



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores facilitadores e inhibidores asociados con el contacto piel con piel en recién nacidos de parto eutócico de un establecimiento del primer nivel de atención, 2024

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por

Autor: Centeno Villa, Jean Piero

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8618-2340>

Asesor: Dr. López Bulnes, Jorge Luis

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9583-1143>

Lima- Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Jean Piero Centeno Villa egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación

“FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES ASOCIADOS CON EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO EUTÓCICO DE UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2024” Asesorado por el docente: Dr. López Bulnes Jorge Luis DNI 08153969 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9583-1143> tiene un índice de similitud de **10 (diez) %** con código OID: trn:oid::14912:581896559 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1

Jean Piero Centeno Villa

DNI:72470566.....

.....
Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado

DNI:



.....
Firma

Dr. JORGE LUIS LÓPEZ BULNES

DNI: 08153969

Lima, 21 de Junio del 2026

Título

FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES ASOCIADOS CON
EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO
EUTÓCICO DE UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN, 2024

Dedicatoria

En primer lugar, expreso mi profunda gratitud a Dios, por ser mi guía constante, bendecirme con salud y brindarme la sabiduría necesaria para culminar con éxito esta etapa académica.

A mis padres, Carmen y Luis, por ser los arquitectos de mi formación. Gracias por inculcarme los principios y valores que me definen como persona, y por enseñarme que la perseverancia es la clave ante cualquier adversidad; a ellos dedico este esfuerzo como símbolo de mi eterna gratitud.

Asimismo, a mis hermanas, por su respaldo moral incondicional y por haber creído siempre en mi capacidad, acompañándome con su presencia y aliento durante todo este proceso

Agradecimiento

A Dios, por brindarme la sabiduría y la luz para culminar esta meta profesional al servicio de los demás.

A mis padres, Carmen y Luis, por ser mi refugio y mi mayor motivación. Gracias por su apoyo total en este camino académico, por enseñarme a no rendirme ante la adversidad y por permitirme alcanzar este sueño. Mi gratitud hacia ustedes es eterna, pues son el pilar que sostiene cada uno de mis triunfos

Índice

Título	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Índice.....	1
Índice de tablas.....	3
Resumen.....	4
Abstract	5
 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	 7
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Formulación del problema	9
1.2.1 Problema general.....	9
1.2.2 Problemas Específicos.....	9
1.3 Objetivos de la investigación	10
1.3.1 Objetivo general	10
1.4 Justificación de la investigación	11
1.5 Delimitación de la investigación.....	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes de la investigación.....	14
2.2 Bases teóricas	19
2.3 Formulación de hipótesis	23
2.3.1 Hipótesis general.....	23
2.3.1 Hipótesis específicas	23
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	24
3.1 Método de investigación.....	24
3.2 Enfoque investigativo.....	24
3.3 Tipo de investigación	25
3.4 Diseño de la investigación	25
3.5 Población, muestra y muestreo.....	25
3.5.1 Población.....	25
3.5.2 Criterios de inclusión	26
3.5.3 Criterios de exclusión.....	26
3.5.4 Muestra.....	27
3.5.5 Muestreo.....	28

3.6	Variables y operacionalización.....	29
3.7	Técnicas e instrumento de recolección de Datos	35
3.7.1	Instrumento de recolección.....	35
3.7.2.	Técnica	35
3.7.3.	Descripción.....	35
3.7.4.	Validación	36
3.7.5.	Confiabilidad.....	36
3.8	Procesamiento y análisis estadístico de datos	36
3.8.1	Procesamiento de datos	36
3.8.2	Análisis estadístico de datos.....	37
3.9	Aspectos éticos.....	37
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		39
4.1	Resultados	39
4.2	Discusión de Resultados	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		58
Conclusiones		58
Recomendaciones.....		59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....		60
ANEXO 1.....		65
ANEXO 2:.....		67
ANEXO 3:.....		68

Índice de tablas

Tabla 1. Características maternas de la población de estudio (n = 217).....	43
Tabla 2. Características neonatales y del parto (n = 217).....	45
Tabla 3. Implementación del contacto piel con piel (CPP) y duración (n = 217).....	47
Tabla 4. Asociación entre factores maternos y realización del CPP (CPP sí/no).....	49
Tabla 5. Asociación entre factores del parto/neonatales y realización del CPP (CPP sí/no).....	51
Tabla 6. Factores asociados al cumplimiento del contacto piel con piel adecuado (≥ 45 min) (n=217).....	53
Tabla 7. Regresión logística multivariada: factores independientes asociados a la realización del CPP (n=217).....	55

Resumen

El objetivo del estudio fue identificar los factores facilitadores e inhibidores asociados con la práctica del contacto piel con piel (CPP) en recién nacidos de parto eutócico atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II durante el año 2024. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico de corte transversal en una muestra de 217 recién nacidos vivos atendidos en el periodo de estudio. La variable dependiente fue la realización del CPP y, de manera complementaria, el cumplimiento de un CPP adecuado (≥ 45 minutos). Se aplicó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes para variables categóricas y mediana con rango intercuartílico; mientras que el análisis bivariado se efectuó con Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Posteriormente, se empleó regresión logística multivariada para estimar razones de momios ajustadas (ORa) con IC 95% e importancia estadística de $p < 0.05$. Los resultados evidenciaron que la proporción de CPP realizado fue de 60.4% y el CPP adecuado fue de 59.4%. En el análisis bivariado, se halló asociación significativa entre la realización del CPP con el parto con acompañante, el tipo de líquido amniótico y el equipo profesional de atención neonatal. En el modelo multivariado, el parto con acompañante se mantuvo como factor independiente asociado a mayor probabilidad de realizar CPP (ORa=2.18; IC95%: 1.11–4.29), al igual que la atención neonatal por un equipo con médico especialista (ORa=2.33; IC95%: 1.31–4.17). Se concluye que la implementación del CPP en este establecimiento se asocia principalmente con las condiciones del entorno del parto y con el recurso humano especializado disponible.

Palabras clave: contacto piel con piel; recién nacido; factores asociados; atención del parto; recurso humano; lactancia materna.

Abstract

The objective of the study was to identify the facilitating and inhibiting factors associated with the practice of skin-to-skin contact (SSC) in newborns from eutocic deliveries attended at the Santa Luzmila II Mother and Child Center during 2024. A quantitative, observational, analytical, and cross-sectional study was conducted with a sample of 217 medical records of live newborns. The dependent variable was the performance of SSC and, complementarily, the fulfillment of adequate SSC (≥ 45 minutes). Descriptive statistics were applied using frequencies, percentages, and median with interquartile range; while bivariate analysis was performed using Chi-square or Fisher's exact test. Subsequently, multivariate logistic regression was used to estimate adjusted odds ratios (aOR) with 95% CI and statistical significance at $p < 0.05$. The results showed that the proportion of SSC performed was 60.4% and adequate SSC was 59.4%. In the bivariate analysis, a significant association was found between the performance of SSC and delivery with a companion, the type of amniotic fluid, and the professional neonatal care team. In the multivariate model, delivery with a companion remained an independent factor associated with a higher probability of performing SSC (aOR=2.18; 95% CI: 1.11–4.29), as did neonatal care by a team with a medical specialist (aOR=2.33; 95% CI: 1.31–4.17). The study concludes that the implementation of SSC in this facility is mainly associated with birth environment conditions and the specialized human resources available

Keywords: skin-to-skin contact; newborn; associated factors; delivery care; human resources; breastfeeding.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores facilitadores e inhibidores asociados a la práctica del contacto piel con piel (CPP) en recién nacidos de parto eutócico atendidos en un establecimiento de primer nivel de atención durante el año 2024. En el Capítulo 1 se desarrolla el planteamiento del problema, sustentando la necesidad de analizar qué condiciones maternas, neonatales, del parto y del contexto asistencial se relacionan con la implementación del CPP en el ámbito de la atención primaria. Asimismo, se presentan el objetivo general y los específicos, y se expone la justificación teórica, metodológica y práctica de la investigación, destacando su relevancia para fortalecer la calidad y humanización de la atención materno-neonatal. En el Capítulo 2 se revisa el marco teórico, incorporando antecedentes internacionales y nacionales sobre los beneficios del CPP y su rol en la adaptación neonatal temprana. El Capítulo 3 describe la metodología del estudio, de enfoque cuantitativo, observacional y analítico de corte transversal. Se especifican la población y la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, la operacionalización de variables y el instrumento de recolección de datos. Asimismo, se detallan los procedimientos de control de calidad de la información y el plan de análisis estadístico. En el Capítulo 4 se presentan los resultados y su discusión, describiendo la frecuencia de realización del CPP y del cumplimiento adecuado (≥ 45 minutos), así como las asociaciones encontradas con variables del entorno del parto (el acompañamiento), condiciones clínicas perinatales (el tipo de líquido amniótico) y factores organizacionales (el equipo profesional asignado). Los hallazgos se interpretan a la luz de la evidencia científica disponible, identificando oportunidades concretas de mejora en los procesos de atención. Finalmente, el Capítulo 5 expone las conclusiones y recomendaciones orientadas a fortalecer la implementación sostenida del CPP en el primer nivel de

atención.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mostrado un apoyo rotundo sobre la práctica de contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el hijo, esto debido a los numerosos beneficios que ofrece para ambos. Entre estos beneficios destacan la ayuda al neonato para mantener su temperatura ideal y aumenta la probabilidad de que reciba su lactancia materna de manera temprana, también reduce su irritabilidad y llanto, además le ayuda a integrarse de mejor manera al mundo fuera del útero, favorece la relación de apego, y reduce el riesgo de complicaciones y muerte neonatal. Sin embargo, a pesar de todas estas bondades, el CPP enfrenta varios problemas en su uso clínico que lo vuelven difícil de aplicar de manera sistemática y efectiva en centros de atención primaria.

En la situación actual, aparece la necesidad de analizar los factores que permiten o dificultan la puesta en práctica del CPP en neonatos que provienen de un centro de primer nivel de atención. En particular, es importante determinar el impacto que los factores como el personal de salud, y las características materno-neonatales, así como el nivel del servicio de salud, tienen sobre la estrategia. Se plantea desarrollar acciones orientadas a mejorar la práctica del CPP, asegurando que un mayor número de recién nacidos puedan beneficiar de dicha práctica, basándose en protocolos pertinentes y la literatura científica actual.

La disponibilidad de recursos humanos es el factor más crucial que afecta la implementación del plan de contingencia en los centros de atención médica. Un factor importante para la promoción e implementación de esta estrategia es la disposición, el conocimiento y, especialmente, la capacitación permanente del profesional involucrado. En algunos casos, la poca comprensión de la importancia y la correcta aplicación del CPP

puede crear barreras para su implementación en los establecimientos de atención primaria. Además, una escasez de trabajadores de la salud o una carga de trabajo excesiva puede actuar como barreras para garantizar la administración adecuada del CPP para todos los neonatos. Además, la presencia de personal con formación y sensibilidad hacia la importancia del CPP puede actuar como un catalizador, promoviendo positivamente su implementación en la atención neonatal.

Las características de la madre pueden estar asociadas con la ejecución del CPP, factores como la edad gestacional, la paridad, el número de controles de atención prenatal y la existencia de complicaciones obstétricas pueden impactar la disposición y capacidad de la madre para participar en esta práctica. Por ejemplo, las madres con antecedentes de parto prematuro o aquellas con complicaciones obstétricas pueden enfrentar limitaciones para el contacto inmediato con sus recién nacidos debido a razones médicas o falta de información adecuada. Por otro lado, aquellas mujeres informadas sobre los beneficios de CPP durante los controles prenatales son más propensas a estar activamente involucradas, lo que subraya la importancia de una educación prenatal efectiva.

Las características neonatales influyen en la frecuencia, períodos y el inicio del CPP. Factores como bajo peso neonatal, depresión neonatal o historia materna de hipertensión durante el embarazo, preeclampsia, desprendimiento de placenta o ruptura prematura de membranas pueden dificultar el inicio del CPP. Por el contrario, neonatos con peso adecuado para la edad gestacional, sin depresión al nacer y sin antecedentes maternos patológicos pueden beneficiarse de contacto materno inmediato y prolongado. Además de los aspectos clínicos y humanos, resulta fundamental en el análisis la frecuencia, duración y el momento de inicio del CPP en relación con el establecimiento de salud. Existen variaciones en la utilización de esta estrategia debido a los protocolos

institucionales y a la infraestructura que se tenga. Hay centros de salud que favorecen el CPP inmediato y por otro lado, algunos presentan aplicación de manera esporádica y de corta duración por dificultades operativas. Estos patrones ayudarán a comprender las brechas conocidas sobre la práctica y permitir desarrollar lineamientos para su mayor uso en los centros de atención primaria.

Los datos obtenidos de la práctica del CPP en los nacidos durante el año 2024 en establecimientos de salud de nivel primario indican la necesidad de explorar en profundidad esta práctica. El propósito de este trabajo es contribuir en la diseminación de datos complementarios que favorezcan la comprensión del asunto. Este estudio busca el desarrollo de estrategias que ayuden a entender mejor las barreras y facilitadores de su implementación con el fin de sentar las bases necesarias que permitan diseñar medidas facilitadoras. Con estos resultados, será posible presentar propuestas que tengan como propósito reforzar la educación de los profesionales de la salud que atienden a los bebés y sensibilizarlos sobre la importancia del CPP, así como mejorar los lineamientos institucionales para permitir una implementación más eficiente y estandarizada de la práctica el CPP. La evidencia obtenida apunta hacia la posibilidad de lograr que la salud del neonato y de su madre se vean beneficiadas mediante el establecimiento de un sistema de atención neonatal basado en la evidencia.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué factores facilitadores e inhibidores están asociados con la práctica del contacto piel con piel en recién nacidos de parto eutócico de un establecimiento del primer nivel de atención, 2024?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Qué recursos humanos favorecen o dificultan la práctica del contacto piel con piel de neonatos de parto eutócico de un establecimiento del primer nivel de atención?

¿Las características maternas (edad, estado civil, nivel educativo, edad gestacional, paridad, controles prenatales, episiotomía, ruptura prematura de membranas, tipo de líquido amniótico, desgarro perineal, parto con acompañante) están asociadas con la realización del contacto piel con piel de neonatos de parto eutócico de un establecimiento del primer nivel de atención?

¿Las características neonatales (bajo peso al nacer, macrosomía, APGAR bajo, sexo masculino) influyen en la frecuencia, duración y momento de inicio del contacto piel con piel de neonatos de parto eutócico de un establecimiento del primer nivel de atención?

¿Cuál es la frecuencia, duración y momento de inicio del contacto piel con piel de neonatos de parto eutócico de un establecimiento del primer nivel de atención?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Identificar los factores facilitadores e inhibidores asociados con la práctica del contacto piel con piel en recién nacidos de parto eutócico atendidos en un establecimiento del primer nivel de atención durante el año 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar los recursos humanos que favorecen o dificultan la práctica del contacto piel con piel en neonatos de parto eutócico en un establecimiento del primer nivel de atención.

Analizar la relación entre las características maternas (edad, estado civil, nivel educativo, edad gestacional, paridad, controles prenatales, episiotomía, ruptura prematura de membranas, tipo de líquido amniótico, desgarro perineal, parto con acompañante) y la

realización del contacto piel con piel en neonatos de parto eutócico en un establecimiento del primer nivel de atención.

Examinar cómo las características neonatales (bajo peso al nacer, macrosomía, APGAR bajo, sexo masculino) influyen en la frecuencia, duración y momento de inicio del contacto piel con piel en neonatos de parto eutócico en un establecimiento del primer nivel de atención.

Describir la frecuencia, duración y momento de inicio del contacto piel con piel en neonatos de parto eutócico en un establecimiento del primer nivel de atención.

1.4 Justificación de la investigación

Teórica

El CPP es una intervención basada en pruebas científicas que evidencia ventajas importantes para la madre y el hijo, tales como la estabilización fisiológica, el afianzamiento del vínculo afectivo y el estímulo de la lactancia materna. Sin embargo, aún existen discrepancias en la comprensión de los factores particulares que permiten u obstaculizan su correcta aplicación en contextos del primer nivel de atención. Este trabajo fomentará el avance teórico mediante la identificación y análisis de estos factores, proporcionando conocimientos que pueden ser utilizados para enriquecer la literatura existente sobre prácticas neonatales fundamentadas con resultados reales.

Metodológica

Este trabajo utilizó una ficha de recolección de datos estructurada que facilitará la recolección de información detallada y precisa sobre los recursos, las características maternas y neonatales, así como la implementación del CPP en un establecimiento de

atención primaria. La metodología sistemática del análisis permitirá la detección de patrones y la correlación entre variables, facilitando la formulación de estrategias eficaces y replicables para optimizar la implementación del CPP en diversos contextos.

Práctica

Los hallazgos del presente estudio resultan beneficiosos para todos los profesionales de salud, así como para administradores y formuladores de políticas en el primer nivel de atención. Al discernir los elementos que favorecen u obstaculizan el CPP, se podrán diseñar intervenciones particulares, incluyendo programas de formación, mejoras en la infraestructura y modificaciones en los protocolos institucionales, con el objetivo de asegurar su efectiva implementación. Además, el estudio tiene como objetivo beneficiar directamente a las madres y recién nacidos al fomentar una práctica que optimice los resultados en el ámbito de la salud materna e infantil.

1.5 Delimitación de la investigación

Temporal:

El siguiente trabajo se ejecutó en un periodo de doce meses, enero a diciembre del 2025, abarcando un período que incluye la recolección, análisis de datos y generación de conclusiones. Este marco temporal permitió obtener información actualizada y relevante sobre la implementación del contacto piel con piel en neonatos en un contexto específico.

Espacial:

La investigación se realizó en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, establecimiento del primer nivel de atención certificado como establecimiento amigo de

la madre, el niño y la niña ubicado en lima norte. Bajo Resolución Directoral N°855-2023-MINSA-DIRIS LN, se reconoció a este establecimiento como promotor de la lactancia materna como práctica saludable para el desarrollo integral del recién nacido, convirtiéndose en el séptimo establecimiento del primer nivel de atención en la jurisdicción de Lima Norte en obtener la mencionada certificación. Este tipo de institución es representativa de los servicios básicos de atención perinatal en contextos con recursos limitados, lo que permitirá identificar las particularidades de los factores que facilitan o inhiben el contacto piel con piel en este entorno.

Población o unidad de análisis:

La población objeto de estudio estuvo conformada por las madres y sus recién nacidos por parto eutócico atendidos en el C.M.I. Santa Luzmila II durante el año 2024, periodo en el cual fue certificado, así como capacitado al profesional de salud comprometido con la atención de la gestante y el neonato. Las unidades de análisis incluyeron las historias clínicas de la madre y del neonato que consignaron las características sociodemográficas, maternas y neonatales que influyen en la práctica del contacto piel con piel.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Saco et al. (2019), en su investigación de tipo transversal realizada en São Paulo, Brasil, se plantearon como objetivo principal analizar los factores relacionados con la práctica del contacto piel con piel (CPP) y la lactancia materna en los primeros sesenta minutos de vida, así como su influencia en la lactancia exclusiva durante los primeros treinta días. La metodología consistió en la revisión de 959 registros médicos de madres y recién nacidos atendidos en un servicio de lactancia entre los años 2004 y 2010. Como resultados relevantes, se halló una prevalencia de CPP con lactancia materna temprana del 37.2%, identificando que un puntaje Apgar de 8 a 10 al primer minuto y un mayor peso al nacer actuaron como factores facilitadores; por el contrario, la menor edad materna, el parto por cesárea y el uso de fórceps redujeron significativamente la probabilidad de realizar dicha práctica. Finalmente, se determinó que el inicio precoz del CPP favorece la exclusividad de la lactancia durante el primer mes de vida, aunque no se detectó una correlación significativa entre esta práctica y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a largo plazo. (1).

Araujo et al. (2021), en su investigación de tipo transversal realizada en un Hospital Amigo del Niño en Brasil, tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia y los elementos relacionados con la ejecución del contacto piel con piel (CPP) y la lactancia materna en la primera hora de vida. La metodología contempló a 727 mujeres embarazadas con partos ocurridos entre abril y mayo de 2019, recolectando datos sociodemográficos y obstétricos mediante formularios, los cuales fueron analizados con la prueba estadística chi-cuadrado ($p < 0.05$). Como resultados relevantes, los hallazgos indicaron una prevalencia de CPP del 83.6% y de lactancia materna temprana del 58.3%; identificándose como factores facilitadores la edad gestacional ≥ 37 semanas, peso al nacer ≥ 2500 g, Apgar > 7 al primer minuto, parto vaginal, contar con seis o más controles prenatales y un nivel educativo materno superior a los 9 años. Finalmente, se estableció que el inicio del control prenatal en el primer trimestre, la multiparidad y la realización previa del contacto piel con piel son factores que favorecen significativamente el éxito de la lactancia materna durante la primera hora de vida. (2).

Goudard et al. (2022), en su investigación de tipo cohorte realizada en cinco centros neonatales de Brasil, tuvo como objetivo principal evaluar el efecto del contacto piel con piel (CPP) en la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria en neonatos con peso inferior a 1,800 g al nacer. La metodología consistió en el registro del tiempo de CPP por parte del equipo médico y los padres, complementado con encuestas y revisión de registros médicos; para el análisis de datos se utilizó el método de aprendizaje automático de Árbol de Clasificación. Como resultados relevantes, los hallazgos indicaron que el 61.6% de los neonatos recibieron el alta con lactancia materna exclusiva, encontrándose una correlación significativa entre la exposición al CPP y la lactancia en neonatos con pesos entre 1,125 g y 1,655 g. Finalmente, se determinó que

los neonatos con una exposición promedio superior a 149.6 minutos diarios de CPP y aquellos con un puntaje de severidad SNAPPE-II menor a cero presentaron las tasas más elevadas de lactancia exclusiva al alta, alcanzando un 74% y 83% respectivamente. (3).

Campos et al. (2020), en su investigación de tipo transversal realizada en una universidad de Brasil, se plantearon como objetivo principal examinar la prevalencia del contacto piel con piel (CPP) y el estímulo a la lactancia materna, identificando los elementos que dificultaron su aplicación y la información brindada durante el control prenatal. La metodología abarcó a 586 mujeres evaluadas entre febrero y septiembre de 2016, empleando información extraída de registros médicos y encuestas estructuradas. Como resultados relevantes, los hallazgos señalaron que el 60.1% de los neonatos recibieron CPP inicial y el 44.9% fue incentivado a lactar; sin embargo, tras las primeras atenciones neonatales, la persistencia del CPP descendió al 24.1%. Se determinó que el principal factor inhibitor fue la falta de condiciones clínicas apropiadas en el 47.7% de los recién nacidos, sumado a que el 79.2% de las madres desconocía la razón por la cual no se incentivó la lactancia. Finalmente, el estudio reveló que, a pesar de que la mayoría de las madres recibió orientación prenatal sobre estas prácticas, persisten brechas importantes en su implementación hospitalaria, evidenciando la necesidad de fortalecer los protocolos y la capacitación del personal de salud. (4).

Santos et al. (2022), en su investigación de tipo cualitativo y longitudinal realizada en un hospital de enseñanza en la región noreste de Brasil, tuvieron como objetivo principal examinar los anhelos, expectativas y vivencias de las mujeres respecto al contacto piel con piel (CPP) y la lactancia materna en la primera hora de vida. La metodología consistió en el seguimiento de 18 mujeres con embarazos de bajo riesgo mediante observación participante durante el parto y la realización de entrevistas estructuradas y

semiestructuradas en las etapas prenatal y de lactancia, analizando la información bajo el método de análisis de contenido temático. Como resultados relevantes, los hallazgos indicaron que, a pesar del deseo manifiesto de las madres por realizar el CPP y la lactancia inmediata, existían dudas sobre su factibilidad debido a la priorización de los procedimientos hospitalarios rutinarios postparto sobre estas prácticas. Finalmente, el estudio determinó que estas expectativas de las madres se ven frecuentemente frustradas en la práctica clínica, ya que la organización del entorno hospitalario suele impedir la instauración efectiva del CPP y la lactancia temprana justo después del nacimiento (5).

Un estudio retrospectivo (2009-2012) realizado en un banco de leche humana en Brasil, tuvo como objetivo principal analizar los factores asociados con el contacto piel con piel (CPP) y la lactancia materna en la sala de parto. La metodología incluyó el análisis de datos secundarios de 12,283 madres mediante un protocolo estructurado, empleando un modelo de regresión de Poisson jerárquico para clasificar variables sociodemográficas, prenatales y neonatales en niveles distales, intermedios y proximales. Como resultados relevantes, se halló que factores como el parto vaginal (RP=1.34 y RP=1.63), la ausencia de complicaciones en el parto (RP=1.24 y RP=1.27), el peso adecuado al nacer (RP=1.23 y RP=1.92) y el nacimiento a término (RP=1.18 y RP=1.40) se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de estas prácticas. Finalmente, se determinó que la atención hospitalaria y las condiciones clínicas del recién nacido son fundamentales para la implementación del CPP, sugiriendo la necesidad de posponer intervenciones innecesarias en el posparto inmediato para promover la continuidad de la lactancia temprana (6).

Antecedentes Nacionales

Una investigación realizada en Huánuco (2022), bajo un diseño observacional,

transversal y de nivel descriptivo-relacional, tuvo como objetivo principal evaluar las ventajas del contacto temprano entre madre y niño en gestantes con parto eutócico. La metodología consistió en el estudio de un grupo de 86 mujeres en etapa de gestación, a quienes se les aplicó la prueba estadística de correlación Rho de Spearman. Como resultados relevantes, el perfil sociodemográfico mostró una predominancia de madres entre 20 y 25 años (53.49%) y con nivel secundario (41.86%); en el aspecto clínico, el 66.28% cumplió con seis o más consultas prenatales. Se halló una correlación positiva y significativa entre la duración del CPP y el placer materno ($Rho = 0.759$; $p < 0.001$), aunque también se detectó una correlación inversa con la percepción de obligación y presión ($Rho = -0.216$; $p = 0.046$). Finalmente, el estudio determinó que un periodo de contacto más prolongado promueve una experiencia emocional favorable, advirtiendo que, en ciertos casos, la práctica puede generar sentimientos de malestar o presión externa si no se maneja adecuadamente. (7).

Una investigación realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal (2018), bajo una metodología correlacional, prospectiva, transversal y no experimental con enfoque cuantitativo, tuvo como objetivo principal examinar la correlación entre el contacto piel con piel (CPP) y el comienzo precoz de la lactancia materna según el tipo de parto. La metodología incluyó a 284 púerperas seleccionadas bajo criterios específicos, recolectando la información mediante entrevistas estructuradas y encuestas. Como resultados relevantes, se halló que el 98.24% de las participantes realizó el CPP, con una prevalencia del 99.64% en partos vaginales y el 100% en cesáreas; asimismo, el 98.59% inició el contacto inmediatamente tras el parto y el 95.07% logró iniciar la lactancia en los primeros 60 minutos. Finalmente, el estudio corroboró una correlación positiva entre ambos factores, demostrando que el 99.64% de las púerperas que realizaron el contacto piel con piel consiguieron un inicio precoz y exitoso de la lactancia materna. (8).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 El Contacto Piel con Piel:

El CPP es una práctica de cuidado neonatal que comienza al ubicar al neonato desnudo en el pecho materno justo después del nacimiento, promoviendo la relación entre madre e hijo y favoreciendo la transición fuera del útero (9). Esta práctica es sugerida tanto por la OMS como por varias entidades internacionales, gracias a sus beneficios para la salud de los neonatos y las madres (10).

2.2.2 Beneficios del CPP:

Regulación térmica y estabilidad fisiológica:

El CPP es el método más eficaz para la termorregulación neonatal, ya que permite que la temperatura del cuerpo materno se adapte automáticamente a las necesidades del recién nacido (11). Estudios han demostrado que la piel materna puede aumentar o disminuir su temperatura hasta 2°C para mantener la estabilidad térmica del bebé, reduciendo así el riesgo de hipotermia neonatal (12). Además, al favorecer la estabilidad térmica, el CPP disminuye la necesidad de intervenciones médicas, como el uso de incubadoras, en neonatos sin complicaciones. Asimismo, el CPP contribuye a la regulación de los signos vitales, ya que mejora la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y el nivel de saturación de oxígeno del recién nacido (11,12). Esta regulación ocurre porque el contacto físico con la madre promueve un estado de calma, lo que a su vez minimiza la variabilidad de los signos vitales y optimiza la adaptación extrauterina.

Cuando nacen, los neonatos experimentan niveles altos de cortisol, una hormona asociada al estrés. El CPP ha probado ser un procedimiento efectivo para disminuir los niveles de cortisol, fomentando una sensación de serenidad y bienestar del neonato (13). En

consecuencia, los recién nacidos que reciben CPP experimentan menos llanto, en contraste con aquellos que se separan de sus madres justo después de nacer. Una investigación reveló que los neonatos que reciben CPP en la primera hora de vida lloran un 80% menos que los que se encuentran en cunas térmicas o incubadoras (14).

El CPP se ha identificado como un método eficaz para la estabilización de la temperatura neonatal, superando incluso el uso de incubadoras en recién nacidos a término y prematuros (13,14). Un metaanálisis de Boundy et al. (2021) evidenció que los neonatos que reciben CPP presentan una menor incidencia de hipotermia y alteraciones cardiorrespiratorias, reduciendo la necesidad de intervenciones médicas (15).

Mejora en la lactancia materna:

Los neonatos que realizan CPP obtienen un mayor éxito al agarrarse al pecho materno en la primera hora de vida, lo que promueve un éxito en la lactancia materna a largo plazo. La investigación científica indica que el CPP incrementa los índices de lactancia materna de manera exclusiva en los primeros seis meses de vida y disminuye el peligro de deserción precoz de la lactancia (14,15). El CPP provoca la liberación en la madre de oxitocina, también llamada hormona del amor y la unión. Esta hormona no solo refuerza el lazo emocional entre la madre e hijo, sino que también desempeña un rol importante en la liberación de la placenta y en la disminución de la menstruación postparto (16). Además, la oxitocina estimula la eyección de leche materna, facilitando el inicio temprano de la lactancia.

La etapa precoz del CPP está vinculada con tasas elevadas de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida (16,17). Una investigación realizada en hospitales latinoamericanos reveló que el CPP incrementó en un 35% la prevalencia de lactancia

materna exclusiva a los tres meses de vida (18).

Beneficios emocionales y reducción del estrés neonatal

El CPP refuerza la interacción entre la madre y el hijo, facilitando el reconocimiento mutuo mediante el contacto físico, la voz y el olor materno. Desde el nacimiento, los recién nacidos están programados para buscar y reconocer a su madre, y el CPP potencia este proceso al permitir un contacto sensorial directo, lo que contribuye al desarrollo de un apego seguro (19).

Un vínculo seguro durante las primeras etapas de vida es crucial para el desarrollo psicoemocional y social del recién nacido, dado que influye en su habilidad para estabilizar las emociones, forjar relaciones saludables y gestionar el estrés futuro. Estudios anteriores han evidenciado que los infantes que experimentan CPP durante la primera hora de vida manifiestan respuestas más calmadas frente a situaciones de estrés y exhiben un menor riesgo de ansiedad y complicaciones en la regulación emocional a largo plazo (20%).

Fortalecimiento del sistema inmunológico

El CPP influye en el desarrollo de la inmunidad del neonato, al fortalecer su sistema inmunológico y a su protección frente a infecciones. Esta ventaja es atribuible a la colonización con la microbiota materna. Cuando el neonato interactúa con la piel materna, se expone a su microbiota innata, lo que propicia la colonización de bacterias beneficiosas en la piel y el intestino del recién nacido (21). Estas bacterias contribuyen al fortalecimiento del sistema inmunológico, disminuyendo la probabilidad de infecciones en la etapa neonatal.

2.2.3 Factores facilitadores e inhibidores del CPP:

Recursos humanos y capacitación del personal de salud:

La disponibilidad y formación del personal de salud son determinantes en la implementación del CPP. Estudios recientes indican que la falta de capacitación y el desconocimiento de los protocolos dificultan su aplicación (22,23). Sin embargo, hospitales con programas de formación han reportado un aumento del 60% en la adherencia al CPP (24).

Características maternas:

Factores como la edad materna, el número de partos previos y la presencia de complicaciones obstétricas influyen en la práctica del CPP. Investigaciones han demostrado que madres adolescentes o primigestas tienen menor probabilidad de realizar CPP debido a la falta de información y apoyo adecuado (25,26).

Características neonatales:

El estado de salud del neonato es un factor clave en la implementación del CPP. Neonatos con puntaje de APGAR bajo, bajo peso al nacer o que requieren atención médica inmediata tienen menor probabilidad de recibir CPP en la primera hora de vida (27). Sin embargo, estudios han demostrado que incluso en neonatos prematuros, el CPP puede implementarse de manera segura con estrategias adaptadas (28,29).

Factores institucionales:

Las condiciones hospitalarias y los protocolos institucionales determinan la frecuencia y duración del CPP. Un análisis en hospitales de Latinoamérica encontró que aquellos con infraestructura adecuada y personal capacitado lograban tasas de implementación del CPP

superiores al 75%, mientras que, en hospitales sin estos recursos, la tasa era inferior al 40% (30).

2.2.4 Frecuencia, duración y momento de inicio del CPP:

La OMS recomienda que el CPP inicie inmediatamente tras el parto y se mantenga al menos una hora (10). Sin embargo, estudios han reportado variaciones en la duración del CPP en diferentes niveles de atención.

Un estudio en hospitales de atención primaria encontró que el 60% de los neonatos recibió CPP, pero en la mayoría de los casos por menos de 30 minutos, limitando sus beneficios potenciales (31). En contraste, hospitales con políticas institucionales sólidas han logrado extender la duración del CPP a más de 60 minutos, lo que se asocia con mejores resultados en lactancia materna y salud neonatal (32,33).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₀ (Hipótesis nula): entre los factores facilitadores e inhibidores y la práctica del contacto piel con piel no existe asociación significativa en recién nacidos de un establecimiento del primer nivel de atención.

H₁ (Hipótesis alternativa): Existen factores facilitadores e inhibidores significativamente asociados con la práctica del contacto piel con piel en recién nacidos de un establecimiento del primer nivel de atención.

2.3.1 Hipótesis específicas

Hipótesis 1: La disponibilidad y capacitación del personal de salud influyen significativamente en la práctica del contacto piel con piel en recién nacidos de un

establecimiento del primer nivel de atención.

Hipótesis 2: Las características maternas (edad, estado civil, nivel educativo, edad gestacional, paridad, controles prenatales, episiotomía, ruptura prematura de membranas, tipo de líquido amniótico, desgarro perineal, parto con acompañante) están significativamente asociadas con la realización del contacto piel con piel.

Hipótesis 3: Las características recién nacido (bajo peso al nacer, macrosomía, APGAR bajo, sexo masculino) influyen significativamente sobre la frecuencia, duración y momento de inicio del contacto piel con piel.

Hipótesis 4: Existen diferencias significativas en la frecuencia, duración y momento de inicio del contacto piel con piel del recién nacido en el establecimiento del primer nivel de atención estudiado.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

El estudio mantuvo un enfoque de investigación cuantitativo, con el propósito de cuantificar y analizar la correlación entre los factores facilitadores e inhibidores y la implementación del CPP en neonatos de un establecimiento de atención primaria. Este método permitió la obtención de datos objetivos y contrastables a través de técnicas de recolección estructuradas, promoviendo la identificación de patrones y conexiones entre variables.

3.2 Enfoque investigativo

Se empleó una metodología descriptiva-correlacional en el estudio. En la fase inicial, se llevó a cabo la caracterización de los factores que favorecen e impiden el CPP, considerando recursos humanos, características maternas y neonatales, así como las

institucionales. Posteriormente, analizaremos la asociación entre estas variables y la frecuencia, duración y momento de inicio del CPP. Este enfoque metodológico permitió no solo caracterizar el CPP en el contexto del primer nivel de atención, sino también la determinación de su influencia de diversos factores en su implementación.

3.3 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo observacional, transversal y analítico. Observacional porque se estudió la práctica del CPP dentro de un entorno natural. Transversal porque el recojo de información se realizó por única vez, permitiendo analizar la situación actual del CPP en el centro de salud. Analítico porque se analizó la asociación entre los factores facilitadores e inhibidores y la implementación del CPP mediante técnicas estadísticas apropiadas.

3.4 Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño de tipo no experimental de nivel correlacional-comparativo, pues no se realizó manipulación de las variables y sólo se analizaron las relaciones existentes entre ellas. Se seleccionó una muestra de madres y recién nacidos atendidos en el CMI Santa Luzmila II en el 2024, recolectando información del historial clínico del paciente.

El procesamiento de datos se realizó mediante métodos estadísticos descriptivos e inferenciales, empleando pruebas como el chi cuadrado para establecer conexiones entre variables categóricas y regresión logística para valorar el impacto de varios factores en la probabilidad de ejecución del CPP.

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por un universo de 496 binomios madre-recién

nacido que recibieron atención de parto eutócico en el Centro Materno Infantil (CMI) Santa Luzmila II durante el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2024. Asimismo, la población incluyó de forma indirecta al personal de salud (médicos, especialistas y profesionales de enfermería y obstetricia) encargado de los protocolos de atención neonatal y la ejecución del contacto piel con piel (CPP).

El estudio abarcó la totalidad de los registros de partos atendidos en los que se consideró la viabilidad clínica para la realización del CPP, con el propósito de identificar de manera integral los factores facilitadores e inhibidores que influyeron en su aplicación.

3.5.2 Criterios de inclusión

Para garantizar la homogeneidad y relevancia de los datos recopilados, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes cuyos partos fueron atendidos en el establecimiento de salud durante el período enero a diciembre 2024.
- Historias clínicas de recién nacidos a término (≥ 37 semanas de gestación) con estado de salud estable al nacer.
- Historias clínicas que cuente con el registro del personal de salud que haya participado directamente en la atención del parto y la implementación del CPP.
- Casos en los que se haya intentado o recomendado el CPP, independientemente de su duración o éxito.

3.5.3 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio los siguientes casos:

- Historias clínicas de recién nacidos con patologías graves que requirieron traslado inmediato a un establecimiento de mayor capacidad resolutive (asfixia neonatal severa, malformaciones congénitas, prematuridad extrema <35 semanas).
- Historias clínicas de gestantes con complicaciones postparto graves que impidieron la realización del CPP (hemorragia postparto severa, preeclampsia grave).
- Historias clínicas en los que no haya datos clínicos completos sobre el contacto piel con piel.
- Historias clínicas de gestantes cuyos partos hayan ocurridos fuera del establecimiento de salud y que no hayan sido atendidos bajo los protocolos del establecimiento de salud.

3.5.4 Muestra

Se determinó el tamaño de la muestra basándose en la población de neonatos atendidos en el CMI Santa Luzmila II durante el año 2024, empleando la fórmula estadística apropiada para población limitada. Se tomó en cuenta un 95% de confianza ($\alpha = 0.05$) y un margen de error del 5% para identificar una discrepancia importante entre los factores facilitadores e inhibidores y la práctica del contacto piel con piel en neonatos del CMI. Santa Luzmila II.

$$n = \frac{NZ^2 \cdot p(1 - q)}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p(1 - q)}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- N = Población total (número estimado de nacimientos en el establecimiento durante 2024 = 496)

- Z = Valor de Z para un nivel de confianza del 95% (1.96)
- p = Proporción esperada de realización del CPP (suponemos 50% = 0.5 para maximizar la variabilidad)
- e = Margen de error (asumimos 5% = 0.05).

Esto conduce a un tamaño de muestra de cerca de 217 historias clínicas de mujeres embarazadas y neonatos. Para asegurar que la muestra sea representativa y los resultados puedan generalizarse, previniendo prejuicios en la recopilación de datos, se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple probabilístico de la forma siguiente:

- Listado de población: Se obtuvo una lista de todos los partos registrados en el establecimiento de salud durante el año 2024 ($N = 496$).
- Numeración de casos: Se asignaron un número único a cada parto registrado.
- Se utilizó un generador de números aleatorios (Epidat 3.1) para seleccionar 217 casos de forma imparcial.
- Verificación de criterios de inclusión y exclusión: Si un caso seleccionado no cumplió con los criterios establecidos, fue reemplazado por otro elegido aleatoriamente.

3.5.5 Muestreo

Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple. El procedimiento consistió en la identificación de la totalidad de las historias clínicas en el sistema de registro hospitalario ($N=496$), asignándoles un número correlativo. Posteriormente, mediante el uso de un generador de números aleatorios, se seleccionaron las 217 historias clínicas que conformaron la muestra final, garantizando que cada documento tuviera la misma probabilidad de ser incluido en el estudio.

3.6 Variables y operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	E. Medición	E. Valorativa
Contacto piel con piel (CPP)	Cuidado neonatal que consiste en colocar al recién nacido desnudo sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto, favoreciendo la regulación térmica, la lactancia y el vínculo afectivo (OMS, 2018).	Práctica del CPP registrada en la historia clínica. Se considera realizado si se mantuvo durante al menos 45 minutos.	Inicio del CPP, duración del CPP, motivo de interrupción	- Hora de inicio del CPP - Hora de término del CPP - Duración del CPP - Motivo de interrupción	Nominal	- Se realizó CPP ≥ 45 min - Se realizó CPP < 45 min - No se realizó CPP
Edad gestacional	tiempo que ha transcurrido desde la concepción hasta el nacimiento, medido en	número de semanas de gestación documentadas en la	Edad gestacional	- Edad gestacional (semanas)	Nominal	≥ 37 semanas (a término)

	semanas de gestación.	historia clínica.				
Paridad	Número de partos previos que ha tenido la madre.	Número de partos previos registrados en la historia clínica.	Historial obstétrico	- Número de partos	Ordinal	- Primípara (1 parto) - Multipara (2-4 partos) - Gran multipara (> 5 partos)
Controles prenatales (CPN)	Evaluaciones médicas durante la etapa del embarazo para monitorear la salud materna y fetal.	Cantidad de controles prenatales documentados en la historia clínica.	Atención prenatal	- Número de CPN	Nominal	- Controlada ($\geq$ 6 CPN) - No controlada (< 6 CPN)
Episiotomía	Incisión quirúrgica en el periné para facilitar el parto vaginal.	Registro en la ficha clínica sobre la realización de	Trauma perineal	- Episiotomía (Sí/No)	Nominal	- Sí - No

		episiotomía.				
Ruptura prematura de membranas (RPM)	Rotura de las membranas amnióticas antes de iniciar el trabajo de parto verdadero.	Registro en la historia clínica sobre la presencia de RPM.	Condiciones del parto	- RPM (Sí/No)	Nominal	- Sí - No
Líquido amniótico	Líquido que rodea al feto durante la gestación, cuya coloración puede indicar bienestar fetal.	Registro del color del líquido amniótico durante el parto.	Estado fetal	- Color del líquido amniótico	Nominal	- Claro - Meconial (Verde claro o Verde oscuro)
Desgarro perineal	Lesión espontánea del periné durante el parto.	Registro en la historia clínica sobre la presencia de desgarro perineal.	Trauma perineal	- Desgarro perineal (Sí/No)	Nominal	- Sí - No
Parto con acompañante	Presencia física de un pariente o familiar de la	Registro en la ficha clínica sobre la	Apoyo en el parto	- Acompañante presente (Sí/No)	Nominal	- Sí - No

	gestante durante el trabajo de parto.	presencia de un acompañante.				
Peso al nacer	Masa corporal del neonato al momento del nacimiento.	Registro del peso en gramos documentado en la historia clínica.	Estado nutricional neonatal	- Peso al nacer	Ordinal	- Macrosómico (>4000 g) - Peso normal (2500-4000 g) - Bajo peso (<2500 g) - Muy bajo peso (<1500 g)
Talla del recién nacido	Longitud del neonato al nacer.	Registro en la ficha clínica de la talla en centímetros.	Crecimiento neonatal	- Talla en cm	Razón	- Valores exactos en cm
APGAR	Puntuación que evalúa la adaptación neonatal al	Registro de los valores de APGAR al minuto	Estado fisiológico	- Puntuación de APGAR	Ordinal	- 0-3 (depresión severa)

	nacimiento.	1 y 5.	neonatal			- 4-6 (moderada) - 7-10 (normal)
Edad gestacional (Test de Capurro)	Método clínico para determinar la madurez gestacional del neonato.	Registro de la edad gestacional obtenida con el Test de Capurro.	Desarrollo neonatal	- Edad gestacional en semanas	Razón	- Valores exactos en semanas
Percentil de crecimiento	Clasificación del neonato según su peso y edad gestacional.	Registro en la historia clínica del percentil correspondiente.	Estado nutricional neonatal	- Percentil de crecimiento	Nominal	- Pequeño (< P10) - Adecuado (P10-P90) - Grande (> P90)
Sexo del neonato	Diferenciación biológica entre masculino y femenino.	Registro en la historia clínica del sexo del neonato.	Características neonatales	- Sexo	Nominal	- Masculino - Femenino
Estado de	Condición general del recién	Registro clínico sobre	Condición	-	Nominal	- Sin

salud neonatal	nacido al momento del nacimiento.	presencia de complicaciones.	neonatal	Complicaciones al nacer		complicaciones - Con complicaciones
Equipo profesional de atención del parto	Personales de salud encargados o designados durante la atención del parto.	Registro del tipo de profesional presente en la atención del parto.	Personal de salud	- Profesionales presentes	Nominal	- Médico especialista - Médico general - Enfermero/a - Técnico de enfermería

3.7 Técnicas e instrumento de recolección de Datos

3.7.1 Instrumento de recolección

El recojo de información, se empleó una ficha estructurada diseñada específicamente para este estudio, en la cual se registraron las variables sociodemográficas, maternas, neonatales, de recursos humanos y las características del CPP. Esta ficha incluyó preguntas cerradas y categorizadas para garantizar la objetividad y sistematización de los datos. El instrumento estuvo dividido en los siguientes apartados:

- Información sociodemográfica (edad, estado civil, nivel de educación).
- Elementos maternos (edad gestacional, paridad, cantidad de controles prenatales, presencia de episiotomía, parto con acompañante ruptura prematura de membranas, líquido amniótico, desgarro perineal,).
- Elementos neonatales tales como peso, talla, APGAR, edad gestacional de acuerdo con el Test de Capurro, porcentaje de crecimiento, sexo y estado de salud del neonato.
- Recursos humanos, definidos como el tipo de profesional encargado de la atención del parto y la atención neonatal.
- Atributos del CPP (hora de comienzo, duración, interrupción y causa de interrupción)

3.7.2. Técnica

Se empleó la técnica de revisión documental. Se realizó una revisión de las historias clínicas y registros perinatales de las madres y recién nacidos para recopilar datos objetivos sobre las variables de estudio.

3.7.3. Descripción

El instrumento con la ficha de recolección de datos fue aplicada por el equipo investigador siguiendo un procedimiento estandarizado:

- Se revisaron el historial clínico de madres y recién nacidos para registrar las variables sociodemográficas, maternas y neonatales.
- Se recopilaban la atención del parto y la implementación del CPP, identificando su duración y factores facilitadores o inhibidores.
- La confidencialidad de los datos estuvo garantizada asegurando que solo el investigador tenga acceso a la información recolectada.

3.7.4. Validación

Puesto que la ficha de recolección de datos corresponde no constituye un instrumento psicométrico que requiera procedimientos de validación estadística, su elaboración se basó en definiciones operacionales y criterios clínicos estandarizados, de acuerdo con la normativa y los registros utilizados en el establecimiento, garantizando la pertinencia de las variables incluidas.

3.7.5. Confiabilidad

No se aplicaron pruebas de consistencia interna (como alfa de Cronbach), por no ser pertinentes para este tipo de ficha, debido a que la información proviene de registros clínicos ya existentes, la confiabilidad del proceso se aseguró mediante la verificación de consistencia de los datos (control de rangos, revisión de valores atípicos y corrección de discrepancias mediante contraste con la fuente).

3.8 Procesamiento y análisis estadístico de datos

3.8.1 Procesamiento de datos

Los datos obtenidos a partir de la ficha de recolección de información fueron organizados en una base de datos estructurada, asignando códigos numéricos a las variables categóricas para facilitar su análisis. Posteriormente, se realizó una revisión minuciosa para detectar errores o inconsistencias en los datos, asegurando una información completa y de calidad. Finalmente, los datos fueron tabulados en un programa de análisis estadístico como SPSS (v.25.0), permitiendo su procesamiento eficiente.

3.8.2 Análisis estadístico de datos

El procesamiento estadístico de datos se realizó a cabo en dos fases:

- Evaluación descriptiva: las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y se presentaron en tablas. Las variables cuantitativas se describieron principalmente con mediana y rango intercuartílico (RIC), considerando la naturaleza de los datos y su distribución; cuando correspondió, se incluyeron medidas complementarias de tendencia central y dispersión.
- Análisis inferencial: para evaluar la asociación entre los factores facilitadores e inhibidores y la realización del contacto piel con piel (CPP), se efectuó un análisis bivariado utilizando la prueba de Chi-cuadrado (χ^2). En aquellos cruces donde se identificaron frecuencias esperadas <5 , se empleó la prueba exacta de Fisher. Posteriormente, las variables con relevancia clínica y/o asociación en el análisis bivariado se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariada, estimándose razones de momios ajustadas (ORa) con intervalos de confianza al 95%, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

3.9 Aspectos éticos

Este trabajo se llevó a cabo en consonancia con los principios éticos establecidos en la

Declaración de Helsinki y las normativas nacionales concernientes a investigaciones en individuos. La protección de la independencia, la privacidad y el bienestar de los participantes fue garantizada.

- **Confidencialidad y salvaguarda de información:** la anonimización de los datos se aseguró a través de la asignación de códigos en lugar de nombres. La información recolectada fue empleada exclusivamente para propósitos científicos y se mantuvo en un estado de seguridad con acceso limitado al equipo investigador.

La no maleficencia y la beneficencia: La investigación no conllevó ningún riesgo para los participantes, dado que los datos se extrajeron de historias clínicas y registros hospitalarios sin interferir en la prestación de servicios de salud.

- **Aprobación por comité de ética:** Previo al comienzo del estudio, el protocolo fue aprobado por un Comité de Ética de la Universidad, asegurando su acatamiento a los estándares éticos necesarios.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1. Características maternas de la población de estudio (n = 217).

Variable	Categoría / Estadístico	n	%
Edad materna (años)	Mediana (RIC): 27 (22–33)		
Estado civil	Soltera	0	0.0
	Casada	26	12.0
	Conviviente	191	88.0
Nivel educativo	Primaria	15	6.9
	Secundaria	46	21.2
	Superior	156	71.9
Paridad (número)	Mediana (RIC): 2 (1–3)		
Categoría de paridad	Primípara (1)	96	44.2
	Múltipara (2–4)	115	53.0
	Gran múltipara (≥ 5)	6	2.8
Controles prenatales	≥ 6 CPN	122	56.2
	< 6 CPN	95	43.8

RIC: Rango intercuartílico. CPN: Control prenatal

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

En la Tabla 1 se describen las características maternas de las 217 historias clínicas incluidas. El perfil materno predominante corresponde a una mujer en etapa reproductiva plena, con una mediana de edad de 27 años (RIC: 22–33). En relación con el entorno familiar, se observa una marcada prevalencia del estado civil conviviente, que representa al 88.0% (n = 191) de la muestra, mientras que solo un 12.0% (n = 26) reportó estar casada. Respecto al nivel de instrucción, destaca que la gran mayoría de las participantes posee estudios de nivel superior (técnico o universitario), alcanzando el 71.9% (n = 156),

seguido por un 21.2% con educación secundaria. Desde la perspectiva clínica y obstétrica, la mediana de paridad fue de 2 hijos (RIC: 1–3). Al categorizar este indicador, el grupo más representativo fue el de las multíparas (2 a 4 partos), que constituyó el 53.0% (n = 115) de la población, seguido por un 44.2% de primíparas. Finalmente, en cuanto a la preparación para el parto, se evidenció que el 56.2% (n = 122) de las gestantes cumplió con un esquema de control prenatal adecuado, registrando 6 o más atenciones. No obstante, es relevante señalar que un 43.8% (n = 95) de la muestra acudió a menos de 6 controles.

Tabla 2. Características neonatales y del parto (n = 217)

Variable	Categoría / Estadístico	n	%
Sexo del RN	Femenino	101	46.5
	Masculino	116	53.5
Edad gestacional (semanas)	Mediana (RIC): 39 (38–39)		
Peso al nacer (g)	Mediana (RIC): 3365 (3110–3560)		
Categoría de peso	Macrosómico (>4000 g)	3	1.4
	Peso normal (2500–4000 g)	202	93.1
	Bajo peso (<2500 g)	8	3.7
	Muy bajo peso (<1500 g)	4	1.8
Talla (cm)	Mediana (RIC): 50.0 (49.5–51.0)		
Apgar 1 min	Mediana (RIC): 9 (8–9)		
Apgar 5 min	Mediana (RIC): 9 (9–9)		
Líquido amniótico	Claro	204	94.0
	Meconial	13	6.0
Episiotomía	Sí	61	28.1
	No	156	71.9
RPM	Sí	11	5.1
	No	206	94.9
Desgarro perineal	Sí	75	34.6
	No	142	65.4
Parto con acompañante	Sí	165	76.0
	No	52	24.0
Complicaciones neonatales al nacer	Sin complicaciones	133	61.3
	Con complicaciones	84	38.7
Equipo profesional para atención del neonato	Médico especialista + Enfermera + Técnico de enfermería:	130	59.9
	Médico general + Enfermera + Técnico de enfermería:	87	40.1

RIC: Rango intercuartílico. RPM: Ruptura prematura de membranas.

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

La Tabla 2 resume las características neonatales y del evento del parto. En cuanto al perfil biológico del neonato, se observó una distribución relativamente equilibrada, con ligera predominancia del sexo masculino, que representó el 53.5% (n = 116) de la muestra. Los recién nacidos evidenciaron una madurez gestacional adecuada, con una mediana de 39 semanas según el test de Capurro (RIC: 38–39). Respecto a la somatometría neonatal, el peso al nacer registró una mediana de 3365 g (RIC: 3110–3560). Al analizar las categorías de peso, la mayoría de los neonatos (93.1%) se ubicó en el rango de peso normal (2500–4000 g), mientras que las categorías de riesgo, como bajo peso (3.7%) o macrosomía (1.4%), tuvieron baja frecuencia. La talla se mantuvo dentro de parámetros esperados, con una mediana de 50.0 cm (RIC: 49.5–51.0). La vitalidad y adaptación extrauterina inmediata fueron favorables, evidenciadas por una mediana de 9 puntos en la escala de Apgar tanto al primer (RIC: 8–9) como al quinto minuto (RIC: 9–9). En relación con las condiciones amnióticas, predominó el líquido amniótico claro en 94.0% (n = 204), mientras que se registró líquido meconial en 6.0% (n = 13). Asimismo, la ruptura prematura de membranas (RPM) estuvo presente en 5.1% (n = 11) de los partos. En lo referente a la atención del parto y trauma obstétrico, se identificó que en 28.1% (n = 61) de los casos se realizó episiotomía, mientras que 34.6% (n = 75) presentaron algún grado de desgarro perineal. Un hallazgo relevante en la humanización de la atención fue la alta proporción de parto con acompañante (76.0%; n = 165). Aunque la mayoría de los neonatos (61.3%) no presentó complicaciones, un 38.7% registró algún tipo de complicación o necesidad de intervenciones inmediatas al nacer, lo que refuerza la importancia de la vigilancia profesional oportuna. Finalmente, al recurso humano, predominó la atención neonatal por un equipo conformado por médico especialista,

enfermera y técnico de enfermería (59.9%), seguido del equipo integrado por médico general, enfermera y técnico (40.1%).

Tabla 3. Implementación del contacto piel con piel (CPP) y duración (n = 217)

Variable	Categoría / Estadístico	n	%
CPP realizado	Sí	131	60.4
	No	86	39.6
Duración del CPP (min)†	Mediana (RIC): 60 (60–60)		
Categoría de CPP	Adecuado (≥ 45 min)	129	59.4
	Inadecuado (< 45 min)	2	0.9
	No realizado	86	39.6
Motivo de no CPP*	Atención inmediata / aspiración	45	52.3
	Depresión / no vigoroso	13	15.1
	Dificultad respiratoria	9	10.5
	Parto simultáneo / carga asistencial	7	8.1
	Otros	12	13.9

† Calculado solo en quienes realizaron Contacto Piel con Piel (CPP).

* Distribución solo en CPP no realizado (n=86).

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

En la Tabla 3 se presenta la frecuencia de implementación del CPP y la distribución de su duración. Además, se categoriza el CPP según puntos de corte predefinidos y se describen los motivos de no realización cuando corresponde. Se determinó que la prevalencia del CPP fue del 60.4% (n = 131), mientras que en el 39.6% (n = 86) de los casos la práctica no se llevó a cabo. En aquellos neonatos donde sí se logró establecer el contacto, la mediana de duración fue de 60 minutos (RIC: 60–60), lo que refleja una adherencia estricta a las recomendaciones internacionales de una hora de contacto ininterrumpido una vez iniciada la práctica. Al categorizar la calidad de la intervención, se observó que

el 59.4% (n = 129) de la población total recibió un CPP adecuado (duración ≥ 45 minutos), mientras que solo una mínima fracción (0.9%) tuvo un contacto considerado inadecuado por ser menor al tiempo estándar. Un hallazgo crítico para los objetivos de esta investigación reside en el análisis de los motivos de no realización del CPP (factores inhibidores) en los 86 casos fallidos. La barrera principal fue la necesidad de atención inmediata o aspiración de secreciones, presente en el 52.3% (n = 45) de estas situaciones. Otros factores clínicos relevantes incluyeron la condición de neonato no vigoroso o depresión neonatal (15.1%) y la dificultad respiratoria (10.5%). Es importante destacar que factores logísticos, como el parto simultáneo o la alta carga asistencial, representaron un obstáculo en el 8.1% de los casos, evidenciando que la limitación de recursos humanos y la saturación del servicio actúan como inhibidores externos a la condición clínica del binomio madre-hijo.

Tabla 4. Asociación entre factores maternos y realización del CPP (CPP sí/no)

Variable	Categoría	CPP Sí n (%)	CPP No n (%)	p (χ^2 /Fisher)
Estado civil	Casada	13 (9.9%)	13 (15.1%)	0.249 (χ^2)
	Conviviente	118 (90.1%)	73 (84.9%)	
Nivel educativo	Primaria	9 (6.9%)	6 (7.0%)	0.748 (χ^2)
	Secundaria	30 (22.9%)	16 (18.6%)	
	Superior	92 (70.2%)	64 (74.4%)	
Paridad (categoría)	Primípara (1)	59 (45.0%)	37 (43.0%)	0.895 (χ^2)
	Múltipara (2–4)	68 (51.9%)	47 (54.7%)	
	Gran múltipara (≥ 5)	4 (3.1%)	2 (2.3%)	
Controles prenatales	≥ 6 CPN	72 (55.0%)	50 (58.1%)	0.644 (χ^2)
	< 6 CPN	59 (45.0%)	36 (41.9%)	

CPN: Control prenatal

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

La Tabla 4 presenta el análisis bivariado destinado a identificar la relación entre las características maternas y la ejecución efectiva del contacto piel con piel (CPP). Para este propósito, se empleó la prueba estadística de Chi-cuadrado (X^2) de Pearson, estableciendo un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los hallazgos revelan que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos evaluados y la realización del CPP. En cuanto al estado civil, tanto las madres casadas como las convivientes mostraron proporciones de cumplimiento similares ($p = 0.249$), con una ligera mayoría numérica de realización en el grupo de convivientes (90.1%). Del mismo modo, el nivel educativo no actuó como un factor determinante ($p = 0.748$); se observa que el 70.2% de quienes realizaron la práctica poseían estudios superiores, una proporción muy similar al 74.4% de quienes no la realizaron, sugiriendo que el grado de

instrucción no se asocia de manera significativa en la aplicación de esta norma técnica en sala de partos. En el ámbito de los antecedentes obstétricos, la categoría de paridad tampoco mostró significancia estadística ($p = 0.895$). El éxito de la práctica fue reportado en un 45.0% de primíparas y un 51.9% de multíparas, lo que indica que la experiencia previa de parto de la madre no condiciona la ejecución del contacto inmediato. Finalmente, la adherencia a los controles prenatales (CPN) presentó resultados comparables ($p = 0.644$): el 55.0% de las madres que realizaron el CPP contaban con ≥ 6 controles, frente a un 58.1% en el grupo donde no se realizó.

Tabla 5. Asociación entre factores del parto/neonatales y realización del CPP (CPP sí/no)

Variable	Categoría	CPP Sí n (%)	CPP No n (%)	p (χ^2 /Fisher)
Sexo RN	Femenino	63 (48.1%)	38 (44.2%)	0.573 (χ^2)
	Masculino	68 (51.9%)	48 (55.8%)	
Líquido amniótico	Claro	127 (96.9%)	77 (89.5%)	0.038 (Fisher)
	Meconial	4 (3.1%)	9 (10.5%)	
Episiotomía	SI	36 (27.5%)	25 (29.1%)	0.799 (χ^2)
	NO	95 (72.5%)	61 (70.9%)	
RPM	SI	5 (3.8%)	6 (7.0%)	0.351 (Fisher)
	NO	126 (96.2%)	80 (93.0%)	
Desgarro perineal	SI	44 (33.6%)	31 (36.0%)	0.710 (χ^2)
	NO	87 (66.4%)	55 (64.0%)	
Parto con acompañante	SI	107 (81.7%)	58 (67.4%)	0.016 (χ^2)
	NO	24 (18.3%)	28 (32.6%)	
Complicaciones	Sin complicaciones	86 (65.6%)	47 (54.7%)	0.104 (χ^2)
	Con complicaciones	45 (34.4%)	39 (45.3%)	
Equipo profesional	Especialista + Enfermera + Técnico	89 (67.9%)	41 (47.7%)	0.003 (χ^2)
	Médico general + Enfermera + Técnico	42 (32.1%)	45 (52.3%)	

X²: Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

La Tabla 5 presenta la asociación entre variables neonatales y del parto con la realización del contacto piel con piel (CPP). A diferencia de los factores sociodemográficos, las condiciones del entorno del parto mostraron ser críticas. Se halló una asociación estadísticamente significativa con el parto con acompañante ($p = 0.016$). En los casos donde se realizó el CPP, el 81.7% de las madres contó con un acompañante, frente al

67.4% en el grupo donde no se realizó. Este hallazgo posiciona al acompañamiento familiar como un factor facilitador clave, sugiriendo que la presencia de un apoyo emocional no solo humaniza el parto, sino que genera las condiciones de seguridad y asistencia necesarias para sostener el contacto inmediato entre la madre y el neonato. Asimismo, el estado del líquido amniótico resultó ser un factor inhibidor significativo ($p = 0.038$). Mientras que el 96.9% de los neonatos que realizaron CPP nacieron con líquido claro, la presencia de líquido meconial se triplicó en el grupo donde el contacto fue omitido (10.5% frente a 3.1%). Esto evidencia que la sospecha de compromiso fetal o la necesidad de maniobras de aspiración de secreciones priorizan la intervención médica inmediata sobre el vínculo piel con piel. Por otro lado, factores como el sexo del recién nacido ($p = 0.573$), la realización de episiotomía ($p = 0.799$), la presencia de desgarro perineal ($p = 0.710$) o la ruptura prematura de membranas ($p = 0.351$) no mostraron relación con la práctica del CPP. Por otro lado, aunque las complicaciones neonatales fueron más frecuentes en el grupo donde no se hizo CPP (45.3% vs 34.4%), esta diferencia no alcanzó la significancia estadística estricta ($p = 0.104$), reforzando la idea de que son eventos específicos y no la patología general los que interrumpen la práctica. Finalmente, se observó asociación significativa entre el equipo profesional para atención del neonato y la realización del CPP ($p=0.003$). La proporción de CPP realizado fue mayor cuando el neonato fue atendido por un equipo con médico especialista (67.9% de los CPP realizados) en comparación con equipos con médico general.

Tabla 6. Factores asociados al cumplimiento del contacto piel con piel adecuado (≥ 45 min) (n=217)

Variable	CPP Adecuado n (%)	CPP No adecuado / No realizado n (%)	Total	p (χ^2/Fisher)
Sexo del RN Femenino Masculino	62 (61.4) 67 (57.8)	39 (38.6) 49 (42.2)	101 116	0.587 (χ^2)
Líquido amniótico Claro Meconial	125 (61.3) 4 (30.8)	79 (38.7) 9 (69.2)	204 13	0.041 (Fisher)
RPM Sí No	5 (45.5) 124 (60.2)	6 (54.5) 82 (39.8)	11 206	0.359 (Fisher)
Episiotomía Sí No	36 (59.0) 93 (59.6)	25 (41.0) 63 (40.4)	61 156	0.936 (χ^2)
Desgarro perineal Sí No	44 (58.7) 85 (59.9)	31 (41.3) 57 (40.1)	75 142	0.865 (χ^2)
Parto con acompañante Sí No	105 (63.6) 24 (46.2)	60 (36.4) 28 (53.8)	165 52	0.025 (χ^2)
Complicaciones neonatales Sí No	45 (53.6) 84 (63.2)	39 (46.4) 49 (36.8)	84 133	0.161 (χ^2)
Equipo profesional Especialista + Enfermera + Técnico Médico general + Enfermera + Técnico	88 (67.7%) 41 (47.1%)	42 (32.3%) 46 (52.9%)	130 87	0.002 (χ^2)

Nota: Se utilizó Chi-cuadrado (χ^2) cuando se cumplieron los supuestos; para comparaciones con frecuencias esperadas pequeñas (<5) se aplicó la prueba exacta de Fisher (Líquido amniótico y RPM).

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

En la Tabla 6 se evalúa el cumplimiento del CPP adecuado, definido como una duración ≥ 45 minutos, en relación con factores neonatales y condiciones del parto. En el análisis

bivariado, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento del CPP y el parto con acompañante ($p = 0.025$). En los partos con acompañante, el 63.6% alcanzó un CPP adecuado, en comparación con 46.2% cuando no hubo acompañante, lo que sugiere que el soporte familiar podría estar relacionado con mejores condiciones para sostener la práctica. Asimismo, el tipo de líquido amniótico se asoció significativamente con el cumplimiento del CPP ($p = 0.041$). En presencia de líquido amniótico claro, el cumplimiento adecuado fue de 61.3%, mientras que en casos de líquido meconial se redujo a 30.8%. Este hallazgo es compatible con la posibilidad de que, ante sospecha de compromiso neonatal, se prioricen evaluaciones o intervenciones inmediatas que podrían limitar el tiempo continuo requerido para completar el CPP; sin embargo, debe interpretarse con cautela por el tamaño reducido del grupo con líquido meconial ($n = 13$). Por el contrario, no se evidenciaron asociaciones significativas con el sexo del recién nacido ($p = 0.587$), episiotomía ($p = 0.936$) ni desgarro perineal ($p = 0.865$). Del mismo modo, la ruptura prematura de membranas (RPM) ($p = 0.359$) y las complicaciones neonatales ($p = 0.161$) no alcanzaron significancia estadística. Finalmente, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el equipo profesional para la atención del neonato y el cumplimiento del CPP adecuado (≥ 45 min) ($p = 0.002$). El cumplimiento fue mayor en el grupo atendido por equipo con médico especialista (67.7%) en comparación con equipos con médico general (47.1%).

Tabla 7. Regresión logística multivariada: factores independientes asociados a la realización del CPP (n=217)

Variable	Categoría de referencia	OR crudo	IC 95%	p	OR ajustado	IC 95%	p
Parto con acompañante	No (ref)	2.15	1.14–4.05	0.017	2.18	1.11–4.29	0.023
Líquido amniótico meconial	Claro (ref)	0.27	0.08–0.90	0.034	0.27	0.07–1.11	0.070
Complicaciones neonatales	No (ref)	0.63	0.36–1.10	0.105	0.56	0.30–1.05	0.072
RPM	No (ref)	0.53	0.16–1.79	0.306	1.36	0.29–6.36	0.696
Equipo profesional	Médico general (ref)	2.33	1.33–4.07	0.003	2.33	1.31–4.17	0.004

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos

En la Tabla 7 se presentan los resultados del modelo de regresión logística multivariada, empleado para identificar los factores independientemente asociados a la realización del contacto piel con piel (CPP) en el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II. Mediante el cálculo de la razón de momios ajustada (ORa), se estimó la asociación de cada variable controlando simultáneamente la influencia de los demás factores incluidos en el modelo. Se observó que el parto con acompañante se asoció de manera independiente con una mayor probabilidad de realización del CPP. En el modelo ajustado, las madres con acompañante durante el parto presentaron 2.18 veces mayor probabilidad de implementar CPP en comparación con aquellas sin acompañante (ORa = 2.18; IC 95%: 1.11–4.29; p = 0.023). Asimismo, el equipo neonatal con médico especialista se mantuvo como un

predictor independiente, incrementando aproximadamente 2.33 veces la probabilidad de realización del CPP respecto a equipos con médico general (aOR = 2.33; IC 95%: 1.31–4.17; $p = 0.004$), tras ajustar por acompañante, condición del líquido amniótico, complicaciones neonatales y ruptura prematura de membranas. En relación con el líquido amniótico meconial, aunque en el análisis crudo se evidenció una asociación inversa con la realización del CPP (ORc = 0.27; IC 95%: 0.08–0.90; $p = 0.034$), dicha asociación perdió significancia estadística luego del ajuste ($p = 0.070$), manteniendo únicamente una tendencia hacia menor probabilidad de CPP. De manera similar, las complicaciones neonatales mostraron una tendencia a asociarse con menor probabilidad de CPP (ORa = 0.56; $p = 0.072$), sin alcanzar significancia estadística. Finalmente, la ruptura prematura de membranas (RPM) no se asoció de forma independiente con la realización del CPP ($p = 0.696$).

4.2 Discusión de Resultados

La proporción de CPP realizado (60.4%) y de CPP adecuado (≥ 45 min; 59.4%) observada en el CMI Santa Luzmila II sugiere una implementación moderada de una práctica recomendada como estándar de cuidado inmediato del recién nacido. Este nivel de cumplimiento, aunque relevante, también deja ver una brecha importante: en la práctica cotidiana, iniciar el contacto piel con piel puede ser relativamente factible, pero sostenerlo de manera continua el tiempo esperado requiere condiciones clínicas y organizacionales estables. La evidencia sintetizada más reciente indica que el contacto piel con piel inmediato se asocia con beneficios en lactancia y estabiliza algunos parámetros fisiológicos, y subraya que el mayor valor del CPP se observa cuando se protege la continuidad del binomio durante la hora dorada. En ese sentido, los resultados de este estudio respaldan que el indicador de calidad no sea únicamente hacer CPP, sino evitar

interrupciones y mantenerlo el tiempo recomendado, porque esa continuidad es precisamente lo que permite que se desplieguen los beneficios esperados. (34)

Asimismo, interpretar el CPP como una práctica simple puede ser engañoso: aunque se trata de una intervención de bajo costo, su implementación depende de múltiples decisiones encadenadas en un momento clínico muy dinámico. En los primeros minutos posparto, suelen coexistir rutinas, evaluaciones neonatales y demandas asistenciales que, si no están ordenadas y priorizadas, terminan fragmentando el contacto. Por ello, cuando el CPP no se realiza o no alcanza una duración adecuada, no necesariamente refleja falta de intención, sino la presencia de barreras operativas: protocolos poco claros, variabilidad en la conducta del equipo, tiempos de atención ajustados o prácticas institucionales que aún priorizan procedimientos diferibles por encima del contacto continuo. Desde esta lectura, la identificación de factores facilitadores e inhibidores no solo describe qué pasa, sino que orienta dónde intervenir para mejorar la calidad del cuidado inmediato. (34)

Desde una perspectiva de salud pública, las recomendaciones internacionales han reforzado la prioridad de mantener el contacto cercano madre–recién nacido como parte del cuidado esencial, con énfasis en minimizar interrupciones y rutinas que no aporten valor clínico inmediato. En particular, la OMS ha insistido en la relevancia del contacto piel con piel desde el nacimiento y ha resaltado que la separación rutinaria es un factor modificable, y por tanto susceptible de mejora mediante cambios institucionales (35). En el primer nivel de atención, esta recomendación cobra todavía más relevancia porque el CPP es altamente factible, seguro y costo-efectivo, siempre que el servicio organice su flujo asistencial para proteger ese período crítico.

Un hallazgo central del estudio fue que el parto con acompañante se mantuvo como un factor independiente asociado a la realización del CPP ($ORa=2.18$). Más allá del número,

este resultado tiene una lectura muy práctica: cuando la madre no está sola, suele sentirse con mayor disposición para mantener el contacto continuo con su bebé en los primeros minutos de vida. Esto se alinea con evidencia experimental que ha mostrado que la presencia de un acompañante durante el periodo inmediato puede reducir la ansiedad materna y favorecer un clima emocional más estable, lo que facilita la cooperación con el personal y reduce barreras conductuales para sostener el CPP de manera continua. Aunque el desenlace principal de ese ensayo fue ansiedad, el mecanismo es coherente con lo observado: mejor contención emocional y apoyo práctico tienden a traducirse en una experiencia más tranquila y, por tanto, en mayor facilidad para mantener prácticas de humanización. (36)

Además, estos hallazgos encajan con lo que se ha descrito en Perú a partir de análisis poblacionales: la adopción de prácticas tempranas del binomio madre y recién nacido no depende solo de la madre o del recién nacido, sino también de las condiciones del establecimiento y de cómo se organiza la atención. En ese sentido, los análisis con ENDES han mostrado que los resultados perinatales tempranos y las prácticas de inicio precoz varían según el nivel del establecimiento, el acceso y componentes institucionales de la atención, lo que refuerza la interpretación de que factores del entorno asistencial — como la posibilidad de acompañamiento y la organización del servicio— pueden tener más peso que algunas características biológicas aisladas. (37,38)

El segundo predictor independiente fue el equipo profesional para atención neonatal con médico especialista ($ORa=2.33$). En la práctica clínica, esto suele reflejar algo más profundo que quién está de turno: habla de la capacidad del servicio para mantener un proceso estandarizado, tomar decisiones con mayor seguridad clínica y, sobre todo, evitar interrupciones por rutinas o por conductas variables dentro del equipo. La evidencia de

implementación respalda esta idea: intervenciones estructuradas, multidisciplinarias y con liderazgo clínico pueden elevar y sostener altos niveles de cumplimiento del CPP, incluso en escenarios complejos (39,40). En otras palabras, cuando el servicio tiene un equipo con roles claros, entrenamiento y liderazgo, es más probable que el CPP no se quede en intención, sino que se convierta en una práctica sistemática.

En la misma línea, auditorías clínicas recientes han mostrado que sostener el CPP y lograr el inicio de lactancia en la primera hora depende mucho de detalles que parecen pequeños, pero son decisivos: que el personal comparta un mismo protocolo, que se reduzcan interrupciones no esenciales y que exista supervisión y retroalimentación continua. Estos hallazgos ayudan a interpretar por qué el equipo profesional para la atención del neonato aparece como factor explicativo: la conducta del personal puede ser determinante para que el CPP alcance los minutos mínimos esperados. (41)

Respecto al líquido amniótico meconial, el análisis bivariado mostró una asociación con menor cumplimiento, y en el multivariado quedó como una tendencia. Clínicamente esto es esperable: cuando el equipo percibe mayor riesgo, suele aumentar la vigilancia o las intervenciones inmediatas, y con ello crece la probabilidad de separación o de interrupciones del contacto continuo. En esa línea, ensayos clínicos en neonatos nacidos con líquido meconial han documentado que ciertas prácticas de rutina no mejoran desenlaces relevantes y, en cambio, pueden retrasar el inicio del CPP y reducir su duración, reforzando la idea de que procedimientos no esenciales pueden convertirse en barreras para el contacto piel con piel continuo. (42)

Asimismo, las guías de reanimación neonatal enfatizan que muchos recién nacidos vigorosos pueden ser evaluados y monitorizados mientras permanecen en contacto piel con piel, y que maniobras rutinarias como la succión no deben realizarse sin indicación,

incluso ante líquido meconial, justamente para evitar intervenciones que rompan la continuidad del cuidado madre–neonato. (43)

En cuanto a complicaciones neonatales, aunque no fueron predictor independiente, se observó una tendencia hacia menor probabilidad de CPP. Esto también es coherente con la realidad clínica: la complicación puede abarcar desde procedimientos menores hasta necesidad de vigilancia más estrecha, y su impacto sobre el CPP depende de si el equipo puede resolver esas acciones sin separar al recién nacido o si, por el contrario, la respuesta institucional sigue siendo la separación por rutina. La evidencia observacional reciente indica que la prevalencia del CPP y sus determinantes varían ampliamente según factores del sistema y la percepción de riesgo, y que cuando hay condiciones consideradas “de riesgo aumenta la probabilidad de separación. (44)

La ausencia de asociación independiente de RPM debe interpretarse con prudencia. Aquí pesan dos elementos: el tamaño pequeño de la categoría sí y los intervalos de confianza amplios, lo cual limita precisión. Además, la literatura de implementación sugiere que, cuando el desenlace es frecuente, el efecto de variables clínicas individuales puede diluirse al incorporarse factores organizacionales más determinantes (acompañante, equipo, protocolos). (39,41)

La evidencia latinoamericana reciente, por ejemplo, en población mexicana, ha encontrado que el contacto piel con piel en la primera hora se asocia con mayor frecuencia y duración de lactancia materna exclusiva, reforzando la idea de que el CPP es un indicador de calidad asistencial con impacto potencial en prácticas tempranas del binomio. Por su parte, estudios en contextos hospitalarios en Asia han descrito una relación tipo dosis–respuesta: a mayor duración del CPP, mayor probabilidad de lactancia exclusiva durante la hospitalización. Esta coherencia externa justifica metodológicamente

utilizar puntos de corte como ≥ 45 min para evaluar adecuación como un estándar de implementación. (45,46,51)

En el ámbito nacional, evidencia peruana reciente respalda la importancia del CPP sostenido: se ha reportado que mantener CPP alrededor de 60 minutos actúa como factor protector de lactancia materna exclusiva a los seis meses, lo cual coloca al CPP no solo como una práctica inmediata, sino como una inversión en resultados posteriores. Además, los estudios cualitativos desde la perspectiva del equipo de salud en Perú describen barreras operativas muy concretas —carga laboral, rutinas institucionalizadas, resistencia al cambio y falta de estandarización— que encajan con nuestros hallazgos: cuando el sistema está organizado y el equipo está alineado, el CPP se sostiene; cuando predominan las interrupciones y la variabilidad, el CPP se reduce o se fragmenta. (47,48)

Finalmente, es importante recordar que el CPP no es solo un procedimiento clínico, sino una experiencia humana intensa para la madre, el bebé y la familia. Investigaciones recientes han ampliado el análisis hacia beneficios afectivos y vinculares, mostrando aportes a la relación madre–infante y, en contextos específicos, incluso al vínculo padre–neonato cuando se promueve contacto piel con piel. Esto ayuda a entender por qué factores como el acompañante pueden marcar diferencias: facilitan un ambiente emocionalmente más seguro y colaborativo. En conjunto, estos hallazgos refuerzan que, además de su relevancia clínica y operativa, el CPP tiene influye de manera positiva para el bienestar familiar; por ello, las estrategias de humanización y la organización del servicio deberían tratarlo como un estándar principal. (49,50)

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, la práctica del contacto piel con piel (CPP) presentó una implementación moderada: el 60.4% de los recién nacidos recibió CPP y el 59.4% alcanzó un CPP adecuado (≥ 45 minutos), evidenciando que el principal desafío operativo es asegurar la continuidad del contacto durante la primera hora de vida.

El parto con acompañante se asoció de manera independiente con una mayor probabilidad de realización del CPP, constituyéndose como el principal factor facilitador identificado en el modelo multivariado (ORa=2.18; IC95%: 1.11–4.29; $p=0.023$).

La atención neonatal por un equipo profesional con médico especialista se mantuvo como un predictor independiente de la realización del CPP (ORa=2.33; IC95%: 1.31–4.17; $p=0.004$), resaltando la importancia del recurso humano y de la organización asistencial en la implementación sostenida de la práctica.

La presencia de líquido amniótico meconial mostró una asociación inversa en el análisis crudo, pero no mantuvo significancia estadística tras el ajuste multivariado, sugiriendo que su efecto podría estar mediado por decisiones clínicas y procedimientos inmediatos más que por la condición amniótica aislada.

Las complicaciones neonatales o la ruptura prematura de membranas (RPM) no se identificaron como predictores independientes de la realización del CPP en el modelo ajustado; sin embargo, su interpretación requiere cautela debido a la baja frecuencia de algunos eventos y la amplitud de los intervalos de confianza.

Recomendaciones

1. Fortalecer el parto con acompañante como política asistencial, garantizando su acceso efectivo y continuo durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato, por su asociación con mayor probabilidad de realizar CPP.
2. Implementar un protocolo operativo institucional para mantener la hora dorada, con énfasis en CPP inmediato, continuo e ininterrumpido, postergando procedimientos no urgentes cuando la condición clínica del recién nacido lo permita.
3. Capacitar periódicamente al personal responsable de la atención del neonato en buenas prácticas de CPP, toma de decisiones para minimizar separaciones innecesarias y registro clínico uniforme.
4. Establecer auditoría interna mensual del indicador: porcentaje de CPP realizado y porcentaje de CPP adecuado (≥ 45 min), identificando causas de interrupción, oportunidades de mejora y retroalimentación directa al equipo.
5. En casos con líquido amniótico meconial, reforzar un enfoque de manejo basado en criterios clínicos del recién nacido, evitando separaciones automáticas cuando el RN esté vigoroso, y promoviendo la evaluación y monitorización con la madre siempre que sea seguro.
7. Mejorar la calidad del registro clínico: unificar definiciones (CPP realizado vs CPP adecuado), asegurar consignación de hora de inicio, duración exacta y motivo de interrupción o no realización.
8. Realizar estudios posteriores con diseños tipo cohortes incorporando variables adicionales como carga asistencial por turno, disponibilidad de personal y cumplimiento del protocolo.
9. Considerar el análisis de medidas de asociación alternativas en futuros estudios, dado que la frecuencia del desenlace es relativamente alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV. Skin-to-skin contact followed by breastfeeding in the first hour of life: associated factors and influences on exclusive breastfeeding. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 30]; 28:e20180260. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260>
2. Araujo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 31]; 30:e20200621. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
3. Goudard MJF, Lamy ZC, Marba STM, Lima GMS, Santos AM, Vale MS. The role of skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: a cohort study. *Rev Saude Publica*. 2022;56:71. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004063>
4. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190154. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
5. Santos AP da S, Lamy ZC, Koser ME, Gomes CMR de P, Costa BM, Gonçalves LLM. SKIN-TO-SKIN CONTACT AND BREASTFEEDING AT CHILDBIRTH: WOMEN'S DESIRES, EXPECTATIONS, AND EXPERIENCES. *Rev paul pediatri* [Internet]. 2022;40:e2020140. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>
6. SILVA CM e, PEREIRA SCL, PASSOS IR, SANTOS LC dos. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. *Rev Nutr* [Internet]. 2016Jul;29(4):457–71. Available from: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400002>
7. Huamán B. Benefícios del contacto precoz madre - niño en puérperas de parto eutócico en el Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2022. [Tesis para Optar el Título Profesional de Obstetra]. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Obstetricia, 2024.

8. Cabrera V. RELACIÓN ENTRE EL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL SOBRE EL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA, SEGÚN EL TIPO DE PARTO, EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, DICIEMBRE 2018. [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” Escuela Profesional de Obstetricia, 2019.
9. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2(2):CD003519.
10. World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. WHO; 2018.
11. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD002771.
12. Gabriel MI, Caballero A, Peña A. Effectiveness of early skin-to-skin contact in the promotion of exclusive breastfeeding: A systematic review. *J Neonatal Nurs*. 2021;27(2):69-77.
13. Olang B, Heidarzadeh M, Karimi FZ. The effects of skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy and newborn temperature regulation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):112.
14. Thapa K, Dhungel S, Lama S. Early skin-to-skin contact and its effect on neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Neonatal Care*. 2022;8(1):16-25.
15. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2021;147(3):e20201980.
16. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W. Delayed initiation of breastfeeding and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2022;10(1):e42-e53.
17. Villalba MP, Carrillo MR. Impacto del contacto piel con piel en la lactancia materna. *Rev Chil Pediatr*. 2023;94(3):455-462.

18. González LA, Fernández PS. Contacto piel con piel en hospitales de Latinoamérica: evaluación de su implementación. *Salud Perinat.* 2022;24(1):12-18.
19. Blomquist HK, Lönnerdal B. Early skin-to-skin contact and newborn stress reduction. *Acta Paediatr.* 2021;110(6):1625-1632.
20. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for newborns and effects on maternal health. *Birth.* 2020;47(1):15-23.
21. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2021;50(2):127-136.
22. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry.* 2022;92(6):416-427.
23. Saadeh MR, Khoury JE, Lydon JE. Skin-to-skin contact and maternal-infant bonding: A neurobiological perspective. *Dev Psychobiol.* 2021;63(2):146-160.
24. Johnston C, Campbell-Yeo M. Impact of skin-to-skin contact on newborn pain response. *J Perinatol.* 2022;42(5):627-634.
25. Moore ER, Young JT, Bauer N. The effects of skin-to-skin contact on postpartum hemorrhage: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):88.
26. Heidarzadeh M, Mirghafourvand M, Mehran N. Effect of early skin-to-skin contact on neonatal pain during heel lance. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(10):1921-1928.
27. Bigelow A, Power M, Little C. Maternal mental health outcomes associated with skin-to-skin contact: A systematic review. *Birth.* 2021;48(3):203-215.
28. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Safe sleep and skin-to-skin contact in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics.* 2021;147(2):e2020043209.
29. Adzitey F, Abegaz K, Issah AB. Impact of skin-to-skin contact on neonatal outcomes in sub-Saharan Africa. *BMC Pediatr.* 2022;22(1):456.
30. Baley J. Skin-to-skin care for term and preterm infants in the neonatal ICU. *Clin Perinatol.* 2020;47(2):325-340.
31. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K. Skin-to-skin contact immediately after birth and the effect on newborn behavior. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2021;50(4):435-445.

32. Ludington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfettoh A. Skin-to-skin contact for preterm infants and its impact on neurodevelopment. *Neonatology*. 2022;119(2):190-199.
33. Ferrari F, Bertonecelli N, Gallo C. The role of early skin-to-skin contact in reducing neonatal morbidity and mortality: A meta-analysis. *Eur J Pediatr*. 2023;182(3):487-499.
34. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Oct 22;10(10):CD003519.
35. World Health Organization. WHO advises immediate skin-to-skin care for survival of small and preterm babies. [Internet] 2022 [citado 2026 Jan 05].
36. Kabir FH, et al. Effect of companion presence during skin-to-skin contact on maternal anxiety: a randomized clinical trial. *Indian Pediatr*. 2024;61(3):230–236. doi:10.1007/s13312-024-3182-4.
37. Becerra-Chauca N, Altobelli LC. Early initiation of breastfeeding: Better practiced in primary healthcare facilities? Analysis of the 2019 National Demographic and Family Health Survey in Peru. *PLoS Glob Public Health*. 2025;5(5):e0004486.
38. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H. Determinants of early initiation of breastfeeding in Peru: analysis of the 2018 Demographic and Family Health Survey. *Epidemiol Health*. 2019;41:e2019051.
39. Brimdyr K, et al. The impact of implementing and sustaining the international standard of skin-to-skin contact after birth. *Sci Rep*. 2024;14(1):32042. doi:10.1038/s41598-024-83761-1.
40. Bhardwaj NK, Sasidharan R, Toteja N, et al. Implementing the practice of early skin-to-skin contact among infants ≥ 35 weeks gestation born vaginally: a quality improvement study. *BMJ Open Qual*. 2024;13:e002408.
41. Asadi R, et al. Clinical audit of skin-to-skin contact and initiation of breastfeeding within the first hour after birth. *Sci Rep*. 2025;15(1):40123. doi:10.1038/s41598-025-23854-7.
42. Chaudhary RK, et al. Impact of delivery room gastric lavage on exclusive breastfeeding and skin-to-skin contact in neonates delivered through meconium-stained amniotic fluid: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr*. 2023.

43. Aziz K, et al. Part 5: Neonatal Resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*. 2020;142(Suppl 2):S524–S550.
44. Tawfiq E, Stanikzai MH, Jafari M, Tareen Z, Alawi SAS, et al. Prevalence and factors associated with mother and newborn skin-to-skin contact in Afghanistan. *PLoS One*. 2025;20(5):e0324758. doi:10.1371/journal.pone.0324758.
45. Prian-Gaudiano A, et al. Relationship between skin-to-skin contact during the first hour of life and exclusive breastfeeding. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2024;81(1):10–17.
46. Giang HTN, Duy DTT, Vuong NL, et al. Prevalence of early skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding during the maternity hospitalization. *BMC Pediatr*. 2022;22(1):395. doi:10.1186/s12887-022-03455-3.
47. Miñano Adrianzen E, Cisneros Infantas LH. Contacto piel a piel como factor protector de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo. *Rev Peru Pediatr*. 2024.
48. Navarro-Ordinola G, Mogollón-Torres F de M, Vega-Ramírez AS, Díaz-Manchay RJ. Experiencias del equipo de salud en la aplicación del contacto piel con piel. *Rev Cubana Pediatr*. 2024;96:e4127.
49. Feng X, Zhang Y. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on mother-infant relationship and maternal psychology feelings: a qualitative study. *Nurs Open*. 2024;11(6):e2181. doi:10.1002/nop2.2181.
50. Yurdal NEÖ, Özsoy S. Effect of skin to skin contact on father infant bonding in a randomized controlled trial. *Sci Rep*. 2025;15:40728. doi:10.1038/s41598-025-24589-1.
51. Goudard MJF, Lamy ZC, Marba STM, et al. The role of skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: a cohort study. *Rev Saude Publica*. 2022;56:71. doi:10.11606/s1518-8787.2022056004063.

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título del Estudio: “FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES ASOCIADOS CON EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO EUTÓCICO DE UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2024”

1. Datos Sociodemográficos

- Edad (años): _____
- Estado civil:
 - ☐ Casada
 - ☐ Conviviente
 - ☐ Separada
- Nivel educativo:
 - ☐ Primaria
 - ☐ Secundaria
 - ☐ Superior no universitaria
 - ☐ Superior universitaria

3. Recurso humano:

- Equipo profesional para atención del neonato:
 - ☐ Médico especialista, Enfermera, Técnico de enfermería
 - ☐ Médico general, Enfermera, Técnico de enfermería

5. Factores maternos:

- Edad gestacional (semanas):
 - ☐ Sí
 - ☐ No
- Paridad (número de hijos):.....
 - ☐ Primiparidad: 1 parto
 - ☐ Multiparidad: 2 a 4 partos
 - ☐ Gran multiparidad: >5 partos
- Número de controles prenatales (CPN):.....
 - ☐ Controlada: ≥ 6 controles
 - ☐ No controlada: < 6 Controles
- Episiotomía:
 - ☐ Sí
 - ☐ No
- Ruptura prematura de membranas (RPM):
 - ☐ Sí
 - ☐ No
- Líquido amniótico:
 - ☐ Claro
 - ☐ Verde claro
 - ☐ Verde oscuro
- Desgarro perineal:
 - ☐ Sí
 - ☐ No
- Parto con acompañante:
 - ☐ Sí
 - ☐ No

6. Factores neonatales:

- Peso del recién nacido (gramos):.....
 - Macrosómicos: > 4000 g
 - Peso Normal: 2500 a 4000 g
 - Bajo peso de nacimiento (BPN): < 2500 g
 - Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): < 1 500 g
- Talla del recién nacido (centímetros):.....
- APGAR (1' y 5'):.....
- Edad gestacional (Test de Capurro):.....
- Percentil de crecimiento:
 - Pequeño para la edad gestacional: < percentil 10
 - Adecuado para la edad gestacional: percentil 10 a 90
 - Grande para la edad gestacional: > percentil 90
- Sexo del recién nacido:
 - Femenino
 - Masculino
- Estado de salud del recién nacido:
 - Sin complicaciones
 - Con complicaciones
 - Especificar la complicación:.....

7. Características del CPP:

- Hora del parto:.....
- Hora de inicio del contacto piel a piel:.....
- Hora de término del contacto piel a piel:.....
- Duración del CPP (en minutos):
 - CPP durante 45 a 60 minutos
 - CPP menos de 45 minutos
 - No se hizo CPP
 - Motivo:.....

8. Información Adicional

ANEXO 2:

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD
CIENTÍFICACONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 25 de agosto de 2025

Investigador(a)
JEAN PIERO CENTENO VILLA
Exp. N°:1998-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES ASOCIADOS CON EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO EUTÓCICO DE UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2024" con **fecha 10/02/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) JEAN PIERO CENTENO VILLA.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La **vigencia** de la aprobación es de **dos años (24 meses)** a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la **Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



 Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
 Presidenta
 Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
 Universidad Privada Norbert Wiener

ANEXO 3:

CARTA DE APROBACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE
TESIS

Independencia, 03 de Noviembre del 2025

MEMORANDUM N° D008310-2025-DMGS-DIRIS.LN

Para : JULIO CESAR MOGOLLON RODRIGUEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED INTEGRADA DE SALUD
COMAS

De : OMAR MARTIN SANCHEZ PONCE
DIRECTOR(A) EJECUTIVO(A) DE LA DIRECCION DE
MONITOREO Y GESTION SANITARIA

ATENCIÓN : MÉDICO JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD C.S.M.I.
SANTA LUZMILA II.

Asunto : BRINDAR FACILIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DENOMINADO
"FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES ASOCIADOS
CON EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS
DE PARTO EUTÓCICO DE UN ESTABLECIMIENTO DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2024"

Referencia : Nota Informativa N° D000613 -2025-UFDI-DRIS.LN

Fecha : Independencia, 03 de noviembre de 2025

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, se presenta al Investigador Principal Jean Piero Centeno Villa identificada con DNI 72470586, de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener.

El investigador principal en mención, obtuvieron opinión favorable el 24 de octubre del 2025 por la Estrategia de Etapa Vida Niño de la Unidad Funcional del Área Niño de la Oficina de Intervenciones Sanitarias de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la DIRIS Lima Norte, para ejecutar el Proyecto de Investigación denominado "FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES ASOCIADOS CON EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO EUTÓCICO DE UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2024", en el establecimiento de salud C.S.M.I. Santa Luzmila II.

En tal sentido, se solicita brindar las facilidades necesarias para el desarrollo del estudio, debiendo el investigador principal respetar las normas internas del establecimiento de salud, y, asumir los costos asociados a los materiales de bioseguridad requeridos durante el desarrollo de la investigación.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Cabe precisar que los resultados obtenidos por el mencionado proyecto de investigación deberán ser enviados por mesa de partes de la DIRIS Lima Norte y al correo electrónico investigacion.dln@dirislimanorte.gob.pe

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

OMAR MARTIN SANCHEZ PONCE
 DIRECTOR(A) EJECUTIVO(A) DE LA DIRECCION DE MONITOREO Y GESTION
 SANITARIA

(OSP/mqf)

cc.:

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
9 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	hdl.handle.net	<1%
3	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
4	Internet	cybertesis.urp.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
6	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
7	Internet	www.researchgate.net	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad de las Islas Baleares on 2023-06-27	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2026-02-26	<1%
10	Trabajos entregados	Fundación Universitaria del Area Andina on 2026-04-14	<1%
11	Internet	repositorio.ucsg.edu.ec	<1%