

Temperatura de los recién nacidos sometidos a calor radiante y al dispositivo Top Maternal al nacimiento

Rosemeire Sartori de Albuquerque¹
Corintio Mariani Neto²
Ana Aparecida Sanches Bersusa³
Vanessa Macedo Dias⁴
Maria Izabel Mota da Silva⁴

Objetivo: comparar la temperatura axilar de los recién nacidos (Rn) acomodados, inmediatamente después del nacimiento, en contacto piel con piel, bajo el Top Maternal, en cuna de calor radiante. Método: estudio comparativo observacional del tipo Caso Control sobre la temperatura de 60 bebés nacidos en el Centro Obstétrico y Centro de Parto Normal de un hospital público del municipio de Sao Paulo, siendo: 29 asistidos en cuna calentada y 31 en contacto piel con piel, protegidos por un tejido de algodón colocado sobre el tórax de la madre, denominado Top Maternal. Resultados: la temperatura de los bebés del grupo de contacto piel con piel fue más alta en la mayoría de los tiempos verificados, ello comparado con los que fueron colocados en cuna de calor radiante, independientemente del local de nacimiento. La diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa. Conclusión: el estudio contribuye con la generación de un nuevo conocimiento que sustenta que se debe mantener a los bebés con sus madres inmediatamente después del nacimiento por medio del contacto piel con piel protegidos por el Top Maternal, sin perjuicios a su bienestar, una vez que la temperatura axilar se mantuvo en niveles recomendables.

Descriptores: Regulación de La Temperatura Corporal; Recién Nacido; Parto; Relaciones Madre-Hijo.





¹ PhD, Profesor Doctor, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Doctor, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Director Técnico, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

³ MSc, Investigador, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Enfermera, Partera, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Albuquerque RS, Mariani Neto C, Bersusa AAB, Dias VM, Silva MIM. Newborns' temperature submitted to radiant heat and to the Top Maternal device at birth. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2741. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0305.2741>. mes día año

Introducción

El nacimiento, diferentemente de los días actuales, fue históricamente considerado natural y fisiológico. Sin embargo, en las primeras décadas del siglo XX y con el movimiento de industrialización en Brasil, pasó a ser visto como un proceso patológico que merecía ser controlado con la finalidad de evitar la muerte materna y perinatal⁽¹⁾.

Después de la segunda guerra mundial y con la formación y perfeccionamiento de médicos en la atención al parto, las gestantes pasaron a ser internadas en instituciones hospitalarias para dar a luz a sus hijos. Así, se inició el predominio de intervenciones quirúrgicas en un proceso que hasta entonces era encarado como normal y domiciliario para la sociedad⁽¹⁾. Es de conocimiento general que la mortalidad materna y perinatal viene disminuyendo a cada año, a pesar de que en ritmo lento. En lo que se refiere a la atención al neonato, la utilización de tecnologías ha favorecido un mejor pronóstico, sin embargo, se estableció el modelo centrado en el hospital y de esa manera, resultó en el distanciamiento de la madre y su hijo, luego después del parto. Actualmente, la mayoría de los niños nacen en hospitales y son separados de la madre o vestidos antes de ser entregados. Se ha sugerido que esas rutinas hospitalarias pueden perturbar la interacción precoz entre madre e hijo y provocar efectos nocivos sobre ambos⁽²⁾.

Muchas prácticas comunes de atención durante el parto, nacimiento, y en el posparto inmediato, impactan la transición de feto a recién nacido, incluyendo: la medicación usada durante el parto, los protocolos de aspiración, las estrategias para prevenir la pérdida de calor, el clampaje del cordón umbilical precoz y el uso del oxígeno 100% para la reanimación⁽³⁻⁴⁾.

Un levantamiento realizado de las evidencias científicas, a respecto de los procedimientos comúnmente utilizados en la atención al recién nacido, posibilitó concluir que muchas de las prácticas ejecutadas, citadas anteriormente, no tienen eficacia comprobada, indicando que son necesarias adecuaciones o modificaciones, por que también interfieren negativamente en la relación entre madres y bebés. En cuanto al clampaje del cordón, de acuerdo con las evidencias disponibles, éste debería ser postergado como medida de prevención de la anemia en la infancia. Algunos estudios también no demostraron beneficios de las aspiraciones rutinarias de la boca y nariz al nacer. La aspiración gástrica, (apunta provocación de daño) debería ser mejor indicada y no utilizada de forma rutinaria. Inclusive en la maniobra de resucitación, la recomendación es usar el aire ambiente

en primer lugar, dejando el oxígeno al 100% para los casos de falla de la maniobra⁽³⁾.

En relación a la colocación del neonato sin ropa, seco y en posición prona sobre el tórax de su madre, luego después del nacimiento, denominado contacto piel con piel (CPP) o inmediato, se destacan algunos beneficios: mejor efectividad del amamantamiento; estabilización de la frecuencia cardíaca y respiratoria; además del lloro luego después del nacimiento; y estabilización del peso, todos sumando menor probabilidad y menor tiempo de internaciones en UTI, además de la eficiencia en la termorregulación del recién nacido, que es el enfoque de este estudio⁽³⁾.

Partiendo de ese contexto, con la implementación de la práctica del contacto piel con piel, en substitución a la separación inmediata e intervencionista, se espera que ocurran todos los beneficios que ese modelo de cuidado proporciona y que la temperatura del neonato se mantenga en los niveles deseados de termorregulación.

De esa manera, después de experiencias con el manejo del cuidado prestado al Rn en las primeras horas de vida y de evidencias sobre su colocación en contacto piel con piel, este estudio tuvo como objetivo comparar la temperatura axilar de los recién nacidos que tuvieron contacto piel con piel luego después del nacimiento, favorecidos por la utilización, usada por su madre, del dispositivo Top Maternal, con los que fueron cuidados de manera convencional, colocados en cuna de calor radiante.

Método

Se trata de un estudio comparativo observacional del tipo Caso Control sobre dos formas de cuidado para manutención de la termorregulación del recién nacido después del parto. En una, el Rn luego después del nacimiento fue secado, dispuesto sin ropa y con pañal bajo una fuente de calor radiante (cuna calentada) y recibió los cuidados necesarios en ese local (lejos de la madre). En otra, el bebé también fue secado y, sin ropa, apenas con el pañal colocado, fue enseguida acomodado sobre el tórax materno y bajo un dispositivo desarrollado en el Hospital Maternidad Leonor Mendes de Barros (HMLMB) denominado Top Maternal, recibiendo los cuidados necesarios conjuntamente con su madre.

El dispositivo Top Maternal utilizado hace cinco años HMLMB, está constituido de tejido de algodón en forma circular con 90 cm de ancho y 90 cm de largo, colocado, en el momento anterior al parto, sobre el tórax de la madre cubriendo los senos. Fue idealizado teniendo como presuposición el atender a dos demandas fundamentales presentadas por las madres atendidas en la institución y por el equipo de enfermería. La primera

relacionada con la protección de los senos durante el procedimiento de parto, disminuyendo el embarazo causado por la exposición corporal; y la segunda, fortaleciendo la seguridad del equipo con relación al riesgo de deslizamiento y caída del bebé, esto debido a que él está posicionado en contacto piel con piel, quedando así contenido entre el tejido y el tórax materno.

La presente investigación fue realizada en las unidades de internación del HMLMB denominadas "Centro de Parto Normal - CPN" caracterizadas por asistencia ofrecida, en su mayor parte, por enfermeras obstetras y "Centro Obstétrico - CO", con predominancia de cuidado por médicos obstetras. La institución es una unidad de referencia para alto riesgo materno-fetal de la región sureste del municipio de Sao Paulo, con expresivo número de partos, en el cual los datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) apuntan para 4.194 partos realizados en 2013. También hay que destacar que el hospital es una institución de acceso irrestricto para asistencia a gestantes de riesgo, atendiendo extranjeras que residen en la región central de Sao Paulo y que son, a veces, rechazadas en otros centros de salud. Es común la atención de mujeres de otras nacionalidades, principalmente de América Latina, por ejemplo, a bolivianas.

La recepción de los Rns, tanto en el CPN como en el CO, es rutinariamente realizada por los médicos neonatólogos que determinan en el momento del nacimiento, dependiendo especialmente de las condiciones del bebé, el local en que será dada la asistencia al mismo: si será contacto piel con piel o en cuna de calor radiante.

Para mayor precisión del análisis de los resultados, de los valores de la temperatura corporal de los recién nacidos en el CO y en el CPN, fueron también recolectadas las temperaturas ambientales de los dos locales. En el CO, el promedio de la temperatura fue 24°C, mantenida por medio de equipamiento de aire acondicionado con control central, que se mantuvo con ese valor en el período de la recolección de los datos, observado con termómetro dentro de la sala de parto. En el CPN, la temperatura fue ambiente, una vez que no dispone de aire acondicionado, la misma fue registrada con termómetro propio en cada sala de parto, que se mantuvo en el mismo período con promedio de 23°C.

La población del estudio fue constituida por 60 parturientas y sus recién nacidos. La recolección de datos ocurrió entre febrero de 2013 y marzo de 2014, en el período de las 08 a las 15 horas de lunes al viernes, cuando el equipo entrenado para la recolección de las informaciones estaba presente. Se utilizó como base estudios que tenían el mismo objetivo de investigación

(contacto piel con piel) como el realizado en Australia en 2104, el que evidenció beneficios relacionados al amamantamiento⁽⁵⁾.

El presente estudio tuvo parecer favorable para su desarrollo por el Comité de Ética en Investigación del HMLMB, con el protocolo nº176.708.

Los criterios de inclusión de la parturienta en el estudio fueron: edad igual o superior a 18 años; edad gestacional entre la 37ª y 41ª semanas y un día, para garantizar las condiciones fisiológicas de los recién nacidos; consentimiento de la madre en usar el dispositivo de tejido en el momento del parto, para posibilitar la colocación de los Rns bajo el mismo, inmediatamente después del nacimiento; aceptar participar del estudio con la autorización para medir la temperatura axilar de su bebé en tres momentos: quinto, décimo y trigésimo minutos después del nacimiento. La verificación de los valores en los tres momentos ocurrió por la necesidad de saber, si en el contacto piel con piel había sustentación y preservación de la temperatura de los bebés, efecto esperado en los primeros minutos después del nacimiento⁽³⁾. En la práctica, la gran mayoría de los servicios de maternidad retiran los bebés del contacto con sus madres antes de ese período recomendado, exactamente en los primeros momentos después del parto, para realizar procedimientos de rutina bajo el calor radiante, alegando protección contra la pérdida de calor del Rn. También fueron considerados aptos para ser incluidos en el estudio los Rns que obtuvieron, después de la evaluación del neonatólogo, nota de Apgar >7 en el primero y en el quinto minuto de vida. Esa medida ofrece seguridad para identificar casos de hipotermia persistente que indica intervención de emergencia.

Fueron excluidos los Rns de madres que tuvieron complicaciones en el momento del parto, con diagnóstico de sufrimiento fetal y los que necesitaron de reanimación neonatal.

El instrumento para recolección de los datos fue construido para transcripción de las informaciones sobre el perfil de la parturienta, obtenidas por informaciones de la ficha médica materna (edad, edad gestacional, color de piel referida y nacionalidad) y de la ficha médica del recién nacido (condiciones de nacimiento interpretado por el Índice de Apgar en el 1º y 5º minuto) además del peso de nacimiento. En ese momento, los valores de la temperatura axilar de los Rns - por no ser protocolo institucional su medida en el 5º, 10º y 30º minutos de vida -, fueron extraídos a partir de la verificación por una monitora participante del estudio, entrenada para ejecución del procedimiento, utilizando termómetro digital apropiado para la investigación. La técnica consistió en la colocación del instrumento en la región de la axila del neonato, local donde permanecía hasta

el disparo de la señal sonora (en promedio 2 minutos) en los tiempos determinados, siendo registrados los valores en la ficha médica del recién nacido y también transcritos para el instrumento del estudio.

El desarrollo del estudio atendió a las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en que participan seres humanos.

Resultados

Con relación al perfil de las 60 madres incluidas en el estudio, fueron verificados datos referentes a la edad, edad gestacional en semanas, color de piel y nacionalidad.

Comparativamente, en cuanto al perfil del grupo de madres cuyos recién nacidos fueron encaminados después del parto para la cuna de calor radiante y para el contacto piel con piel, se encontró que hubo buena distribución en la población del estudio. La edad promedio de las mujeres que compusieron la muestra fue de 39,07 años, siendo la variación de las edades entre 31 y 41 años completos, siendo la más prevalente de 39 años (33,3%). Con relación al color de la piel, se destacó la blanca, así como la nacionalidad brasileña. La edad gestacional, a pesar de haber sido considerada

a término entre 37 y 42 semanas⁽⁶⁾, así como fue evidenciado en la mayoría de los estudios sobre trabajo de parto, en donde se percibe inicio de trabajo de parto en torno de 38 semanas; tanto las mujeres del GCPP como las del GCR tuvieron su internación, trabajo de parto y parto con edad gestacional entre 37 y 38 semanas de gestación, en su mayoría (47,0%).

En lo que se refiere a los diferentes tipos de partos y locales en donde ellos acontecieron, la Figura 1 muestra que fue más frecuente en la mayoría de los dos grupos estudiados (83,3%), el parto normal, seguido por 11,7% de cesáreas y en menor proporción (5,0%) por fórceps. Fue evidenciado, en lo que se refiere a la distribución de recién nacidos en cuna de calor radiante y contacto piel con piel que, de los que nacieron de parto normal, la mayoría fue para contacto piel con piel, y los nacidos de parto por cesárea, la totalidad (100,0%) fue para la cuna de calor radiante.

La recolección de los datos ocurrió en el CPN y CO. Al verificar la distribución de los encaminamientos del recién nacido para cuna calentada por calor radiante y contacto piel con piel, entre los grupos comparativos, se percibió que en el CPN la conducta de realización de CPP (93,3%) es prácticamente inversamente proporcional a la conducta para los que nacieron en el CO (16,6%).

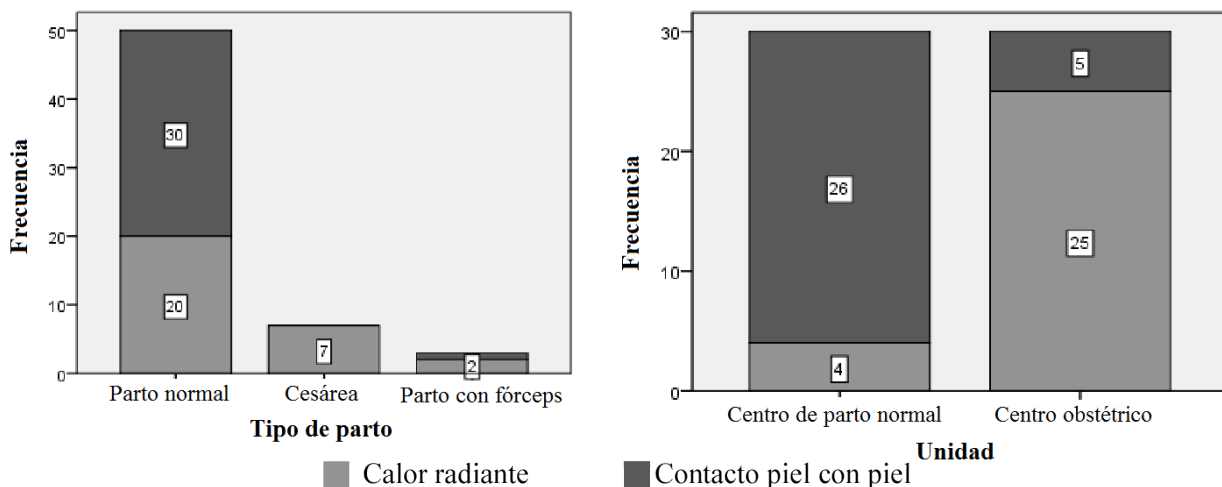


Figura 1 - Tipo de intervención (contacto piel con piel bajo Top maternal y calor radiante) según el Tipo y local del parto de los recién nacidos atendidos en el Hospital Maternidad Leonor Mendes de Barros. Sao Paulo, SP, Brasil, 2014

Con relación a las condiciones de nacimiento, interpretada por el Índice de Apgar de los 60 bebés incluidos en la investigación, la mayoría tuvo valor de nueve en el primer minuto de vida y diez en el quinto, posibilitando verificar buenas condiciones de nacimiento de todos los bebés estudiados.

El peso de los recién nacidos varió de 2.100Kg a 4.210Kg, siendo el peso promedio de 2.984Kg. La mayor parte (55%) presentó peso entre 2.780Kg y 3.500Kg (Figura 2).

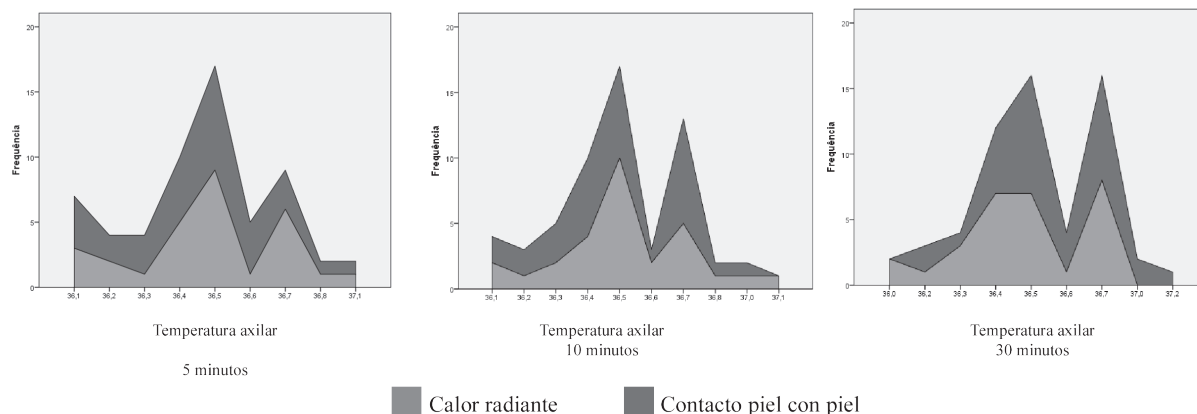


Figura 2 – Representación gráfica de la tendencia de la temperatura axilar de los recién nacidos en el 5º, 10º y 30º minutos de vida, encaminados para cuna calentada por calor radiante y de los acomodados en contacto piel con piel con el uso del dispositivo Top Maternal. Sao Paulo, SP, Brasil, 2014.

La Figura 2 y la Tabla 1 muestran los datos del resultado principal del estudio que se refiere a la comparación entre los valores de las temperaturas de los recién nacidos en el 5º, 10º y 30º minuto de vida, que fueron encaminados para la cuna de calor radiante,

y los valores de las temperaturas en los tres tiempos referidos de los Rns colocados en contacto piel con piel con uso del dispositivo Top maternal, llevándose en consideración los dos locales de parto que tuvieron variación entre 23°C y 26°C.

Tabla 1 – Medidas de la temperatura axilar de los recién nacidos en el 5º, 10º y 30º minutos de vida encaminados para cuna calentada por calor radiante (GCR) y de los acomodados en contacto piel con piel (GCPP) con el uso del dispositivo Top Maternal y local del parto. Sao Paulo, SP, Brasil, 2014.

Grupos	Local parto	Minutos de vida	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Mediana	Máximo	N
GCR*	Centro	5	36,52 [†]	0,23	36,1	36,5	37,1	25
		10	36,52 [‡]	0,24	36,1	36,5	37,1	25
		30	36,47 [§]	0,20	36,0	36,5	36,7	25
	Parto	5	36,33 [†]	0,10	36,2	36,4	36,4	4
		10	36,53 [‡]	0,15	36,4	36,5	36,7	4
		30	36,48 [§]	0,17	36,3	36,5	36,7	4
GCPP	Centro	5	36,44 [†]	0,22	36,1	36,5	36,7	5
		10	36,54 [‡]	0,17	36,3	36,5	36,7	5
	Parto	10	36,54 [§]	0,15	36,4	36,5	36,7	5
		30	36,54 [§]	0,15	36,4	36,5	36,7	5
	Normal	5	36,46 [†]	0,23	36,1	36,5	37,1	26
		10	36,49 [‡]	0,22	36,1	36,5	37,0	26
		30	36,58 [§]	0,23	36,2	36,5	37,2	26

*Grupo de Calor Radiante. El nivel descriptivo de un test (también conocido como p-value o p-valor) es la probabilidad de estar cometiendo un error al rechazar una hipótesis siendo que esta es verdadera. En la mayoría de las pruebas la hipótesis de igualdad, en el caso de la Tabla 1 es que el promedio de los grupos sean todas iguales: [†] p-value = 0,5547 ; [‡] p-value = 0,6305; [§] p-value = 0,0556; ||Grupo de Contacto Pele la Pele.

La temperatura axilar de los recién nacidos que fueron colocados en contacto piel con piel debajo del Top Maternal, tanto para los que nacieron en el CO como para los que nacieron en el CPN, tuvo valor un poco mayor, cuando comparada a la temperatura de los neonatos colocados en cuna de calor radiante. Más precisamente en el CO, en el décimo y trigésimo minuto,

con promedio de temperatura de 36,54°C y en el CPN, en el quinto y trigésimo minuto 36,46°C y 36,58°C, respectivamente. El test estadístico ANOVA (análisis de variancia) aplicado, mostró que en ningún momento las diferencias fueron significativas con *p-value*=0,5547 en cinco minutos, *p-value*=0,6305 en 10 minutos y en 30 minutos *p-value*=0,0556.

Discusión

Los análisis presentados en el estudio fueron comparativos entre dos grupos: uno considerando los RNs que, luego después del parto, fueron expuestos a calor radiante (GCR) y otro, los colocados en contacto piel con piel (GCPP). En los dos grupos, la edad de las madres varió entre 31 a 41 años, siendo la mayoría (56,6%) con edades entre 39 y 40 años. Predominó el color blanco en 68,3% y la edad gestacional entre 37 y 38 semanas en 45,0%, no difiriendo del perfil atendido en el HMLMB. Las brasileñas prevalecieron en 75,0%, siendo que entre las extranjeras, las bolivianas representaron 16,7%.

En cuanto al perfil de los Rns incluidos en el estudio, los resultados mostraron que el valor del Índice de Apgar del primer minuto (66,7%) fue de nueve, para la mayoría, siendo que de esos, 67,5% estaban representados en el GCPP. En el quinto minuto, todos (100,0%) los bebés tuvieron Índice de Apgar arriba de nueve, siendo en 85,0% el valor de 10, representado también por la mayoría (56,8%) de los que tuvieron en contacto piel con piel. El Índice o puntaje de Apgar es un instrumento clínico para ayudar a identificar a los recién nacidos que necesitan de resucitación, así son considerados valores indicativos >7 y <7 para buenas o de malas condiciones de nacimiento⁽⁷⁾. De esta manera, se percibe que todos los Rns incluidos en el estudio nacieron en buenas condiciones, que fueron mantenidas en el quinto minuto de vida, una vez que en ese momento, la totalidad (100,0%) tuvo registro de índice entre 9 y 10.

No hubo diferencias significativas en el perfil de las madres y bebés entre los dos grupos del estudio.

El objetivo mayor de este estudio fue descubrir si hubo diferencia significativa entre la temperatura de los Rns que, al nacer, reciben cuidados lejos de su madre, en cuna de calor radiante, práctica comúnmente utilizada en el manejo de recepción de los neonatos en la sala de parto, y la temperatura de los que fueron colocados junto a sus madres en contacto piel con piel favorecidos por el Top maternal.

La manutención de la temperatura del Rn ocurre cuando hay equilibrio entre la producción y la eliminación del calor. Siendo así, todos los esfuerzos deben ser realizados para que no exista pérdida de calor inmediatamente después del nacimiento.

Al nacer el bebé pasa del medio intrauterino, en donde la temperatura adecuada para su bienestar es mantenida en torno de 37,5°C, para un ambiente extrauterino, más frío y seco en la sala de parto, lo que propicia la pérdida de calor por evaporación y convección. Para que no exista pérdida de calor, es necesario que la

atención por parte del equipo que recibe al Rn luego después del parto incluya los siguientes procedimientos: enjuagar al bebé, colocarlo en fuente de calor radiante con cunas calentadas y monitorear la temperatura axilar constantemente o continuamente.

Muchas de las prácticas rutinariamente utilizadas no tienen eficacia comprobada y, por tanto, deberían ser modificadas por interferir negativamente, por ejemplo, al no mantener al bebé cerca de su madre después de su nacimiento. La práctica de colocar al Rn, al nacer, en contacto piel con piel con su madre, es un procedimiento seguro, sin grandes costos y apropiado para la regulación de la temperatura corporal del recién nacido saludable, siendo recomendado por la Guía Práctica Clínica sobre Cuidados con el Parto Normal (2010)⁽⁸⁾ y por la Directriz NICE (2014)⁽⁹⁾.

A pesar de existir una recomendación clara y el reconocimiento por medio de evidencias, en lo que se refiere a la realización del contacto precoz entre madre y recién nacido, esa práctica, de acuerdo con estudios sobre la temática, parece no recibir, todavía, la debida atención por parte de los profesionales de salud responsables por la conducción de la gran mayoría de los partos y nacimientos en los días actuales, ya que, una buena parte de los bebés todavía son colocados en las primeras horas de vida bajo calor radiante⁽¹⁰⁾.

La práctica es fortalecida también por el cuarto paso de los *Diez Pasos Para el Éxito del Amamantamiento materno*⁽¹¹⁾, que auxilia a las mujeres a iniciar la lactancia en la primera hora después del nacimiento y, para eso, se recomienda el contacto piel con piel precoz y prolongado, en el período de posparto inmediato, que debe durar hasta la primera lactancia o por el tiempo que la madre desee. Ese contacto precoz o inmediato, evidenciado en ese paso, significa colocar el bebé sin ropa en posición prona sobre el tórax de la madre inmediatamente después del parto.

En ese sentido, algunos pasos fueron observados y descritos secuenciando las primeras acciones del recién nacido, cuando colocado en contacto piel con piel con la madre, que van desde el lloro hasta el reconocimiento del pezón (por el olor), la mamada y el adormecer. Las evidencias con relación a la temperatura son expresivas; cuando existe neutralidad entre la vida intrauterina y extrauterina, se le da oportunidad al recién nacido para que se adecúe mejor a los estándares fisiológicos de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca. Los estímulos sensoriales, como toque, calor y olor, son excitantes vagales que, entre otros efectos, liberan oxitocina materna, la que actúa aumentando la temperatura de la piel del pecho de la madre, suministrando calor al bebé⁽³⁾.

Si el recién nacido presenta buena vitalidad al nacer, además de los procedimientos normales se debe

proveer calor para que su temperatura corporal se mantenga entre 36,5°C y 37,0°C.

En este estudio, no fue registrada temperatura menor que 36,0°C, inclusive después de 30 minutos del nacimiento, en que 65% de los recién nacidos permanecieron dentro de los parámetros de normalidad, entre 36,5 y 37°C y apenas 35% manifestaron una hipotermia leve entre 36,0 y 36,4°C. Sin embargo, en el GCPP, apenas 38,9% desarrollaron hipotermia leve después de 30 minutos, en cuanto en el GCR, llegó a 61,9%, lo que lleva a concluir que colocar al bebé en contacto piel con piel o junto a su madre, es una opción que colabora con la manutención de la temperatura corporal del Rn, esto en comparación a los colocados en cuna de calor radiante, lejos de su madre, independientemente del local de nacimiento o tipo de parto.

Un metaanálisis compuesto por 23 estudios indicó fuerte evidencia del aumento de temperatura corporal en el contacto piel con piel, con destaque para el hecho de que la temperatura del ambiente no influyó el resultado de la temperatura corporal, ya que inclusive en ambientes más fríos, la temperatura corporal de los recién nacidos en contacto piel con piel tuvo elevación o por lo menos se mantuvo inalterada⁽³⁾.

Los datos encontrados en el presente estudio presentaron resultados parecidos con los descritos arriba y en otros estudios⁽¹²⁻¹⁴⁾, al identificar que la temperatura de la sala en donde el recién nacido quedó después del nacimiento, tuvo poca influencia en la manutención de su temperatura corporal, como presentado en la Tabla 1. Las temperaturas de la sala variaron de 23°C a 26°C y la mayor parte (56,6%) de los nacimientos ocurrió con la temperatura en 23°C. En el GCPP, 51,6% mantuvieron su temperatura corporal después de 30 minutos entre 36,4°C y 37,2°C, en cuanto en el GCR, 48,4% la temperatura varió entre 36,0°C y 36,7°C, lo que lleva a concluir que el contacto piel con piel mantuvo a los Rns del estudio con temperaturas más próximas del intervalo de normalidad, al paso que para los que quedaron en calor radiante, los valores están más próximos del intervalo de hipotermia leve.

Se sabe que el tipo de parto puede influenciar en la temperatura del recién nacido luego después del nacimiento, principalmente cuando es de tipo cesárea y la parturienta recibe anestesia raquídea. En el proceso anestésico, existe reducción de la temperatura corporal de la madre, llevando también a una disminución en la temperatura del bebé⁽³⁾. Inclusive así, en este estudio, en apenas 28,0% de los Rns de parto cesáreo pertenecientes al GCR la temperatura registrada fue de 36,0°C y solamente después de 30 minutos después de nacimiento. Se destaca que la gran mayoría, en los partos normales realizados en el CPN, de los bebés (86,6%) fue

colocada en contacto piel con piel, hecho inversamente proporcional en los partos ocurridos en el CO, en donde 20 (66,6%) fueron normales, siete (23,3%) cesáreas y tres (10,0%) fórceps. La mayoría (83,3%) fue encaminada para el calor radiante, reforzando la idea de que, inclusive cuando los bebés hubiesen nacido, todos, en buenas condiciones, existe una tendencia mayor para el modelo en donde la predominancia de la asistencia es realizada por enfermeras que usan el modelo en que los Recién Nacidos son colocados en contacto piel con piel, junto a su madre.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas a: 1) la diferencia en el control de la temperatura en los dos ambientes, uno con aire acondicionado y el otro con temperatura ambiente, y 2) al número de la población estudiada. A pesar de que los valores de las temperaturas se mostraron semejantes, se sugiere, en nuevos estudios, además de un número mayor de sujetos que los ambientes de nacimiento tengan la misma temperatura, de manera que esta variable sea controlada.

Conclusión

En este estudio, se evidenció que la temperatura - de los neonatos que fueron colocados en contacto piel con piel con auxilio del dispositivo Top Maternal, inmediatamente después del nacimiento - presentó mayor valor en la mayoría de los tiempos verificados, esto al ser comparada con la temperatura de los que fueron colocados en cuna calentada bajo calor radiante, independientemente del local de nacimiento, no habiendo en ningún momento valores de temperatura que hubiesen sugerido hipotermia moderada o grave. Cuando se sometieron los datos al análisis estadístico, se descubrió que no hubo diferencia significativa entre los grupos estudiados.

Los hallazgos son corroborados por las últimas evidencias encontradas en la literatura sobre la temperatura de recién nacidos luego después del parto; los resultados corresponden a los de un país tropical, cuyas características climáticas son diferentes de aquellos países en donde fueron desarrollados la mayoría de los estudios incluidos en esta investigación. También se examinó la suposición de que los recién nacidos no sometidos a cuidados en cuna de calor radiante luego después del nacimiento puedan tener su temperatura disminuida, comprometiendo su equilibrio, tornando esa preocupación desnecesaria. Además, este estudio contribuye con el avance del conocimiento que sustenta que se debe mantener a los bebés con sus madres inmediatamente después del nacimiento, favoreciendo el contacto piel con piel utilizando el Top Maternal, sin

perjuicios a su bienestar, una vez que la temperatura de los recién nacidos en promedio se mantuvo en niveles recomendables. Igualmente mostró los beneficios que el contacto piel con piel producen tanto para la madre como para el recién nacido y para la administración de los servicios, la que podría repensar la utilización rutinera de equipamientos de calor radiante.

Referencias

1. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2007;11(1):98-104.
2. Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal. Guia de Práticas Clínicas no SMS. Ministério da Saúde e Política Social. Vitória: Gasteiz Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); 2010.
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue5. Art. No.: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
4. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:262-72.
5. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, Dykes F. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014jan14;14:22-6.
6. Spong CY. Defining "term" pregnancy: Recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. *JAMA* 2013; 309:2445-6 2. Definition of term pregnancy. Committee Opinion nº 579. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2013;122:1139-40.
7. American Academy of Pediatrics: American College of Obstetricians and Gynecologists. The Apgar score. *Obst Gynecol*. [Internet]. 2006 [Acesso 12 jan 2015];107:1209-12.[Acesso 17 fev 2015]. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co333.pdf?dmc=1&ts=20141206T0645151146>
8. Ministério da Saúde e Política Social (ES). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal. Guia de Práticas Clínicas no SMS.). Vitória-Gasteiz; 2010.
9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline*. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014.
10. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Childbirth care: contributing to the debate on human development. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2007 [Acesso 18 jan 2015]; 15(n.spe):792-8. ISSN 0104-1169.
11. Fundo das Nações Unidas para a Infância (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 2: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores. Brasília (DF); 2009.
12. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*.2010;26:130-7.
13. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Park*. 2011; [Acesso 18 fev 2015];21(10):601-5. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&from_uid=24216342DOI_10.2011/JCPSP.601605.
14. Araújo BF, Zatti H, Oliveira P Filho, Coelho MB, Olmi FB, Guaresi TB, et al. Influência do local de nascimento e do transporte sobre a mormimortalidade de recém-nascidos prematuros. *J Pediatr*. (Rio J).2011;87(3):257-262.DOI:10.2223/JPED.2094

Recibido: 25.7.2014

Aceptado: 15.8.2015

Correspondencia:

Rosemeire Sartori de Albuquerque
Universidade de São Paulo Escola de Artes Ciências e Humanidades
Av. Alindo Bétio, 1000
Ermelino Matarazzo
CEP: 03.828-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: rose.sart1@uol.com.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.