

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL ÁNGELES LOMAS**

**CARACTERÍSTICAS DEL APEGO INMEDIATO Y LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL  
ANGELES LOMAS**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN :**

**NEONATOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**DRA. ALMA IVETTE OLMEDO ALCÁNTARA  
TUTOR CLÍNICO : DR. DAVID OLDAK SKIVIRSKY**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

DR. MANUEL GARCIA VELASCO  
Jefe de Enseñanza  
Hospital Ángeles Lomas

---

DR. DAVID OLDAK SKVIRSKY  
Tutor clínico  
Jefe de servicio de Neonatología  
Hospital Ángeles Lomas

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	4
Resumen e introducción.....	5
Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema, pregunta de investigación y justificación .....	16
Objetivos, hipótesis.....	17
Tipo de estudio, universo, criterios de Inclusión y exclusión.....	18
Método e instrumento de recolección y plan de análisis estadístico.....	19
Descripción de variables.....	20
Tamaño de muestra, consideraciones éticas y resultados .....	23
Conclusión .....	26
Discusión.....	28
Limitaciones del estudio .....	29
Cronograma.....	30
Referencias.....	31
Anexo.....	34

## DEDICATORIA

A mi mamá que con su amor, comprensión y paciencia me ha acompañado durante todos mis años de estudio. Gracias por tener siempre las palabras exactas en el momento justo, gracias por darme todo tu apoyo para que yo pueda realizar lo que más amo sin tener que preocuparme por nada más.

A mi papá que con su ejemplo de perseverancia, entrega y amor me ha dado el ejemplo de la persona que debo ser. Gracias por estar siempre presente, por preocuparte siempre por mi y tenerme en tu mente en todo momento.

A mi hermanita que a pesar de cualquier cosa se que cuento con su apoyo para cualquier problema y que de una forma u otra me ha sabido alegrar los días y hacer de los momentos más pesados algo llevadero. Gracias chavita por tu amor, por tus ocurrencias y por tratar de entenderme.

A mis maestros que durante este periodo de formación me han dado un ejemplo de excelencia no solo en el actuar medico, en la enseñanza y la ética si no también como ser humano. Gracias por su dedicación y preocupación para tratar de transmitir sus conocimientos impulsándome a dar lo mejor en pro de la salud de los niños

Al Dr. David Oldak por su disposición y guía durante mi formación y durante la elaboración de esta tesis. Gracias doctor por su paciencia, su empatía y sus ganas de enseñar, le aseguro que todas sus recomendaciones han sido escuchadas y atesoradas.

A mis pacientes por permitirme crecer como profesional a la par de ellos, por darme la oportunidad de aprender cuidándolos. Gracias por que al escuchar que un llanto cesa con mis cuidados recuerdo por que amo lo que hago.

## **RESUMEN**

La lactancia materna es la mejor alternativa para la alimentación del neonato por lo que el apego inmediato es de vital importancia para favorecer el inicio de la misma.<sup>2</sup> Se determinó las características del apego inmediato y la lactancia materna exclusiva en nacimientos via parto o cesarea en el Hospital Angeles Lomas tras el inicio de las mejoras en la atención integral de la madre y el recién nacido

## **INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna es la normativa estándar para la alimentación y nutrición del recién nacido por lo que debe ser considerada una prioridad en salud pública nacional e internacional y no únicamente una elección de estilo de vida.<sup>2</sup> Médicos de todas las especialidades se benefician al comprender la fisiología de la alimentación al seno materno, así como la prevalencia y comportamiento social asociado a la lactancia materna. La Academia Americana de Pediatría, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Organización Mundial de la Salud, la UNICEF y los gobiernos de todos los países, recomiendan a todas las madres, salvo excepciones puntuales, alimentación al seno materno exclusiva durante los primeros 6 meses y a partir de esta edad continuar con seno materno a la par de la alimentación complementaria por al menos un año o hasta que la madre y él bebe lo deseen.<sup>1,2,4</sup>

## **MARCO TEÓRICO**

Se sabe que la lactancia materna es la estrategia en salud que mayor número de muertes puede prevenir en menores de 5 años, hasta en 13%. Otro

factor que hace muy importante a la lactancia materna es la reducción de enfermedades agudas, tales como la gastroenteritis infecciosa que se disminuye en 64%. En las infecciones respiratorias superiores si la madre lacta por 6 meses se reducen en 63% y en las infecciones respiratorias bajas se logra una disminución de 72% con un periodo de lactancia mayor a 4 meses.<sup>1,2</sup>

El suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como “inicio temprano de la lactancia materna”; así se asegura que recibe el calostro, rico en factores de protección<sup>1,4</sup>.

Dentro de las ventajas de iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida la UNICEF enlista algunas ventajas que son <sup>1</sup>:

1. Que el cuerpo de la madre ayuda al bebe a conservar el calor corporal en especial para los neonatos de bajo peso.
2. El bebé esta menos estresado, con respiraciones sincronizadas y frecuencia cardiaca estable.
3. El neonato está expuesto a bacterias para los que la leche materna contiene factores protectores, las bacterias maternas colonizan el tracto gastrointestinal y la piel y compiten contra bacterias ambientales.
4. El bebé recibe calostro como primer alimento el cual es rico en células inmunológicamente activas, anticuerpos y proteínas de defensa. Por otra parte, contiene factores de crecimiento que ayudan a la maduración y correcto funcionamiento del intestino. El calostro es rico en vitamina A que

ayuda a la protección ocular y reduce el riesgo de infecciones; también estimula el movimiento intestinal propiciando la expulsión del meconio y con ello disminuye la ictericia.

5. El contacto, la succión y el apego temprano estimula la producción de oxitocina provocando:

- La contracción del útero ayudando al alumbramiento y disminuir el sangrado materno.
- Estimulación de la producción de la leche materna.

A pesar de todas las ventajas que muestra la lactancia materna, a nivel mundial menos de 35% de los niños menores de 6 meses son alimentados en forma exclusiva al pecho, debido a diversos factores que influyen en que la madre no pueda lograr este objetivo <sup>1</sup>.

La lista de factores es larga, destacan en ella la falta de información y apoyo durante el embarazo y al momento del nacimiento del bebé, donde en pocas ocasiones se coloca de inmediato al bebé en apego inmediato con la mamá, no se le enseña cómo colocar al bebé al pecho y la falta de alojamiento conjunto, darle indicaciones claras de cómo saber si el bebé está bien alimentado y cómo realizar la extracción de leche, en caso de que así sea necesario <sup>3,8</sup>.

La falta de apoyo a la madre lactante en su casa, en el trabajo y en la comunidad llevan a cifras bajas de lactancia a nivel mundial y México no es la excepción.



Las evaluaciones posteriores al nacimiento pueden afectar el inicio de la alimentación al seno materno; las prácticas de rutina que se pueden modificar para no interrumpir el apego temprano y la lactancia materna exclusiva son <sup>5,7</sup> :

- Evaluación de bienestar general (a realizarse mientras el paciente se encuentra piel con piel con la mamá) <sup>3,5</sup>.
- Determinación de APGAR (realizarse en el pecho de la madre).
- Succión: Indicado en el manual de reanimación neonatal de la en su 7ª edición donde se recomienda el uso de perilla de goma solo si la vía aérea se encuentra obstruida por secreciones (idealmente realizarlo mientras están en contacto piel con piel con la mamá con perilla y evitar el uso de medidas invasivas de aspiración ya que puede provocar aversión oral y el paciente rechace cualquier cosa cercana a su boca incluido el seno materno) <sup>3,7</sup>.
- Secar y pesar al neonato: pesar al recién nacido puede retrasarse y llevarlo a cabo después del apego inmediato y el contacto piel con piel, el secado del paciente puede hacerse en el pecho de la madre y no se debe bañarse al neonato de forma inmediata ya que puede confundir el sentido del olfato haciendo difícil al neonato reptar al pecho <sup>3,7</sup>.
- Uso de cuneros: preferir el alojamiento conjunto favoreciendo el reconocimiento de movimientos, actitudes propias del neonato <sup>3,7</sup>.
- Uso de chupones, biberones o alimentadores: los usos de los mismos pueden dificultar el inicio y mantenimiento de la alimentación al seno materno exclusivo. <sup>2,3</sup>

- Uso de fórmula: El hospital puede, de forma rutinaria proveer sucedáneos de la leche materna si el neonato no se encuentra con la madre, pero es preferible que la madre se extraiga leche para mantener la lactancia materna exclusiva.<sup>3,7</sup>
- Toma de tamiz metabólico: se realiza generalmente con una punción en el talón del neonato no antes de las 24 horas de vida, en procedimientos dolorosos la lactancia al momento de la intervención puede funcionar como analgésico natural disminuyendo así el llanto y quejido del recién nacido<sup>2,3</sup>
- Bebes en terapia intensiva: se recomienda que si bien el paciente no puede recibir alimentación de forma inmediata por la patología de base, la madre se extraiga leche para conservarla y usarla en el momento que las condiciones del paciente lo permitan<sup>9,11</sup>

Cuando consideramos la vía de nacimiento dentro de los factores que limitan la alimentación al seno materno, así como el apego inmediato encontramos que el nacimiento vía cesárea es un factor de riesgo para que esto no ocurra debido a las siguientes razones<sup>5</sup>:

- **El dolor materno, miedo, estrés, fatiga y recuperación prolongada:**

Las madres a las cuales se les practica cesárea experimentan en mayor medida dolor, un mayor periodo de recuperación, mayor incidencia de readmisión, estrés, ansiedad si se comparan con las madres que dan a luz por vía vaginal.<sup>5</sup>

Por otro lado, se reporta que no existe diferencia entre realizar cesárea de emergencia o una cesárea electiva con respecto a la presencia de dolor posterior al procedimiento. El dolor en el postoperatorio afecta de forma negativa la lactancia y en general el cuidado del neonato por lo que es de vital importancia contar con el adecuado control del dolor. Sin embargo, algunos medicamentos para el control del dolor posterior a la cesárea pasan a través de la leche de la madre o bien suprimen la producción de la misma por lo que se debe personalizar la analgesia con cada paciente. <sup>5</sup>

Las madres que son sometidas a cesárea tienen niveles más altos de ansiedad somática, tensión muscular entre otras cosas. El estrés materno se asocia a alteraciones en la liberación de oxitocina inhibiendo así la producción y expulsión de la leche. El estrés en el neonato (ej: parto instrumentado, maniobra de Kristeller) puede resultar en un patrón de succión débil o en disminución de la demanda. <sup>5,10</sup>

- **Complicaciones y separación del binomio madre-bebe**

Las mujeres a las que se les practica cesárea son más propensas a presentar hemorragias significativas en comparación con las pacientes con trabajo de parto. En una cohorte multicéntrica se reportó que las mujeres con grandes pérdidas de sangre son menos propensas a iniciar y sostener la lactancia y puede estar relacionado con el retraso en el contacto temprano con el bebe. Estos hallazgos tienen implicaciones en los cuidados post natales ya que estas mujeres pueden requerir un mayor apoyo en cuanto a educación, y asistencia para el inicio y sostén de la lactancia. <sup>5,10</sup>

- **Acceso tardío al bebe y alimentación suplementaria**

Algunas madres tienen la oportunidad de realizar el apego en la mesa de operaciones durante la cirugía, aunque a la gran mayoría se les indica esperar hasta que pasen a recuperación. Esto implica un retraso de al menos una hora para el apego y por consiguiente retraso en la primera alimentación al seno materno y en la producción de leche posterior a la cesárea. El estudio de Leung et al (2002) concluye que el nacimiento vía cesárea es un factor de riesgo importante para no iniciar la lactancia materna, para amamantar menos de un mes y una razón en contra de la duración de la lactancia. <sup>1,5</sup>

Por otra parte, la alimentación con formula puede resultar más fácil y conveniente para los pacientes producto de cesárea. Es una práctica común que los bebés nacidos por cesárea sean separados de la mamá y alimentados con formula como primer alimento. En ocasiones la alimentación complementaria con formula de inicio es necesaria para prevenir hipoglicemia o cuando el neonato pierde gran cantidad de peso y no recupera el mismo con facilidad o cuando el patrón de succión no es el adecuado; estas situaciones pueden afectar la confianza y el deseo de la madre de amamantar. <sup>5,11</sup>

Todas las madres a las cuales se les realiza cesárea deben ser alentadas a mantener a sus recién nacidos en alojamiento conjunto y a participar del cuidado del bebe si es que no existe ninguna contraindicación de la misma.

La UNICEF menciona los pasos para una lactancia exitosa en los que se enlistan diez pasos que cualquier centro que provea servicios de maternidad y cuidado del recién nacido debería tener los cuales son <sup>1</sup>:

1. Tener políticas escritas sobre lactancia materna y comunicarlos de forma rutinaria al personal de salud a cargo de la atención.
2. Entrenar al personal de salud en habilidades necesarias para implementar las políticas.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y técnicas para la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna en la primera media hora de vida.
5. Mostrarles a las madres como lactar y mantener la lactancia aun estando separadas del recién nacido.
6. Darle a los neonatos solo leche materna, ningún otro alimento o formula a menos que esté medicamente indicado.
7. Practicar alojamiento conjunto para mantener al binomio junto las 24 hrs del día.
8. Motivar la lactancia materna a libre demanda.
9. No utilizar biberones o chupones para alimentar al neonato.
10. Apoyar el establecimiento de grupos de apoyo para la lactancia y referir a las madres a los mismos al alta hospitalaria.

Los hospitales con la iniciativa “hospital amigo del niño y de la madre” tienen como meta el resaltar el cuarto paso de la UNICEF haciendo posible el fenómeno conocido como Brest crawl o “gatear para mamar” en el cual el bebe es colocado

piel con piel en el abdomen de la madre y por cuenta propia se impulsa para alcanzar el seno materno para iniciar la lactancia. <sup>1,8</sup>

La mayoría de los bebés alcanzan a completar este fenómeno entre 30 y 60 minutos sin ayuda. Gran parte del personal de salud en los servicios de maternidad pueden no estar al tanto de las recomendaciones de iniciar la lactancia materna a la media hora de vida por lo que se establecen procedimientos de atención del recién nacido que retrasan el inicio de la alimentación al seno materno y la suspensión del fenómeno de Brest crawl. <sup>8,12</sup>

El breast crawl es un fenómeno natural e instintivo. La gran mayoría de los bebés alcanzan el pecho e inician la succión espontánea por sí solos. Para lograr resultados óptimos la UNICEF expone las siguientes recomendaciones <sup>2,8</sup>:

- Se debe comentar con la madre el Brest crawl durante las sesiones previas al alumbramiento con la finalidad de solicitarle a la madre ropa adecuada para hacer posible el contacto piel con piel.
- Orientar al personal que atenderá al recién nacido sobre la técnica.
- Utilizar de forma juiciosa los analgésicos en la madre.
- Recordar que los bebés que han llorado durante la reanimación no necesitan succión oro-nasal.
- Secar al bebé con paños secos y calientes exceptuando las manos.
- Retrasar el baño del bebé al menos 24 hrs.

- No colocar sonda orogástrica o nasogástrica o realizar lavado gástrico como rutina.
- Retrasar la aplicación de vitamina K intramuscular, el pesaje, la toma de somatometría y el vestir al recién nacido hasta después la primera toma de seno materno.
- La madre y él bebe deben ser cubiertos con una sábana con la finalidad de conservar el calor mientras se encuentran piel con piel.
- Levantar la cabeza de la madre con una almohada para favorecer el contacto visual con él bebe.
- No lavar o limpiar el pecho previo a la alimentación.
- No mover a la madre de la sala de labor hasta que se realice la primera toma de seno materno.
- El padre o un familiar cercano debe ser parte del toda la interacción madre-neonato.

Los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos <sup>3,7</sup>.

La OMS recomienda que las madres inicien la lactancia durante la primera hora de vida. El niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre inmediatamente después del parto, durante al menos una hora, y debe alentarse a las madres, ofreciéndoles ayuda si es necesario, a reconocer los signos que indican que está preparado para comenzar a alimentarse <sup>3,7</sup>.

John Bowlby fue el primer psicólogo en describir y estudiar los tipos de apego (1958), sus teorías siguen vigentes aún hoy en día. Bowlby descubrió que era necesaria una figura estable en los primeros años de vida para un correcto desarrollo cognitivo y emocional posterior.<sup>13</sup>

El apego (attachment) es aquel vínculo que se establece con un cuidador principal (normalmente la madre y el padre pero si no están puede ser hacia aquella figura que ejerza de cuidador) y que prevalece por encima de otras necesidades biológicas. <sup>13,15</sup>

El apego se entiende como un vínculo con un lazo afectivo muy fuerte que determinará el desarrollo posterior de la personalidad del niño, su forma de relacionarse con los demás y con todo lo que le rodea. El apego también influirá en como se ve a si mismo.<sup>15</sup>

Bowlby entendía el apego como un proceso en el que los niños utilizan a los adultos como fuentes de bienestar y seguridad y que refleja unas operaciones de influencia biológica (evolutivamente es una conducta que mantiene la supervivencia del infante).<sup>13</sup>



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La alimentación al seno materno tiene numerosos beneficios para la salud tanto para la madre como para el recién nacido. La leche materna contiene todos los nutrientes que el recién nacido necesita en los primeros seis meses de vida por lo que la alimentación al seno materno protege al producto contra eventos diarreicos, enfermedades comunes en la infancia como neumonía y puede tener beneficios a largo plazo para la madre y el niño como la menor incidencia del sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. Por otro lado la lactancia se ha asociado a un mayor coeficiente intelectual en los niños.<sup>1,3</sup>

Otorgar al recién nacido leche materna dentro de la primera hora de vida se define como apego inmediato y asegura la recepción de calostro y por consiguiente los factores protectores que este otorga; la evidencia actual indica que el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna de forma temprana y de esta forma aumentar la probabilidad de que el producto reciba seno materno exclusivo por uno a cuatro meses de vida así como aumentar la duración total de la lactancia <sup>2,4</sup>.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características y mejoras del apego inmediato y la lactancia materna exclusiva en nacimientos vía parto o cesárea en el Hospital Angeles Lomas tras el inicio de los cambios en la atención integral de la madre y el recién nacido?

## **JUSTIFICACIÓN**

Por los beneficios que representa este tipo de atención al momento del nacimiento tanto para la madre como para el bebé, es de vital importancia identificar

los factores que dificultan el apego temprano para implementar medidas que nos ayuden a aumentar el numero de pacientes que disfruten del mismo y por consiguiente de las ventajas puede otorgar a los recién nacidos.

## **OBJETIVOS**

### ▶ GENERAL:

- Determinar características del apego inmediato y la lactancia materna exclusiva en el Hospital Angeles Lomas tras el inicio de las mejoras en la atención integral de la madre y el recién nacido durante el nacimiento

### ▶ ESPECÍFICO:

- Conocer las causas más comunes por las que se suspende o no se inicia el apego inmediato y la lactancia materna exclusiva en la primera hora de vida
- Conocer las características de los recién nacidos incluidos en el protocolo
- Identificar las características del equipo médico encargado de la atención del binomio

## **HIPÓTESIS**

Después de haberse establecido el protocolo de atención integral de la madre y el recién nacido durante la hospitalización el apego inmediato y la lactancia materna exclusiva en el Hospital Ángeles Lomas dependen de la decisión materna y los grupos de trabajo encargados de la atención del binomio.

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se trata de un estudio no experimental, observacional, prospectivo, cohorte

### **UNIVERSO**

El universo de estudio está constituido por los neonatos nacidos en el Hospital Angeles Lomas en el periodo comprendido entre octubre de 2017 a mayo de 2018.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Recien nacidos de mas de 35 semanas de gestacion por fecha de ultima mensturacion

Recien nacidos mayores de 2000 gr

Pacientes a los que se inicia el apego inmediato dentro de la primera hora de vida y se da contacto piel con piel

### **CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

Recien nacidos con diagnostico prenatal de malformaciones congenitas

Pacientes a los que no se les inicia el apego inmediato dentro de la primera hora de vida ni se da contacto piel con piel durante la reanimacion

Pacientes que son trasladados a la unidad de neonatologia durante la primera hora de su periodo de trancisión

## **METODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se revisara cada nacimiento del hospital Angeles Lomas dentro del periodo antes mencionado y se evaluaran las acciones que se tomaron al momento de la reanimacion neonatal y se realizara el llenado de la hoja de registro de datos de apego inmediato y lactancia materna exclusiva en donde en caso de cumplir con los criterios de inclusion sera incluido en el protocolo.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Hoja de llenado de apego inmediato y lactancia materna exclusiva. (Anexo 1)

## **PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se calcularan frecuencias relativas, medidas de tendencia central y de dispersion para las diversas variables las cuales se expresaran en proporciones. Se desarrollarán pruebas de normalidad de datos. Las variables numericas continuas entre grupos se analizaran mediante estadisticas parametricas: t pareada para muestras relacionadas si la muestra es normal. Estadisticas no parametricas: prueba de rangos señalados de Wilcoxon si la distribucion no es normal.

Para examinar la asociacion entre los grupos y las variables discretas se utilizara la prueba de chi 2 o prueba exacta de Fisher dependiendo de la distribucion de las frecuencias.

Se utilizara programa computacional SPSS v 23 para el analisis de los datos.

## DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORIA	ESCALA
GINECOLOGO	Médico especialista en los aspectos de la salud y enfermedad específicos de la mujer y, por tanto, relacionados con sus sistema reproductivo o con su condición de género	Cualitativa Nominal	<p style="text-align: center;"><b>0 CHARUA</b></p> <p style="text-align: center;">1 PLIEGO</p> <p style="text-align: center;">2 QUESNEL</p> <p style="text-align: center;">3 MARIA FUENTE</p> <p style="text-align: center;">4 RAMIREZ</p> <p style="text-align: center;">5 GONZALEZ</p> <p style="text-align: center;">6 ZAMORA</p> <p style="text-align: center;">7 TESONE</p> <p style="text-align: center;">8 MAYA</p> <p style="text-align: center;">9 KUNHARDT</p> <p style="text-align: center;">10 MERAZ</p> <p style="text-align: center;">11 MENDOZA</p> <p style="text-align: center;">12 CASTELAZO</p> <p style="text-align: center;">13 ACOSTA</p> <p style="text-align: center;">14 BORJA</p> <p style="text-align: center;">15 BECHERANO</p> <p style="text-align: center;">16 ANDRES</p> <p style="text-align: center;">17 BERNADETE</p>
PEDIATRA	Médico especialista en la salud y las enfermedades de los pacientes desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia	Cualitativa Nominal	<p style="text-align: center;"><b>0 OLDAK</b></p> <p style="text-align: center;">1 BOROVOY</p> <p style="text-align: center;">2 HIRSCH</p> <p style="text-align: center;">3 BENADON</p> <p style="text-align: center;">4 AGAMI</p> <p style="text-align: center;">5 MOCHON</p> <p style="text-align: center;">6 CHICUREL</p> <p style="text-align: center;">7 DIAZ</p> <p style="text-align: center;">8 REYES</p> <p style="text-align: center;">9 CULLEN</p> <p style="text-align: center;">10 ZARATE</p> <p style="text-align: center;">11 GUZMAN</p> <p style="text-align: center;">12 ABRAHAM</p> <p style="text-align: center;">13 CARDONA</p> <p style="text-align: center;">14 ALVAREZ</p> <p style="text-align: center;">15 GARCIA</p> <p style="text-align: center;">16 LOPEZ LIZANO</p>

			<p>17 NERIA</p> <p>18 FRENKEL</p> <p>19 DUCK</p> <p>20 CHIRINO</p>
EDAD MATERNA	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa Discreta	1-100 años
GENERO	En términos de Biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino	Cualitativa Nominal	<p>0 FEMENINO</p> <p>1 MASCULINO</p>
SEMANAS DE GESTACION (POR FUM Y CAPURRO)	Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.	Cuantitativa Continua	35-42 semanas
VIA DE NACIMIENTO	Lugar por le cual se da la salida del feto viable, ya sea a través del canal del parto con o sin fórceps o a través de las paredes uterinas y de la pared abdominal de la madre (cesárea)	Cualitativa Nominal	<p>0 PARTO</p> <p>1 INSTRUMENTADO</p> <p>2 CESAREA</p>
APGAR (A LOS 5 MINUTOS)	Puntuación que alude a una primera valoración clínica sobre el estado general del neonato después del parto.	Cuantitativa Discreta	0-10
TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO	Serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto	Cuantitativa Discreta	Horas
NUMERO DE GESTA	Numero de embarazos que ha tenido una paciente	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4 etc...

ATENCION CON DOULA	Atención del Nacimiento con una persona que brinda apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, no son personal sanitario, ni realizan ningún tipo de tarea clínica	Cualitativa Nominal	0 NO 1 SI
TURNO	Periodo de trabajo del personal de enfermería	Cualitativa Nominal	0 MATUTINO 1 VESPERTINO 2 NOCTURNO
APEGO INMEDIATO O CONTACTO PRECOZ	Vínculo con un lazo afectivo que determinará el desarrollo posterior de la personalidad del niño, su forma de relacionarse con los demás y con todo lo que le rodea favorecido por el contacto piel con piel y tomado en cuenta el inicio del proceso en la primera hora de vida.	Cualitativa Nominal	0 NO 1 SI
TIEMPO DE INICIO	Periodo de tiempo que tarda en comenzar el apego inmediato del neonato	Cuantitativa Discreta	Minutos
DURACION	Tiempo que permanecio con la madre	Cuantitativa Discreta	Minutos
SUSPENSIÓN DEL CONTACTO	Interrupcion del contacto piel con piel del binomio	Cualitativa Nominal	0 NO 1 SI
CAUSA DE SUSPENSION	Motivo de la interrupcion del contacto piel con piel del binomio	Cualitativa Nominal	0 OTB 1 EMESIS MATERNA 2 CANSANCIO MATERNO 3 MAREO MATERNO 4 HIPOTERMIA NEONATAL 5 NEUMOTORAX ESPONTANEO 6 RECUPERACION CESAREA 7 SANGRADO MATERNO
SUCCION	Reflejo arcaico que se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido ocasionando que se ponga a succionarlo	Cualitativa Nominal	0 NO 1 SI
COMPLEMENTACION	Alimentar al neonato con formula maternizada	Cualitativa Nominal	0 NO 1 SI

## **TAMAÑO DE MUESTRA**

No se calcula tamaño de muestra por ser un estudio observacional

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En relacion a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 donde se establecen los criterios para la ejecucion de proyectos de investigacion para la salud en seres humanos y de acuerdo a los articulos 38 y 39 en relacion a la investigacion para menores no se realizara ninguna intervencion.

El estudio a realizar cumple con los requisitos ordenados en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 en relacion al expediente clinico y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016 en relacion a la persona recién nacida.

Aun asi todos los pacientes cuentan con un consentimiento informado hospitalario al momento de la atención.

## **RESULTADOS**

Se revisó cada nacimiento del hospital Angeles Lomas dentro del periodo comprendido entre octubre de 2017 a mayo de 2018 donde encontramos que se registraron un total de 746 nacimientos de los cuales solo 54 contaron con apego inmediato (7.2%).

El total de nacimientos fueron atendidos por 81 medicos ginecologos,de los cuales solo 18 realizaron apego inmediato (22%). En el caso de los medicos pediatras que atendieron los nacimientos son un total de 89 medicos de los cuales 20 realizaron apego inmediato (22%).

De los 54 casos que contaron con apego inmediato encontramos que la edad materna promedio es de 32 años dentro de un rango entre 22 y 43 años de edad,



por otro lado, al momento del nacimiento encontramos que el sexo del producto fue predominantemente femenino en un 55.5%.

Con respecto a la edad gestacional encontramos que por fecha de última menstruación el promedio de semanas del neonato fue de 39.3 semanas de gestación, encontrando el mínimo de semanas de 37.1 y el máximo de 41.5 semanas.

En cuanto a la vía de nacimiento; el apego inmediato se dio principalmente en nacimientos vía parto en un 85.1% a diferencia de los partos instrumentados 3.7% y cesareas 11.1%.

Al valorar el tiempo que tardaron las pacientes en trabajo de parto registramos un promedio de 4.76 horas teniendo un máximo de 15 horas en una paciente del total analizado.

Tomando en cuenta las pacientes que tuvieron nacimientos con apego inmediato identificamos que un 25.9% fue en el primer embarazo, un 38.8% en la segunda gesta, un 18.5% en el tercer embarazo, un 12.9 % en la tercera gesta y un 3.8 % en el cuarto embarazo.

De los nacimientos con apego inmediato solo el 33.3% fueron asistidos por doulas y dentro de estos nacimientos el 38% fueron gesta 1, el 27.7% fueron gesta 2, el 16.6 % fueron gesta 3, el 11.1% gesta 4 y el 5.5% fueron gesta 5.

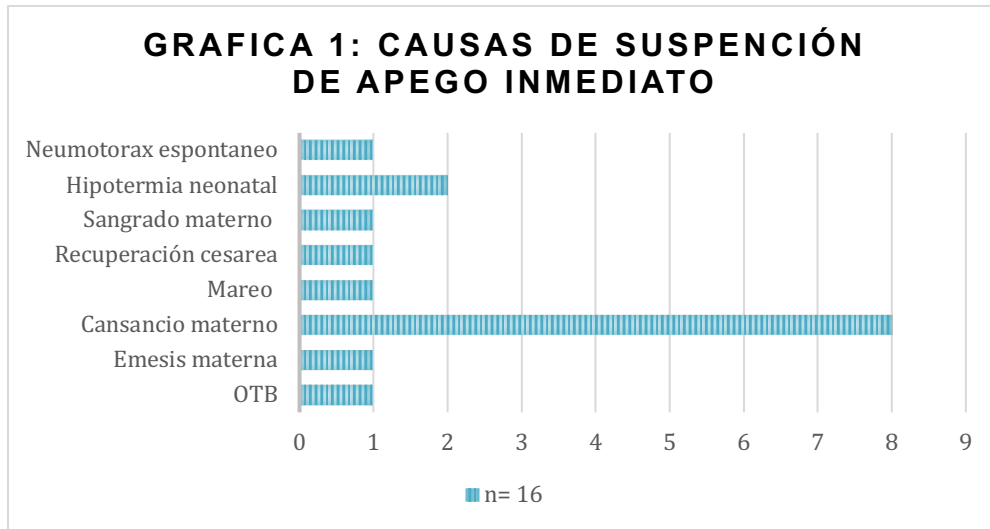
Con respecto al turno de enfermería en el que nacieron los pacientes registramos: 14 pacientes (25.9%) en el turno matutino , 21 pacientes (38.8%) en el turno vespertino y 19 pacientes (35.1%) en el turno nocturno contando con un promedio de 4 enfermeras disponibles en la cuna en cada uno de los turnos.

En cuanto a la duración del apego registramos un promedio de 71.76 minutos teniendo un mínimo de duración de 5 minutos y un máximo de 240 minutos; esto sujeto a la suspensión del apego a causas maternas y a causas neonatales que contraindiquen el mismo. (Ver tabla 1)

**TABLA 1. DATOS DEMOGRAFICOS**

CONCEPTO	RESULTADOS
Edad materna (años)	32 (22-43) DS: 4.49
Sexo	Femenino: 30 (55.5 %) Masculino: 24 (44.5%)
Edad gestacional (SDG)	FUM: 39.3 (37.1-41.5) DS 1.06 // CAPURRO: 39.4 (37-41.2) DS: 1.08
Vía de Nacimiento	Parto: 46 (85.1%) // Parto instrumentado: 2 (3.7%) // Cesárea 6 (11.1%)
APGAR (A los 5")	NUEVE: 53 (98.1%) // DIEZ: 1 (1.9%)
Horas en trabajo de parto	4.76 (0-15) DS: 2.81
Numero de gesta	GI 14 (25.9%) // GII 21 (38.8%) // GIII 10 (18.5%) // GIV 7 (12.9 %) // GV 2 (3.8 %)
Doula	Si: 18 (33.3 %) // No: 36 (66.6%)
Turno de enfermería	Matutino: 14 (25.9%) // Vespertino: 21 (38.8%) // Nocturno: 19 (35.1%)
Duración de apego (min)	71.76 (5-240) DS: 56.11

Dentro de las causas de suspensión del apego inmediato tenemos la realización de cirugía de oclusión tubárica bilateral, emesis materna, cansancio materno, mareo en la madre, recuperación de cesárea, sangrado materno, la hipotermia neonatal y neumotórax espontaneo neonatal. En la población que estudiamos el cansancio materno fue la causa mas común registrándose en un 50% de las pacientes. Con respecto a la causa neonatal mas común fue la hipotermia en el neonato en un 12.5%. (Ver grafica 1)



En cuanto a la succión del neonato durante el apego inmediato 38 pacientes (70.3%) presentaron la misma y 30 pacientes (55.5%) requirieron de complementación con formula maternizada durante su estancia en el servicio de neonatología. De los pacientes que presentaron succión durante el apego 20 paciente (52.6%) fueron egresados a domicilio con indicación de lactancia materna exclusiva. (Ver tabla 2)

**TABLA 2. SUCCION EN APEGO INMEDIATO**

CONCEPTO	RESULTADOS
<b>Succión durante el apego (n= 54)</b>	Si: 38 (70.3%) // No: 16 (29.6%)
<b>Complementación posterior a apego (n=54)</b>	Si: 30 (55.5%) // No: 24 (44.4%)
<b>Succión en apego que se tuvieron que complementar (n= 38)</b>	Si: 18 (47.3%) // No: 20 (52.6%)

## CONCLUSIONES

Dentro de las características que encontramos en nuestros pacientes la edad materna es en promedio mayor al promedio de la población general en México (21 años)<sup>19</sup>, probablemente asociado al estrato social y el grado académico de los pacientes dentro del estudio.

Con respecto al sexo de los pacientes atendidos no se observa diferencia en relación al apego inmediato por lo que consideramos que no es un factor determinante para que este se presente.

En cuanto a la vía de nacimiento podemos ver de forma clara que el apego inmediato se da de forma mas común en nacimientos vía parto, esto asociado a la facilidad de hacerlo comparado con el apego en cesárea por la naturaleza del evento ya que se trata de un procedimiento que requiere de asepsia y antisepsia y un ambiente estéril.

En la población estudiada el 98.1% de los pacientes registraron un APGAR de 9 a los 5 minutos y el 1.9% de 10 a los 5 min con lo que podemos inferir que los pacientes tuvieron una adecuada reanimación aun realizando el apego inmediato.

De acuerdo al numero de gesta de las pacientes vemos una relación en la que a menor numero de gesta se presenta mayor frecuencia de apego inmediato; esto lo podemos asociar al vinculo emocional de la madre en el primer nacimiento.

Considerando la atención con doula observamos que no existe relación entre la atención con la presencia de las facilitadora y el apego inmediato (Si: 18 (33.3 %) // No: 36 (66.6%)) y es mas frecuente que se solicite el apoyo de las mismas si se trata de un primer o segundo embarazo. De las pacientes que tuvieron un nacimiento asistido por doula 7 fueron gesta I, 5 gesta II, 3 gesta III, 2 gesta IV y 1 gesta V.

En cuanto a la duración del apego inmediato tenemos reportada una media de 71.76 minutos lo cual se considera aceptable para el vinculo madre-neonato. Idealmente los pacientes deberían tener mínimo 60 minutos de contacto piel con piel para favorecer todas las ventajas antes descritas. <sup>1,2</sup>

Con respecto a la succión podemos concluir que el apego inmediato favorece la succión al momento del nacimiento, presentándose en nuestro caso en un 70.3%. En relación a la complementación con fórmula maternizada no encontramos una relación entre el apego inmediato y la lactancia materna exclusiva ya que se tuvo que complementar a 30 pacientes que son el 55.5% del total de la población estudiada.

De los casos en los que se tuvo que suspender el apego encontramos que son en su mayoría causas maternas siendo la más frecuente el cansancio materno en un 50% por lo que podemos concluir que una parte fundamental del apego inmediato es la disposición de la madre para el mismo.

Llama la atención que de los 18 ginecólogos que tuvieron nacimientos con apego inmediato el 50% de los casos corresponden solo a tres ginecólogos y en el caso de los pediatras de los 20 médicos que realizaron apego inmediato el 55.5% también corresponden solo a tres médicos por lo que podemos concluir que la mayoría de los apegos realizados en esta unidad hospitalaria quedan a cargo de un pequeño grupo de trabajo en el que es fundamental la comunicación y el común acuerdo entre ginecólogo y pediatra para realizar de forma adecuada el apego inmediato.

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo con los resultados obtenidos del estudio de nuestra población podemos decir que es de vital importancia que el grupo de trabajo encargado de la atención del nacimiento cuenten con la información y el material necesario para realizar una reanimación adecuada a la par del apego inmediato para que el binomio

pueda gozar de los beneficios que este ofrece. Tal parece que tanto ginecologos como pediatras conocemos que es el apego inmediato pero por alguna razón que valdría la pena estudiar mas adelante éste no se lleva a cabo mas que por un grupo pequeño y selecto de médicos.

Por otro lado podemos considerar fundamental que los padres esten de acuerdo para realizar el apego ya que es la principal causa de suspensión del mismo.

En (poner fecha) se implementaron cambios administrativos y en políticas de atención del parto para favorecer el apego inmediato en el hospital. Al efectuarse estos cambios se dio difusión al programa tanto a médicos como a todo el personal de salud aunque por los porcentajes registrados se debe de hacer mayor difusión sobre las ventajas que ofrece el apego inmediato en el neonato para que contemos con mayor cantidad de medicos que esten dispuestos a realizar el procedimiento.

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El estudio se encuentra limitado ya que los resultados son válidos únicamente a nuestra institución y no son extrapolables las conclusiones del mismo a otro nosocomio. Si bien la hoja de captura se puede utilizar en distintos hospitales aun no contamos con información de otros institutos de atención pediátrica donde se haya realizado un estudio similar.

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Búsqueda e identificación del tema de interés							2017					
Planteamiento de la pregunta de investigación y las variables a investigar								2017				
Búsqueda de antecedentes								2017				
Elaboración del marco teórico	2018											2017
Elaboración de objetivos	2018											
Investigación de probables problemas	2018											
Elección y factibilidad de metodología	2018											
Redacción y revisión del protocolo de investigación	2018											
Recolección de datos						2018						
Análisis de los datos							2018					
Conclusiones							2018					
Redacción de tesis final							2018					

## REFERENCIAS

1. UNICEF (2007) Breastfeeding, The remarkable first hour of life. Retirado de [https://www.unicef.org/malaysia/Breastfeeding\\_First\\_Hour\\_of\\_Life.pdf](https://www.unicef.org/malaysia/Breastfeeding_First_Hour_of_Life.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud (2013) Alimentación del lactante y del niño pequeño. Retirado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante-capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>
3. Adejuyigbe, E., Carlo, W., Carroli, G., et al. (2013) Postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization recommendation. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf)
4. Gupta, A. (2007) Initiating breastfeeding within one hour of birth. World Alliance for Breastfeeding Action. Retirado de [http://www.ibfanasia.org/Article/Initiating\\_breastfeeding\\_within\\_one\\_hour.pdf](http://www.ibfanasia.org/Article/Initiating_breastfeeding_within_one_hour.pdf)
5. Kuguoglu, S., Yildiz, H., et al. (2012) Breastfeeding after a cesarean delivery. InTech Retirado de [http://cdn.intechopen.com/pdfs/37218/InTech-Breastfeeding\\_after\\_a\\_cesarean\\_delivery.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/37218/InTech-Breastfeeding_after_a_cesarean_delivery.pdf)
6. Himani, Kaur, B., et al. (2011) Effect of initiation of breast-feeding within one hour of the delivery on maternal-infant bonding. Nursing and Midwifery Research Journal, 30(3), 99-108
7. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N., Dowswell, T. (2012). Cochrane Database Syst Rev. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. 16;5:CD003519.



8. Gangal, P. (2007) Initiation of breastfeeding by breast crawl. UNICEF. Retirado de <https://breastcrawl.org/pdf/breastcrawl.pdf>
9. Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x
10. McFadyen, A (1999) New mothers and their babies: attachment in the face of maternal life-threatening illness. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice Oxford* 21: 321-336
11. Kearley, H., Grant, J. Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27 (3), 75-82.
12. Phuma, E., Welcome, F. (2016) Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategie used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi 3: 362-366.
13. Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38 (3), 493-507.
14. Organización Mundial de la Salud (2018) Inicio temprano de la lactancia materna. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA) Retirado de [http://www.who.int/elena/titles/early\\_breastfeeding/es](http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es)
15. Ahnert, L., Gunnar, M., Lamb, M. & Barthel. M. (2004). Transition to child care: associations with infant-mother attachment, infant negative emotion and cortisol elevations. *Child Development*, 75, 639-650

16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012

17. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016

18. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012

19. INEGI (2017) Maternidad en México Retirado de

[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf)

**ANEXO 1 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES  
REGISTRO DE DATOS DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DE LA MADRE Y  
EL RECIEN NACIDO DURANTE LA HOSPITALIZACION**

**INSTRUCCIONES: COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION Y/O MARQUE CON UNA X SEGÚN  
CORRESPONDA**

NOMBRE COMPLETO RN:				EPISODIO:			
NOMBRE GINECOLOGO:				NOMBRE PEDIATRA:			
FECHA DE NACIMIENTO:		HORA DE NACIMIENTO:				EDAD MATERNA:	
GENERO:		FEM	MASC	INDIF	SEMANAS GESTACION:	FUM	CAPURRO
VIA DE NACIMIENTO:		PARTO EUTOCICO		PARTO INSTRUMENTADO		CESAREA (INDICACIÓN):	APGAR:
		VACUM		FORCEPS		1"	5"
TIEMPO EN TRABAJO DE PARTO (HRS):			NÚMERO DE GESTA:	ATENCIÓN CON DULLA:	SI	NO	TURNO (M/V/N):
¿SE DIO CONTACTO PRECOZ?		SI	NO	TIEMPO DE INICIO:		DURACIÓN:	
PATOLOGIA MATERNA QUE CONTRAINDICO EL CONTACTO				PATOLOGIA NEONATAL QUE CONTRAINDICO EL CONTACTO			
SIGNOS VITALES DURANTE EL CONTACTO				SE SUSPENDIO EL CONTACTO			
FC	FR	TEMP	SAT O2	SI		NO	
				CAUSA MATERNA		CAUSA NEONATAL	
ESPECIFICAR CAUSA:							
COMPLICACIONES DURANTE EL CONTACTO PRECOZ RELACIONADAS CON EL RN							
HIPOTERMIA		CIANOSIS		APNEA		OTRA	
PRESENTA SUCCION DURANTE EL CONTACTO	SI	NO	TIEMPO	SE TUVO QUE COMPLEMENTAR CON FORMULA DURANTE SU ESTANCIA		SI	NO

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
Vialidad de la Barranca s/n, Col. Valle de las Palmas  
Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52763  
Tel. (55) 5246 5000 ext. 4365  
**CONBIOÉTICA-15-CEI-002-20160708**



07 de Junio, 2018

Dr. David Oldak Skivirsky  
Investigador Principal Proyecto HAL 302/2018  
Hospital Ángeles Lomas  
PRESENTE

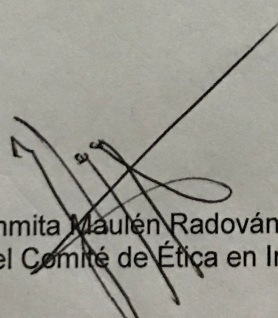
Distinguido Dr. Oldak Skivirsky:

A efecto del cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, el Comité de Ética en Investigación de Operadora de Hospitales Ángeles S.A. de C.V. (Sucursal Lomas), luego de haber examinado el plan, diseño y consideraciones científicas y éticas de la investigación HAL 302/2018: **“CARACTERÍSTICAS DEL APEGO INMEDIATO Y LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL ANGELES LOMAS”** hago de su conocimiento que ha sido autorizada y aprobada su realización.

Deseamos éxito en la realización del proyecto y le pedimos mantenernos informados de su avance, así como al finalizarlo enviarnos el informe de resultados. También deberán ustedes informarnos y enviarnos publicaciones que emanen del mencionado proyecto, o de presentación de resultados en Congresos Científicos.

Reciba nuestra felicitación y le saludamos muy

Atentamente



Dra. Irene Emmita Maulén Radován  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Expediente Investigación HAL 302/2018