

Experiencias del equipo de salud en la aplicación del contacto piel con piel

Experiences of the Health Team in the Application of Skin-To-Skin Contact

Grecia Navarro-Ordinola¹ <https://orcid.org/0000-0002-0966-7026>

Flor de María Mogollón-Torres^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>

Angelica Soledad Vega-Ramírez¹ <https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>

Rosa Jeuna Díaz-Manchay¹ <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

¹Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.

*Autor para la correspondencia: rdiaz@usat.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La Organización Panamericana de la Salud refiere que a nivel mundial pocos son los países que aplican el contacto piel con piel cuando lo realizan es por un tiempo inadecuado a pesar de los múltiples beneficios para la madre y el recién nacido.

Objetivo: Describir la aplicación del contacto piel con piel desde la experiencia del equipo de salud en un centro materno infantil del sector público en Perú.

Métodos: Investigación cualitativa con diseño descriptivo, de tipo estudio de caso, en una muestra no probabilística de 10 integrantes del equipo de salud, elegidos por conveniencia y determinado por saturación y redundancia. Los datos se recolectaron a través de la entrevista

semiestructurada en línea. La información se procesó de manera manual, mediante el análisis de contenido temático.

Resultados: Se obtuvieron tres categorías: a) aplicación del contacto piel con piel en la atención inmediata del recién nacido, b) estrategias implementadas para la aplicación del contacto piel con piel y c) barreras afrontadas por el equipo de salud para aplicar el contacto piel con piel.

Conclusiones: Desde la experiencia del personal de salud, es posible aplicar el contacto piel a piel previa capacitación y sensibilización al equipo de salud, y acondicionamiento del ambiente, a fin de implementarlo como política del establecimiento de salud.

Palabras clave: contacto piel con piel; recién nacido; personal de atención en salud; experiencia de vida.

ABSTRACT

Introduction: The Pan American Health Organization reports that few countries worldwide apply skin-to-skin contact and when they use it is during an inadequate amount of time despite the multiple benefits for the mother and the newborn.

Objective: To describe the application of skin-to-skin contact from the experience of the health team in a public maternal and child center in Peru.

Methods: A qualitative research with a descriptive design, case study, was carried out in a non-probabilistic sample of 10 members of the health team, chosen by convenience and determined by saturation and redundancy. Data were collected through semi-structured online interviews. The information was processed manually, through thematic content analysis.

Results: Three categories were obtained: a) application of skin-to-skin contact in the immediate care of the newborn, b) strategies implemented for the application of skin-to-skin contact, and c) barriers faced by the health team to apply skin-to-skin contact.

Conclusions: From the experience of health personnel, it is possible to apply skin-to-skin contact after training and sensitization to the health team and conditioning of the environment, in order to implement it as a policy of the health facility.

Keywords: skin-to-skin contact; newborn; health care personnel; life experience.

Recibido: 19/01/2023

Aprobado: 24/06/2023

Introducción

El parto se considera un proceso natural y fisiológico; consiste en el paso de la vida intrauterina a la extrauterina. Se espera que este período de transición no sea brusco ni estresante, sino que se produzca de forma acogedora y sin complicaciones.⁽¹⁾ Dentro de los principales procedimientos que deben realizarse en la atención inmediata del recién nacido (RN), se encuentra el contacto piel con piel (CPP), método que consiste en colocar al RN desnudo en decúbito ventral sobre el vientre materno inmediatamente después del parto.⁽²⁾

Los estudios actuales indican que el CPP favorece el inicio temprano de la lactancia materna (LM) y que esta sea exclusiva. Está comprobado también que cuando se coloca al RN directamente con la piel de su madre, surge una interacción afectiva y por ende, tienden a disminuir su llanto. Además, mejora su adaptación fisiológica y psicológica; por ello, es sumamente importante concientizar y educar al equipo de salud, a través de las capacitaciones, con relación al cumplimiento de la aplicación del CPP y así se contribuye a la seguridad y la sobrevivencia del RN.^(2,3)

La Organización Panamericana de la Salud⁽⁴⁾ refiere que a nivel mundial pocos son los países que lo aplican; reporta que el equipo de salud no implementa esta práctica por falta de acceso a la información científica o por la incapacidad de entenderla y también aluden a la falta de tiempo o de recursos físicos, además de actitudes de resistencia cuando se quiere aplicar el CPP. A esto se agrega, la falta de supervisión en su aplicabilidad por parte de las instituciones.

En el Perú, el CPP es un procedimiento específico que se encuentra estipulado en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, instaurada por el Ministerio de Salud (MINSA),⁽⁵⁾ y tiene como objetivo principal favorecer a la disminución de las tasas de morbimortalidad neonatal. Además, se especifica que es un equipo multidisciplinario conformado por el médico pediatra, médico cirujano, enfermera(o), obstetras o personal de salud competentes, quienes deben brindar cuidados al RN. El CPP se aplica siempre que se evidencia un estado de salud óptimo en la madre y el RN y consiste en posicionar al neonato sobre el vientre de su madre, en seguida al parto, por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos.

Sin embargo, en una revisión bibliográfica sobre como se viene ejecutando el CPP en el Perú, *Roque*,⁽⁶⁾ en Puno, concluyó que el CPP madre-RN es de tipo precoz y no adecuado ya que la mayoría de los neonatos desarrolla hipotermia leve, lo que lo convierte en una práctica desfavorable que repercute en la salud del RN. Estos resultados guardan concordancia con lo evidenciado en otra investigación, en la cual demostraron que el profesional de enfermería no realiza el CPP al 100 % de nacidos vigorosos.⁽⁷⁾

De este modo, para que se pueda aplicar el CPP con éxito y así el binomio madre-RN obtenga los beneficios científicamente demostrados, se requiere la participación activa y consiente del equipo de salud y de la madre; asimismo, que en los establecimientos de salud cumplan en su totalidad lo

plateado en la normativa vigente,⁽⁷⁾ y por consiguiente, se desarrolle como una de las acciones prioritarias después del parto. Existen escasos estudios cualitativos sobre este tema, por ello se tuvo como objetivo describir la aplicación del contacto piel con piel desde la experiencia del equipo de salud en un centro materno infantil de Lambayeque en Perú.

Métodos

Investigación cualitativa, con diseño descriptivo, tipo estudio de caso⁽⁸⁾ ya que existen escasas investigaciones relacionadas con el objeto de estudio desde las experiencias de los integrantes que conforman el equipo de salud que aplican el CPP.

El estudio se realizó en el Centro de Salud Toribia Castro Chirinos, ubicado en Lambayeque en el asentamiento humano del mismo nombre. Pertenece al primer nivel de atención del MINSA y es de categoría I-4, donde se atiende un promedio de 35 partos eutócicos al mes.

La población estuvo conformada por los 53 integrantes del equipo de salud (11 médicos, 12 enfermeras, 10 obstetrices y 20 técnicos), encargados de brindar la atención inmediata al RN. Los criterios de inclusión fueron: aquellos que laboran por más de 6 meses en el establecimiento de salud y que dieron su consentimiento para participar en el estudio; se excluyeron a quienes estaban de vacaciones. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, y el tamaño de la muestra fue 10 integrantes del equipo de salud (5 enfermeras, 1 médico, 2 obstetrices y 2 técnicas de enfermería), obtenidos por el criterio de saturación y redundancia.

El instrumento de recolección de datos fue una guía de entrevista semiestructurada elaborada por las investigadoras, validada por juicio de expertos,⁽⁹⁾ con experiencia en la temática y en investigación cualitativa, quienes emitieron sugerencias en cuanto al contenido de las preguntas

planteadas. La entrevista contiene datos generales del entrevistado y las siguientes preguntas: ¿qué función realiza usted en la aplicación del contacto piel con piel?, ¿cómo realizan la aplicación del contacto piel con piel en la atención inmediata del Recién Nacido?, ¿cuáles fueron las limitantes que tuvieron que vencer en el establecimiento para que se llegue a aplicar el contacto piel con piel como rutina?, ¿qué estrategias se implementaron para favorecer la aplicación del CPP en el establecimiento? Después de la autorización del gerente del establecimiento de salud para la ejecución del estudio, se solicitó el directorio del personal de salud para establecer el contacto respectivo. La entrevista se ejecutó en línea, entre mayo y junio del 2020, a través de llamada telefónica o WhatsApp, de acuerdo con la preferencia de cada participante. Duró un promedio de 25 minutos; los datos se registraron en un grabador de voz. Asimismo, las entrevistas fueron transcritas y reenviadas a los participantes vía WhatsApp con el fin de contrastar y verificar los datos para lograr mayor credibilidad de la investigación.⁽⁸⁾

Para procesar la información, se usó el método de análisis de contenido temático⁽¹⁰⁾ teniendo en cuenta las siguientes etapas: a) preanálisis, en la que se realizó una lectura flotante y exhaustiva del material, lo que contribuyó a la visualización y organización de los datos; b) codificación, mediante lectura y relectura del material transcrito, se fue identificando las frases o párrafos más significativos relacionados con el objeto de estudio a través de la técnica del coloreo; y c) categorización, se agruparon los códigos por similitud, lo que dio origen a las tres categorías.

Entre las consideraciones éticas,⁽¹¹⁾ se respetó la autonomía de los sujetos de estudio, puesto que su participación fue previo consentimiento informado obtenido de manera voluntaria. Por otro lado, se mantuvo su confidencialidad utilizando códigos para proteger su identidad: la inicial de su profesión, seguida de un número arábigo (ME1, E1 hasta E5, O1 y O2,

TE1 y TE2). El estudio fue aprobado por un comité de ética e investigación con Resolución N° 295- 2020- USAT de la Facultad de Medicina.

Resultados

Los participantes del estudio presentaron las siguientes características: Según la edad, el 20 % (2) tuvo entre 30 a 40 años, el 30 % (3) entre 40 a 50 años y el 50 % (5) entre 50 a 60 años; según el tiempo de servicio en el establecimiento de salud, el 50 % (5) tenía experiencia laboral por menos de 10 años, el 50 % (5) más de 10 años y el 100 % contaba con experiencia en la aplicación del CPP en el establecimiento de salud.

Después de analizar los datos, se obtuvieron tres categorías representadas por los discursos más significativos los cuales se describen a continuación.

a) Aplicación del contacto piel con piel en la atención inmediata del recién nacido.

Los participantes del estudio indicaron la función que realiza cada miembro del equipo de salud para que el CPP sea aplicado con éxito. El médico, de acuerdo con el estado de la madre y del RN, decide si se aplica el CPP. Los licenciados en obstetricia se encargan de brindar cuidados a la madre, realizan el pinzamiento tardío del cordón y colocan al RN sobre el vientre materno. Las enfermeras hacen la atención inmediata del RN, promueven y acompañan en la aplicación del CPP. El personal técnico apoya a la madre para la aplicación del CPP.

"...los médicos somos quienes decidimos si se da o no el CPP, de acuerdo con el estado del RN, además, supervisamos el contacto..."
(M1).

"...el médico permanece durante el procedimiento para observar algunas alteraciones que pueda tener el parto...cuando el bebé nace, la

obstetrix realiza el pinzamiento tardío del cordón, mientras coloca al bebé en CPP sobre el vientre materno...” (E4).

“...una vez colocado el recién nacido sobre el vientre materno, la licenciada en enfermería inmediatamente lo cubre, realiza la atención inmediata del RN de acuerdo con los protocolos que sigue por el ministerio de salud...” (O2).

“...al momento que nace el bebé nosotros estamos vigilantes, porque a veces la madre ha estado en una labor de parto donde al pujar se agotan, pueden dormirse y el RN se puede caer, apoyamos que la madre sostenga bien al RN...” (T1).

Todos los entrevistados refirieron que las primeras actividades previas al parto consisten en explicar a la madre sobre el procedimiento del CPP y sus beneficios, para así obtener el consentimiento informado verbal, además de preparar los materiales e insumos a utilizar en la aplicación del CPP. Para ello se coloca al RN sobre el vientre materno por el lapso de una hora, aquí comienza a lactar por sí solo.

“previamente educamos a la madre como pidiendo el consentimiento...cumplimos con lo que estipula la normativa: vigilar y acompañar al binomio madre-RN...” (E4).

“... cuando nace el bebé, está vigoroso, tiene un Apgar mayor a 7, y no tiene anomalías congénitas que pueda complicar su estado, se coloca al RN sobre el vientre de la madre, se realiza el secado, se cubre con paños calientes y encima se coloca su colcha y su gorro y se le deja por una hora...” (M1).

“la enfermera está atenta al momento que nace el bebé y previo al nacimiento ya tiene precalentado paños o campos, para poder secar al RN...” (T2).

“...inmediatamente después del nacimiento, la obstetrix coloca al RN en CPP sobre el vientre materno, mientras realiza el pinzamiento tardío del cordón, la enfermera inmediatamente realiza la limpieza de la vía aérea,

puede hacerlo con una gasa o una bombilla de goma, realiza el secado vigoroso, hace el cambio de las mantas húmedas, cambia por unas mantas que han sido previamente calentadas, una vez que se secó al bebé, coloca una gorrita, coloca una manta para cubrir al RN y dejarlo sobre el vientre, periodo en el que el bebé comienza la LM de forma espontánea...”(E4).

b) Estrategias implementadas para la aplicación del contacto piel con piel. Las estrategias que se implementaron para la aplicación del CPP fueron las capacitaciones en cuanto a la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal y la sensibilización al equipo de salud que brinda la atención inmediata al RN, además de supervisar, monitorear y acompañar a aquellos integrantes del equipo de salud que no cumplían con este procedimiento. Como lo detallan:

“...la estrategia fue las capacitaciones continuas al personal para establecerse como reglamento que se debe cumplir el CPP...y por ningún motivo, por más tareas, no se deja de hacer, y si hay alguien que no sabe o es nuevo, ahí le apoyamos para que logren aplicarlo...” (O1).

“...realizamos el CPP, pero no de la manera correcta cómo lo especificaba la Norma Técnica del MINSA, solo lo hacíamos por 10 a 20 minutos...la jefa realizó la sensibilización y capacitación al equipo de salud...otra de las estrategias fue la monitorización y supervisiones constantes...” (E3).

“...se han tenido que implementar el ambiente con equipos y materiales, como, por ejemplo, con calefactores, termómetro digital, trabajar con la puerta cerrada de sala de partos para que no haya corrientes de aire...” (E4).

c) Barreras afrontadas por el equipo de salud para aplicar del contacto piel con piel.

Los participantes indican que las barreras que limitaban la aplicación del CPP fueron el desconocimiento del procedimiento y la resistencia del

equipo de salud, pues implica romper con el paradigma de brindar la atención inmediata en la servocuna y realizarlo en el abdomen de la madre. Aluden falta de tiempo para el cumplimiento de otras funciones y falta de apoyo del equipo gestor. Otras barreras fueron las creencias que existían en el personal de salud, quienes, a pesar de toda la evidencia científica, pensaban que el bebé, al colocarlo en CPP desnudo, pierde calor y se podría complicar; también, los mitos y cultura de la madre de zonas rurales, quien es conservadora y no permite que el personal le descubra el abdomen y el pecho. Así lo manifiestan:

“...habían muchos trabajadores que desconocían como aplicar el CPP, a veces el trabajador estaba apurado en hacer el trabajo e irse...” (M1).

“...una de las primeras limitantes fue la resistencia del personal de salud para aplicar este procedimiento, porque se invierte más tiempo en la atención inmediata del RN, si antes se daba en media hora o 45 minutos, ahora la atención inmediata con el CPP dura en promedio mínimamente dos horas; además el desconocimiento y la falta de apoyo del equipo gestor, no le den la importancia necesaria al CPP...” (E1).

“...la deficiente cantidad de personal, hay mucha demanda de pacientes que exigen atención, entonces el personal de salud hace la atención inmediata y el CPP y sale a continuar con sus atenciones...” (O2).

“...el RN tiene que estar una hora y llega otra gestante en expulsivo y tenemos que desocupar la sala...” (T1).

“...otra limitante fue las creencias y mitos que existían tanto por el personal de salud y por la madre, que a pesar de toda la evidencia científica que ya tenemos, dónde nos dice que el bebé regula temperatura y las ventajas del CPP, algunos pensaban que el bebé al colocarlo en CPP desnudo se va a enfriar...” (E3).

“...las creencias, la cultura de la madre, son de zonas rurales, no están acostumbradas a que les descubran totalmente...” (T2)

Discusión

Los resultados del estudio demuestran que los integrantes del equipo de salud que brindan la atención inmediata al RN en el centro materno infantil cumplen con funciones específicas en la aplicación del CPP. Esto significa que cada profesional es responsable de ciertas acciones según las competencias que su profesión le otorga, logrando en conjunto, aplicar el CPP de manera exitosa. Contrario al estudio de *Boyd*,⁽¹²⁾ en el cual reportó que solo unos pocos miembros del equipo de salud dijeron que el CPP era parte de su práctica habitual después del nacimiento. Mientras, *Abdulghani*⁽¹³⁾ y otros concluyeron que el CPP no se implementó de forma rutinaria después del nacimiento y la tasa fue baja.

Desde la experiencia del equipo de salud, la aplicación del CPP se realiza en dos fases: la primera, que se realiza previo al parto, consiste en informar a la madre acerca de dicho procedimiento, preparar el ambiente y los materiales para la atención inmediata del RN y precalentar los campos, mantas o paños a utilizar durante el CPP mediante el uso de la servocuna y los calefactores; la segunda fase es la ejecución del procedimiento en sí que consiste en aplicar el CPP previo aspiración de secreciones y secado, el cual se realiza en un período de tiempo entre 45 a 60 minutos después del parto, se realiza el arrastre hacia el seno materno para que el bebé comience a lactar por sí solo, lo que garantiza el inicio de una LM exclusiva exitosa.

Según *Kumaresan*⁽¹⁴⁾ y otros, la práctica del CPP inmediato después del parto vaginal, ocurre con menor frecuencia y duración que la recomendada. *Dornfeld y Rubim*⁽¹⁵⁾ señalan que el intervalo más frecuente del CPP es de 10 minutos; el equipo de salud es consciente de los beneficios del CPP, sin embargo, priorizan las necesidades individuales y el cumplimiento de otras labores. *Farro*⁽⁷⁾ y otros también reportaron que la enfermera aplica el CPP por un tiempo promedio de 10 minutos. Sin embargo, *Araújo*,⁽¹⁶⁾ y otros

destacan la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna como aporte del trabajo de la enfermería, incentivando el CPP y la lactancia materna en la primera hora de vida, respetando las condiciones biológicas y sociales de la mujer.

En el estudio, una de las estrategias implementadas para favorecer la aplicación del CPP fue sensibilizar y capacitar al equipo de salud que brinda la atención inmediata al RN. La tasa de CPP al nacer es subóptima y la razón más común es la falta de conocimiento sobre este importante paso de la atención esencial del RN, seguido del dolor y agotamiento posterior al proceso de parto en un 8 %.⁽¹⁷⁾ Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽¹⁸⁾ recomienda capacitar a todo el personal de salud que tenga contacto con las madres y los RN, de forma que se encuentre en condiciones de poner en práctica los procedimientos; dicha capacitación debe ofrecerse a los distintos tipos de personal, que incluye a los nuevos. Para *Alenchery*,⁽¹⁹⁾ y otros, la capacitación del personal de salud designado para el CPP y el trabajo en equipo son las intervenciones clave que probablemente mejoren dicho procedimiento al nacer; esta posición coincide con la de *Kumaresan*⁽¹⁴⁾ y otros quienes afirman que las intervenciones para aumentar el CPP deben incluir educación sobre los beneficios y la seguridad para pacientes y proveedores, con el objetivo de mejorar la atención materna y neonatal. Dentro de este orden de ideas, el éxito de la práctica del CPP depende principalmente de la actuación de enfermeras, parteras y médicos, además de protocolos de atención y políticas institucionales bien establecidas. Buenas prácticas como la promoción de la integridad perineal y la disponibilidad del equipo de enfermería para apoyar la primera alimentación, son esenciales para el éxito de la CPP (una hora ininterrumpida desde el nacimiento).⁽²⁰⁾

Cabe precisar que las principales barreras para aplicar el CPP que identificaron los profesionales de la salud fueron: la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y la falta de motivación y de tiempo para cumplir con

la hora establecida para su aplicación. Esto coincide con los hallazgos reportados por *Boyd*,⁽¹²⁾ *Abdulghani*,⁽¹³⁾ y otros, *Dornfeld* y *Rubim*,⁽¹⁵⁾ y *Alenchery*⁽¹⁹⁾ y otros, quienes concluyeron que las barreras existentes o potenciales en la aplicación del CPP, fueron la ausencia de una política y lineamientos detallados para apoyar su práctica, la falta de capacidades y motivaciones para implementarlo, madres que no están interesadas en el CPP, falta de colaboración profesional, limitaciones del personal y la gran carga de trabajo.

Otra barrera relacionada con el éxito del CPP fue la prevalencia de creencias y mitos que existían en las madres e incluso en el personal de salud quienes, a pesar de toda la evidencia científica, pensaban que el bebé, al colocarlo en CPP desnudo, pierde calor y se podría complicar. Ante ello, el equipo de salud manifestó que es justo y necesario la educación previa a las madres, pues el embarazo es la etapa clave para informarles sobre la importancia de los procedimientos antes, durante y después del parto en el que se encuentra el CPP como uno de los principales que se realiza de inmediato al nacimiento. Se debe apoyar a la madre en la toma de decisiones y facilitar su comprensión,⁽¹⁸⁾ utilizando un lenguaje claro y sencillo, adaptado a su nivel cultural, cuando se le pide su consentimiento verbal para la aplicación del CPP. Finalmente, se debe reconocer las creencias, necesidades y los sentimientos de las madres al facilitar el CPP para lograr resultados óptimos para ellas y los bebés.⁽²¹⁾

Entre las limitaciones del estudio se tiene que la muestra fue muy pequeña, motivo por el cual no se puede generalizar los resultados. Los participantes fueron profesionales de un centro de atención primaria del sector público de salud, por lo que se desconoce la realidad de profesionales del sector privado.

Finalmente, se concluye que, desde la experiencia del personal de salud, es posible aplicar el CPP, previa capacitación y sensibilización al equipo de salud y acondicionamiento del ambiente, a fin de cumplir con el

procedimiento y el tiempo establecido en la normativa vigente, hasta lograr implementarlo como una política del establecimiento de salud que garantice su aplicación mediante protocolos y supervisiones constantes.

Referencias bibliográficas

1. Morton S, Brodsky D. Fetal Physiology and the Transition to Extrauterine Life. Clin Perinatol. 2016 [acceso 21/12/2022];43(3):395-407. DOI: [10.1016/j.clp.2016.04.001](https://doi.org/10.1016/j.clp.2016.04.001)
2. Organización Mundial de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. Organización Mundial de la Salud. 2020 [acceso 21/12/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>
3. Rios MC, Lias MP. Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. Cuidado y salud. 2015 [acceso 21/12/2022];2(2):177-86. Disponible en: DOI: [10.31381/cuidado_y_salud.v2i2.1126](https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v2i2.1126)
4. Organización Panamericana de la Salud. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. OPS. 2007 [acceso 21/12/2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/788>
5. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para la atención Integral de salud Neonatal. MINSA. 2015 [acceso 21/12/2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
6. Roque E. Características Del Contacto Precoz Piel A Piel Madre Neonato En Recién Nacidos A Término Del Hospital Carlos Monge Medrano [Tesis]. Universidad Nacional del Antiplano de Puno. 2019 [acceso 21/12/2022]. Disponible en: <https://n9.cl/5hs1>
7. Farro DY, Gutiérrez DD, Mogollón FM. El contacto piel a piel en la atención

- inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera. Paraninfo Digital. 2017 [acceso 21/12/2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/112.pdf>
8. Hernández R, Méndez S, Mendoza CP, Cuevas A. Fundamentos de investigación. México: Mc Graw Hill Education; 2017. 265 p.
9. Galicia L, Balderrama J, Edel R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Apert. 2017 [acceso 21/12/2022];9(2):42-53. DOI: [10.32870/ap.v9n2.993](https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993)
10. Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí La Recerca. 2006 [acceso 21/12/2022];2(1):1-14. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/analisis-datos-cualitativos.pdf>
11. Simón Y, Viñas E, Góngora I. Ética e investigación científica en enfermería. Investigaciones Médico quirúrgicas. 2020 [acceso 21/12/2022];12(3). Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651>
12. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. AORN Journal. 2017 [acceso 21/12/2022];105:579-92. DOI: [10.1016/j.aorn.2017.04.003](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.04.003)
13. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: A qualitative study. Midwifery. 2020 [acceso 21/12/2022];81:102577. DOI: [10.1016/j.midw.2019.102577](https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102577)
14. Kumaresan T, Flink R, Huppertz J, Morris B. Prevalence and predictors of mother-infant skin-to-skin contact at birth Kumaresan. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2021 [acceso 21/12/2022];224(2):S129-30. DOI: [10.1016/j.ajog.2020.12.215](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.215)
15. Dornfeld D, Rubim E. El equipo de salud y la seguridad del binomio madre-bebé durante el trabajo de parto y el parto. Invest. Educ. enferm. 2015 [acceso 21/12/2022];33(1):44-52. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n1/v33n1a06.pdf>

16. Dos Anjos KE, Dos Santos CC, Costa MF, Da Silva SL, Nunez JC, Batista M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. *Texto&Contexto – Enfermagem*. 2021 [acceso 21/12/2022];30:e20200621. DOI: [10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621)
17. Mukherjee D, Chandra Shaw S, Venkatnarayan K, Dudeja P. Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. *Medical Journal Armed Forces India*. 2020 [acceso 21/12/2022];76(2):180-4. DOI: [10.1016/j.mjafi.2018.11.008](https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2018.11.008)
18. Organización Mundial de la Salud. Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de La Iniciativa «Hospital Amigo Del Niño». OMS. 2018 [acceso 21/12/2022]. Disponible en: <https://n9.cl/612v>
19. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, De Onis JV, Fernandez L, Suman PN. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC Pediatr*. 2018 [acceso 21/12/2022];18(1):48. DOI: [10.1186/s12887-018-1033-y](https://doi.org/10.1186/s12887-018-1033-y)
20. Kuamoto RS, Bueno M, Gonzalez ML. Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021 [acceso 21/12/2022];74(4):e20200026. DOI: [10.1590/0034-7167-2020-0026](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026)
21. Nawal Abdulghani, Amanda Cooklin, Kristina Edvardsson, Lisa H. Amir, Mothers' perceptions and experiences of skin-to-skin contact after vaginal birth in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2022 [acceso 21/12/2022];35(1):e60-e67. DOI: [10.1016/j.wombi.2021.02.001](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.001)

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Grecia Navarro Ordinola, Flor de María Mogollón Torres.

Administración del proyecto: Grecia Navarro Ordinola, Flor de María Mogollón Torres.

Curación de datos: Grecia Navarro Ordinola, Flor de María Mogollón Torres.

Análisis formal: Grecia Navarro Ordinola, Flor de María Mogollón Torres, Angélica Soledad Vega Ramírez y Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Metodología: Grecia Navarro Ordinola, Flor de María Mogollón Torres, Angélica Soledad Vega Ramírez y Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Redacción del borrador original: Flor de María Mogollón Torres, Angélica Soledad Vega Ramírez y Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Redacción – revisión y edición: Flor de María Mogollón Torres, Angélica Soledad Vega Ramírez y Rosa Jeuna Diaz Manchay.