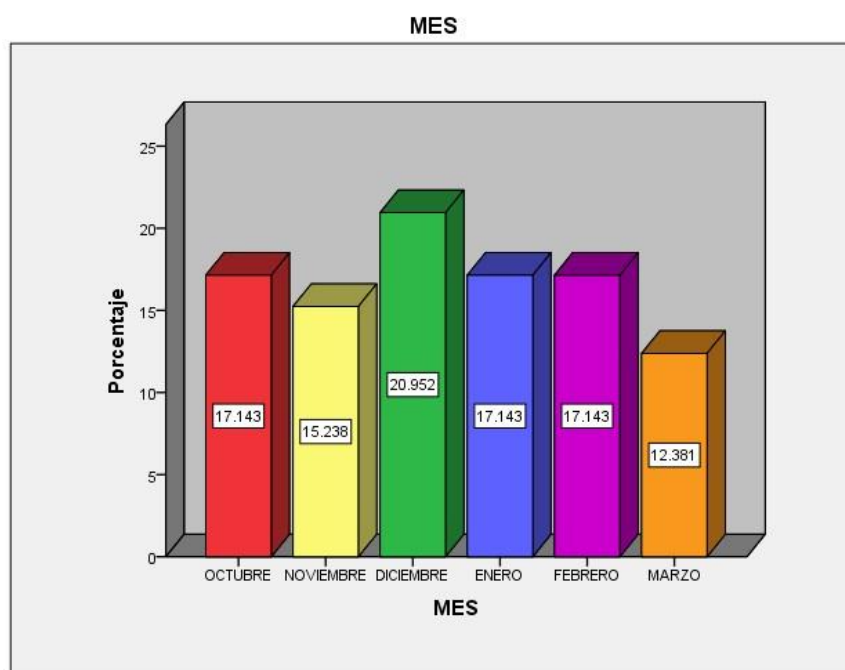
## 6.1 ANALISIS DE DATOS

### INFORMACIÓN GENERAL

Tiene como objetivo recoger datos generales de los recién nacidos como: tamaño de la muestra, edad, sexo, edad gestacional, número de controles pre natales, peso, talla, complicaciones maternas y neonatales.

	Frecuencia	Porcentaje
OCTUBRE	18	17.1
NOVIEMBRE	16	15.2
DICIEMBRE	22	21
ENERO	18	17.1
FEBRERO	18	17.1
MARZO	13	12.4
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC -2016.



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

La tabla Nº 1 nos presenta la muestra que se ha tomado para efectos del presente estudio, se obtuvo una muestra de manera aleatoria de 105 recién

nacidos atendidos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central – LIMA Octubre 2013 -Marzo 2014”.

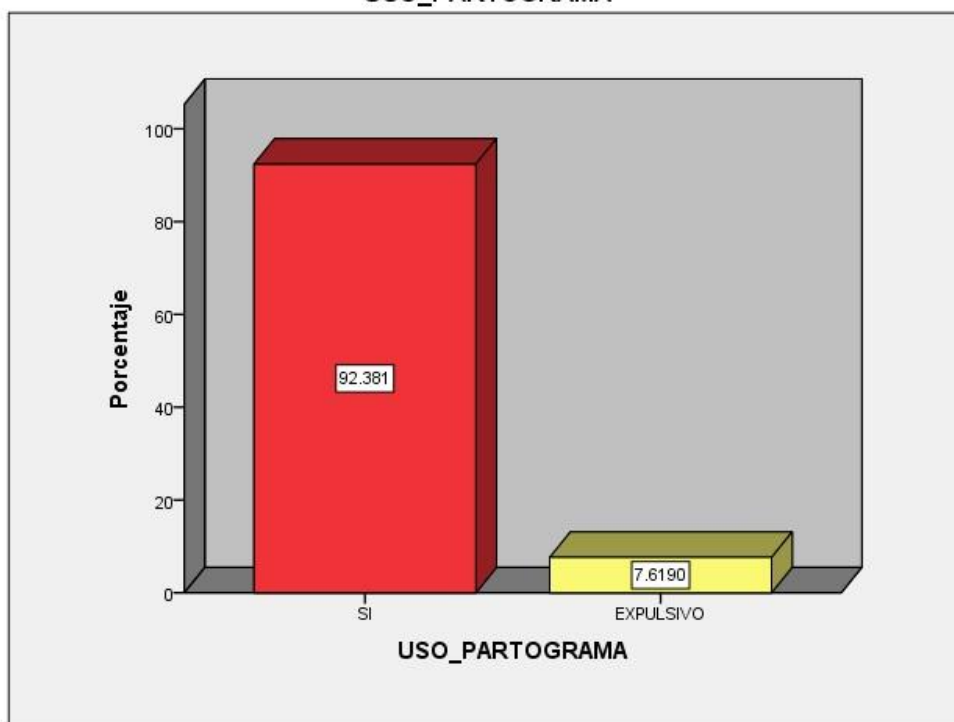
TABLA Nº 2

**USO DE PARTOGRAMA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
SI	97	92.4
EXPULSIVO	8	7.6
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC - 2016.

USO\_PARTOGRAMA



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

La tabla Nº 2 nos indica en qué casos se ha utilizado el partograma en la atención del proceso del parto del RN, como se puede observar en el 92.4% de los casos se ha utilizado, y en los casos que no se ha utilizado es porque la paciente llegó en periodo expulsivo, lo que nos muestra que en más del 90% de los casos se cumple con la norma establecida para este proceso.



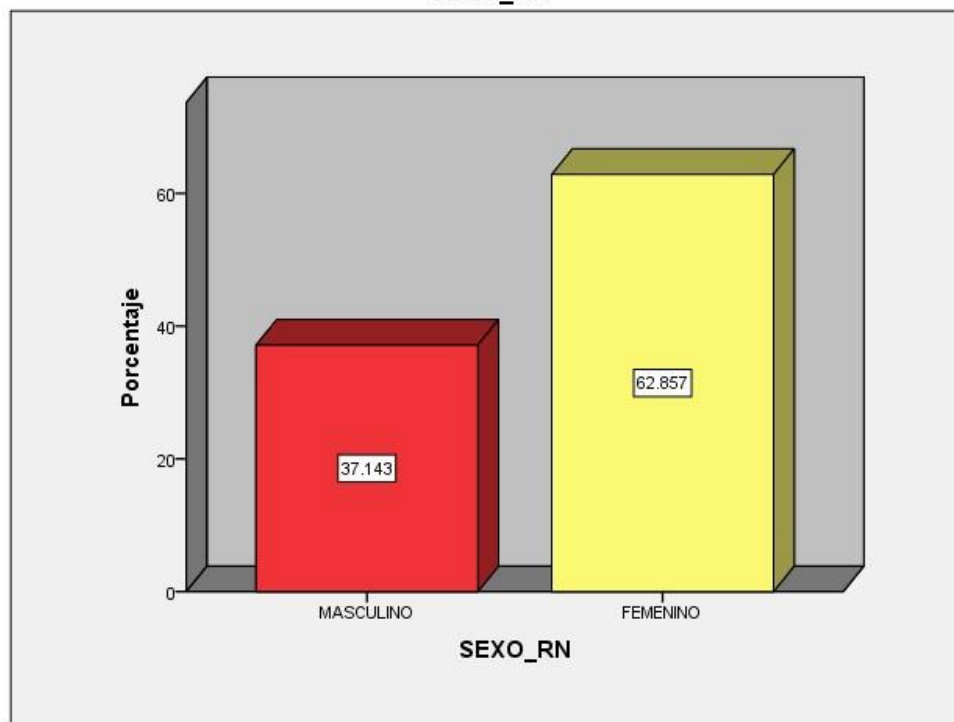
TABLA Nº 3

**SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	39	37.1
FEMENINO	66	62.9
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

SEXO\_RN



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016

En la tabla Nº 3, se muestra el sexo de los recién nacidos atendidos en el Hospital Militar Central, de las cuales el sexo femenino representa el 62.9% de los casos.

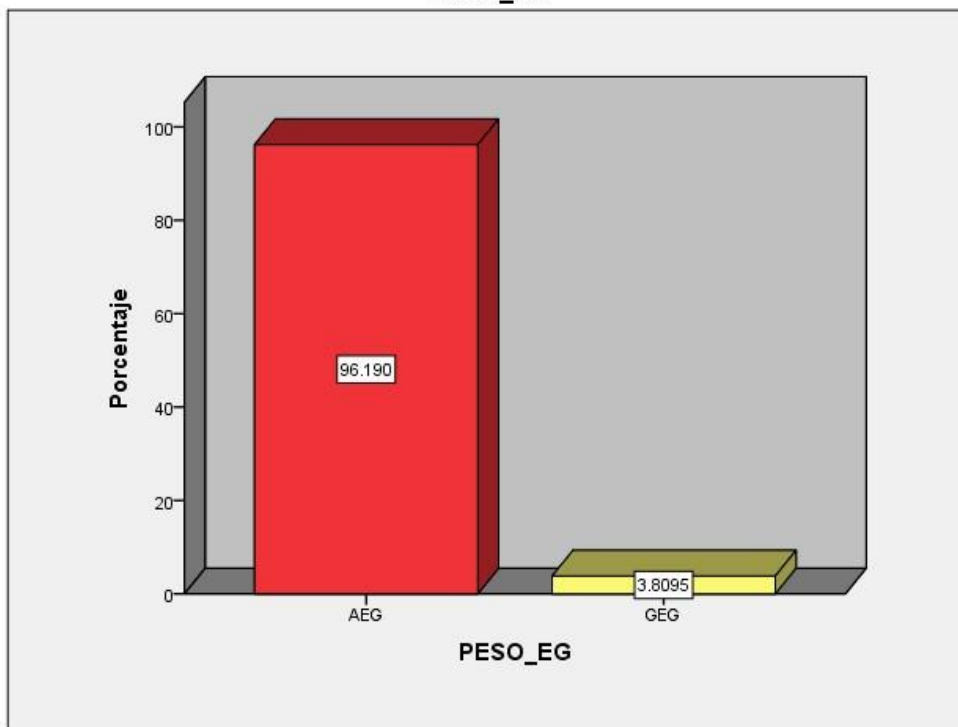
**TABLA N° 4**

**PESO DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL  
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
AEG	101	96.2
GEG	4	3.8
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC -2016.

**PESO\_EG**



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

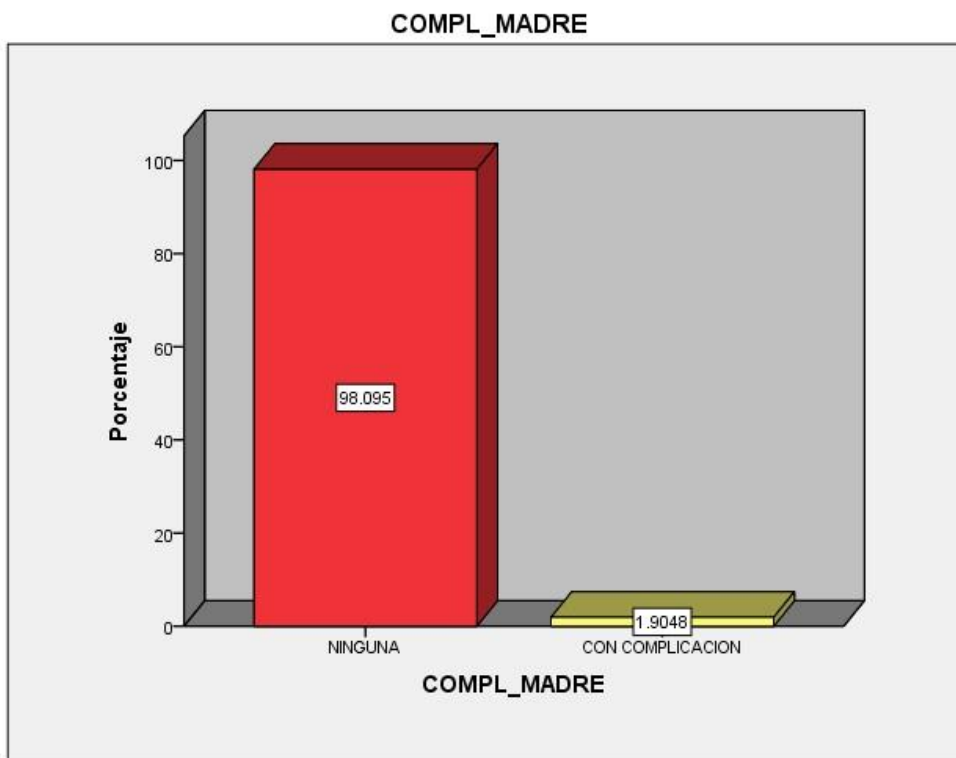
En la tabla N° 4, se muestra la relación del peso y la edad gestacional, mostrando que el 96.2 % de los recién nacidos tenían un peso adecuado para su edad gestacional, lo que nos muestra que esta característica no sería inconveniente para cumplir con las normas de atención.

**TABLA N° 5**

**COMPLICACIONES MATERNAS EN LOS PARTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	103	98.1
CON COMPLICACION	2	1.9
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.



Fuente: Registro de Sala de partos. CMI DAC-2016.

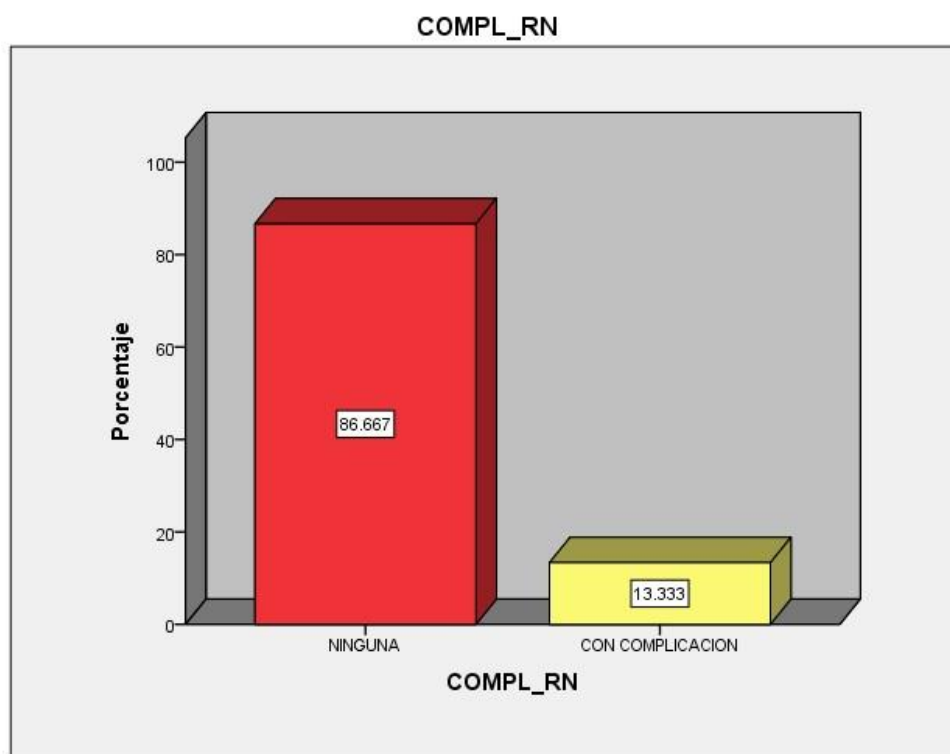
En la tabla N° 5, se muestra los diagnósticos registrados en sala de partos que indican que en el 98.1% de los partos no hubo complicación materna lo que nos muestra que esta característica no sería inconveniente para cumplir con las normas de atención.

**TABLA N° 6**

**COMPLICACIONES NEONATALES EN LOS PARTOS  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	91	86.7
CON COMPLICACION	14	13.3
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2014.



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

En la tabla N° 6, se muestra los diagnósticos registrados en sala de partos que indican que en el 86.7% de los partos no hubo complicación neonatal lo que nos muestra que esta característica no sería inconveniente para cumplir con las normas de atención.

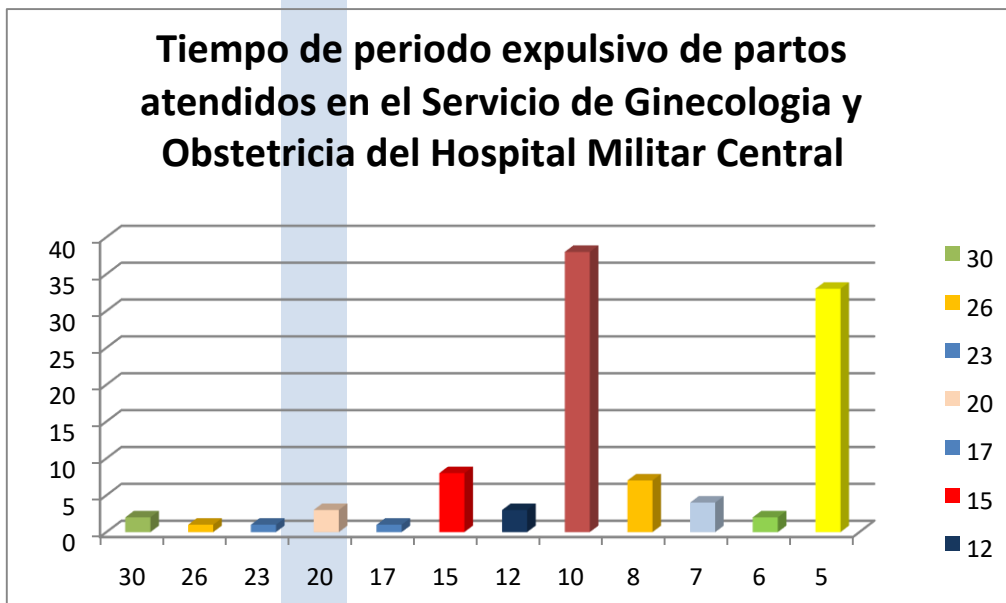
**TABLA N° 7**

**TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO DE PARTOS  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
MILITAR CENTRAL**

Minutos	Frecuencia	Porcentaje
30	2	1.9
26	1	1

23	1	1
20	3	2.9
17	1	1
15	8	7.6
12	3	2.9
10	38	36.2
8	7	6.7
7	4	3.8
6	2	1.9
5	33	31.4
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.



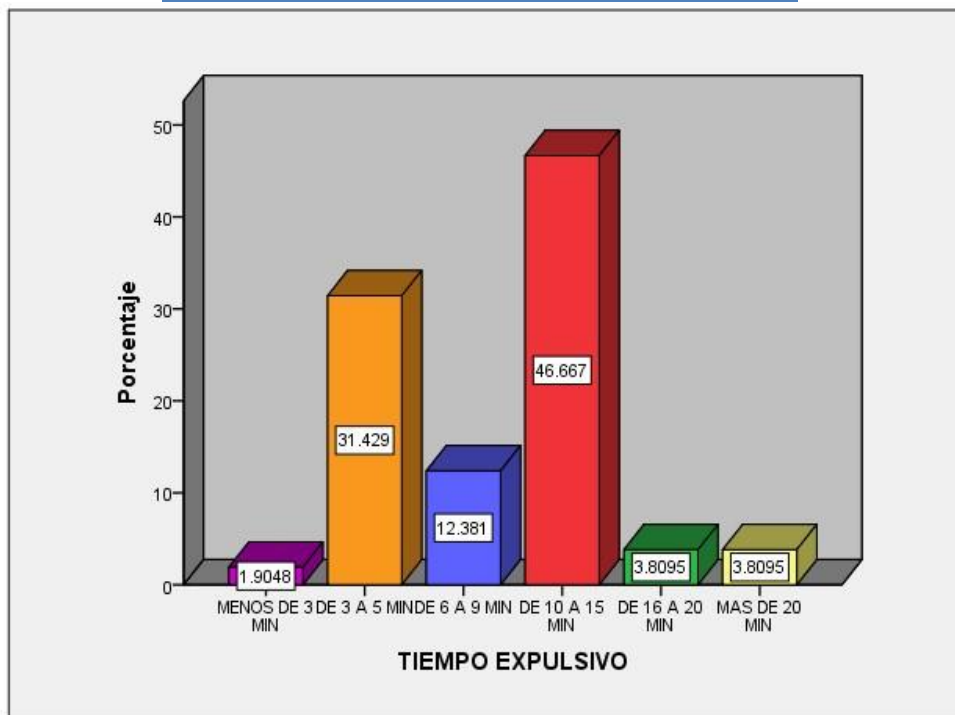
Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

En la tabla N° 7, se muestra que el tiempo de periodo expulsivo con mayor frecuencia es el de 10 minutos con 36.2% de los casos, mostrando además que el tiempo más prolongado ha sido de 30 min. y el menor de 3 min.

**TABLA N° 8**

**TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 3 MIN	2	1.9
DE 3 A 5 MIN	33	31.4
DE 6 A 9 MIN	13	12.4
DE 10 A 15 MIN	49	46.7
DE 16 A 20 MIN	4	3.8
MAS DE 20 MIN	4	3.8
Total	105	100



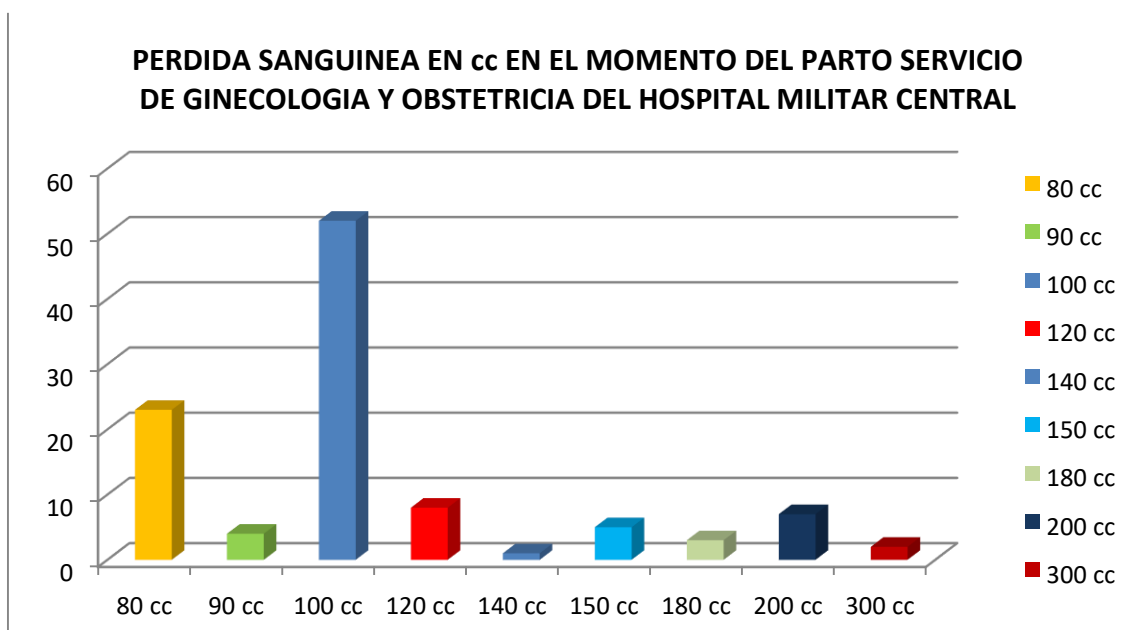
TIEMPOS DE PERIODO EXPULSIVO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

En la tabla N° 8 se muestra de manera agrupada los rangos de tiempo de periodo expulsivo con mayor frecuencia, siendo el periodo entre 10 a 15 min, el tiempo que presenta mayor frecuencia con un 46.7%

**TABLA N° 9**  
**PERDIDA SANGUINEA EN CC EN EL MOMENTO DEL**  
**OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRALPARTO EN EL SERV. DE GINECOLOGIA Y**

Centímetros cúbicos	Frecuencia	Porcentaje
80 cc	23	21.9
90 cc	4	3.8
100 cc	52	49.5
120 cc	8	7.6
140 cc	1	1
150 cc	5	4.8
180 cc	3	2.9
200 cc	7	6.7
300 cc	2	1.9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

La tabla N° 9 nos muestra que el 49.5% de los partos ha producido una pérdida sanguínea de 100 cc, que nos brinda una idea que esto no sería un inconveniente para cumplir con las normas de atención.



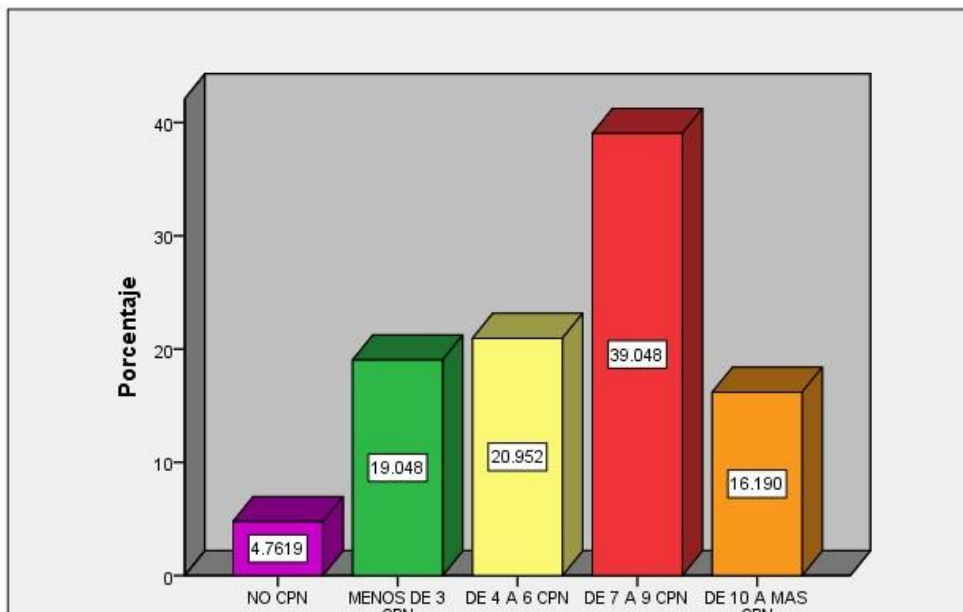
**TABLA N° 10**

**CONTROLES PRENATALES REALIZADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
NO CPN	5	4.8
MENOS DE 3 CPN	20	19
DE 4 A 6 CPN	22	21
DE 7 A 9 CPN	41	39
DE 10 A MAS CPN	17	16.2
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC 2016.

**CONTROL PRENATAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

En la tabla N° 10 se muestra que solo el 4.8% de las gestantes no ha recibido control pre natal, y 81% de las gestantes tienen más de 4 controles prenatales, de lo que se deduce que en estos controles se le ha brindado la educación

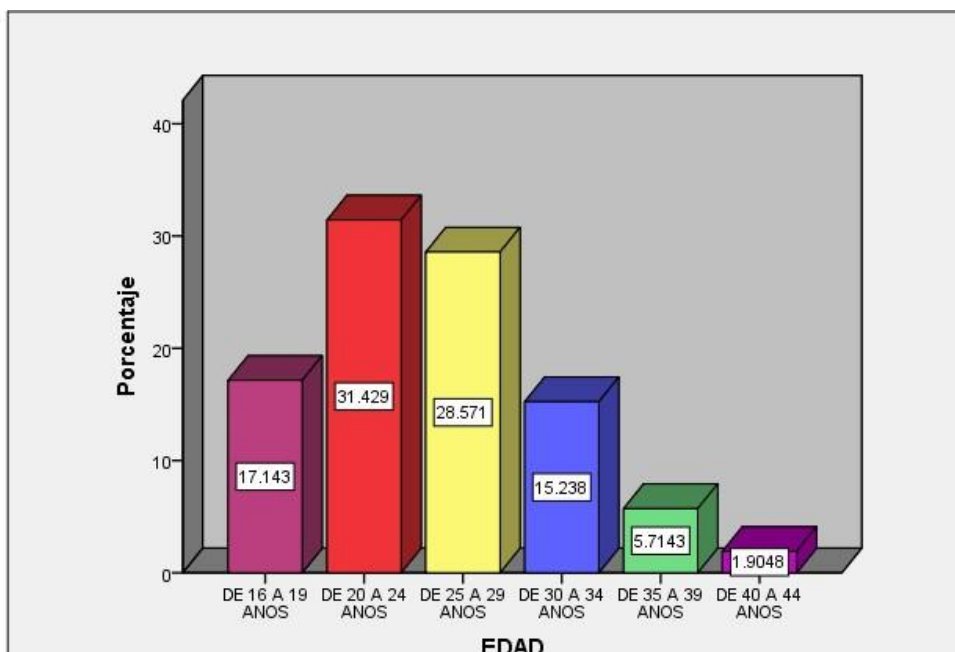
respectiva de los beneficios del clampaje de cordón umbilical y/o contacto precoz del recién nacido.

**TABLA Nº 11**  
**EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL**  
**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
DE 16 A 19 ANOS	18	17.1
DE 20 A 24 ANOS	33	31.4
DE 25 A 29 ANOS	30	28.6
DE 30 A 34 ANOS	16	15.2
DE 35 A 39 ANOS	6	5.7
DE 40 A 44 ANOS	2	1.9
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

**EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**



Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

La tabla N° 11, nos muestra que el 60% de las gestantes tienen entre 20 y 29 años, siendo la menor edad de 16 años y la mayor de 44 años.

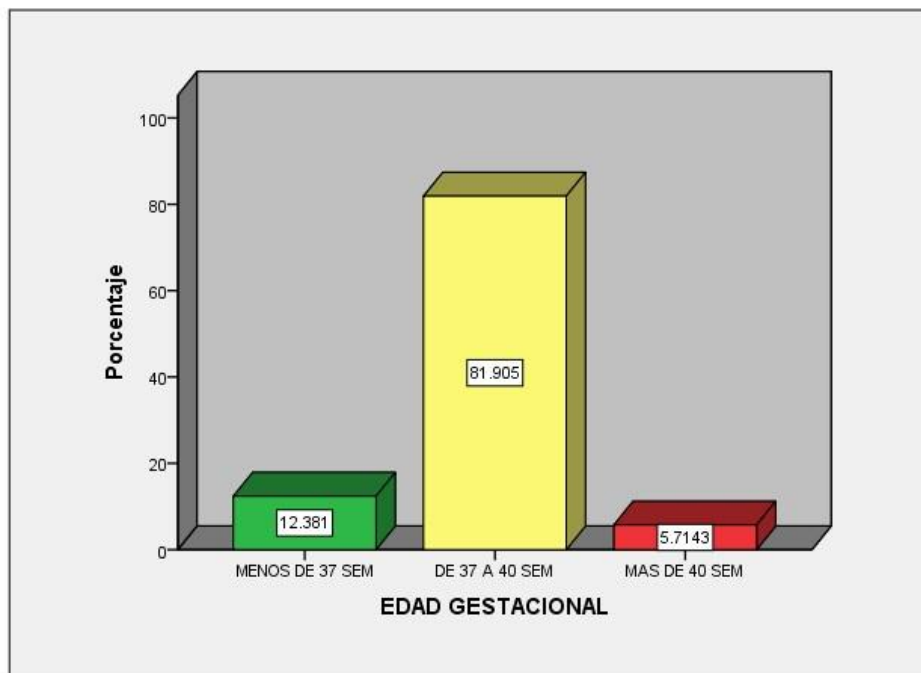
**TABLA N° 12**

**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 37 SEM	13	12.4
DE 37 A 40 SEM	86	81.9
MAS DE 40 SEM	6	5.7
Total	105	100

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.

## EDAD GESTACIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL



Fuente:

Registro de Sala de partos. HMC-2016.

La tabla Nº 12, nos muestra la edad gestacional en la que se atendió el parto en el Hospital Militar Central, se observa que el 81.9% de las gestantes tenía entre 37 a 40 semanas, lo que es una característica importante para el cumplimiento de las normas técnicas en estudio.

**TABLA Nº 13**

### PESO DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 3200 gr.	38	36.2
DE 3200 A 3500 gr.	29	27.6
DE 3501 A 3999 gr.	32	30.5
DE 4000 gr a mas	6	5.7
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Sala de partos. HMC-2016.



## 6.2 CONCLUSIONES

- El personal de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, no se encuentra adecuadamente capacitado respecto de las normas técnicas de clampaje de cordón umbilical.
- El personal de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Centra, no se encuentra adecuadamente capacitado respecto de las normas técnicas de contacto precoz del recién nacido.
- El nivel de aplicación de las normas técnicas por parte del personal de salud solo se brinda en un 40%, debido a que existen factores como la falta de capacitación, patologías maternas y neonatales, desconocimiento de las normas y el cambio de turno que condicionan el cumplimiento de las mismas.
- Solo el 50% por parte del personal de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Centra, conoce los beneficios del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos
- El 80% del personal de salud considera que la lactancia materna exclusiva es un beneficio del contacto precoz de la atención del recién nacido.
- El 30 % del personal de salud considera que el cambio de turno es un factor que condiciona al cumplimiento de las normas técnicas en estudio.
- El 35 % del personal de salud considera que cumple solo a veces la norma técnica relacionada al clampaje del cordón umbilical.
- El 45 % del personal de salud considera que cumple solo a veces la norma técnica relacionada al contacto precoz del recién nacido.

- El personal que labora en el Centro Obstétrico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, manifiesta que en el 80% de los casos, observo que no se cumplía con las normas técnicas de clampaje y contacto precoz de atención del recién nacido.
- Las condiciones de las madres y de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, permitirían la aplicación de las normas técnicas sin inconvenientes en el periodo en que se realizó el estudio.
- La patología materna que interfiere en el cumplimiento de las normas de atención del recién nacido del clampaje tardío y contacto precoz del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, es la hemorragia post parto, seguida de alteraciones de la presión arterial, a pesar de que la literatura indica que ello no debe ser coadyuvante para dejar de cumplir con la norma técnica.
- La patología neonatal que interfieren en el cumplimiento de las normas de atención del recién nacido del clampaje tardío y contacto precoz del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central es la asfixia, seguida de depresión neonatal, a pesar de que la literatura indica que ello no debe ser coadyuvante para dejar de cumplir con la norma técnica.
- Es importante mencionar que respecto al momento en que se debe efectuar el clampaje del cordón umbilical, ninguna de las personas encuestadas contesto correctamente, sabiéndose que dicho procedimiento debe efectuarse al cese del latido de la vena umbilical.
- Con todo ello se considera que debería realizarse más capacitación respecto a los puntos de la norma técnica en cada uno de los temas tratados, así como hacer un refuerzo de las normas que en el presente estudio no se están evaluando.
- Por otro lado se considera que debería realizarse un estudio prospectivo en el que se tome en cuenta los niveles de Hb del recién nacido aplicando la normas técnicas respectivas para ver en un plazo

de 6 meses o un año en cuanto se puede beneficiar al recién nacido con dicho procedimiento.

- Finalmente llegamos a la conclusión que se responden a dos de las hipótesis inicialmente planteadas que son las siguientes :
  - **H2** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, no conoce y no aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.
  - **H5** El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, no conoce y no aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.
  
- A medida que la mortalidad infantil tiene una tendencia descendente en los países en desarrollo, ésta se viene concentrando, de manera creciente, en el periodo neonatal. Durante las primeras 24 horas después del parto, se concentra hasta el 45% de todas las muertes neonatales y maternas. Las prácticas esenciales durante la atención del parto, beneficiosas para la salud y nutrición materna y del recién nacido que son promovidas en esta Tesis, son en esencia de carácter preventivo para evitar la mortalidad neonatal y también son protectoras para las madres. Sin embargo, la base de la evidencia de los beneficios va más allá de la supervivencia ya que demuestra los efectos beneficiosos a largo plazo en la salud y nutrición materna e infantil y en el desarrollo cognitivo de los niños.
  
- A diferencia de otras intervenciones orientadas a salvar vidas, la implementación de estas prácticas no tiene costos recurrentes. Una vez establecida como una práctica estandarizada de atención, millones de madres y sus recién nacidos cosecharán sus beneficios.



### 6.3 RECOMENDACIONES

- Es necesario realizar un programa de Capacitación en servicio dirigido al personal de salud que trabaja en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en relación a las normas técnicas del clampaje tardío de cordón umbilical y contacto precoz de atención al recién nacido, que sea organizado por la Jefatura del Departamento, solicitando al MINSA, la asistencia técnica para tales fines.
- Concientizar a todo el personal de salud de la necesidad y de los beneficios de cumplir con las normas técnicas de atención para garantizar el bienestar de la madre y el recién nacido, a través de dos procedimientos sencillos que deben convertirse en procedimientos rutinarios.
- Realizar un estudio prospectivo cuasi experimental midiendo niveles de hemoglobina para valorar los beneficios del clampaje tardío del cordón umbilical.
- Incorporar en los protocolos de atención, Manual de Organización y funciones (MOF), la realización de los dos procedimientos: clampaje tardío y contacto precoz, para ser rutinarios en la atención del parto.
- Promover e impulsar en el programa educativo prenatal del HMC dirigido a gestantes, los derechos que le asisten al recién nacido de

realizarle estos dos tipos de atenciones: el clampaje tardío y el contacto precoz.

- Socializar estos resultados al Servicio de Neonatología, quien por iniciar su atención al recién nacido, interviene acelerando los tiempos de la atención de los profesionales.
- Desarrollar materiales de difusión sobre la información de las prácticas recomendadas y su base de evidencia científica; la prevalencia de Anemia en recién nacidos, lactantes y niños pequeños; la relación entre la anemia y el desarrollo cognitivo; normas actuales, guías y protocolos con respecto al momento del pinzamiento del cordón y los cambios propuestos.
- Revisar y actualizar los protocolos nacionales y profesionales.
- Extender la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y la reevaluación de los hospitales certificados.

## 6.4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Aroca Ocmin TM, Badillo Macazana FR. Relación entre el camplaje tardío del cordón umbilical y la concentración de hemoglobina en el recién nacido. Instituto Materno Perinatal; 2002.
- 2- Ceriaani Cernadas JM. Pinzamiento precoz versus pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos prematuros; comentario de la BSR (última revisión: 07 de marzo de 2006). La biblioteca de salud reproductiva de la OMS; Ginebra: organización mundial de la salud.
- 3- Cuidados en el parto normal; una guía práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo. Organización mundial en Salud, Ginebra. Departamento de investigación y salud reproductiva.
- 4- Ortega García EM, Ruiz Sacristán A, Garrido Rías AE, Marchador Pinillos B. Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas Prof.* 2009;10(2):25-28.
- 5- Oh W, Lind J, and Gessner IH. The circulatory and respiratory adaptation to early and late cord clamping in neonate infants. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1966;55:17–25.
- 6- Oh W, Wallgren G, Hanson JS, and Lind J. The effects of placenta ltransfusionon respiratory mechanics of normal termneonate infants. *Pediatrics* 1967;40:6–12.
- 7- Saigal S, and Usher RH. Symptomatic neonatal plethora. *Biology of the Neonate* 1977;32:62–72.

- 8- Yao AC, Lind J, and Vuorenkoski V. Expiratory grunting in the late clamped normal neonate. Pediatrics 1971;48:865–870.
- 9- Saigal S, O'Neill A, Surainder Y, Chua LB, and Usher R. Placental transfusion and hyperbilirubinemia in the premature. Pediatrics 1972;49:406–419
- 10-UNMSM <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2965>
- 11-UNMSM <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2962>
- 12-UNMSM <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1904>
- 13-Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. OIT 2010.

## **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA**

## INSTRUMENTO

**TÍTULO: “NIVEL CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LAS NORMAS DEL CLAMPAJE TARDÍO Y CONTACTO PRECOZ DE LOS RECIÉN NACIDOS POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD QUE LABORA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

1.- La deficiencia de hierro afecta a la población mundial en:

- a.- 18 %
- b.- 20 %
- c.- 25 %
- d.- 30 %

2.- El clampaje de cordón umbilical debe realizarse:

- a.- Al cese del latido de la vena umbilical.
- b.- Al cese del latido de las arterias umbilicales.
- c.- Al cese del latido de las arterias y vena umbilical.
- d.- En cualquier momento después del nacimiento.

3.- La ligadura tardía del cordón umbilical se debe dar:

- a.- Pasado 2 minutos.
- b.- Pasado 3 minutos.
- c.- Pasado 5 minutos.
- d.- Inmediatamente después del nacimiento.

4.- Marque los beneficios de la ligadura tardía del cordón umbilical:

- a.- Proporciona reservas de hierro al niño.
- b.- Seguro de vida contra la anoxia postnatal.

c.- Segunda fuente de oxígeno.

d.- Todas las anteriores.

5.- La ligadura tardía del cordón umbilical debe efectuarse en :

a.- RN pre término.

b.- RN a término.

c.- RN post término.

d.- En todos los RN.

6.- ¿Para que se efectúe la transfusión placentaria, a que altura debe colocarse el bebe respecto de la placenta?

a.- más de 50 cm

b.- más de 10 cm.

c.- de 0 a 10 cm.

d.- menos de 50 cm.

7.- Menciona 03 beneficios del contacto precoz del RN.

a.- \_\_\_\_\_

b.- \_\_\_\_\_

c.- \_\_\_\_\_

8.- El contacto precoz del RN se debe dar por un lapso de :

a.- 05 minutos.

b.- 20 minutos.

c.- 30 minutos.

d.- 60 minutos.

9.- Considera que Ud. cumple con la norma técnica de la ligadura tardía del cordón umbilical.

a.- Siempre.

b.- Casi siempre.

c.- A veces

d.- Nunca

10.- Considera que Ud. cumple con la norma técnica del contacto precoz del recién nacido.

a.- Siempre.

b.- Casi siempre.

c.- A veces

d.- Nunca

11.- Mencione las 03 patologías maternas más frecuentes que le impiden cumplir con la norma técnica.

a.- \_\_\_\_\_

b.- \_\_\_\_\_

c.- \_\_\_\_\_

12.- Mencione las 03 patologías neonatales más frecuentes que le impiden cumplir con la norma técnica.

a.- \_\_\_\_\_

b.- \_\_\_\_\_

c.- \_\_\_\_\_

13.- ¿Cuál considera Ud. que es la causa más frecuente del incumplimiento de las normas técnicas de ligadura tardía del cordón umbilical y del contacto precoz del recién nacido?

a.- Escaso personal.

b.- Falta de capacitación.

c.- Cambio de turno.

d.- Patologías maternas y neonatales.

e.- \_\_\_\_\_

14.- ¿Usted ha observado si el personal no cumple con las normas técnicas debido a que el parto se produce cuando hay cambio de turno?

a.- Siempre

b.- Casi siempre.

c.- A veces

d.- Nunca.

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

FECHA DE PARTO	EDAD	EG	Nº APN	USO PARTOGRAMA	TIEMPO EXPULSIVO	PERDIDA SANGUINEA	SEXO RN




CONTACTO PRECOZ	PESO	TALLA	PESO RN ADECUADO,- --	COMPLICACIONES MADRE	COMPLICACIONES RN

## **MATRIZ DE CONSISTENCIA**

***“Conocimientos y aplicación de normas del clampaje tardío y contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud del servicios de***

***Ginecología y Obstetricia del HMC”***

Problema General	Objetivos	Marco Teórico	Hipótesis	Variables e Indicadores	Metodología
<p><b>Principal</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del clampaje tardío y contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?</p> <p><b>Problemas Secundarios</b></p> <p>a. ¿Cuál es el nivel de conocimientos relacionados con el clampaje tardío por parte del personal médico y obstetra que atiende el parto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?</p> <p>b. ¿Porque no se aplican de las normas del contacto precoz del recién nacido con su madre por parte del personal médico y obstetra que atiende el parto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Identificar el nivel de conocimientos y aplicación de las normas del clampaje tardío y contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>a. Establecer el nivel de conocimiento de las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</p> <p>b. Establecer el nivel de conocimiento de las normas del contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</p> <p>c. Establecer el nivel de aplicación de las normas técnicas por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central..</p> <p>d. Establecer el grado de conocimiento de los beneficios del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</p>	<p><b>Marco Conceptual.</b></p> <p>Antecedentes de la Investigación</p> <p>Existe mucha evidencia relacionada a la aplicación de estas dos practicas esenciales de la atención del parto, para que los profesionales que atienden el parto puedan realizarlas considerando que tienen muchos beneficios para la madre y el niño recién nacido.</p> <p><b>Valor Agregado.-</b> Las dos prácticas esenciales de la atención del parto no generan ningún costo y brindan grandes beneficios para la salud.</p> <p><b>CLAMPAJE TARDIO:</b> Es el acto de ligar el cordón umbilical de todos los recién nacidos independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación del cordón umbilical ha finalizado, esta aplanado y después de que las pulsaciones del cordón hayan cesado (aproximadamente 3</p>	<p><b>HIPOTESIS CENTRAL</b></p> <p>H0 El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, conoce y aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.</p> <p>H1 El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central conoce y no aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.</p> <p><b>HIPOTESIS SECUNDARIAS</b></p> <p>H2 El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central no conoce y no aplica las normas del clampaje tardío del cordón umbilical de los recién nacidos.</p> <p>H3 El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central conoce y aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.</p> <p>H4 El equipo de salud que labora en el Servicio de</p>	<p>Para demostrar y comprobar la hipótesis anteriormente formulada, la operacionalizamos, determinando las variables e indicadores que a continuación se mencionan:</p> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Conocimientos de Normas Técnicas de Clampaje de cordón umbilical y contacto precoz</p> <p><b>INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clampaje de cordón umbilical</li> <li>• Tiempo de clampaje de cordón umbilical</li> <li>• Identificación de deficiencia de hierro</li> <li>• Beneficios del Clampaje de Cordón Umbilical</li> <li>• Beneficiarios del Clampaje de Cordón Umbilical</li> <li>• Altura para la transfusión placentaria</li> <li>• Beneficiarios del Contacto Precoz</li> <li>• Tiempo de contacto precoz</li> </ul> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de las normas</li> </ul> <p><b>INDICADOR</b></p>	<p><b>Tipo de Investigación</b></p> <p>Por el tipo de investigación, el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación observacional, cuasi experimental, de corte transversal, prospectivo.</p> <p><b>Nivel de la Investigación</b></p> <p>De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un estudio descriptivo, explicativo cuasi experimental.</p> <p><b>Método de la Investigación</b></p> <p>Durante el proceso de investigación para demostrar y comprobar la hipótesis se aplicaran los métodos que a continuación se indican:</p> <p><b>Histórico.-</b> A través de este método se conocerá la evolución histórica que a experimentado el problema de investigación.</p> <p><b>Comparativo.-</b> .A través de este método, Se hará una comparación entre los periodos planteados</p>

	<p>e. Establecer el grado de conocimiento de los beneficios del contacto precoz de los recién nacidos por parte del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</p> <p>f. Determinar el porcentaje de cumplimiento de las normas de atención del recién nacido del clampaje tardío y contacto precoz del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central. Identificar las actitudes</p> <p>g. mostradas por el personal que labora en el Centro Obstétrico del Hospital Militar Central, con respecto al cumplimiento de las normas de atención del recién nacido.</p> <p>h. Conocer las características de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, para determinar la aplicabilidad de las normas técnicas.</p> <p>i. Conocer las patologías maternas que interfieren en el cumplimiento de las normas de atención del recién nacido del clampaje tardío y contacto precoz del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central. Conocer las patologías fetales que interfieren en el cumplimiento de las normas de atención del recién nacido del clampaje tardío y contacto precoz del equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</p> <p>j. Conocer cómo influye el cambio de turno en el cumplimiento de las normas del Servicio de</p>	<p>minutos después del nacimiento)</p> <p><b>CONTACTO PRECOZ:</b> Es el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido sano idealmente dentro de los 30 minutos del nacimiento, que fomenta el vínculo afectivo y es base para el desarrollo humano.</p>	<p>Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, conoce y no aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.</p> <p>H5 El equipo de salud que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central, no conoce y no aplica las normas del contacto precoz de los recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de aplicación de Norma Técnica</li> <li>• Cumplimiento de Norma Técnica de Clampaje de Cordón Umbilical</li> <li>• Cumplimiento de Norma Técnica de Contacto Precoz</li> <li>• Cambio de turno</li> <li>• Contacto Precoz</li> <li>• Patologías Maternas</li> <li>• Complicaciones Maternas</li> <li>• Complicaciones Fetales</li> <li>• Peso de Recién Nacido</li> <li>• Perdida Sanguínea</li> </ul> <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>INDICADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de CPN</li> <li>• Edad</li> <li>• Edad Gestacional</li> </ul>	<p><b>Diseño de la Investigación:</b> Cuasi Experimental</p> <p><b>MUESTREO:</b> Probabilístico Aleatorio, en la fase inicial. (Gestantes) No Probabilístico en la fase final (personal de salud).</p> <p><b>UNIDAD DE ANALISIS:</b> Gestante Personal de Salud (Médicos y Obstetras Muestreo)</p> <p><b>Técnicas.-</b> Fichaje, Análisis de Contenidos, Encuestas.</p> <p><b>Instrumentos.-</b> Fichas de Investigación y de campo, guías de Observación, cuestionarios.</p>
--	--	--	---	---	---

	<i>Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.</i>				
--	--	--	--	--	--