



Universidad
de Huelva

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Proyecto Fin de Grado en Enfermería

Título en castellano

Factores determinantes en la falta de implementación del contacto piel con piel tras el nacimiento. Revisión bibliográfica.

Título en Inglés

Determinant factors in the lack of implementation of skin-to-skin contact after birth. Bibliographic review.

Autor/a

Carmen Jiménez Valle

D.N.I: 31030124L

Curso Académico 2024/2025

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de este Proyecto de Fin de Grado.

En primer lugar, agradezco a mi tutora, por su orientación, apoyo y dedicación durante todo el proceso. Sus consejos y conocimientos me han permitido mejorar y profundizar en cada aspecto de mi investigación.

Agradezco también a mis compañeros de carrera, con quienes he compartido momentos de aprendizaje y compañerismo durante estos 4 años y que han sido una fuente constante de motivación.

No puedo olvidar a mi familia y amigos, por su paciencia, comprensión y aliento incondicional durante toda esta etapa. A ellos les debo gran parte de la fuerza y el ánimo necesarios para llegar hasta aquí.

*“El regazo materno es el
hábitat natural del recién nacido”.*

*Nils Bergman,
(Médico neonatólogo y
pionero del método madre canguro.*

RESUMEN

• Introducción

El contacto piel con piel consiste en colocar al bebé sobre el pecho desnudo de la madre para favorecer el vínculo. Si ambos están sanos, debe iniciarse lo antes posible, idealmente antes de cortar el cordón umbilical. Este método de bajo costo tiene numerosos beneficios tanto para el bebé como para la madre. Este se centra en bebés a término de bajo riesgo a diferencia del método madre canguro que está dirigido a prematuros o recién nacidos de bajo peso.

• Objetivos

Los objetivos son analizar por qué no se aplica el contacto piel con piel tras el parto, identificar barreras clínicas y proponer estrategias basadas en la evidencia para promover su uso.

• Metodología

El estudio es una revisión bibliográfica siguiendo la metodología PRISMA para la selección de artículos en diferentes bases de datos, utilizando criterios de inclusión/exclusión y descriptores junto con operadores booleanos para mejorar los resultados. La calidad metodológica se evaluó con la plantilla CASPE.

• Resultados

Los resultados muestran que los factores que dificultan el CPCP son la falta de conocimientos y la información errónea, lo que genera miedo a la inestabilidad del bebé y la madre, y la inseguridad sobre infecciones nosocomiales. Además, se priorizan otras técnicas que pueden esperar. La falta de personal, sobrecarga de trabajo y deficiencias en el trabajo en equipo también son factores importantes.

Las barreras clínicas incluyen la inestabilidad de la madre y el bebé, la ausencia de protocolos estandarizados, la falta de recursos médicos y una infraestructura deficiente. Además del bajo conocimiento de las madres y las barreras culturales.

Se recomiendan estrategias como la capacitación del personal sanitario, implementación de protocolos específicos, mejora de la infraestructura y el diseño de las unidades de maternidad, e inclusión de psicólogos para apoyar emocionalmente a las familias.

• Discusión/Conclusión.

El contacto piel con piel es una práctica beneficiosa, pero su implementación enfrenta obstáculos, especialmente en partos por cesárea. Se propone un modelo de coordinación entre el equipo médico y condiciones mínimas para asegurar la seguridad del bebé. En cuanto a la infraestructura se sugieren adaptaciones. Es fundamental el compromiso de la sociedad, los profesionales sanitarios e instituciones para humanizar los cuidados neonatales y garantizar el bienestar familiar. Además, la implementación del CPCP en cesáreas debe ser una prioridad para futuras investigaciones y mejoras en la práctica clínica.

Palabras Clave: contacto piel con piel, personal de salud, método madre-canguro, recién nacido, familia y parto.

ABSTRACT

• Introduction

Skin-to-skin contact after birth consists of placing the newborn on the mother's bare chest to foster bonding. If both are healthy, it should be initiated as soon as possible, ideally before the umbilical cord is cut. This low-cost method has numerous benefits for both the baby and the mother. Unlike the Kangaroo Mother Method, which is aimed at premature or low birth weight newborns, skin-to-skin contact focuses on term, low-risk babies.

• Objectives

The objectives are to analyze why skin-to-skin contact is not applied after birth, identify clinical barriers, and propose evidence-based strategies to promote its use.

• Methodology

The study is a literature review following the PRISMA methodology for selecting articles in various databases, using inclusion/exclusion criteria and descriptors along with Boolean operators to improve results. Methodological quality was assessed using the CASPE template.

• Results

The results show that the factors hindering skin-to-skin contact include lack of knowledge and misinformation, which leads to fears about the instability of the baby and the mother, and insecurity about nosocomial infections. Additionally, other techniques, which can often wait, are prioritized. Lack of staff, workload overload, and teamwork deficiencies are also important factors. Clinical barriers include the instability of the mother and baby, the absence of standardized protocols, lack of medical resources, and poor infrastructure. In addition, there is low knowledge among mothers and cultural barriers.

Recommended strategies include training healthcare staff, implementing specific protocols, improving infrastructure and the design of maternity units, and including psychologists to provide emotional support to families.

• Discussion/Conclusion

Skin-to-skin contact is a beneficial practice, but its implementation faces obstacles, especially in cesarean deliveries. A model of coordination between the medical team and minimum conditions to ensure the safety of the baby is proposed. Regarding infrastructure, adaptations are suggested. The commitment of society, healthcare professionals, and institutions is crucial to humanize neonatal care and ensure family well-being. Furthermore, the implementation of skin-to-skin contact in cesareans must be a priority for future research and clinical practice improvements.

Keywords: skin to skin contact, health personnel, Kangaroo-Mother Care Method, newborn, family and birth.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	7
2.- OBJETIVOS.....	9
3.- MÉTODOLOGÍA	9
3.1- Tipo de estudio	9
3.2- Criterios de elegibilidad	9
3.2.1- Criterios de inclusión.....	9
3.2.2- Criterios de exclusión	9
3.3- Fuentes de información.....	10
3.4- Estrategias de búsqueda	10
3.5- Proceso de extracción de datos	11
4.- RESULTADOS	12
4.1-Selección de estudios.....	12
4.2- Características de los estudios	13
4.3- Resultados de los estudios individuales.....	18
5.- DISCUSIÓN	27
6.- CONCLUSIÓN	30
7.- BIBLIOGRAFÍA	31

GLOSARIO DE TÉRMINOS

CPCP – Contacto piel con piel

MMC – Método madre canguro

RN – Recién nacido

UCIN – Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

1.- INTRODUCCIÓN

El contacto piel con piel (CPCP) de la madre e hijo en el momento del nacimiento es una técnica ancestral en toda cultura que consiste en la colocación del bebé en decúbito prono desnudo sobre el pecho de la madre inmediatamente después del parto, cubierto con una sábana y gorro para fomentar el vínculo materno-filial (García May et al., 2017), (Alenchery et al., 2018).

Si el estado de salud del niño y la madre es bueno, el método piel con piel debe iniciarse lo más pronto posible, tras dar a luz e incluso antes de cortar el cordón umbilical y es esencial las primeras dos horas (estado sensitivo) o hasta que el recién nacido (RN) necesite para recuperar el estrés producido en el parto y adaptación a la vida extrauterina (Alenchery et al., 2018).

Este método eficaz, nada costoso y fácil de realizar tiene múltiples beneficios para el recién nacido, como, por ejemplo; mayor ganancia de peso, menor número de infecciones nosocomiales, mejor regulación de temperatura y estabilización de los signos vitales, potencia el reflejo de succión, disminuye el porcentaje de morbi-mortalidad y los días de hospitalización, favorece la lactancia materna y a conciliar el sueño, menor riesgo de presenta hipoglucemias o apneas, estimulación del desarrollo, fortalecimiento del sistema inmune... (Costa Romero et al., 2019), (Widström et al., 2019).

Sin embargo, también tiene beneficios para la madre ya que disminuye la incidencia de depresión postparto, favorece la contracción uterina y rápida recuperación, previene las hemorragias postparto, estimula la eyección de calostro, promueve el bienestar emocional, etc. (Costa Romero et al., 2019), (Widström et al., 2019).

Podemos categorizar el método CPCP dependiente de:

- Persona que lo realice: Siempre se habla del contacto piel con piel madre e hijo por ser el más común entre nosotros, pero este también puede ser realizado por el padre u otro familiar o persona cercana al bebé. Incluso ha habido situaciones que ha sido realizado por un profesional sanitario como enfermera o auxiliar de enfermería debido a complicaciones de la madre, ausencia de familiares o ingreso en unidades especiales (Yue et al., 2020), (Holztrattner et al., 2021).
- Momento de inicio: este puede ser CPCP al nacimiento (dentro del primer minuto tras el parto), precoz (en los primeros 30 minutos) y temprano (después de la primera hora, pero antes de las primeras 24 horas) (García May et al., 2017).
- Tipo de parto: piel con piel tras un parto por cesárea programada, cesárea urgente o parto vaginal (Alenchery et al., 2018).

Otro aspecto importante a destacar es la diferencia del método madre canguro (MMC) y contacto piel con piel debido a que, aunque son dos conceptos que poseen muchas similitudes ya que ambos comparten el objetivo de fomentar el vínculo entre ambos, hay algunas diferencias entre ellos ya que el método canguro está diseñado para prematuros o neonatos de bajo peso y el CPCP para recién nacidos a término de bajo riesgo; además, el método canguro implica un contacto más prolongado y continuo (Charpak & Montealegre-Pomar, 2023), (María & Salgado, n.d.).

Justificación

El contacto piel con piel tras el nacimiento es un aspecto clave en la atención al recién nacido que, a pesar de estar avalado por la evidencia científica, aún no se aplica de manera uniforme en todos los hospitales, por ello, se hace necesario indagar en los motivos y barreras que dificultan su puesta en práctica de forma cotidiana.

Con frecuencia, el contacto piel con piel se deja de lado simplemente por rutinas establecidas o decisiones individuales del profesional que atiende el parto. Esto genera muchas preguntas sobre por qué ocurre, qué barreras existen y qué se podría mejorar para garantizar una atención más humanizada desde el primer momento de vida.

Este tema me resulta fundamental porque el nacimiento es un momento único y determinante, así, los primeros minutos de vida del bebé deberían estar enfocados en el vínculo con su madre, siempre que la situación lo permita.

A través de este trabajo, me gustaría aportar mi granito de arena para visibilizar este problema y generar conciencia sobre la importancia de respetar y promover el contacto piel con piel inmediato como parte esencial de una buena práctica profesional.

Además, este trabajo pone en valor el papel fundamental de la enfermería en la promoción del contacto piel con piel, ya que es el personal que acompaña de forma directa e inmediata la diada madre-hijo tras el nacimiento. Desde su rol asistencial y educativo, la enfermería tiene la capacidad de favorecer un entorno seguro, informar a las familias y garantizar que esta práctica se lleve a cabo siempre que sea posible. Su implicación resulta clave para impulsar un cambio hacia una atención más humanizada y basada en la evidencia.

Por ello se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores determinantes en la falta de implementación del contacto piel con piel tras el nacimiento?

Planteada a través de la pregunta PIO:

P: Profesionales sanitarios de unidades de obstetricia/maternidad.

I: Implementación del contacto piel con piel al nacer.

O: Factores o barreras influyentes para no llevar a cabo esta práctica.

2.- OBJETIVOS

- Identificar los factores influyentes que impiden a los/las profesionales realizar el contacto piel con piel tras el nacimiento.
- Describir las barreras clínicas que dificultan realizar esta técnica.
- Proponer recomendaciones y estrategias para fomentar la práctica del contacto piel con piel basadas en la investigación.

3.- METODOLOGÍA

3.1- Tipo de estudio

El diseño del estudio es una revisión bibliográfica de la literatura científica llevada a cabo entre diciembre 2024 y mayo 2025 centrada en los factores influyentes que impiden a los/las profesionales realizar el contacto piel con piel tras el nacimiento.

3.2- Criterios de elegibilidad

Para la selección de los artículos en las diferentes bases de datos se establecieron los siguientes criterios:

3.2.1- Criterios de inclusión

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos sobre factores relacionados con la aplicación del método piel con piel y/o método canguro.
- Artículos en los cuales se pueda acceder al texto completo.
- Artículos en idioma inglés y/o español.

3.2.2- Criterios de exclusión

- Artículos publicados antes de 2020.
- Artículos con texto incompleto.
- Artículos que no den respuesta a la pregunta de investigación y no estén relacionados con el objetivo de la revisión bibliográfica.
- Estudios basados en animales.
- Artículos que tengan un idioma diferente al inglés y/o español.

3.3- Fuentes de información

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en las bases de datos electrónicas PubMed (medline), CINHALL y Web Of Science (WOS) a partir de los descriptores procedentes de la pregunta de investigación.

A raíz de las palabras clave se consultó al tesauro Medical Subject Headings (MESH) y el de los descriptores de ciencias de salud (DECS) proporcionando los descriptores “Kangaroo-mother care method” / “Método madre-canguero”, “Health personnel” / “Personal de salud” y “newborn” / “Recién nacido”, además de utilizar “skin-to-skin contact” / “Contacto piel con piel”, “Family” / “Familia” y “birth” / “parto” como términos naturales de búsqueda.

Con el objetivo de mejorar la captación de estudios publicados acorde a la temática de estudio, se han empleado los operadores booleanos “AND” y “OR”.

3.4- Estrategias de búsqueda

Con las combinaciones MESH/DESCS se realizaron numerosas búsquedas con diferentes estrategias como, por ejemplo: ((Método madre canguero) Y (Contacto piel con piel) Y (personal de salud)), ((Método madre canguero) Y (Contacto piel con piel)), ((Kangaroo-Mother Care Method) AND (Skin-to-Skin Contact) AND (Health Personnel)) ...

La siguiente tabla 1 recoge la estrategia de búsqueda empleada para cada base de datos, se utilizó la combinación con términos MESH debido a que había más cantidad de artículos y con mayor evidencia científica.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda en cada base de datos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Pubmed	ESTRATEGIA 1 CON LIMITADORES ((((Kangaroo-Mother Care Method)) OR (Skin-to-Skin Contact)) AND (Health Personnel)	150
Web Of Science	ESTRATEGIA 2 CON LIMITADORES Kangaroo-Mother Care Method (Topic) OR Skin to skin contact (Topic) AND Health Personnel (Topic)	1453
CINHALL	ESTRATEGIA 3 CON LIMITADORES kangaroo-mother care method OR skin to skin contact after birth AND (health personnel or healthcare professionals or healthcare workers)	1304
Fecha de búsqueda: 25 de enero de 2025 – 16 de febrero de 2025		Total 2907

Fuente: Elaboración propia.

3.5- Proceso de extracción de datos

Se realizó un proceso de selección de artículos siguiendo la metodología PRISMA (Page et al., 2021). En primer lugar, se aplicaron los filtros de exclusión, descartando aquellos con más de cinco años de antigüedad, con texto incompleto o redactados en un idioma distinto al español o inglés. Posteriormente, se eliminaron los artículos que no cumplían los filtros de inclusión.

A continuación, se llevó a cabo un cribado en varias etapas: primero, se descartaron los estudios irrelevantes tras analizar el título; luego, se realizó una lectura preliminar del resumen o abstract para excluir aquellos que no aportaban información pertinente, y, finalmente, se eliminaron algunos tras la lectura completa del texto.

Para evaluar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se utilizó la plantilla de lectura crítica CASPE (Critical Appraisal Skills Programme Español) (Cabello López & Maciá Soler, 2015).

A partir de la búsqueda en bases de datos, se identificaron 2.907 publicaciones (150 en PubMed, 1.453 en Web of Science y 1.304 en CINAHL).

Tras la eliminación de duplicados (39 publicaciones) y la aplicación de los criterios de elegibilidad ($n = 2.461$), se excluyeron 1.970 artículos por tener más de cinco años de antigüedad, 476 por no disponer del texto completo y 15 por estar redactados en un idioma distinto al español o inglés. Como resultado, 407 estudios fueron seleccionados para su revisión.

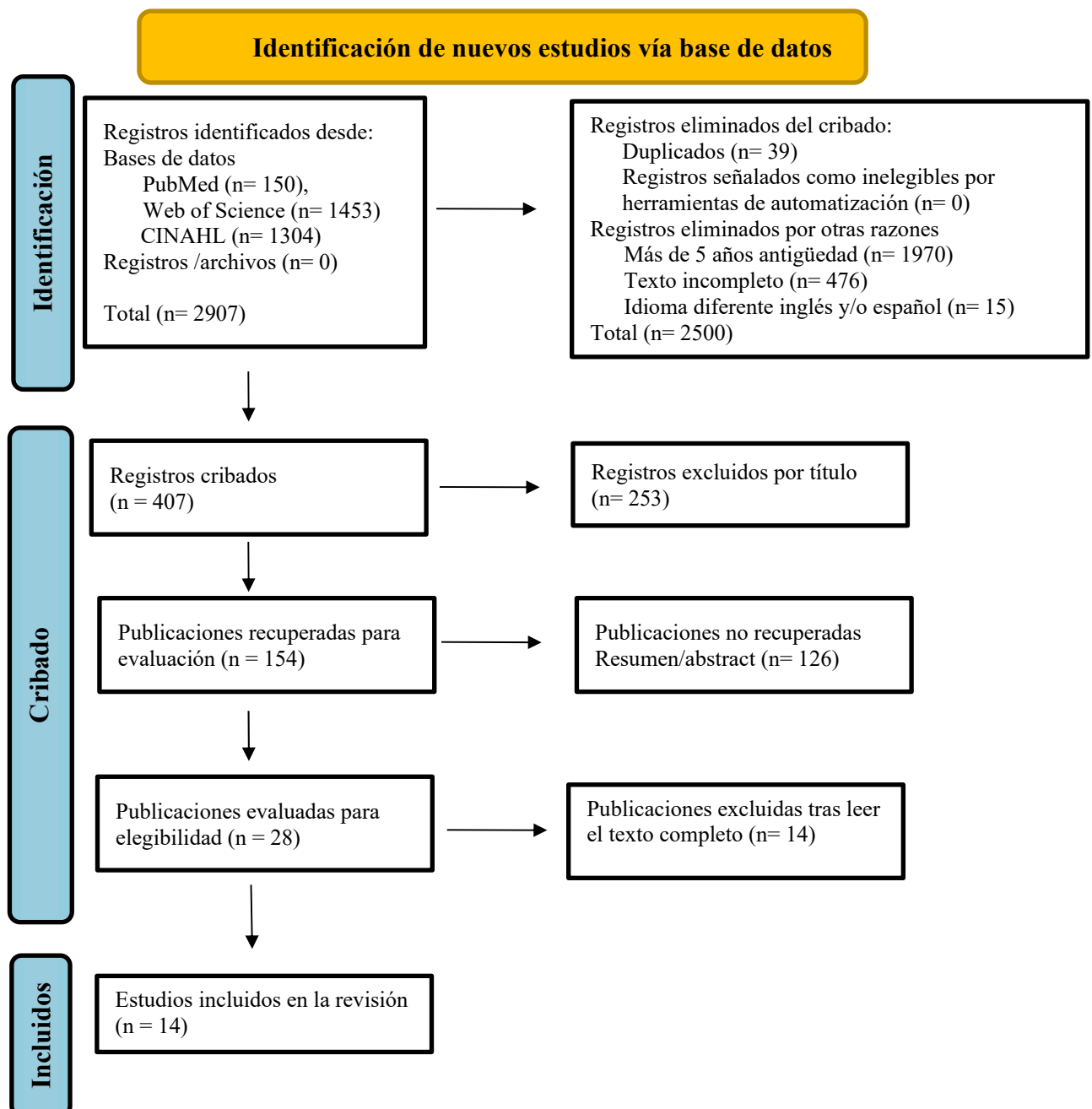
Durante el proceso de cribado, se descartaron 253 registros tras la revisión del título, 126 tras la lectura del resumen/abstract y 14 tras el análisis del texto completo.

Finalmente, se incluyeron en la revisión un total de 14 artículos.

4.- RESULTADOS

4.1-Selección de estudios

A continuación, se detalla el proceso de selección de artículos mediante un diagrama de flujo – PRISMA 2020 (Page et al., 2021).



4.2- Características de los estudios

En la siguiente Tabla 2 se presentan las características principales de los artículos seleccionados, incluyendo el título, autor(es), año de publicación, tipo de estudio, objetivos y conclusiones.

De los 14 artículos seleccionados, 8 eran estudios cualitativos, 2 eran revisiones integradoras, 2 revisiones sistemáticas, 1 estudio trasversal, 1 estudio de casos, todos ellos publicados entre 2020 y 2024.

Tabla 2: Características de los estudios.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTOR(ES)	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	CONCLUSIONES
Barriers and facilitators of kangaroo mother care adoption in five Chinese hospitals: a qualitative study	(Yue et al., 2020)	Estudio cualitativo	Evaluar las barreras y facilitadores para la adopción del método madre canguro en la UCIN y salas de puerperio en cinco hospitales chinos.	Existen barreras significativas como la falta de formación específica, preocupaciones sobre la seguridad del recién nacido y limitaciones estructurales en las instalaciones hospitalarias. Además, se identificaron facilitadores como el apoyo institucional, la capacitación adecuada y la concienciación de los padres sobre las ventajas del MMC.
Nurses' Kangaroo Mother Care practice implementation and future challenges: an integrative review.	(Maniago et al., 2020)	Revisión integradora	Examinar la implementación de la práctica de la Madre Canguro por parte de enfermeras y los desafíos	Se identificaron varios desafíos como la falta de recursos, formación insuficiente del personal y barreras culturales. Sin embargo, se destacó que tiene beneficios significativos y se recomendaron

			futuros asociados con su práctica.	estrategias para superar estos desafíos y fomentar su implementación.
Barriers for kangaroo mother care (KMC) acceptance, and practices in southern Ethiopia: a model for scaling up uptake and adherence using qualitative study	(Bilal et al., 2021)	Estudio cualitativo	Investigar las barreras para la aceptación y práctica del método madre canguro en el sur de Etiopía y proponer un modelo para aumentar su adopción.	Se identificaron barreras culturales y de infraestructura, y se propuso un modelo que incluye educación comunitaria y mejora de las instalaciones de salud.
What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in British Columbia's neonatal intensive care units.	(Coutts et al., 2021)	Estudio de implementación Estudio cualitativo.	Identificar y describir las perspectivas de los proveedores de atención médica sobre las barreras y los facilitadores de la implementación del MMC.	Se encontraron barreras relacionadas con la cultura organizacional y la falta de formación del personal, sugiriendo la necesidad de cambios en las políticas y programas de capacitación.
Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in Cote d'Ivoire: a qualitative study	(Kourouma et al., 2021)	Estudio cualitativo	Explorar las barreras y facilitadores en la implementación del método madre canguro en Côte d'Ivoire.	Se identificaron barreras como la falta de recursos y conocimiento, y facilitadores como el apoyo institucional y la capacitación del personal de salud.
Barriers and facilitators of facility-based kangaroo mother care in sub-Saharan Africa: a systematic review	(Kinshella et al., 2021)	Revisión sistemática	Identificar las barreras y facilitadores para la implementación del MMC en instalaciones de salud en África subsahariana.	Se encontraron barreras como la falta de recursos, infraestructura inadecuada y desafíos socioculturales. Los facilitadores incluyeron el apoyo del personal de salud,

				la capacitación adecuada y el compromiso comunitario.
Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses.	(Holztrattner et al., 2021)	Estudio cualitativo y exploratorio-descriptivo	Conocer la percepción de las enfermeras sobre el contacto piel a piel temprano.	Las enfermeras reconocen los beneficios del contacto piel a piel temprano, pero identifican desafíos como la falta de recursos y la necesidad de capacitación adicional.
The practice of early mother-newborn skin-to-skin contact after delivery of healthy term neonate and associated factors among health care professionals at health facilities of Southwestern Oromia, Ethiopia: A cross-sectional study.	(Dirirsa et al., 2022)	Estudio transversal	Evaluar la práctica del contacto piel con piel temprano entre madre y recién nacido y los factores asociados entre los profesionales de la salud en las instalaciones de salud del suroeste de Oromia, Etiopía.	Se encontró que la práctica del CPP fue deficiente entre los profesionales de la salud. Factores como la falta de conocimiento y capacitación, así como actitudes negativas hacia la práctica, fueron identificados como barreras significativas.
We are facing some barriers: A qualitative study on the implementation of kangaroo mother care from the perspectives of healthcare providers.	(Rahmatika et al., 2022)	Estudio cualitativo	Explorar las barreras en la implementación del método madre canguro desde la perspectiva de los proveedores de atención médica.	Se identificaron barreras como la falta de conocimiento, recursos limitados y desafíos culturales que dificultan la implementación efectiva del método madre canguro.

What influences the implementation of kangaroo mother care? An umbrella review	(Cai et al., 2022)	Revisión general de las revisiones existentes.	Analizar los factores que influyen en la implementación del método madre canguro a través de una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis.	Se identificaron diversas barreras y facilitadores y se necesitan más investigaciones para proponer estrategias para la implementación de este método.
Kangaroo method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the neonatal ICU.	(Liz Luz et al., 2022)	Revisión integradora	Identificar las potencialidades, barreras y dificultades para la implementación del MMC.	Existen beneficios significativos asociados al MMC pero persisten desafíos importantes para su implementación
Knowledge and adherence of the nursing team to the kangaroo position in a neonatal unit.	(Sales da Silva et al., 2022)	Estudio cualitativo	Evaluar el conocimiento y la adhesión del equipo de enfermería a la posición canguro en una unidad neonatal.	Se observó una buena adhesión a la posición canguro; sin embargo, algunos profesionales informaron dificultades para implementarla.
Why skin-to-skin contact is not made a traditional practice right after childbirth? Hindrances behind its non-implementation	(Al-Noor, 2022)	Estudio de caso	Identificar los obstáculos que impiden la implementación del contacto piel con piel inmediato tras el parto.	Se identificaron obstáculos como la escasez de personal y falta de conciencia. Se sugieren medidas para mejorar esta práctica y la calidad de la atención neonatal.
Kangaroo mother care prior to clinical stabilisation: Implementation barriers and facilitators reported by caregivers and healthcare providers in Uganda.	(Tumukunde et al., 2024)	Estudio cualitativo integrado en el ensayo OMWaNA. Ensayo aleatorizado.	Explorar las barreras y facilitadores en la implementación del MMC antes de la estabilización clínica del neonato.	Se identificaron barreras como la falta de conocimiento y recursos y facilitadores como el apoyo comunitario y la capacitación del personal de salud.

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de los artículos.

Como se muestra en la siguiente Tabla 3, todos los artículos analizados obtuvieron una puntuación superior a 7, lo que refleja una alta calidad metodológica y justifica su inclusión en los resultados del estudio.

Tabla 3: Puntuación obtenida plantilla CASPE.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	PUNTUACIÓN CASPE
Kangaroo mother care prior to clinical stabilisation: implementation barriers and facilitators reported by caregivers and healthcare providers in Uganda. (Tumukunde et al., 2024)	8/10
The practice of early mother-newborn skin-to-skin contact after delivery of healthy term neonate and associated factors among health care professionals at health facilities of southwestern oromia, ethiopia: a cross-sectional study. (Dirirsa et al., 2022)	9/10
We are facing some barriers: a qualitative study on the implementation of kangaroo mother care from the perspectives of healthcare providers. (Rahmatika et al., 2022)	9/10
What influences the implementation of kangaroo mother care? An umbrella review. (Cai et al., 2022)	9/10
Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in cote d'ivoire: a qualitative study. (Kourouma et al., 2021)	8/10
Barriers and facilitators of facility-based kangaroo mother care in sub-saharan africa: a systematic review. (Kinshella et al., 2021)	9/10
What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in british columbia's neonatal intensive care units. (Coutts et al., 2021)	9/10
Barriers for kangaroo mother care (kmc) acceptance, and practices in southern ethiopia: a model for scaling up uptake and adherence using qualitative study. (Bilal et al., 2021)	9/10
Barriers and facilitators of kangaroo mother care adoption in five chinese hospitals: a qualitative study. (Yue et al., 2020)	9/10
Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses. (Holztrattner et al., 2021)	8/10
Kangaroo method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the neonatal icu. (Liz Luz et al., 2022)	8/10
Knowledge and adherence of the nursing team to the kangaroo position in a neonatal unit. (Sales da Silva et al., 2022)	8/10

Nurses' kangaroo mother care practice implementation and future challenges: an integrative review. (Maniago et al., 2020)	7/10
Why skin to skin contact is not made a traditional practice right after childbirth? Hindrances behind its non-implementation. (Al-Noor, 2022)	7/10

Fuente: Elaboración propia.

4.3- Resultados de los estudios individuales

En cuanto a los resultados del estudio, se han dividido en tres apartados para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación y nuestros objetivos.

En primer lugar, respecto a los factores que dificultan la realización del contacto piel con piel o método madre canguro tras el nacimiento, se han encontrado diversas opciones.

1) *Falta de conocimientos sobre su realización y los beneficios de esta práctica.*

Diversos estudios destacan que algunos profesionales de la salud reconocen que la falta de comprensión adecuada de la técnica representa un obstáculo para su correcta aplicación. Por ejemplo, se han observado casos en los que la madre y el bebé permanecen vestidos durante la práctica de la posición canguro, lo que evidencia un uso incorrecto del método (Tumukunde et al., 2024), (Rahmatika et al., 2022).

Además, en ciertas ocasiones, los cuidadores reciben instrucciones contradictorias por parte del personal sanitario, atribuibles a la insuficiencia de conocimientos sobre el tema. Esta situación podría explicar la brecha de comunicación existente entre profesionales de la salud y personas cuidadoras, lo que a su vez limita la implementación del contacto piel con piel (Tumukunde et al., 2024).

Uno de los estudios reveló que el 31,5 % de los profesionales sanitarios evaluados presentaban conocimientos deficientes sobre el método de contacto piel con piel (Dirirsa et al., 2022).

2) *Conocimientos erróneos sobre la práctica piel con piel o método canguro.*

Otro de los trabajos mostraba que algunos profesionales de la salud consideraban más beneficioso colocar al bebé bajo un calentador o en una cuna térmica en lugar de sobre el pecho de la madre (Dirirsa et al., 2022).

Por otro lado, una investigación mostró que más de un tercio de las enfermeras no discutían el método canguro con las madres debido a su falta de conocimientos para asesorarlas adecuadamente (Kinshella et al., 2021).

Asimismo, se ha identificado entre los resultados obtenidos que, en muchos lugares, los profesionales sanitarios tienden a “agrupar la atención” del bebé, realizando de manera conjunta actividades como el cambio de pañal, la toma de temperatura o el ajuste de la posición. Este enfoque busca maximizar el tiempo de descanso del bebé entre los horarios de alimentación rutinarios, pero se observó que afecta negativamente la implementación continua y prolongada del contacto piel con piel o el método canguro (Coutts et al., 2021).

Por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), si una madre acudía para realizar el método canguro durante el tiempo designado como “sin interrupciones”, se le impedía tomar al bebé hasta el momento programado para la atención, que podía ocurrir cada 3-4 horas (Coutts et al., 2021).

Además, algunos profesionales consideraban que interrumpir el descanso del bebé para colocarlo en posición canguro era contradictorio, ya que, según ellos, podía generar inestabilidad y alterar los patrones de sueño, ignorando los beneficios ampliamente documentados de esta práctica (Coutts et al., 2021).

Por último, persiste una falta significativa de concienciación y aplicación de las técnicas, ya que, aunque muchas enfermeras son conscientes de los beneficios del contacto piel con piel y del método canguro, a menudo no los implementan en la práctica clínica (Al-Noor, 2022).

3) Sobrecarga de trabajo y falta de personal sanitario para supervisar el contacto piel con piel.

La escasez de personal y la alta carga de trabajo constituyen barreras importantes para la supervisión y aplicación efectiva del contacto piel con piel (CPCP) o método madre canguro (MMC). Estas limitaciones dificultan que los profesionales de la salud puedan brindar un apoyo adecuado a los cuidadores y proporcionar la educación sanitaria necesaria para garantizar una correcta implementación de estas técnicas (Tumukunde et al., 2024), (Cai et al., 2022), (Coutts et al., 2021).

Diversos estudios subrayan cómo la falta de recursos humanos afecta directamente la práctica del CPCP/MMC. Por ejemplo, en algunas unidades se observa la necesidad de más personal, ya que la escasez actual impide dedicar el tiempo requerido a actividades esenciales como la orientación a las madres, lo que obliga al personal sanitario a apresurar sus tareas (Kourouma et al., 2021), (Kinshella et al., 2021).

En otros contextos, las enfermeras no disponen de tiempo suficiente para realizar actividades fundamentales como controlar la temperatura, pesar a los bebés, supervisar la lactancia materna o asesorar a las madres, especialmente en los turnos de tarde y noche, donde dos enfermeras pueden llegar a atender entre 60 y 80 pacientes (Kinshella et al., 2021).

Además, algunas profesionales han señalado que su carga laboral se incrementa debido a la necesidad de formar y supervisar a las madres en la práctica de estas técnicas, lo que añade más presión a un entorno ya exigente (Yue et al., 2020).

Por otro lado, profesionales de la salud destacan que la falta de personal representa una barrera significativa para la realización de visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria. Estas visitas son fundamentales para garantizar la continuidad del contacto piel con piel (CPCP) en el hogar, resolver dudas, y perfeccionar las técnicas. La ausencia de este seguimiento limita la capacidad de evaluar cómo se implementa y mantiene el Método Madre Canguro (MMC) en el entorno comunitario, como lo señala un profesional: la falta de visitas domiciliarias impide valorar de manera efectiva la continuidad del MMC dentro de la comunidad (Kourouma et al., 2021).

4) Miedo a la inestabilidad del recién nacido.

Otro de los principales obstáculos para la implementación del contacto piel con piel es el temor de los profesionales sanitarios a que los cuidadores no sean capaces de realizar la técnica correctamente y puedan poner en riesgo la salud del bebé inestable. En muchas ocasiones, el miedo a comprometer su bienestar, junto con el desconocimiento de los criterios clínicos para llevar a cabo el método de manera segura, resulta en la falta de aplicación de esta práctica. Tanto la inestabilidad materna como la neonatal son descritas como preocupaciones clave en la práctica del MMC y el CPCP (Sales da Silva et al., 2022), (Maniago et al., 2020).

Una enfermera compartió que uno de los mayores temores radica en la falta de conocimientos y habilidades de los cuidadores para realizar correctamente el contacto piel con piel. Incluso relató una experiencia trágica en la que un bebé falleció debido a un mal manejo de la técnica (Tumukunde et al., 2024).

Además, algunas enfermeras expresaron su preocupación por la seguridad del bebé durante el procedimiento. En ciertos hospitales, la práctica era denegada o postergada dependiendo del nivel de experiencia de las enfermeras en el manejo de los bebés, especialmente cuando estaban conectados a vías o equipos médicos. Este retraso a menudo estaba relacionado con las habilidades técnicas necesarias para transferir al recién nacido al pecho de su madre de manera segura (Coutts et al., 2021).

5) Inseguridad a que recién nacidos y familiares adquieran infecciones nosocomiales.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), muchas enfermeras manifestaron su preocupación por el aumento del riesgo de infecciones nosocomiales debido al ambiente concurrido y lleno de personas, lo que a menudo limita la implementación de métodos como el contacto piel con piel y el método madre canguro (Yue et al., 2020).

6) *Déficit en el trabajo multidisciplinar*

Trabajar en el ámbito sanitario implica un esfuerzo colaborativo, y aunque los/as enfermeros/as asumen un papel central en el cuidado materno y neonatal, esta responsabilidad debe compartirse entre todo el equipo, incluidos médicos/as y auxiliares de enfermería (Coutts et al., 2021).

Este estudio evidencia que muchos/as enfermeros/as experimentan el síndrome de burnout, atribuido a que el método piel con piel y el método madre canguro no se perciben como una práctica multidisciplinar, lo que hace que la mayor carga recaiga sobre ellas. Sin embargo, todos los profesionales sanitarios coincidieron en que las enfermeras de la UCIN desempeñan un papel fundamental en liderar, fortalecer la práctica y transmitir información clave a las familias. Un pediatra destacó la importancia de las enfermeras afirmando que, aunque son las principales promotoras de estas prácticas, también enfrentan grandes desafíos en su implementación (Coutts et al., 2021).

Algunos profesionales subrayaron la necesidad de un apoyo más sólido por parte de un equipo multidisciplinar para fomentar y priorizar el contacto piel con piel y el método canguro. Si bien las enfermeras reconocieron su papel esencial en el acompañamiento y la orientación de los familiares, enfatizaron que es crucial que todo el equipo se involucre activamente para garantizar el éxito de la práctica (Rahmatika et al., 2022).

Otros profesionales sanitarios, tales como, gestores o directores de UCIN reconocen que esta labor debería enfocarse como un trabajo en equipo e incluyen propuestas como incluir la evaluación diaria del método canguro en las rondas clínicas, formulando preguntas como: “¿Hemos aplicado el método canguro? ¿En qué punto nos encontramos? ¿Los padres conocen esta técnica?”. Este enfoque permitiría una mayor integración y compromiso por parte de todos los profesionales implicados (Coutts et al., 2021).

7) *La necesidad de los profesionales de salud de realizar intervenciones al recién nacido inmediatamente después del nacimiento.*

Muchos profesionales de la salud todavía consideran prioritario realizar una serie de técnicas al bebé inmediatamente después del nacimiento, incluso cuando tanto la madre como el recién nacido se encuentran estables y en buenas condiciones. Estas intervenciones incluyen el secado, el pesado, la toma de medidas, vestir al bebé, la identificación y el examen físico, entre otras. En lugar de colocar al bebé directamente sobre el pecho de su madre para favorecer el contacto piel con piel, los primeros cuidados suelen brindarse en una cuna térmica, lo que interrumpe esta práctica esencial (Holztrattner et al., 2021).

En algunos contextos, se destaca que la decisión de mantener al bebé en el regazo de su madre tras el nacimiento depende en gran medida del/la pediatra o matrona presente en ese momento. En situaciones donde el bebé se encuentra en buenas condiciones, algunos profesionales permiten que el recién nacido permanezca con su madre, mientras que otros optan por intervenir de inmediato, independientemente del estado del bebé (Holztrattner et al., 2021).

8) Dificultades para realizar el contacto piel con piel en una cesárea.

El cumplimiento del contacto piel con piel (CPCP) está estrechamente relacionado con el tipo de parto, ya que, en general, se lleva a cabo con mayor frecuencia en partos vaginales que en cesáreas. Diversos estudios sugieren que esta diferencia se debe a varios factores, como la mayor cantidad de personal involucrado en una cesárea, además de que el parto vaginal se percibe como más “fisiológico y natural”, lo que facilita la implementación de esta práctica (Holztrattner et al., 2021), (Tumukunde et al., 2024).

En el contexto de la cesárea, algunos anestesiólogos han expresado su incomodidad con la presencia de los recién nacidos junto a sus madres, ya que esto reduce el espacio disponible para trabajar. De manera similar, algunos técnicos de enfermería mencionan que su carga laboral aumenta, ya que también deben encargarse del cuidado de los neonatos en la sala de partos. Por su parte, ciertos pediatras consideran que el examen médico del recién nacido debe realizarse de inmediato, lo que puede retrasar o impedir el contacto piel con piel (Maniago et al., 2020).

Para minimizar los desafíos al contacto piel con piel temprano tras una cesárea, un estudio propuso un enfoque seguro que favorezca la humanización del nacimiento. Entre las estrategias sugeridas, se incluyó la creación de un comité multidisciplinario encargado de diseñar un protocolo específico para el CPCP post-cesárea. Además, se promovió la presencia del acompañante, la disposición de un espacio adecuado para colocar al recién nacido sobre el pecho materno cubierto con paños secos y calientes, la regulación de la temperatura ambiental, el reajuste de los electrodos en la madre y la asignación de un profesional que garantice la seguridad del bebé en ese momento. También se sugirió la capacitación del personal involucrado y una supervisión más atenta del anestesiólogo para prevenir posibles complicaciones maternas que pudieran interferir en el proceso (Holztrattner et al., 2021).

Con estas medidas, la cesárea no tiene por qué ser una barrera para el CPCP. Con el apoyo de un equipo sensibilizado y bien preparado, el entorno puede adaptarse para garantizar que la práctica del contacto piel con piel se realice de manera segura. El trabajo conjunto del equipo multidisciplinario es esencial para ofrecer una atención basada en prácticas humanizadas respaldadas por la evidencia científica, promoviendo la unión entre madre y recién nacido y evitando su separación innecesaria (Holztrattner et al., 2021).

En cuanto al segundo objetivo, podemos identificar varias barreras clínicas que impiden la implementación el contacto piel con piel o método madre canguro. Algunas de estas barreras son las siguientes:

1) Mal estado de salud del neonato y de la madre

Para llevar a cabo esta técnica de manera segura y efectiva, es fundamental que tanto el neonato como la madre se encuentren en condiciones clínicas estables. La presencia de complicaciones en la salud de alguno de ellos puede representar una barrera significativa para su implementación (Cai et al., 2022).

En el caso del neonato, factores como la prematuridad extrema, dificultad respiratoria, inestabilidad hemodinámica o la presencia de infecciones pueden contraindicar la técnica o requerir adaptaciones específicas. Asimismo, si la madre presenta problemas de salud graves, como hemorragia postparto, hipertensión no controlada o infecciones severas, su bienestar debe ser priorizado antes de proceder con la técnica (Cai et al., 2022).

2) Falta de un protocolo estandarizado para la realización del CPCP.

Una de las barreras mencionadas con frecuencia es la falta de directrices, políticas, protocolos y ayudas de trabajo sobre estas técnicas en muchos lugares. Diversos estudios refieren que este cuidado queda a expensas de la voluntad y nivel de sensibilización al respecto que presentan los/las profesionales de los servicios en los que se aplican (Kinshella et al., 2021), (Coutts et al., 2021), (Yue et al., 2020).

En algunos de los trabajos consultados se presentan experiencias que refieren: "Ya no estoy a cargo de la unidad... Desafortunadamente, mi antigua unidad ahora no tiene líder ya que no han designado a nadie en mi lugar... y nadie está realmente promoviendo o enseñando MMC" (Yue et al., 2020).

3) Déficit de suministros y productos médicos.

La falta de medicamentos y otros recursos esenciales para el cuidado de los recién nacidos y las madres tras el parto constituye un gran obstáculo para implementar estas prácticas. Por ejemplo, la ausencia de puntos de suministro de oxígeno en las salas dificultó la aplicación del método canguro, ya que los bebés debían ser trasladados lejos de las camas o sillas destinadas al MMC para acceder al oxígeno. Además, la carencia de dispositivos de monitoreo llevó a interrumpir estas técnicas por temor de las enfermeras a que el bebé pudiera fallecer sin que la madre lo notara mientras se realizaba el contacto piel con piel. En algunos hospitales, incluso faltaban elementos básicos como gorros para los recién nacidos o telas que facilitaran esta práctica (Tumukunde et al., 2024), (Kinshella et al., 2021).

4) *Infraestructura y diseño inadecuados.*

Las infraestructuras y diseño inadecuados representan otra barrera significativa para la implementación de estas técnicas. La falta de espacio suficiente para camas o sillas, así como la ausencia de un ambiente tranquilo y privado sin excesivo ruido ni distracciones que permita a las madres desvestirse sin sentirse expuestas ante extraños, dificultan su aplicación (Tumukunde et al., 2024), (Cai et al., 2022), (Liz Luz et al., 2022).

5) *Nivel de conocimientos y madurez parental.*

Un estudio destaca que algunos de los principales obstáculos para la implementación del contacto piel con piel (CPCP) están relacionados con el nivel de conocimiento y edad de las madres jóvenes. En casos donde las madres tienen un nivel educativo o cognitivo más bajo, es necesario dedicar más tiempo a explicar los detalles, enseñar mediante la práctica, y corregir errores, lo que puede ralentizar el trabajo de los profesionales de la salud (Rahmatika et al., 2022).

Además, cuando las madres son muy jóvenes, se presentan retos adicionales en el proceso educativo, ya que suelen estar más enfocadas en sus propias necesidades. En estas situaciones, es común que las abuelas también asuman un rol activo en la educación (Rahmatika et al., 2022).

6) *Barreras culturales y falta de apoyo familiar, social y económico.*

En muchos países sigue existiendo una desigualdad de género y división de trabajo entre mujeres y hombres que no favorecen la implementación del CPCP ya que se considera una responsabilidad de la madre y cuando la madre no está en condiciones para realizarla, al padre no se le permite participar en ello (Cai et al., 2022).

Además, en algunas culturas llevar al recién nacido sobre el pecho desnudo no está bien visto ya que, en caso de peligro, el niño está más expuesto (Kourouma et al., 2021).

Incluso tener bebés pretérminos o con bajo peso al nacer se considera una “vergüenza” por lo que suprimen el método madre canguro (Kourouma et al., 2021).

7) *Barreras para la formación continua del personal sanitario.*

Profesionales de la salud admiten haber oído hablar de estas prácticas durante su educación o a lo largo de su experiencia, incluso en muchos centros se ofrecen oportunidades de formación en estos temas. Sin embargo, la mayoría de los trabajadores no asiste a estas sesiones educativas debido a varios factores: no son remuneradas, deben asistir en su tiempo libre, o necesitan solicitar permiso durante su jornada laboral, con la obligación de recuperar posteriormente las horas invertidas. Estas barreras limitan significativamente la participación en actividades educativas que podrían mejorar la implementación de estas prácticas (Coutts et al., 2021).

Finalmente, respecto al tercer objetivo se muestran las recomendaciones y estrategias basadas en la investigación extraídas de los artículos seleccionados para fomentar la práctica del contacto piel con piel o método madre canguro.

1) Asesoramiento y apoyo por parte de profesionales sanitarios.

La disponibilidad y capacitación del personal de salud es un componente clave para garantizar una adecuada implementación del MMC por parte de las personas cuidadoras. Diversos testimonios recogidos en los estudios analizados destacan el valor del acompañamiento profesional durante esta práctica. Una madre expresó que los profesionales sanitarios le brindaron el apoyo necesario para familiarizarse con el método desde el inicio. En otro caso, una enfermera compartió su experiencia personal con una madre, relatándole que su hijo también había nacido prematuro, lo cual generó un vínculo de confianza. Esta acción permitió a la madre sentirse animada a continuar con la práctica diaria del contacto piel con piel, confiando en que su bebé podría desarrollarse adecuadamente (Tumukunde et al., 2024).

Asimismo, se recogió el testimonio de un padre que describió cómo una enfermera les explicó detalladamente la importancia del contacto directo con la piel del bebé, indicando que lo colocaran sobre el pecho y lo sujetaran para mantener su temperatura corporal. La profesional enfatizó que, debido a su bajo peso, el recién nacido aún requería del calor materno, y que al estar en contacto con el pecho, el bebé experimentaría una sensación similar a la vivida en el útero. El padre añadió que, una vez en el hogar, tanto él como su pareja continuaron con la práctica del MMC, asumiendo él mismo el contacto piel con piel cuando la madre no podía hacerlo (Tumukunde et al., 2024).

La información clara proporcionada resulta fundamental para las familias. La constante enseñanza sobre los beneficios del MMC, junto con el apoyo ofrecido por el personal de salud y otras personas cuidadoras, es reconocida como un factor clave para promover la práctica de esta técnica (Bilal et al., 2021).

2) Grupos de autoayuda para fomentar estas prácticas.

Se organizaron grupos de autoayuda en los que las madres compartían sus experiencias y brindaban apoyo a otras que enfrentaban desafíos relacionados con el MMC. En estos grupos, las participantes comentaban sus historias y animaban a otras madres a mantenerse fuertes, ya que muchas también habían pasado por experiencias similares, lo que les ayudaba a creer en el proceso (Tumukunde et al., 2024).

Con el tiempo, los temores de los cuidadores fueron disminuyendo y comenzaron a practicar el MMC. Una madre señaló que al principio consideraba que el método era una carga, pero con el tiempo comprendió que su bebé prematuro era suyo y que debía hacer todo lo posible para garantizar su supervivencia, siguiendo las indicaciones de los profesionales de salud (Tumukunde et al., 2024).

3) Aumentar los conocimientos de los profesionales de salud sobre las prácticas.

Varios artículos recomiendan el uso de folletos, educación repetida, organización de capacitaciones y métodos de supervisión para aumentar o reforzar los conocimientos tanto de los profesionales como de los pacientes (Rahmatika et al., 2022), (Yue et al., 2020).

Cuando la madre no pueda realizar el contacto piel a piel debido a complicaciones en el posparto, se recomienda invitar a otro familiar a asumir esta función. La evidencia indica que, en ausencia de la madre, el padre u otra persona cercana puede proporcionar cuidados básicos al recién nacido de manera efectiva (Yue et al., 2020), (Holztrattner et al., 2021).

Asimismo, la formación continua y la implementación de estrategias de sensibilización fortalecen la práctica del método canguro dentro del equipo de salud, garantizando una atención neonatal de calidad y humanizada (Liz Luz et al., 2022).

Por ello, el conocimiento del equipo de salud sobre la práctica y los beneficios del contacto piel a piel es clave tanto para la madre como para el recién nacido. Un equipo bien informado facilita su implementación y favorece su mayor frecuencia. Se recomienda la realización de capacitaciones, espacios de diálogo y estrategias para mejorar la práctica del contacto piel a piel temprano tras el parto (Holztrattner et al., 2021).

4) Necesidad de un psicólogo en unidades de maternidad.

La falta de apoyo familiar coloca a muchas madres primerizas en una situación de estrés que puede dificultar la producción de leche y la práctica del método canguro. Un profesional en salud mental podría ayudarlas a afrontar estos desafíos y favorecer el bienestar tanto materno como neonatal (Kourouma et al., 2021).

Por tanto, la presencia de un psicólogo en la unidad podría brindar apoyo emocional a las madres durante su hospitalización, especialmente a las madres jóvenes, quienes suelen experimentar mayores niveles de angustia psicológica (Kourouma et al., 2021).

5) Implementación de protocolos específicos para cada práctica.

Es imprescindible implementar protocolos para cada situación, por ejemplo, en las UCIN proporcionar más horas al día de visitas de los padres para que puedan realizar la práctica satisfactoriamente o en domicilio, establecer un contacto temprano tras el alta con los padres para que se pueda seguir con el método canguro o piel con piel en el hogar (Bilal et al., 2021), (Maniago et al., 2020), (Holztrattner et al., 2021).

En resumen, desarrollar y difundir una guía de práctica clínica para el método canguro o contacto piel con piel es esencial para promover su correcta realización (Coutts et al., 2021).

6) Eliminar los rotatorios continuos de personal nuevo en la unidad.

Las políticas de dotación de personal que evitan la rotación de las enfermeras pueden favorecer la especialización en el cuidado de recién nacidos pequeños y enfermos. Esto permite consolidar la experiencia del equipo, ya que la orientación constante de nuevo personal ha sido cuestionada en términos de sostenibilidad (Kinshella et al., 2021).

7) Mejora de la infraestructura y diseño

Disponer de un entorno adecuado y acogedor, con camas y privacidad para las madres, facilitó significativamente la implementación del método canguro antes de que el recién nacido alcanzara la estabilidad. Además, factores como la estabilidad de la temperatura y un ambiente clínico tranquilo y relajado favorecen su aplicación (Cai et al., 2022).

En un hospital, se observó que la disponibilidad de espacio y camas específicas para la práctica del método canguro incentivó a las familias a continuar con esta técnica incluso antes de que el recién nacido alcanzara la estabilidad. Estas señalaron que la privacidad en la sala destinada al método canguro actuó como un factor motivador en comparación con las salas generales. Uno de los padres destacó que, en el caso de los padres que practican el método canguro, cada uno tiene su propia cama. Incluso a las familias de gemelos, le proporcionaron dos camas, lo que le permitió disponer de suficiente espacio para llevar a cabo la técnica de manera cómoda (Tumukunde et al., 2024).

8) Designación de supervisora y constancia de registro de las técnicas.

Se recomienda designar una supervisora del contacto piel a piel para garantizar que todos los profesionales de la salud promuevan activamente esta práctica, asegurando su correcta aplicación y continuidad en la atención neonatal (Bilal et al., 2021).

Asimismo, dejar registrado por parte de enfermería para que conste en acta si se realizó o no el contacto piel con piel y se justifique por qué no se realizó ya que es una práctica que ha demostrado ser beneficiosa (Holztrattner et al., 2021).

5.- DISCUSIÓN

Este trabajo se ha planteado responder a la pregunta ¿Qué factores determinan la decisión de los profesionales de salud en unidades de maternidad para no implementar el contacto piel con piel tras el nacimiento?

Para poder ampliar la información y contrastarla con otros artículos científicos, debemos destacar que el contacto piel con piel es una práctica beneficiosa, a pesar de que su implementación puede verse limitada por múltiples factores y barreras clínicas como hemos visto anteriormente. Esta idea está ampliamente avalada, entre otros con trabajos como los de (Dirirsa et al., 2022) que además refieren que la identificación de estos obstáculos permite diseñar estrategias para mejorar su aplicación y por ello, como se ha nombrado en las recomendaciones y estrategias, es necesario la implementación de protocolos en cada unidad de maternidad. La promoción del CPCP requiere un enfoque multidisciplinario que garantice su viabilidad y seguridad en distintos escenarios clínicos (Dirirsa et al., 2022).

Entre los resultados obtenidos se destaca que los factores principales que influyen en la decisión de los profesionales sanitarios para no realizar el contacto piel con piel o método madre canguro tras el nacimiento son la falta de conocimientos o conocimientos erróneos y como consecuencia, el miedo a la inestabilidad del bebé y la madre, inseguridad ante la adquisición de infecciones nosocomiales y necesidad de realizar técnicas (que muchas veces pueden esperar) en lugar de dejar al bebé en el pecho de su madre; la falta de personal, sobrecarga de trabajo, déficit de trabajo en equipo y dificultad de realizar la práctica en una cesárea (Tumukunde et al., 2024), (Coutts et al., 2021), (Maniago et al., 2020), (Yue et al., 2020), (Holztrattner et al., 2021) y (Rahmatika et al., 2022).

En el contexto del parto por cesárea, la implementación del contacto piel con piel (CPCP) presenta múltiples dificultades que limitan su aplicación rutinaria. No obstante, Suárez-Cortés et al., (2019) proponen un modelo de actuación orientado a facilitar esta práctica en el entorno quirúrgico. Dicho modelo contempla, en primer lugar, una coordinación previa entre el equipo quirúrgico y neonatal, incluyendo la revisión de protocolos para incorporar el CPCP y la asignación clara de roles entre matrona, pediatra y anestesista. Además, establece una serie de condiciones clínicas mínimas para su aplicación, como que la madre esté consciente y estable, y que el recién nacido presente un Apgar superior a 7 al primer minuto. El modelo también recomienda adecuar el entorno quirúrgico para permitir la colocación segura del bebé sobre el pecho materno mediante el uso de mantas térmicas, gorros y el apoyo del personal asistencial. Asimismo, destaca la importancia de la formación específica del personal sanitario a través de talleres y simulaciones, así como del acompañamiento y apoyo inmediato, ya sea por parte del acompañante y como segunda opción, del personal de enfermería, en caso de que la madre no pueda sostener al bebé inicialmente. Finalmente, se propone la realización de auditorías internas que permitan evaluar los resultados de la práctica e identificar áreas de mejora (Suárez-Cortés et al., 2019).

Asimismo, algunas de las recomendaciones y estrategias para fomentar el método madre canguro y contacto piel con piel son el asesoramiento a familiares y grupos de autoayuda, disponibilidad de un psicólogo en la unidad, potenciar conocimientos de personal sanitario, implementar protocolos específicos y un supervisor de las técnicas y mejora de la infraestructura y diseño (Bilal et al., 2021), (Tumukunde et al., 2024), (Holztrattner et al., 2021), (Kourouma et al., 2021), (Maniago et al., 2020) y (Cai et al., 2022).

Respecto a la infraestructura y diseño, un artículo científico aborda cómo el diseño físico de las unidades de maternidad puede influir directamente en la promoción del contacto piel con piel y el método madre canguro ya que destaca que la infraestructura hospitalaria desempeña un papel fundamental en facilitar la participación activa de los padres durante la hospitalización de sus hijos (EFCNI, 2023). Para ello, se proponen diversas adaptaciones arquitectónicas y organizativas, tales como: la creación de espacios privados que garanticen intimidad y comodidad para el contacto prolongado entre padres e hijos; la incorporación de sillas ergonómicas y confortables, especialmente diseñadas para sostener al recién nacido durante

sesiones prolongadas de método canguro; la implementación de políticas de acceso abierto las 24 horas, apoyadas por un entorno que fomente la permanencia continua de los padres junto a sus bebés; la disponibilidad de zonas de descanso y servicios básicos (como habitaciones individuales, camas cómodas, alimentos, baños, ventanas para que entre luz natural, material necesario para el recién nacido y la madre...), que permitan a las familias permanecer cerca sin comprometer su bienestar y un ambiente cuidadosamente diseñado para ofrecer calidez, silencio y confort, reduciendo el estrés tanto en los recién nacidos como en sus cuidadores. El artículo concluye que un entorno físico adecuado no solo mejora la experiencia de los padres dentro del hospital, sino que también repercute positivamente en la salud del recién nacido (EFCNI, 2023).

Por último, algunas de las barreras clínicas que impiden esta técnica son el estado inestable de salud del neonato y la madre; falta de protocolos estandarizados; déficit de productos médicos e inadecuada infraestructura y diseño; barreras culturales y falta de apoyo y poca ayuda por parte del centro en las formaciones de personal sanitario (Cai et al., 2022), (Liz Luz et al., 2022), (Tumukunde et al., 2024) y (Coutts et al., 2021).

Además, en nuestros resultados se ha encontrado que un nivel educativo y de conocimientos bajo de los padres es uno de los obstáculos para la adecuada realización de PCP y que se hace necesario dedicar más tiempo a explicar detalles, enseñar, corregir errores, etc. (Rahmatika et al., 2022). Esto coincide con los resultados de trabajos como los de Martínez, Martínez y Córdova (2021) que además refieren el uso de la simulación clínica para incrementar la formación y mejora de este tipo de prácticas.

Limitaciones

El presente trabajo no presenta limitaciones significativas que comprometan la validez de sus resultados.

Asimismo, aunque se ha realizado una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas reconocidas, no se puede asegurar la inclusión de la totalidad de la evidencia existente sobre el tema. Aun así, estas limitaciones no afectan de manera relevante a la calidad ni a la fiabilidad del análisis realizado.

6.- CONCLUSIÓN

A pesar de que la sociedad ha avanzado progresivamente en la promoción del contacto piel con piel y el método madre canguro, gracias al respaldo de múltiples investigaciones científicas y artículos especializados que evidencian sus beneficios, aún queda un largo camino por recorrer. Las mejoras en la infraestructura hospitalaria, las políticas institucionales y la formación del personal son pasos importantes, pero insuficientes si no se cuenta con el compromiso conjunto de toda la sociedad. Es fundamental fomentar una colaboración activa entre los ciudadanos, los profesionales sanitarios y las instituciones, con el objetivo común de humanizar los cuidados neonatales y garantizar entornos que favorezcan el vínculo temprano y el bienestar integral del recién nacido y su familia.

Uno de los aspectos más destacable es la variabilidad con la que se aplican ciertas técnicas no urgentes al recién nacido nada más nacer. Acciones como pesar al bebé o administrar vitamina K suelen realizarse de forma inmediata, cuando en realidad podrían esperar. Esas primeras dos horas de vida son fundamentales para permitir el contacto piel con piel continuo entre la madre y su bebé, algo tan sencillo y tan poderoso a la vez.

La evidencia respalda que el contacto piel con piel, por su importancia, debe ser protocolizado para evitar variaciones en su aplicación según la implicación del profesional. Algunos profesionales respetan ese momento sagrado, otros lo interrumpen sin necesidad. Por eso es tan importante que existan protocolos claros que guíen la práctica clínica y garanticen que todos los/as recién nacidos/as, sin importar quién los reciba, puedan disfrutar de ese primer encuentro piel con piel, que es el inicio del vínculo más importante de sus vidas.

Otro de los aspectos importantes a destacar es la dificultad actual de llevar a cabo el contacto piel con piel en los partos por cesárea. Dado que esta práctica es esencial para el bienestar del recién nacido, es fundamental que se realicen más investigaciones científicas en este ámbito. La cesárea, al ser una de las intervenciones más comunes, representa un desafío para la implementación del contacto inmediato. Como profesionales de la enfermería, debemos ser conscientes de la importancia de este aspecto y trabajar para lograr, en un futuro cercano, protocolos y prácticas que permitan su integración de manera más efectiva, mejorando así los resultados de salud para las madres y los bebés.

En conclusión, para que el contacto piel con piel se convierta en una práctica rutinaria y sin barreras, es esencial avanzar en la formación y sensibilización de la profesión sanitaria, optimizar los recursos hospitalarios y, sobre todo, garantizar la implementación de políticas basadas en la evidencia científica. Solo así se conseguirá mejorar la experiencia del nacimiento y los resultados de salud tanto para los recién nacidos como para las madres.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Alenchery, A. J., Thoppil, J., Britto, C. D., De Onis, J. V., Fernandez, L., & Suman Rao, P. N. (2018). Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - A Qualitative Study. *Bmc Pediatrics*, 18(1). <https://Doi.Org/10.1186/S12887-018-1033-Y>
- Al-Noor, A. (2022). Why skin to skin contact is not made a traditional practice right after childbirth? Hindrances behind its non-implementation. *Journal Of Asian Midwives*, 9(2), 20–26.
<https://Openurl.Ebsco.Com/Contentitem/Ccm:171912749?Sid=Ebsco:Plink:Crawler&Id=Ebsco:Ccm:171912749&Crl=C>
- Bilal, S. M., Tadele, H., Abebo, T. A., Tadesse, B. T., Muleta, M., W/Gebriel, F., Alemayehu, A., Haji, Y., Kassa, D. H., Astatkie, A., Asefa, A., Teshome, M., Kawza, A., Wangoro, S., Brune, T., Singhal, N., Worku, B., & Aziz, K. (2021). Barriers for kangaroo mother care (kmc) acceptance, and practices in southern ethiopia: A model for scaling up uptake and adherence using qualitative study. *Bmc Pregnancy & Childbirth*, 21(1), 1–12.
<https://Doi.Org/10.1186/S12884-020-03409-6>
- Cabello López, J. Bautista., & Maciá Soler, Loreto. (2015). *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Elsevier.
- Cai, Q., Chen, D. Q., Wang, H., Zhang, Y., Yang, R., Xu, W. L., & Xu, X. F. (2022). What influences the implementation of kangaroo mother care? An umbrella review. *Bmc pregnancy and childbirth*, 22(1). <https://Doi.Org/10.1186/S12884-022-05163-3>
- Charpak, N., & Montealegre-Pomar, A. (2023). Follow-up of kangaroo mother care programmes in the last 28 years: results from a cohort of 57 154 low-birth-weight infants in colombia. *bmj global health*, 8(5), E011192. <https://Doi.Org/10.1136/Bmjgh-2022-011192>
- Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., Marta Díaz Gómez, N., Segura, A., Espinola Docio, B., Gabarrell Gulu, M., Gimeno Navarro, A., Gómez Fernández-Vegue, M., Martín Morales, J., Peña Caballero, M., & Sanfeliciano Martín, L. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesarea. puesta al día y propuesta de actuación. *In rev esp salud pública* (Vol. 93). Www.Msc.Es/Resp
- Coutts, S., Woldring, A., Pederson, A., De Salaberry, J., Osiovich, H., & Brotto, L. A. (2021). What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in british columbia's neonatal intensive care units. *Bmc pregnancy & childbirth*, 21(1), 1–15.
<https://Doi.Org/10.1186/S12884-020-03488-5>
- Dirirsa, D. E., Salo, M. A., Geleta, T. A., Deriba, B. S., & Melese, G. T. (2022). The practice of early mother-newborn skin-to-skin contact after delivery of healthy term neonate and associated factors among health care professionals at health facilities of southwestern oromia, ethiopia: a cross-sectional study. *Plos one*, 17(12).
<https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pone.0274594>

- García May, P. K., Coronado Zarco, I. A., Valencia Contreras, C., & Nuñez Enríquez, J. C. (2017). Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatología y reproducción humana*, 31(4), 170–173. <https://Doi.Org/10.1016/J.Rprh.2018.03.011>
- Holztrattner, J. S., Gouveia, H. G., Moraes, M. G., Carlotto, F. D., Klein, B. E., & Coelho, D. F. (2021). Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses. *Revista gaucha de enfermagem*, 42, e20190474–e20190474. <https://Doi.Org/10.1590/1983-1447.2021.20190474>
- Kinshella, M. L. W., Hiwa, T., Pickerill, K., Vidler, M., Dube, Q., Goldfarb, D., Nyondo-Mipando, A. L., & Kawaza, K. (2021). Barriers and facilitators of facility-based kangaroo mother care in sub-saharan africa: a systematic review. *bmc pregnancy & childbirth*, 21(1), 1–10. <https://Doi.Org/10.1186/S12884-021-03646-3>
- Kourouma, K. R., Agbré-Yacé, M. L., Doukouré, D., Cissé, L., Some-Méazieu, C., Ouattara, J., Tano-Kamelan, A., & Konan Kouakou, V. (2021). Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in cote d'ivoire: a qualitative study. *Bmc health services research*, 21(1), 1–15. <https://Doi.Org/10.1186/S12913-021-07086-9>
- Liz Luz, S. C., Stein Backes, M. T., Da Rosa, R., Luz Schmit, E., & Atherino Dos Santos, E. K. (2022). Kangaroo method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the neonatal icu. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(2), 1–8. <https://Doi.Org/10.1590/0034-7167-2020-1121>
- Maniago, J. D., Almazan, J. U., & Albougami, A. S. (2020). nurses' kangaroo mother care practice implementation and future challenges: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(2), 293–304. <https://Doi.Org/10.1111/Scs.12755>
- María, R., & Salgado, H. (N.D.). Conocimientos sobre piel con piel versus método madre canguro. implicación para la práctica enfermera autora: María Marcos Coloma.
- Rahmatika, Q. T., Aditya, R. S., Yusuf, Ah., Almutairi, R. L., Al Razeeni, D. M., Kotijah, S., & Sulistyorini, A. (2022). We are facing some barriers: a qualitative study on the implementation of kangaroo mother care from the perspectives of healthcare providers. *Journal of public health in africa*, 13. <https://Doi.Org/10.4081/Jphia.2022.2412>
- Martínez, M. D. M. J., Martínez, S. F., & Córdova, R. K. M. (2021). Efectos de la simulación clínica en la práctica materno infantil. In *revisión e innovación en la actuación de los profesionales de la salud: visiones actuales basadas en la evidencia* (pp. 483-492). Asociación universitaria de educación y psicología (asunivep).
- Sales Da Silva, A. C., Esmeraldo Rodrigues, S., Matos Teixeira, R., & Cartaxo Andrade, K. (2022). Knowledge and adherence of the nursing team to the kangaroo position in a neonatal unit. *Ciencia, cuidado e saude*, 21, 1–8. <https://Doi.Org/10.4025/Ciencuidsaude.V21i0.59001>
- Tumukunde, V. S., Katongole, J., Namukwaya, S., Medvedev, M. M., Nyirenda, M., Tann, C. J., Seeley, J., & Lawn, J. E. (2024). Kangaroo mother care prior to clinical stabilisation: implementation barriers and facilitators reported by caregivers and healthcare providers in uganda. *Plos global public health*, 4(7), e0002856–e0002856. <https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pgph.0002856>

- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *In acta paediatrica, international journal of paediatrics* (vol. 108, issue 7, pp. 1192–1204). blackwell publishing ltd. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Yue, J., Liu, J., Williams, S., Zhang, B., Zhao, Y., Zhang, Q., Zhang, L., Liu, X., Wall, S., Wetzel, G., Zhao, G., & Bouey, J. (2020). Barriers and facilitators of kangaroo mother care adoption in five chinese hospitals: a qualitative study. *Bmc public health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09337-6>
- European Foundation For The Care Of Newborn Infants [EFCNI]. (2023). Infant- and family-centred developmental care – *ESCNH*. <https://Newborn-Health-Standards.Org/About/Lifecycle/Revision-Process-2023/Ifcdc/>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The Prisma 2020 Statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372, N71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n7n1>