

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO Y
ADECUADO EN LA LACTANCIA MATERNA, SEGÚN ESCALA
LATCH, EN NEONATOS POR CESÁREA. HOSPITAL ANTONIO
LORENA, CUSCO-2025**

PRESENTADO POR:

Br. SAUL TOMASINY SACSAHUILLCA
CABRERA

**PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

Dr. ABEL PAUCARMAYTA TACURI

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el asesor Abel Paucarmayta Tacuri quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: Eficacia del contacto piel a piel inmediato y adelantado en la lactancia materna, según escala LATCH, en neonatos por cesárea. Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2025

Presentado por: Saul Tomasiny Sacahuilla Cabrera DNI N° 47500640
presentado por: DNI N°:
Para optar el título profesional/grado académico de Médico cirujano

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 9 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 19 de diciembre de 20..... 25

.....
Firma

Post firma..... Abel Paucarmayta Tacuri

Nro. de DNI..... 25002666

ORCID del Asesor..... 0009-0000-9260-7394

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259: 542169398

SAUL TOMASINY SACSABUILLCA CABRERA

EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO Y ADECUADO EN LA LACTANCIA MATERNA, SEGÚN ESCALA LA...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:542169398

103 páginas

Fecha de entrega

19 dic 2025, 7:57 a.m. GMT-5

29.648 palabras

166.430 caracteres

Fecha de descarga

22 dic 2025, 11:33 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO Y ADECUADO EN LA LACTANCIA MATERNA, SEG....pdf

Tamaño del archivo

2.5 MB

9% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

DEDICATORIA

A mi madre, Martina Cabrera Huanaco, quien me ayudó de manera incondicional para llegar hasta donde estoy, brindándome su apoyo con lo poco y mucho que tenía, creyendo siempre en mí y en que algún día lo lograría, incluso cuando yo pensaba rendirme. Gracias por estar a mi lado en cada momento en que la necesitaba y por ser el pilar más fuerte de nuestra familia, manteniéndonos siempre unidos. Gracias por enseñarme a ser humilde, perseverante en la vida, así como el valor del sacrificio y la paciencia.

A mi padre, Ruso Sacsahuillca Valdez, por su esfuerzo constante y su sacrificio diario para brindarnos una mejor calidad de vida. Gracias por darme todo lo necesario para poder seguir adelante, por enseñarme a no rendirme ante las adversidades, a enfrentar los obstáculos con valentía, a seguir luchando aun en las derrotas y por ser un ejemplo de trabajo, sacrificio y paciencia.

A mis hermanos, Lisset Sacsahuillca Cabrera y Nolberto Sacsahuillca Cabrera, quienes fueron también el motor para seguir adelante, apoyándome cuando los necesitaba, llenando mi vida de risas, alegrías, travesuras, cariño y confianza, convirtiéndose en una fuente constante de motivación para no rendirme.

A mi abuela materna, Plácida Huanaco, quien siempre confió en mí, fue tierna conmigo, se sentía orgullosa de mis logros y siempre preguntaba cómo me iba, soñando con que algún día pudiera curarla.

Finalmente, dedico este logro a mi familia, por su amor incondicional, su paciencia y por estar conmigo en cada etapa de este largo y difícil camino hacia la realización de mis metas profesionales.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme la vida, la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para seguir adelante en cada etapa de mi formación profesional, incluso en los momentos más difíciles.

A mi familia, por su amor incondicional, su sacrificio constante y por ser el principal pilar de mi formación personal y académica, brindándome siempre su apoyo para alcanzar mis metas.

A mi asesor de tesis, Dr. Abel Paucarmayta Tacuri, por su guía, paciencia, orientación académica y valiosos aportes científicos durante el desarrollo del presente trabajo de investigación. Asimismo, expreso mi sincero agradecimiento a todos los miembros del jurado A y B, por la revisión de mi tesis y por sus aportes que contribuyeron a mejorar la calidad del presente trabajo.

A la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, a través de la Facultad de Medicina Humana y a todos sus docentes, por haberme brindado una formación integral basada en valores, virtudes y sólidos conocimientos científicos para mi desempeño profesional.

A mis padrinos de bautizo, quienes estuvieron presentes desde mi niñez, guiándome incondicionalmente durante muchos años de mi juventud y brindando un gran apoyo hacia mi familia.

A mis amigos, por su apoyo sincero cuando los necesité; por sus consejos y palabras de aliento; y por recordarme siempre que no debía rendirme a pesar de las dificultades. Gracias por acompañarme en este camino desde la academia hasta la culminación de esta etapa.

A Saralia Alessandra Escobar Serna, por su apoyo desinteresado, por estar presente en los momentos que lo necesité, por su motivación constante y ser un ejemplo de perseverancia.

Finalmente, a mis mascotas Luna, Oso y Capitán, por acompañarme en los momentos de alegría y tristeza, en mis noches de desvelo y cansancio.

CONTENIDO

CONTENIDO	3
INTRODUCCIÓN	4
RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Fundamentación del problema	8
1.2. Antecedentes teóricos	12
1.3. Formulación del problema	17
1.3.1. Problema general	17
1.3.2. Problemas específicos.....	17
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación de la investigación.....	18
1.6. Limitaciones de la investigación	21
1.7. Aspectos éticos	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
2.1. Marco teórico.....	22
2.1.1. Lactancia materna	23
2.1.2. Contacto directo de piel a piel.....	29
2.1.3. Periodo transicional de la adaptación del recién nacido.....	33
2.1.4. Escala LATCH.....	35
2.1.5. Estado del arte	38
2.2. Definición de términos básicos	39
2.3. Hipótesis	40
2.3.1. Hipótesis general.....	40
2.3.2. Hipótesis específica.....	40
2.4. Variables	41
2.4.1. Variables implicadas.....	41
2.4.1.1. Variable independiente	41
2.4.1.1.1. Contacto piel a piel (CPP) inmediato y adecuado	41
2.4.1.2. Variable dependiente.....	41
2.4.1.2.1. Lactancia materna según escala LATCH.....	41
2.4.2. Variables no implicadas.....	41
2.4.2.1. Variables maternas.....	41
2.4.2.1.1. Edad materna	41
2.4.2.1.2. Estado civil	41
2.4.2.1.3. Grado de instrucción	41
2.4.2.1.4. Paridad	41
2.4.2.1.5. Número de controles prenatales	41
2.4.2.2. Variables neonatales	41

2.4.2.2.1. Sexo del neonato.....	41
2.4.2.2.2. Peso al nacer (g)	41
2.4.2.2.3. Talla (cm)	41
2.4.2.2.4. perímetro cefálico (cm).....	41
2.4.2.2.5. Edad gestacional.....	41
2.5. Definiciones operacionales.....	42
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION	46
3.1. Tipo de investigación.....	46
3.2. Diseño de la investigación	46
3.3. Población y muestra	47
3.3.1. Descripción de la población	47
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	48
3.3.3. Unidad de análisis	49
3.3.4. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	49
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	51
3.4.1. Técnicas.....	51
3.4.3. Procedimiento de recolección de datos	52
3.5. Plan de análisis de datos.....	53
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discusión.....	67
4.3 Conclusiones.....	71
4.4 Sugerencias	72
CRONOGRAMA	73
PRESUPUESTO.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	83
ANEXO 1: Matriz de consistencia	83
ANEXO 2: Instrumento de investigación	85
ANEXO 3: Documento de validación del instrumento	89
ANEXO 4: Validación del instrumento de Investigación	103
ANEXO 5: Permiso proyecto de investigación	105

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna constituye una práctica esencial para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo integral del recién nacido. Es considerada una de las intervenciones más costo-efectiva para la salud pública, al proporcionar una nutrición óptima, fortalecer el sistema inmunológico y favorecer el vínculo afectivo madre-hijo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida y mantenerla de forma exclusiva durante los seis primeros meses, debido a los múltiples beneficios biológicos y emocionales que aporta tanto a la madre como al lactante. Estas instituciones destacan que el contacto temprano entre ambos promueve la liberación de oxitocina, la eyección láctea y la estabilidad fisiológica del neonato.

El contacto piel a piel (CPP) inmediato, definido como la colocación del recién nacido desnudo sobre el tórax o abdomen materno inmediatamente después del parto, es una estrategia fundamental para favorecer el inicio oportuno de la lactancia. La evidencia científica demuestra que esta práctica mejora la estabilidad cardiorrespiratoria, la termorregulación del neonato, reduce la hipoglicemia, estimula la liberación de oxitocina, facilita la succión espontánea y contribuye al bienestar psicológico de la madre y el hijo al fortalecer el vínculo afectivo. En consonancia con ello, la Norma Técnica de Salud N.º 214-2024-MINSA establece la implementación del CPP inmediato como parte del cuidado esencial del recién nacido en el Perú.

Sin embargo, en los partos por cesárea, la aplicación del contacto piel a piel presenta diversas limitaciones. Las rutinas quirúrgicas, la recuperación anestésica y los protocolos postoperatorios suelen generar una separación temporal entre la madre y el neonato, retrasando el inicio del contacto temprano y la primera toma de lactancia. A ello se suman factores institucionales y humanos, como la disponibilidad limitada de personal asistencial, la falta de coordinación entre los equipos quirúrgicos y de neonatología, y la ejecución no constante de los protocolos establecidos, lo que explica que el CPP no se implemente en todos los casos. Estudios internacionales y latinoamericanos evidencian que los neonatos nacidos por cesárea tienden a presentar menor frecuencia y duración del amamantamiento temprano, así como mayores dificultades en el agarre y la succión efectiva, en comparación con los nacidos por parto vaginal. Dichas diferencias pueden comprometer la calidad y la eficacia del inicio de la lactancia materna durante las primeras horas de vida.

En el contexto peruano, a pesar de los avances en la promoción de la lactancia materna, aún persisten brechas en la aplicación sistemática del CPP, sobre todo en procedimientos quirúrgicos. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2023), el 37,8 % de los nacimientos registrados en el país se produjeron por cesárea, cifra que supera ampliamente el límite máximo del 15 % recomendado por la OMS. Este incremento refleja la necesidad de optimizar los cuidados neonatales inmediatos en contextos quirúrgicos, para garantizar oportunidades equitativas de contacto temprano y amamantamiento efectivo. En hospitales de la sierra sur, como el Hospital Antonio Lorena del Cusco, la elevada tasa de cesáreas y las limitaciones operativas en la aplicación de los protocolos existentes, vinculadas principalmente a la disponibilidad de personal asistencial y a la dinámica quirúrgica, dificultan la implementación uniforme del CPP inmediato durante el postoperatorio.

Evaluar el impacto del contacto piel a piel inmediato en el establecimiento de la lactancia materna, especialmente en neonatos nacidos por cesárea, reviste gran relevancia clínica, social y científica. La aplicación de herramientas estandarizadas, como la escala LATCH, permite valorar objetivamente la calidad de la técnica de amamantamiento mediante la observación de sus cinco componentes. Este instrumento ofrece un método confiable para medir la eficacia del CPP en el inicio y la técnica de la lactancia materna. En series hospitalarias, LATCH ha demostrado utilidad operativa para detectar tempranamente dificultades técnicas y dirigir intervenciones durante la hospitalización, con puntajes más bajos en las primeras 24 h y mejora progresiva hacia 24–48 h y >48 h, especialmente en agarre y deglución audible.

El presente estudio busca generar evidencia científica local que sustente la incorporación sistemática del CPP inmediato en cesáreas como práctica rutinaria. Su relevancia radica en su potencial para fortalecer la humanización del parto quirúrgico, reducir complicaciones neonatales tempranas y mejorar la satisfacción materna, contribuyendo así a la calidad de la atención perinatal en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

En este contexto, se plantea la necesidad de determinar la eficacia del contacto piel a piel inmediato en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2025, aportando evidencia científica que respalde la promoción y la aplicación efectiva del contacto piel a piel en el contexto postcesárea.

RESUMEN

“EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO Y ADECUADO EN LA LACTANCIA MATERNA, SEGÚN ESCALA LATCH, EN NEONATOS POR CESÁREA. HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025”

Introducción: El contacto piel a piel (CPP) inmediato favorece el inicio oportuno de la lactancia materna; sin embargo, su implementación tras cesárea continúa siendo irregular.

Objetivo: Evaluar la eficacia del CPP inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea del Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

Métodos: Estudio cuasiexperimental con posprueba y grupos no equivalentes (CPP vs. sin CPP). Se incluyeron 66 binomios madre–recién nacido a término (CPP: $n=32$; sin CPP: $n=34$), seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron cesáreas electivas y de urgencia, excluyéndose las de emergencia. La escala LATCH se aplicó a las 6 horas postparto por un único evaluador no cegado. Se realizó análisis descriptivo, prueba t de Student para muestras independientes y regresión lineal múltiple ajustada por edad materna, edad gestacional, sexo, peso al nacer, paridad y número de controles prenatales.

Resultados: El puntaje total LATCH fue significativamente mayor en el grupo con CPP ($8,41 \pm 0,95$) frente al grupo sin CPP ($6,71 \pm 0,97$), con una diferencia de medias de 1,70 puntos ($p < 0,001$; $d = 1,80$). Se observaron diferencias significativas en agarre y deglución audible ($p < 0,001$), sin diferencias en los componentes restantes. En el modelo multivariado, el CPP fue el único predictor independiente del puntaje LATCH total ($B = 1,756$; $p < 0,001$), explicando el 51,6 % de su variabilidad.

Conclusión: El CPP inmediato mejora significativamente el desempeño temprano de la lactancia materna tras cesárea, especialmente en los componentes funcionales del amamantamiento, respaldando su fortalecimiento como estrategia efectiva y segura en el postoperatorio.

Palabras clave: Lactancia materna, Contacto piel a piel, Cesárea, Escala LATCH.

ABSTRACT

“EFFECTIVENESS OF IMMEDIATE AND ADEQUATE SKIN-TO-SKIN CONTACT ON BREASTFEEDING, ACCORDING TO THE LATCH SCALE, IN NEONATES BORN BY CESAREAN SECTION. ANTONIO LORENA HOSPITAL, CUSCO–2025.”

Introduction: Immediate skin-to-skin contact (SSC) promotes the timely initiation of breastfeeding; however, its implementation after cesarean section remains inconsistent.

Objective: To evaluate the efficacy of immediate and adequate skin-to-skin contact on breastfeeding, measured by the LATCH scale, in neonates born by cesarean section at Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

Methods: A quasi-experimental study with post-test and non-equivalent groups (SSC vs. no SSC) was conducted. A total of 66 full-term mother–infant dyads were included (SSC: n=32; no SSC: n=34), selected through non-probability convenience sampling. Elective and urgent cesarean sections were included, while emergency cesareans were excluded. The LATCH scale was applied at 6 hours postpartum by a single non-blinded evaluator. Descriptive analysis, independent samples t-test, and multiple linear regression adjusted for maternal age, gestational age, neonatal sex, birth weight, parity, and number of prenatal visits were performed.

Results: The total LATCH score was significantly higher in the SSC group (8.41 ± 0.95) compared to the no SSC group (6.71 ± 0.97), with a mean difference of 1.70 points ($p < 0.001$; $d = 1.80$). Significant differences were observed in latch and audible swallowing components ($p < 0.001$), while no differences were found in the remaining components. In the multivariate model, SSC was the only independent predictor of the total LATCH score ($B = 1.756$; $p < 0.001$), explaining 51.6% of the variance.

Conclusion: Immediate skin-to-skin contact significantly improves early breastfeeding performance after cesarean section, particularly in key functional components of breastfeeding, supporting its strengthening as an effective and safe strategy in the postoperative period.

Keywords: Breastfeeding, Skin-to-skin contact, Cesarean section, LATCH scale.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el contacto piel a piel (CPP) inmediato y prolongado, de al menos 90 minutos, entre la madre y el recién nacido para favorecer el éxito de la lactancia materna ⁽¹⁾. La evidencia científica indica que el recién nacido presenta una mayor disposición fisiológica para iniciar la succión cuando es colocado sobre el pecho desnudo de su madre inmediatamente después del secado ⁽¹⁾. Exceptuando casos con contraindicaciones médicas específicas: como la necesidad de soporte ventilatorio o inestabilidad hemodinámica o térmica en el recién nacido, así como infecciones maternas activas (herpes mamario, tuberculosis) o inestabilidad hemodinámica en la madre, el CPP debe ser integrado como parte fundamental de los cuidados neonatales ^(2,3).

Durante la pandemia de COVID-19, la separación sistemática de los recién nacidos de sus madres en países con recursos limitados se asoció con un incremento de las complicaciones y de la mortalidad neonatal ⁽⁴⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó mantener el CPP inmediato y continuo, incluso en casos de sospecha o confirmación de infección por COVID-19, enfatizando que los beneficios del contacto cercano superan ampliamente los riesgos de transmisión, y subrayando su papel esencial en la promoción de la lactancia materna y en la estabilidad fisiológica del recién nacido ⁽⁵⁾.

El contacto piel a piel inmediato tras el nacimiento favorece el inicio precoz de la lactancia materna y se asocia con mayores tasas de amamantamiento exclusivo. Comparado con los recién nacidos que no reciben CPP, aquellos que sí lo experimentan presentan una mejor regulación térmica, menor pérdida de peso en los primeros días de vida, mayor estabilidad glucémica y menores tasas de hospitalización. Además, el CPP fortalece el vínculo afectivo madre-hijo y reduce el riesgo de complicaciones neonatales, especialmente en poblaciones vulnerables ⁽⁶⁾.

El contacto piel a piel (CPP) inmediato tras una cesárea, cuando las condiciones clínicas lo permiten, es una práctica respaldada por organismos internacionales como la OMS, UNICEF y NICE ⁽⁷⁾. Estudios han demostrado que el CPP en cesáreas se asocia con mayores tasas de lactancia exclusiva al alta hospitalaria y a los 3-6 meses posteriores ⁽⁸⁾. La evidencia de síntesis más reciente confirma estos hallazgos: un meta-análisis (2025) mostró que el CPP tras cesárea reduce el tiempo hasta la primera toma y

aumenta la probabilidad de lactancia (incluida la exclusiva) en comparación con la atención habitual ⁽⁶⁸⁾. Además, el CPP contribuye a reducir el estrés materno y neonatal, promoviendo una experiencia de parto más positiva y satisfactoria ⁽¹⁰⁾.

Un meta-análisis publicado en 2017, que combinó cinco estudios e incluyó a 136 047 lactantes encontró que aquellos que iniciaron la lactancia entre 2 y 23 horas después del parto tenían un 33 % mayor riesgo de mortalidad neonatal en comparación con los que amamantaron dentro de la primera hora. En este contexto, las cesáreas se han identificado como un factor de riesgo asociado a retrasos en el inicio, lo que sugiere la necesidad de garantizar la implementación del contacto piel a piel inmediato para facilitar un comienzo oportuno de la lactancia. ⁽¹¹⁾.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina y el Caribe solo el 52 % de los recién nacidos son amamantados dentro de la primera hora de vida, a pesar de que el inicio temprano de la lactancia materna constituye una práctica esencial para reducir la mortalidad neonatal y fortalecer el vínculo entre madre e hijo. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción del contacto piel a piel y del amamantamiento oportuno en la región ⁽¹²⁾.

Tanto los partos vaginales como las cesáreas deben incluir el proceso de CPP. En todo el mundo, el número de cesáreas ha aumentado hasta el 21% de los nacimientos, es decir, más de uno de cada cinco partos ⁽¹³⁾. Dado que los profesionales médicos consideran las cesáreas como casos quirúrgicos y no maternos, el CPP suele aplicarse incorrectamente en estas situaciones. Los efectos de la anestesia y las limitaciones de movilidad posoperatorias dificultan la aplicación inmediata del CPP, lo que repercute negativamente en el inicio de la lactancia ^(13,14). La menor atención y sensibilidad de los recién nacidos por cesárea puede dificultar la lactancia. Se ha observado que aquellos nacidos por cesárea con CPP demoran al menos una hora adicional en comenzar la lactancia respecto a los neonatos nacidos por vía vaginal con CPP ⁽⁷⁾. Además, estudios cualitativos en entornos hospitalarios describen como barreras recurrentes la ausencia de políticas formales para el CPP en quirófano, la dotación insuficiente de personal (una enfermera para la madre y otra para el recién nacido), retos logísticos del entorno quirúrgico y la adhesión variable del equipo multidisciplinario, en especial del servicio de anestesia, lo que limita la aplicación uniforme del CPP tras cesárea ⁽¹⁵⁾.

Diversos estudios internacionales evidencian diferencias significativas en la implementación del contacto piel a piel (CPP) tras cesárea y sus beneficios sobre la lactancia materna. En Etiopía, una revisión sistemática basada en 17 estudios reveló

que solo el 40,1% de las madres sometidas a cesárea iniciaron la lactancia durante la primera hora postparto, reflejando que el 59,9% de los neonatos no accedieron tempranamente al pecho materno ⁽¹⁶⁾. En contraste, en Malasia, un estudio centrado en la experiencia materna mostró que el 49,7% de las mujeres sometidas a cesárea encontró más fácil iniciar la lactancia tras realizar CPP, con una asociación estadísticamente significativa entre el contacto inmediato y un amamantamiento exitoso ⁽¹⁷⁾. De manera similar, en México, una investigación publicada en 2022 reportó que la lactancia materna fue más frecuente entre las madres que realizaron CPP con sus recién nacidos, tanto en partos vaginales como por cesárea, en comparación con aquellas que no lo hicieron ⁽¹⁸⁾.

En el contexto latinoamericano, un estudio nacional con una muestra de 8088 realizado en Perú evidenció que menos de la mitad de las madres iniciaron la lactancia materna en la primera hora postparto, y que el contacto piel a piel inmediato se asoció de manera significativa con el inicio temprano de la lactancia, constituyéndose en uno de los factores más determinantes para lograr una adecuada práctica de amamantamiento, así como no tener un parto por cesárea ⁽¹⁹⁾. Estas diferencias entre países reflejan la necesidad de estandarizar el CPP tras cesárea como una práctica esencial para favorecer el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

El CPP es reconocido por el Ministerio de Salud de Perú como una práctica crucial para la salud del bebé y la efectividad de la lactancia materna. El personal de salud debe promover la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de nacido y asegurar el CPP durante al menos 60 minutos tanto en partos vaginales como por cesárea, según la Norma Técnica NTS N°214-MINSA/DGIESP-2024 ⁽²⁰⁾. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF reportan que, a nivel global, solo el 42% de los recién nacidos son amamantados durante la primera hora de vida ⁽¹⁴⁾. En el caso del Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2023), esta cifra apenas alcanza el 37.8% ⁽²¹⁾.

La sanidad neonatal ha sido priorizada en la temática de la Agenda de Investigación Nacional entre el 2019 y el 2023, considerando que la falta de CPP inmediato en los procedimientos de cesárea podría estar vinculada a un inicio inadecuado de la lactancia materna, lo cual repercutiría negativamente en la salud neonatal ⁽²²⁾. Si bien diversos estudios reconocen una relación entre el CPP y la lactancia materna, aún existen limitaciones en la evidencia disponible, especialmente en cuanto a la duración óptima del CPP para lograr efectos positivos sostenibles ⁽²³⁾.

Este estudio propone evaluar la eficacia del CPP inmediato y adecuado, mantenido durante 60 minutos, en neonatos nacidos por cesárea, analizando su impacto en la técnica y desempeño de la lactancia materna tras el período adaptativo, evaluado objetivamente mediante la escala LATCH.

En el Hospital Antonio Lorena del Cusco donde se atiende un número considerable de partos quirúrgicos, la práctica del CPP no se realiza de manera sistemática en los nacimientos por cesárea. Según el registro estadístico institucional del año 2023, de un total de 2088 nacimientos, 914 (43,8 %) correspondieron a cesáreas y 1174 (56,2 %) a partos vaginales, reflejando una alta tasa de cesáreas en comparación con el promedio nacional ⁽²⁴⁾.

De acuerdo con los datos más recientes (enero–agosto de 2025), se registraron 1482 nacimientos en la institución, de los cuales 789 (53,2 %) fueron vaginales y 693 (46,8 %) cesáreas. En el mismo periodo, se documentaron 842 casos de contacto piel a piel (CPP) precoz, lo que equivale a una cobertura global del 56,8 % de los nacimientos. Sin embargo, al considerar únicamente los partos por cesárea, se estima que menos del 10 % de los recién nacidos recibieron CPP inmediato o precoz ⁽²⁴⁾.

Esta brecha contrasta con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), que reconocen al CPP como una intervención esencial para optimizar el inicio, la técnica y el desempeño efectivo de la lactancia materna, favoreciendo además la estabilidad térmica y emocional del recién nacido.

Por tanto, resulta prioritario evaluar de manera objetiva la eficacia del CPP inmediato y adecuado en neonatos nacidos por cesárea, a fin de generar evidencia local que sustente su implementación rutinaria, estandarizada y segura dentro de los protocolos del área quirúrgica institucional, contribuyendo así a mejorar los resultados de la lactancia materna en este grupo poblacional.

1.2. Antecedentes teóricos

Antecedentes internacionales

Armdie Addisalem et al. (Etiopía, 2024), titulado “Magnitud y determinantes del inicio temprano y la lactancia materna exclusiva a las seis semanas postparto”, Se planteó como objetivo determinar la prevalencia y los parámetros que influyen a la lactancia materna exclusiva y al comienzo de la lactancia materna durante la primera hora de vida. A partir de una muestra de 2.564 madres púerperas, se llevó a cabo una investigación longitudinal de cohortes basada en la encuesta PMA Etiopía, recopilando datos en tiempo real en seis localidades entre octubre de 2019 y agosto de 2021. Se encontró que menos de la mitad de los neonatos (44.9%) fueron colocados sobre el pecho materno inmediatamente después del parto. Se observó que las cesáreas impactan negativamente en la probabilidad de amamantar durante la primera hora tras el nacimiento (**ORa=0.27; IC95% [0.17-0.41], p<0.001**), lo que indica que los recién nacidos por cesárea tuvieron aproximadamente 73 % menos probabilidad de amamantar precozmente en comparación con los nacidos por vía vaginal. En cambio, el CPP inmediato la aumentó (**ORa=1.58; IC95% [1.14-2.20], p<0.01**), representando un 58 % más de probabilidad de iniciar lactancia temprana. No se halló diferencia significativa entre el CPP y LME a las seis semanas postparto (**ORa=1.21; IC 95% [0.92-1.60], p=0.17**). Llega a la conclusión de que el CPP postparto es crucial para el inicio precoz de la lactancia materna y que debe reforzarse su uso, sobre todo en los casos de cesárea ⁽²⁵⁾.

Stephan Yvonne et al. (Marburgo-Alemania, 2024) en su artículo titulado “Efecto del contacto piel con piel precoz tras una cesárea sobre la duración de la lactancia materna y el desarrollo de enfermedades atópicas y alérgicas”, cuyo objetivo fue determinar si el tiempo de inicio y la duración del contacto piel a piel (CPP) tras una cesárea se relacionan con la duración de la lactancia materna. Estudio longitudinal, observacional y prospectiva en 198 pacientes con cesárea electiva durante 15 meses en dos hospitales universitarios con recolección de datos mediante cuestionarios y entrevistas telefónicas estandarizadas. Las madres fueron clasificadas según el **momento de inicio del CPP** (≤ 10 min, 10–30 min, 30–60 min, >60 min y sin CPP) y la **duración del CPP** (<15 min, 15–30 min, 30–60 min, >60 min y sin CPP). Los resultados mostraron que aquellas que realizaron CPP dentro de los primeros 30 minutos postparto amamantaron por más tiempo que las que no tuvieron CPP temprano $\chi^2(df=5) = 19.020$; **p=0.002**. De igual modo, las que mantuvieron CPP prolongado (>1 hora) tuvieron una duración de lactancia significativamente mayor $\chi^2(df=4) = 19.617$; **p<0.001**. En contraste, las mujeres

sin CPP temprano solo alcanzaron un **18.2 %** de lactancia a los seis meses y las sin CPP prolongado, un **11.1 %**, frente a más del **50–60 %** en quienes iniciaron el CPP antes de los 30 min y lo mantuvieron más de una hora. Llegaron a la conclusión que existe un efecto “dosis–respuesta”, donde un CPP más precoz y prolongado se asocia con mayor duración de la lactancia, reforzando su importancia incluso en el contexto de la cesárea⁽²⁶⁾.

Sandhya L, Nerella V, Amara A, Lakshmi C y Nagireddy R. (Andhra Pradesh, India –2025), en su artículo titulado “Identificación de los problemas de lactancia materna mediante la escala LATCH y el impacto de la consejería en lactancia”, tuvo como objetivo identificar las dificultades iniciales en la lactancia materna utilizando la escala LATCH y evaluar el efecto de la consejería en lactancia entre madres postparto. Se realizó un estudio cuasiexperimental en el Hospital General de Nellore (junio a diciembre de 2023), con una muestra de 400 binomios madre-hijo sanos nacidos a término por parto vaginal o cesárea. La puntuación LATCH se evaluó entre las 6 y 12 horas postparto, y nuevamente entre las 24 y 48 horas tras la intervención educativa. En la primera medición, 344 (86 %) presentaron **LATCH <8**, lo que indica dificultades de amamantamiento en la mayoría de los casos. Entre las madres con cesárea (n=180), el **91,1 % (164)** obtuvo valores bajos, evidenciando un impacto importante de la vida de parto. En el total de la muestra, los componentes más comprometidos fueron **agarre (73,2 %)**, **deglución audible (86,5 %)** y **posición/sujeción (60,5 %)**. Además, se identificó que las madres primíparas, jóvenes, con bajo nivel educativo y parto por cesárea tendieron a obtener puntuaciones más bajas. Se concluyó que los problemas de lactancia son frecuentes en las primeras horas tras el parto, particularmente en madres por cesárea, y que la consejería temprana en lactancia puede mejorar significativamente los puntajes LATCH⁽²⁷⁾.

Juan J. et al. (Pekín-China, 2022) en su artículo titulado “Asociación entre la duración del contacto piel con piel (CPP) después de una cesárea y los resultados de la lactancia materna”, como objetivo fue determinar cómo la duración del CCP tras una cesárea afecta los resultados relacionados con la lactancia materna. Se trató de una investigación prospectiva multicéntrica, realizada en cuatro hospitales de China, con 679 mujeres embarazadas con feto único, programadas para cesárea electiva a las 37 semanas de gestación, entre enero y agosto de 2021. En este estudio, el CPP se inició de manera inmediata tras la cesárea, y se analizó su efecto según la duración del contacto. Los datos se obtuvieron a partir de registros médicos estandarizados de cesáreas realizadas por personal calificado, clasificando a las madres según la duración

del CPP siendo ≥ 90 minutos: **OR = 8.53 (IC 95 %: 4.94–14.72; $p < 0.001$)**; 60–89 minutos: **OR = 8.04 (IC 95 %: 4.68–13.80; $p < 0.001$)**; 30–59 minutos: **OR = 6.28 (IC 95 %: 3.75–10.51; $p < 0.001$)**, en comparación con los que no realizaron CPP. Estos resultados indican que, a mayor duración del CPP, mayor es la probabilidad de lactancia materna exitosa, mostrando un claro efecto dosis–respuesta. Asimismo, las madres que mantuvieron CPP durante al menos 90 minutos presentaron mayores tasas de lactancia materna exclusiva e intensa. En conclusión, el CPP prolongado posterior a la cesárea se asoció significativamente con tasas más elevadas de lactancia materna exclusiva e intensa, reforzando la importancia clínica como una intervención eficaz y segura incluso en contexto quirúrgico ⁽²⁸⁾.

Sheedy G, Stulz V. y Stevens J. (Nueva Gales del Sur-Australia, 2022) en su artículo titulado “Exploración de los resultados para mujeres y neonatos que tienen contacto piel con piel durante el parto por cesárea”, cuyo objetivo fue comparar los efectos del contacto piel a piel (CPP) iniciado dentro de los primeros cinco minutos después del nacimiento con aquellos casos en los que no se realizó CPP. Se realizó un estudio cuasiexperimental retrospectivo, con un componente cuantitativo que incluyó pruebas t de Student independientes, chi cuadrado y regresión logística. Se incluyeron 102 mujeres con embarazo único a término en un hospital público en el área metropolitana de Nueva Gales del Sur entre el 1 de agosto de 2019 y el 31 de diciembre de 2020, utilizando registros médicos previos. Los hallazgos revelaron una asociación significativa entre tener CPP y lactancia materna exclusiva (**OR=2.24; IC95% [1.79-2.82], $p<0.005$**). Además, el tiempo transcurrido hasta la primera toma de alimento fue significativamente menor en el grupo con CPP (**M=38.9 min; SE=20.7**) en comparación con el grupo sin CPP (**M=124.9 min; SE=50.1**), diferencia estadísticamente significativa (**t(100)=-11.32; $p<0.001$**). En conclusión, el CPP iniciado inmediatamente tras la cesárea se asoció con un inicio más temprano de la lactancia y un mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva a la alta médica, reforzando la evidencia sobre los beneficios del contacto inmediato madre–recién nacido en el contexto quirúrgico ⁽²⁹⁾.

Fadiloglu E. et al. (Ankara-Turquía, 2020), en su estudio titulado “Evaluación de los factores que afectan el rendimiento de la lactancia materna y la puntuación del agarre”, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que influyen en los puntajes de la escala LATCH. Fue un estudio de cohorte prospectivo realizado en 338 púrpas atendidas en un hospital universitario, entre abril y mayo de 2020. La evaluación se realizó en tres momentos: primera lactancia, días postnatal 1 y 2. Con resultados donde el CPP inmediato se logró en el 91.7% de las madres, sin diferencias significativas en

los puntajes LATCH entre quienes lo realizaron o no (≈ 8 puntos en la primera lactancia y ≈ 9 en los días siguientes; $p > 0.05$). En cambio, iniciar la lactancia en los primeros 30 minutos postparto sí se asoció con un aumento significativo en los puntajes LATCH en todos los momentos ($p < 0.001$), con una media general de 9 puntos en las tres evaluaciones. El análisis de odds ratio reveló un mayor riesgo de obtener un puntaje LATCH < 8 en madres que iniciaron la lactancia después de 30 minutos (**OR = 10.9; IC 95 %: 4.22–28.37**), en partos por cesárea (76.9%) (**OR = 6.6; IC 95 %: 3.46–12.58**) y en quienes no realizaron CPP inmediato (**OR = 3.64; IC 95 %: 1.50–8.81**). Con la conclusión las cesáreas y la demora en iniciar la lactancia se relaciona con puntajes LATCH más bajos, por lo que recomiendan reforzar el apoyo y la consejería temprana en estas madres para prevenir dificultades en el amamantamiento ⁽³⁰⁾.

Nazirah J, Noraini M, Norkhafizah S, Tengku A y Zaharah S. (Kelantan-Malasia, 2021) en su artículo denominado “Factores asociados con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres que se sometieron a cesárea en hospitales terciarios de Kelantan, Malasia”, con el objetivo de determinar la frecuencia y los determinantes asociados al inicio temprano de la lactancia materna tras una cesárea. Estudio prospectivo de cohorte donde participaron 171 mujeres sometidas a cesárea electiva en dos hospitales terciarios de Kelantan, entre enero de 2017 y enero de 2018. A las mamás se les hizo una serie de preguntas estructuradas al segundo día postparto. Los hallazgos mostraron que el **73.7%** iniciaron la lactancia dentro de la primera hora y que el contacto piel a piel (CPP) se realizó en el **77.8 %** de los casos. Asimismo, se evidenció una asociación significativa entre el CPP y el inicio temprano de la lactancia, tanto en el análisis bivariado (**OR=5.13; IC95%: 2.35–11.18; $p<0.001$**) como en el análisis multivariado ajustado (**ORa=14.42; IC95%: 3.58–58.06; $p<0.001$**). En conclusión, el estudio demostró que el CPP inmediato tras la cesárea cumple un papel determinante en el inicio precoz de la lactancia materna, actuando como un factor independiente y significativo que favorece su instauración temprana ⁽¹⁷⁾.

Lamba I, Kumar M, Verma A, y Meena E. (Rajasthan-India, 2022), en su estudio titulado “Estudio comparativo de la lactancia materna en partos por cesárea y partos vaginales mediante la puntuación LATHC y el nivel de prolactina sérica materna en el postparto temprano”, como objetivo fue determinar si el tipo de parto influye en la lactancia durante en el puerperio temprano. Estudio prospectivo, comparativo y observacional realizado en el hospital de Jaipur, entre mayo de 2020 y abril de 2021, con 120 cesáreas y 120 partos vaginales. Se utilizó una ficha de datos y la aplicación directa de la escala LATCH a la primera hora y a las 24 horas postparto. Los resultados

mostraron que las cesáreas obtuvieron puntuaciones LATCH significativamente menores (**1.^a hora: 5,44 ± 0,68; 24 h: 7,12 ± 0,95**) en comparación con las de parto vaginales (**1.^a hora: 7,12 ± 0,94; 24 h: 8,10 ± 1,00**). Asimismo, las concentraciones de prolactina fueron más elevadas en las madres con parto vaginal (72.3 ± 6.9 ng/mL) que en las de cesárea (60.1 ± 7.8 ng/mL). Al desagregar por componentes, las mayores diferencias se observaron en **agarre (L) y posición/sujeción (H)**. Llegando a la conclusión que el tipo de parto influye directamente en el inicio temprano de la lactancia materna, siendo la cesárea un factor que retrasa y dificulta la instauración del amamantamiento en el periodo postparto temprano ⁽³¹⁾.

Sorkhani T, Namazian E, Komsari S y Arab S. (Kerman-Irán, 2021), en su estudio titulado “Investigación de la relación entre el tipo de parto y el patrón de lactancia materna según el sistema de puntuación LATCH en madres lactantes”, tuvo como objetivo analizar la influencia del tipo de parto en el desempeño de la lactancia materna. Fue un estudio observacional transversal realizado en el Hospital Afzalipour, durante mayo de 2020, con una muestra de 254 puérperas (127 partos vaginales y 127 partos por cesárea). Se utilizó un formulario de recolección de datos complementado con entrevista y observación, y la escala LATCH aplicada durante la hospitalización en alojamiento conjunto. Los resultados mostraron que las madres con parto vaginal obtuvieron una puntuación media significativamente mayor (**9,33**) en comparación con las de cesárea (**7,21; p<0,001**). Al desagregar los componentes de la escala en el grupo de cesárea, se encontraron valores más bajos en agarre (**L: 1,54 ± 0,67**), deglución audible (**A: 0,61 ± 0,73**), tipo de pezón (**T: 1,83 ± 0,43**), comodidad materna (**C: 1,94 ± 0,22**) y posición/sujeción (**H: 1,28 ± 0,76**) en comparación a los partos vaginales. Llegando a la conclusión que el tipo de parto influye en el desempeño de la madre durante la lactancia, y las madres sometidas a cesáreas necesitan mayor apoyo y acompañamiento técnico para lograr un amamantamiento efectivo ⁽³²⁾.

Antecedentes en América Latina

Griffin C. et al. (São Paulo, Brasil – 2022), en su estudio titulado “LATCH como herramienta sistemática para evaluar las técnicas de lactancia materna en maternidades”, tuvo como objetivo analizar las dificultades maternas en la técnica de lactancia según la escala LATCH. Se trató de un estudio transversal analítico retrospectivo realizado entre junio y diciembre de 2015 en un hospital privado terciario, con una muestra de 162 binomios madre-hijo. Se utilizaron las historias clínicas y la escala LATCH se aplicó en tres momentos (**<24h, 24–48 h y >48 h**). En el grupo evaluado antes de las 24 horas postparto (n = 43), de los cuales 30 bebés nacieron por

cesárea, se observó que solo **el 51.2 %** alcanzó puntaje óptimo en **agarre (2 puntos)**, el **100 %** obtuvo **0 puntos en deglución audible**, el **95.3 %** presentó pezones evertidos **(2 puntos)**, el **97.7 %** refirió comodidad mamaria sin dolor (2 puntos), y únicamente el **20.9 %** logró el puntaje máximo en posicionamiento/sujeción (2 puntos). Asimismo, se observó que los neonatos evaluados antes de las 24 horas presentaron **puntajes globales LATCH más bajos** en comparación con los evaluados en períodos posteriores. Concluyendo que la escala LATCH es una herramienta práctica y sistemática para identificar dificultades específicas en la técnica de lactancia durante la hospitalización, siendo útil para orientar intervenciones individualizadas de apoyo y consejería materna⁽³³⁾.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?

1.3.2. Problemas específicos

1.3.2.1 ¿Existe una diferencia significativa en la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?

1.3.2.2 ¿Existen diferencias significativas en los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad materna y apoyo) entre neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?

1.3.2.3 ¿Qué características maternas y neonatales presentan los binomios madre-hijo por cesárea incluidos en el estudio, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

1.4.2.1 Comparar la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado, y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

1.4.2.2 Comparar los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad materna y apoyo necesario) entre neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

1.4.2.3 Describir las características maternas y neonatales de los binomios madre-hijo por cesárea incluidos en el estudio, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

1.5. Justificación de la investigación

El crecimiento y la salud del recién nacido dependen en gran medida del éxito de la lactancia materna, especialmente en los neonatos nacidos por cesárea, quienes con frecuencia enfrentan dificultades para iniciar y mantener la lactancia debido a factores anestésicos, quirúrgicos y de separación madre-hijo.

Diversos estudios han evidenciado que el contacto piel a piel (CPP) inmediato favorece la adaptación neonatal y en el inicio temprano y eficaz de la lactancia materna, sin embargo, su implementación aún es limitada en muchas instituciones, especialmente en casos de cesárea.

Evaluar la eficacia del CPP inmediato mediante una herramienta objetiva y validada como la escala LATCH permitirá evidenciar de forma cuantificable si existe una diferencia significativa en los resultados de la lactancia en neonatos por cesárea. Esto contribuirá a fortalecer las recomendaciones clínicas basadas

en evidencia, especialmente en contextos hospitalarios como el del Hospital Antonio Lorena de Cusco.

Trascendencia: La mejora de la lactancia en las primeras horas postparto se ha consolidado como una estrategia clave de salud pública para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal. En este contexto, el contacto piel a piel (CPP) inmediato no solo favorece la alimentación temprana y eficaz del recién nacido, sino que también se asocia con una disminución de complicaciones neonatales, como la hipoglucemia, hipotermia o dificultad respiratoria. Esta investigación tiene el potencial de aportar evidencia sólida que respalde la implementación sistemática del CPP en cesárea, en concordancia con las políticas nacionales de salud materno-neonatal y las recomendaciones de la OMS y UNICEF.

Relevancia Social: Al mejorar el conocimiento sobre las ventajas del CPP y la lactancia en las horas iniciales tras el parto, se puede optimizar la atención neonatal, asegurando el derecho del recién nacido a una alimentación oportuna y suficiente incluso en situaciones de cesárea en las que el entorno quirúrgico presenta obstáculos. Esto ayudaría a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, así como los problemas nutricionales.

Desde el enfoque de la salud pública, el presente estudio aporta de manera indirecta a la prevención de la desnutrición infantil, al fortalecer la evidencia sobre una intervención temprana que favorece el inicio oportuno y el adecuado desempeño de la lactancia materna. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es reconocida como uno de los principales factores protectores frente a la desnutrición y otras enfermedades prevalentes de la infancia; por ello, intervenciones como el contacto piel a piel inmediato, que optimizan la instauración de la lactancia incluso en contextos de cesárea, adquieren especial relevancia en escenarios donde persisten brechas nutricionales.

Los resultados pueden sensibilizar al personal médico y autoridades hospitalarias sobre la necesidad de incorporar el CPP como un estándar de atención neonatal, ayudando a reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la separación madre-hijo y al retraso del inicio de la lactancia.

- **Implicaciones Prácticas:** Durante las cesáreas, el contacto piel a piel suele interrumpirse por protocolos quirúrgicos o monitoreo postoperatorio, lo que puede afectar la eficacia de la lactancia. Este estudio puede impulsar la mejora

de protocolos hospitalarios, promoviendo la capacitación del personal de salud, la adaptación del entorno quirúrgico y la orientación temprana a las madres, para garantizar la continuidad del CPP en el periodo postcesárea inmediato.

- **Valor Teórico:** Las investigaciones han demostrado que el CPP es beneficioso para la lactancia en la primera hora tras el parto, especialmente en los partos vaginales. Sin embargo, existen pocos datos sobre las cesáreas. Al examinar sus efectos más allá de la fase de adaptación, este estudio pretende profundizar en la comprensión de la relación entre el CPP con el éxito del amamantamiento en situaciones quirúrgicas aportando evidencia a un campo aún poco explorado.
- **Relevancia Científica:** Los hallazgos de este estudio contribuirán al campo de la neonatología y la lactancia materna, generando evidencia científica que refuerce la importancia del CPP en neonatos nacidos por cesárea. Además, permitirá la comparación de resultados con investigaciones previas en distintos entornos. La incorporación de la escala LATCH como instrumento de evaluación aporta un enfoque sistemático, replicable y válido que puede ser adoptado en otras investigaciones similares.
- **Relevancia Personal:** Este estudio ha sido posible gracias al deseo de promover la lactancia y el bienestar del recién nacido especialmente en el contexto de las cesáreas, donde la práctica aún presenta limitaciones. Asimismo, busca generar evidencia local aplicable que contribuya a mejorar el cuidado clínico, orientada al vínculo temprano madre-hijo.

Finalmente, la evaluación de la lactancia mediante la escala LATCH se realiza a las seis horas de vida, luego del período de adaptación neonatal, para asegurar una observación más estable y representativa de la experiencia real de lactancia entre madre e hijo donde tendrán una mayor estabilidad fisiológica. Durante las primeras horas postcesárea, factores como los efectos residuales de la anestesia, la somnolencia materna y el monitoreo clínico intensivo pueden interferir en una valoración confiable. Por ello, se considera que la ventana de las seis horas permite una evaluación más objetiva de la eficacia del contacto piel a piel sobre el establecimiento inicial de la lactancia.

1.6. Limitaciones de la investigación

- Debido al enfoque cuasiexperimental y a la ausencia de asignación aleatoria de los participantes, factores como la disposición materna para amamantar, el apoyo recibido o las experiencias previas de lactancia podrían haber influido en los resultados.
- La medición de la lactancia mediante la escala LATCH conlleva cierto grado de subjetividad, ya que depende de la observación y criterio del evaluador, pese a la capacitación previa recibida
- La eficacia de la succión y el inicio de la lactancia podrían estar condicionados por factores no controlados como los antecedentes de lactancia materna y el uso de fármacos tras la cesárea. Aunque todas las madres recibieron el mismo esquema analgésico postoperatorio, persisten diferencias individuales en la respuesta fisiológica materna y neonatal a dichos fármacos, lo que podría influir en el estado de alerta del neonato y, por tanto, en el proceso de lactancia materna
- La evaluación se realizó aproximadamente a las seis horas postparto, sin un seguimiento posterior que permita evaluar la continuidad ni los resultados a mediano o largo plazo.
- El proceso de evaluación a las 6 horas postparto representó una limitación logística, ya que exigía que el investigador esperara dicho intervalo para aplicar la escala, incluso durante turnos nocturnos, lo cual requirió una planificación cuidadosa y disponibilidad permanente.
- No fue posible cegar al evaluador, ya que la clasificación de los grupos (CPP adecuado vs. sin CPP) dependió de la revisión de la historia clínica y del cumplimiento de los criterios operativos registrados por el personal asistencial. Esto pudo introducir sesgo de información; sin embargo, se aplicó un protocolo estandarizado, con capacitación formal del investigador y criterios uniformes para la aplicación de la escala LATCH, lo que permitió reducir la subjetividad de la evaluación realizada a las seis horas postparto.

1.7. Aspectos éticos

Prevía revisión y autorización del Comité de Ética en Investigación y de la autoridad hospitalaria, este estudio se realizará en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

El estudio se apega a los principios morales señalados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013), que garantiza el respeto a la justicia, la

beneficencia y la dignidad humana. Además, se adhiere a las recomendaciones del Informe Belmont, reafirmando las siguientes ideas centrales:

- **Respeto por las personas:** Se garantizará el permiso informado de las madres dándoles información completa sobre los objetivos, métodos, ventajas y posibles riesgos del estudio, permitiéndoles tomar una decisión autónoma sobre su participación o no.
- **Beneficencia:** Se maximizan las ventajas de la lactancia materna al tiempo que se reducen los riesgos para las madres y los recién nacidos.
- **Justicia:** Los participantes serán elegidos de forma justa, garantizando que las ventajas del estudio se aplican a toda la comunidad en circunstancias comparables.

Para salvaguardar la identidad de los participantes, se emplearán códigos en lugar de nombres, asegurando así la privacidad y la seguridad de los datos recopilados ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾.

Por último, se subraya que el contacto piel con piel es una práctica segura y recomendada de acuerdo al principio de no maleficencia, lo que significa que su uso en este estudio no supone ningún peligro adicional para los recién nacidos o sus madres.

El contacto piel a piel inmediato corresponde a una práctica asistencial estándar y a un derecho del binomio madre–recién nacido, incluida dentro de la atención obstétrica y neonatal habitual del establecimiento de salud, conforme a la normativa vigente. Su realización se encuentra contemplada en el consentimiento general para la atención del parto y la cesárea, otorgado por la madre al momento de la atención, salvo contraindicación médica o negativa expresa. El investigador no intervino en la indicación ni ejecución del CPP, limitándose a registrar su realización a partir de la información consignada en la historia clínica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

La lactancia materna constituye un pilar esencial para la salud materno-infantil y un indicador clave de desarrollo y equidad en salud pública. Las primeras horas tras el parto son críticas, ya que constituyen el mejor momento para amamantar. Sin embargo, la modernización de los servicios obstétricos y las rutinas hospitalarias altamente tecnificadas como la separación del recién nacido para procedimientos inmediatos o la

recuperación materna en salas distintas han reducido la oportunidad de contacto temprano entre madre e hijo.

Aunque estas prácticas buscan garantizar la seguridad clínica, diversos estudios señalan que interrumpir o retrasar el contacto piel a piel durante la primera hora postparto puede afectar negativamente la instauración de la lactancia, el vínculo afectivo y la confianza materna. La evidencia muestra que los protocolos institucionales, la atención quirúrgica y las rutinas posoperatorias son factores que limitan la implementación continua del CPP, a pesar de sus beneficios demostrados para la termorregulación, la estabilidad neonatal y el inicio efectivo de la lactancia ^(6,37).

Evidencias recientes confirman que prevenir la separación precoz y minimizar intervenciones innecesarias mejora la duración y eficacia de la lactancia materna. Entre las estrategias más efectivas, el contacto piel a piel (CPP) inmediato destaca como una intervención simple, segura y basada en evidencia, que favorece la adaptación neonatal, fortalece el vínculo afectivo y reduce el estrés tanto en la madre como en el recién nacido ^(38, 40).

La prolongación del contacto piel a piel después del nacimiento se asocia con una mayor duración y calidad de la primera toma de leche materna, además de favorecer una lactancia más prolongada en el tiempo, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) ⁽³⁹⁾.

2.1.1. Lactancia materna

La lactancia materna es el proceso natural mediante el cual la madre alimenta a su hijo con leche producida por sus glándulas mamarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la definen como el método óptimo de alimentación infantil, recomendando la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación, junto con alimentación complementaria, hasta los dos años o más ⁽⁴⁰⁾.

En el contexto peruano, la Norma Técnica de Salud N° 214-MINSA (2024) enfatiza la promoción de la lactancia materna desde el nacimiento mediante el CPP inmediato y el alojamiento conjunto, como prácticas esenciales para garantizar el éxito del amamantamiento ⁽²⁰⁾.

La leche materna aporta nutrientes, anticuerpos, factores inmunológicos y bioactivos que contribuyen al crecimiento y desarrollo óptimo del lactante. Su

composición dinámica se adapta a las necesidades del bebé, variando incluso entre tomas en un mismo día ⁽⁴¹⁾.

A nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva reduce la morbilidad y mortalidad infantil por infecciones respiratorias y gastrointestinales, además de disminuir la incidencia de obesidad, diabetes tipo 2 y alergias en etapas posteriores del desarrollo. En la madre, se asocia con un menor riesgo de hemorragia postparto, cáncer de mama y ovario, y favorece el vínculo afectivo y bienestar emocional ^(34,42).

El calostro, primera secreción postparto, posee alta concentración de proteínas e inmunoglobulinas que refuerzan el sistema inmunitario neonatal. Aunque se produce en pequeñas cantidades, tiene gran densidad calórica y digestibilidad, ideal para el reducido volumen gástrico del recién nacido y su vaciamiento gástrico rápido ⁽⁴³⁾.

2.1.1.1 Fisiología de la lactancia

La producción y eyección de leche dependen de dos ejes hormonales principales:

- Prolactina: estimula la síntesis láctea en los acinos mamarios, activada por la succión del pezón.
- Oxitocina: promueve la contracción de las células mioepiteliales, facilitando la eyección láctea.

El contacto piel a piel y el reflejo de succión del neonato activan estos mecanismos endocrinos, incrementando la liberación de oxitocina y fortaleciendo el vínculo emocional, la autorregulación térmica y la estabilidad fisiológica del recién nacido ⁽⁴⁴⁾.

2.1.1.2 Inicio de la lactancia

El inicio exitoso de la lactancia depende de factores interrelacionados:

- La técnica de amamantamiento (posición, agarre, succión efectiva).
- La motivación materna y apoyo profesional.
- Las condiciones clínicas como el tipo de parto, la analgesia y el tiempo hasta el primer contacto madre-hijo.

El parto por cesárea puede retrasar el inicio de la lactancia debido a los efectos anestésicos, el dolor postoperatorio y la separación temporal madre-hijo. Por ello, la evidencia recomienda implementar estrategias de apoyo temprano, siendo el CPP inmediato una de las más eficaces para favorecer el agarre espontáneo y reducir las dificultades iniciales de lactancia ^(38,45,46).

Todos los recién nacidos deben tener contacto piel con piel de inmediato, idealmente hasta la primera toma, independientemente del tipo de parto. Durante este procedimiento, el lactante puede desplazarse de forma independiente hasta el pecho de la madre, prenderse por sí solo y empezar a alimentarse utilizando sus reflejos naturales y su sensibilidad táctil y olfativa ⁽⁴⁷⁾.

2.1.1.3 Duración y frecuencia de la lactancia

La frecuencia y duración de las tomas varían según las necesidades individuales del lactante y la producción de leche materna, siendo la lactancia a demanda el método más recomendado por organismos internacionales como la OMS y UNICEF ⁽⁴⁰⁾.

Las demandas nutricionales del bebé aumentan a medida que crece y su sistema digestivo se adapta a la leche materna. En las primeras semanas, el neonato ingiere pequeñas cantidades de leche más concentrada (calostro), antes de pasar a la leche madura y mejorar su capacidad de succión ⁽⁴⁷⁾.

- Desde el nacimiento hasta el primer mes: Se recomienda brindar el pecho al bebé cuando muestre señales de hambre, lo que suele ocurrir entre 8 y 12 veces al día.
- Entre los dos y los seis meses de edad, la lactancia materna sigue siendo a demanda, pero debido al mayor tamaño del estómago del lactante, la frecuencia suele disminuir a entre siete y nueve tomas diarias.
- Se aconseja introducir gradualmente la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad y continuar amamantando hasta que el niño tenga dos años o más ⁽⁴⁷⁾.

2.1.1.4 Técnicas de amamantamiento adecuado

La correcta técnica de amamantamiento es esencial para garantizar una transferencia óptima de leche y prevenir complicaciones como el dolor mamario, grietas o congestión. Incluye aspectos como la postura materna, la posición del bebé, el agarre y la succión ^(48,47).

a) Postura de la madre

Para lograr un amamantamiento adecuado, la madre debe adoptar una posición cómoda y relajada, favoreciendo el contacto piel a piel y la alineación corporal con el lactante. Algunas posturas recomendadas son:

- Postura biológica o natural: la madre se reclina parcialmente, permitiendo que el bebé se acomode boca abajo sobre su pecho y busque el pezón de manera instintiva.
- Postura clásica o de cuna: Sentada, la madre sostiene al bebé en un ángulo horizontal, asegurando que su cuerpo quede alineado con el suyo y su cabeza frente al pecho.
- Postura acostada: madre y bebé se colocan de lado, frente a frente. Esta posición es útil durante el descanso postparto o cesárea, reduciendo el esfuerzo físico materno.
- Postura de balón de rugby o por debajo del brazo: Recomendada para madres de gemelos, postcesárea o con dificultades en el agarre, ya que evita presión sobre la incisión quirúrgica. Sentada, la madre sostiene al bebé con la cabeza al nivel del pecho y los pies orientados hacia atrás. Se puede apoyar con almohadas para mayor comodidad.

b) Posición del bebé

Para un agarre eficaz, el cuerpo del lactante debe estar completamente alineado, con el abdomen en contacto con el de la madre.

- La cabeza del bebé debe estar a nivel del pecho materno, sin girar ni extenderse

- El rostro debe estar frente al pezón, con la nariz libre para respirar.

c) Agarre del bebé al pecho

El procedimiento por el que el lactante se agarra al pezón de la madre para empezar a mamar se conoce como prensión. Con una mano en forma de «C», con el pulgar en la parte superior y los cuatro dedos por debajo, puede prenderse al pecho para facilitar este proceso. Se reconoce un agarre adecuado cuando:

- La boca del bebé está ampliamente abierta y cubre gran parte de la areola (más de la parte inferior).
- Los labios del bebé están hacia afuera (evertidos)
- La barbilla toca el pecho y la nariz está libre.
- La madre no siente dolor al amamantar.

Un agarre inefectivo puede disminuir la transferencia de leche, provocar traumatismos en el pezón y afectar la ganancia ponderal del recién nacido.

d) Succión del bebé para una óptima transferencia de leche

- Durante la succión, la madre percibe que las succiones son profundas y pausadas, sintiendo el flujo de la leche.
- Las mejillas del bebé se ven llenas mientras succiona.
- Se puede escuchar el sonido de la deglución.
- Cuando el bebé suelta el pecho de manera espontánea, generalmente indica que ha quedado satisfecho.

2.1.1.5 Diez acciones que hacen que la lactancia sea más gratificante

Promover la lactancia materna desde las primeras horas y días de vida es fundamental para su éxito a largo plazo. Sin embargo, la falta de apoyo institucional o la separación innecesaria madre-hijo pueden dificultar su instauración.

En 1989, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como UNICEF publicaron el documento titulado "Diez pasos hacia una lactancia materna

exitosa", con el objetivo de estandarizar estrategias que fomentan esta práctica. En 1991 se implementó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), que instó a los servicios de salud a adoptar estas prácticas como política institucional ⁽⁴⁹⁾.

La revisión más reciente se publicó en 2018, incorporando evidencia sobre el CPP inmediato, el alojamiento conjunto y la formación continua del personal sanitario ⁽⁴⁹⁾.

Procedimientos de gestión esenciales

1. Establecer una política institucional sobre lactancia materna, comunicada a todo el personal de salud.
2. Asegurar que el equipo de salud posea los conocimientos y habilidades necesarias para brindar un apoyo eficaz a la lactancia materna.

Prácticas clínicas fundamentales

3. Informar a las futuras madres sobre los beneficios de la lactancia materna y cómo gestionarla adecuadamente.
4. Fomentar el inicio precoz de la lactancia promoviendo el contacto directo e ininterrumpido piel con piel entre el bebé y el pecho.
5. Enseñar a las madres a seguir amamantando, aunque tengan que alejarse de su hijo y a hacerlo correctamente.
6. Ofrecer al recién nacido sólo leche materna y ningún otro alimento o líquido, a menos que exista una indicación médica especial.
7. Asegurarse de que la madre y el bebé permanezcan en su habitación todo el día.
8. Ayudar a las mamás a reconocer las señales de hambre de su bebé y a responder adecuadamente.
9. Educar a las mamás sobre los peligros potenciales y el uso adecuado de tetinas, biberones y chupetes.
10. Crear un plan de alta que garantice que la madre y su hijo seguirán teniendo ayuda y orientación cuando lo necesiten ⁽⁴⁹⁾.

2.1.2. Contacto directo de piel a piel

El contacto piel a piel (CPP) se define como la colocación del recién nacido desnudo, en posición prono, sobre el tórax o abdomen desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento, cubriéndolo con una manta seca y tibia para conservar la temperatura corporal. Esta práctica constituye una de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dentro de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), orientada a promover la lactancia materna temprana y exclusiva durante los primeros seis meses de vida ⁽⁴⁹⁾.

Según las directrices de la OMS y UNICEF, el CPP forma parte del cuarto paso hacia una lactancia materna exitosa. Debe iniciarse dentro de los primeros 10 minutos tras el parto, manteniéndose al menos una hora continua e ininterrumpida, o hasta que el recién nacido realice su primera toma de leche ⁽⁴⁹⁾.

El CPP se aplica tanto en partos vaginales como por cesárea, siempre que la madre y el neonato se encuentren clínicamente estables. Durante el procedimiento, el personal de salud debe reemplazar el campo húmedo por uno seco y precalentado, evitando retirar completamente el vórnix caseoso, dado su valor protector y termorregulador. Además, no se recomienda secar las manos del recién nacido, pues el olor del líquido amniótico facilita su orientación hacia el pecho materno ^(49,50).

Aunque la OMS y la revisión Cochrane no utilizan el término “adecuado”, describen el CPP óptimo o efectivo como aquel que es inmediato (≤ 10 minutos postparto), continuo e ininterrumpido, con una duración mínima de 60 minutos o hasta la primera toma, condiciones que garantizan los mayores beneficios fisiológicos y emocionales para madre e hijo ^(49,38).

2.1.2.1 Fundamentos fisiológicos del CPP

El CPP activa mecanismos fisiológicos para la adaptación neonatal. La exposición directa al calor corporal materno ayuda a mantener la termorregulación, reduce el estrés neonatal, estabiliza la frecuencia cardíaca y respiratoria y mantiene niveles óptimos de glucosa en sangre ⁽³⁸⁾. Asimismo, la estimulación táctil, olfativa y térmica activa respuestas neuroendocrinas que potencian la secreción de oxitocina y prolactina,

hormonas esenciales para la producción y eyección láctea y el fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo ⁽⁴⁴⁾.

2.1.2.2 Duración del contacto piel a piel

Con el respaldo de UNICEF y la OMS, el contacto directo piel a piel (CPP) debe realizarse de manera inmediata o dentro de los primeros 10 minutos tras el nacimiento, manteniéndose mínimo una hora continua o hasta la primera toma de leche materna ⁽⁴⁹⁾.

La Norma Técnica de Salud N.º 214-MINSA (2024) recomienda la misma práctica tanto en partos vaginales como en cesáreas, sugiriendo además posponer procedimientos rutinarios (peso, talla o profilaxis ocular) hasta que finalice el CPP, y fomentar su repetición durante la hospitalización y tras el alta ^(50,51).

La OMS (2023) y la revisión Cochrane (2021) coinciden en que el CPP inmediato brinda los mayores beneficios en estabilidad térmica, frecuencia cardíaca, adaptación respiratoria y éxito del amamantamiento, mientras que el CPP temprano, aunque beneficioso, presenta efectos de menor magnitud ^(38,40).

Sin embargo, la literatura científica aún presenta variabilidad en la aplicación y duración óptima del CPP, por lo que la OMS enfatiza la necesidad de protocolos clínicos estandarizados, especialmente en contextos quirúrgicos ^(49,38,40).

2.1.2.3 Beneficios del contacto directo de piel a piel

Durante el contacto piel a piel inmediato, el recién nacido atraviesa un periodo de máxima alerta neurosensorial, en el cual activa comportamientos instintivos que le permiten orientarse, desplazarse y aferrarse al pecho materno para iniciar la succión espontánea. Este proceso, además de favorecer el inicio oportuno de la lactancia, fortalece la interacción madre-hijo y contribuye a la autorregulación fisiológica del neonato. ⁽⁵²⁾.

La Guía de Implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y UNICEF establece que el CPP inmediato e

ininterrumpido es viable y seguro incluso tras cesáreas bajo anestesia regional o epidural, siempre que la madre y el neonato estén clínicamente estables ⁽⁴⁹⁾.

Beneficios para el neonato

- Favorece la estabilidad térmica, reduciendo la pérdida de calor y la necesidad de incubadora.
- Disminuye el estrés fisiológico y el llanto tras el parto.
- Estabiliza la frecuencia cardíaca y respiratoria, mejora la oxigenación y mantiene niveles adecuados de glucosa.
- Facilita el inicio temprano y exclusivo de la lactancia materna, incrementando su duración y éxito.

Beneficios para la madre

- Promueve la liberación de oxitocina, hormona que estimula la eyección láctea y refuerza el vínculo afectivo.
- Favorece la expulsión de la placenta y reduce el riesgo de hemorragia postparto.
- Disminuye el estrés y la ansiedad, favoreciendo una recuperación emocional más rápida.
- Fortalece la confianza materna y la percepción de competencia en el cuidado del recién nacido ^(50,53).

En el contexto nacional, los requerimientos técnicos del MINSA (2024) destacan al CPP como una de las prácticas esenciales dentro de la atención integral del recién nacido durante la primera hora de vida, tanto en partos vaginales como por cesárea. Durante el procedimiento, el neonato se coloca boca abajo y en contacto directo con el pecho y abdomen materno, cubierto con una manta tibia para evitar pérdida de calor ⁽⁵⁰⁾.

Las capacidades sensoriales del recién nacido como la visión, olfato, tacto y audición favorecen su conexión con la madre y fortalecen el vínculo afectivo. En este estado de alerta, el bebé puede reconocer el olor del pecho materno, visualizarlo, tocarlo y desplazarse instintivamente hasta encontrar el pezón. Con movimientos coordinados, logra prenderse de manera natural y eficaz, estableciendo así la primera interacción biológica y emocional con su madre ⁽⁵³⁾.

2.1.2.4 Implicaciones psicológicas y vinculares

El contacto piel a piel (CPP) inmediato estimula la liberación de oxitocina materna, hormona clave vinculada al apego, la reducción del estrés y el bienestar emocional. Durante el CPP, el contacto táctil, térmico y visual activa circuitos neuroendocrinos que fortalecen la respuesta afectiva y generan calma y satisfacción. En el recién nacido, este contacto reduce el llanto, favorece el contacto visual y desencadena comportamientos innatos como la búsqueda y succión espontánea, facilitando el inicio de la lactancia y la regulación térmica y emocional ⁽⁵⁴⁾.

2.1.2.5 Dificultades para el contacto directo entre piel a piel

Diversos factores pueden limitar la implementación del CPP inmediato y continuo. Entre las principales barreras figuran el parto prematuro, la hospitalización neonatal, el parto por cesárea y el uso de anestesia general, que retrasan la recuperación materna ⁽⁵⁵⁾.

A nivel institucional, las rutinas hospitalarias tecnificadas como el traslado a salas de recuperación separadas, la priorización de procedimientos neonatales o la falta de capacitación del personal que también contribuye a la separación del binomio madre-hijo. Estas limitaciones interfieren con la llamada “hora dorada”, periodo en el que el CPP resulta más beneficioso para la adaptación fisiológica y emocional del neonato ^(49,56).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda evitar cesáreas innecesarias y reducir las intervenciones médicas que dificulten la interacción temprana, promoviendo un entorno que facilite el CPP inmediato, siempre que las condiciones clínicas lo permitan ^(49,50).

2.1.2.6 Dimensiones del contacto piel a piel adecuado

Las dimensiones del apego precoz incluyen varios aspectos clave que favorecen la vinculación temprana entre la mamá y su bebé:

1. Inmediatez: El neonato debe colocarse sobre el abdomen o el pecho de la madre dentro de los primeros 10 minutos postparto, lo que favorece la estabilización respiratoria, circulatoria y térmica, así como el inicio precoz de la lactancia ⁽⁵⁷⁾.

2. Modo de entrega del bebé: debe implementarse tanto en partos vaginales como por cesárea bajo anestesia regional, con apoyo del personal de salud entrenado ⁽⁵⁷⁾.
3. Vientre materno desnudo: Para considerarse efectivo, el CPP debe realizarse sin barreras de ropa, colocando al recién nacido en posición prono sobre el pecho y vientre materno, cubierto con una manta tibia para conservar la temperatura corporal. Este contacto continuo y directo potencia el apego y la regulación térmica ⁽⁵⁷⁾.
4. Tiempo de permanencia el contacto continuo por al menos 60 minutos o hasta la primera toma de leche materna maximiza los beneficios fisiológicos y emocionales ⁽⁵⁷⁾.

2.1.2.7 CPP en parto por cesárea

En el contexto de la cesárea, el contacto piel a piel (CPP) enfrenta limitaciones asociadas al entorno quirúrgico, la anestesia y las rutinas hospitalarias que pueden retrasar el primer contacto madre-hijo. Sin embargo, evidencias recientes demuestran que el CPP puede implementarse de forma segura en quirófano bajo anestesia regional, sin eventos adversos para la madre o el neonato, y con beneficios comparables a los observados en partos vaginales ⁽⁹⁾.

Desde una perspectiva teórica, el CPP se sustenta en la teoría de la sensibilidad biológica del recién nacido (Widström et al., 2011), que describe una ventana crítica durante la primera hora postparto, en la cual los niveles elevados de catecolaminas y la respuesta olfativa y táctil del neonato facilitan la búsqueda del pezón. La interrupción o el retraso del CPP frecuente en partos quirúrgicos puede alterar esta secuencia neuroconductual y afectar el éxito de la lactancia y el vínculo afectivo ⁽⁵⁶⁾.

2.1.3. Periodo transicional de la adaptación del recién nacido

El período transicional del neonato es un proceso de adaptación fisiológica y conductual que ocurre durante las primeras 6 a 8 horas de vida, en el cual el recién nacido pasa de la vida intrauterina a la extrauterina. Este proceso implica profundos cambios cardiorrespiratorios, metabólicos, neurológicos y térmicos que le permiten alcanzar la homeostasis y mantener la estabilidad de sus funciones vitales ^(58,6).

El modelo clásico propuesto por Desmond y Rudolph (1959) describe tres grandes fases de reactividad neonatal que reflejan los ajustes fisiológicos progresivos del recién nacido:

1. Primer período de reactividad (0–30 minutos):
Ocurre inmediatamente después del nacimiento. El recién nacido presenta un estado de alerta, taquicardia, respiración irregular y elevada sensibilidad a los estímulos externos. En esta fase se manifiestan los reflejos de búsqueda, succión y deglución, lo que la convierte en el momento ideal para iniciar el contacto piel a piel y la lactancia materna.
2. Período de reposo o sueño relativo (30 minutos–2 horas):
El neonato entra en una etapa de descanso fisiológico caracterizada por respiraciones más regulares y superficiales, menor tono muscular y estabilización de la frecuencia cardíaca. Se considera un lapso de recuperación energética posterior al esfuerzo del parto.
3. Segundo período de reactividad (2–8 horas):
El lactante vuelve a mostrar signos de actividad, con movimientos más coordinados, succión vigorosa y posibles evacuaciones de meconio. Este periodo concluye con la estabilización de las funciones vitales y metabólicas, marcando el fin de la transición hacia la vida extrauterina (58).

Kenner y Lott (2021) en *Comprehensive Neonatal Nursing Care* y el Programa de Reanimación Neonatal (NRP, 8.^a edición, 2021), han profundizado en la descripción de los cambios conductuales y fisiológicos que ocurren dentro de estas tres fases. Aunque no establecen una clasificación numérica adicional, sí describen una secuencia progresiva de eventos que permite una observación más detallada de la transición neonatal.

1. Primera fase de reactividad: se presenta en los primeros 30 minutos después del nacimiento. El recién nacido muestra hiperactividad motora, taquicardia, respiración irregular y estado de alerta. En esta etapa se observan reflejos primitivos como succión, deglución, búsqueda y protrusión lingual, esenciales para el inicio de la lactancia. La temperatura corporal suele descender ligeramente por la exposición ambiental
2. Fase de deglución y adaptación gastrointestinal: se caracteriza por la presencia de mucosidad oral y el inicio del peristaltismo intestinal, con aerofagia y actividad parasimpática predominante.

3. Disminución de la actividad: los movimientos respiratorios se vuelven más regulares y superficiales, con descenso de la frecuencia cardíaca; el neonato entra en un estado de reposo parcial.
4. Latencia: esta etapa tiene una duración variable (de 2 a 6 horas) dependiendo del tipo de parto, uso de medicación y estado general del neonato. Se asocia con somnolencia moderada, y es un periodo de recuperación energética tras la intensa actividad inicial.
5. Sueño profundo o ligero: el neonato presenta menor respuesta a estímulos externos, reflejando un equilibrio del sistema nervioso autónomo y una mejor regulación térmica.
6. Segunda fase de reactividad: el recién nacido vuelve a mostrar actividad neuromuscular aumentada, taquicardia, respiración rápida e incluso puede presentar evacuación de meconio o vómitos leves; esta fase marca el retorno a la actividad después del descanso fisiológico.
7. Fase de reposo estable: el neonato alcanza la homeostasis fisiológica, con signos vitales regulares, adecuada oxigenación, temperatura corporal estable y capacidad para la alimentación coordinada ^(59,60).

Estas siete etapas no sustituyen el modelo original de Desmond, sino que constituyen una versión ampliada de carácter explicativo, utilizada actualmente para describir los cambios conductuales y fisiológicos del recién nacido durante las primeras horas de vida.

El recién nacido a término sano alcanza la homeostasis fisiológica 6-8 horas después del nacimiento, lo que significa una transición satisfactoria de la vida intrauterina al mundo exterior ⁽⁵⁸⁾.

2.1.4. Escala LATCH

La escala LATCH es una herramienta estandarizada desarrollada por enfermeras expertas en maternidad que permite evaluar de manera objetiva la eficacia de la lactancia materna, considerando tanto los factores maternos como neonatales. Fue creada por Jensen, Wallace y Kelsay (1994) en Estados Unidos, con el propósito de valorar de forma sistemática la interacción madre-hijo durante las sesiones de lactancia en el periodo postparto hospitalario, proporcionando un registro claro, reproducible y comparable del proceso de amamantamiento ^(61, 62).

El instrumento surgió en el *Sacred Heart General Hospital*, donde la mayoría de las puérperas tenían partos vaginales no complicados y eran dadas de alta a las 18–24 horas. Ante la falta de uniformidad en la evaluación (“bueno/regular/malo”) y el poco tiempo disponible para enseñar a las madres, las autoras propusieron un sistema análogo a la escala de Apgar, que permitiera valorar, documentar y comunicar de manera consistente la eficacia de cada sesión de lactancia ⁽⁶²⁾.

La escala abarca la evaluación tanto de la madre como del hijo, recopilando datos sobre agarre del pecho, deglución audible, tipo de pezón, comodidad materna y grado de ayuda necesaria para mantener una posición adecuada. Se distingue por su sencillez, objetividad y utilidad clínica, pues permite identificar precozmente a las mujeres con riesgo de presentar dificultades en la lactancia ⁽⁶³⁾.

El sistema LATCH fue diseñado como una herramienta de observación estructurada que permite recopilar información sobre cada sesión de lactancia y evaluar variables maternas y neonatales para definir áreas de intervención y priorizar el cuidado y la enseñanza. Este enfoque implica una valoración integral de la interacción madre–hijo y de la efectividad del proceso de amamantamiento, lo que la convierte en un instrumento útil para valorar la eficacia de la lactancia desde una perspectiva clínica y educativa ⁽⁶²⁾.

En estudios recientes, Griffin et al. (2022) confirmaron que la escala LATCH constituye una herramienta sistematizada para analizar las dificultades en la técnica de amamantamiento durante la hospitalización, demostrando su aplicabilidad en contextos maternos diversos y su validez como instrumento para la observación de la técnica y desempeño lactante ⁽³³⁾.

Durante los primeros días tras el parto, resulta fundamental identificar a las díadas madre-hijo que podrían requerir apoyo adicional. En este contexto, varios instrumentos han sido creados para evaluar la lactancia —entre ellos BREAST, LATTM, LATCH, MBA y MIBPT—, los cuales analizan el comportamiento y la capacidad de la madre y el lactante durante la estancia hospitalaria ⁽⁶¹⁾.

2.1.4.1 Dimensiones:

La escala LATCH evalúa cinco componentes esenciales, asignando a cada uno una puntuación de 0 a 2, según la observación de la toma ^(62, 64).

1. Latch (Coger): capacidad del lactante para prenderse al pecho y mantener una succión eficaz.
2. Audible swallowing (Deglución audible): presencia y frecuencia del sonido deglutorio, indicador de transferencia de leche.
3. Type of nipple (Tipo de pezón): forma del pezón (evertido, plano o invertido), que puede influir en el acoplamiento.
4. Confort (comodidad pecho/pezón): grado de confort o dolor de la madre durante la lactancia.
5. Hold/help (positioning): necesidad de asistencia para colocar y mantener al lactante al pecho.

2.1.4.2 Puntuación

Cada componente se califica de 0 a 2 puntos (0 = dificultad; 2 = condición óptima), con un total de 0 a 10 puntos. Esta puntuación permite establecer la eficacia de la lactancia y las intervenciones necesarias ⁽⁶⁴⁾.

- 0–3: lactancia muy difícil; requiere atención intensiva.
- 4–8: dificultades moderadas; necesita apoyo y enseñanza dirigida.
- 9–10: lactancia eficaz; solo requiere reforzamiento educativo.

Al igual que el Apgar, la escala facilita una valoración rápida y priorización del cuidado, permitiendo al profesional identificar problemas específicos y definir las estrategias de intervención ⁽⁶²⁾.

2.1.4.3 Validación

Tras su desarrollo, la LATCH ha sido evaluada en distintos contextos clínicos. Estudios iniciales reportaron variaciones en la fiabilidad interobservador ⁽⁵⁷⁾.

En el ámbito hispanohablante, Báez-León et al. (2008) validaron la versión española en el Hospital Universitario La Paz (Madrid), en madres postcesárea, hallando más del 80 % de concordancia interjueces y adecuada consistencia interna, lo que demuestra su validez, comprensión y reproducibilidad ⁽⁶⁵⁾.

Asimismo, Gerçek et al. (2017) incluyeron tanto partos vaginales como cesáreas, observaron que las madres que iniciaban la lactancia dentro de los primeros 30 minutos obtenían puntuaciones LATCH superiores frente a aquellas que lo hacían después de 4 horas ⁽⁶³⁾. Kumar et al. (2006) concluyeron que las puntuaciones más altas se asocian con inicio temprano y una mayor duración de la lactancia ⁽⁶³⁾. Más recientemente, Raphael et al. (2022) demostraron que el LATCH, aplicado

entre las 6 y 12 horas postparto, es válida y sensible para detectar dificultades de agarre y posición, las cuales mejoran significativamente tras intervenciones de apoyo ($p < 0,001$) ⁽⁶⁶⁾.

En conjunto, la evidencia respalda que la escala LATCH es una herramienta simple, rentable y efectiva para evaluar de manera objetiva la técnica de lactancia materna durante las primeras 24 horas de vida, permitiendo una detección temprana de problemas y la implementación oportuna de estrategias de apoyo ^(63,62).

En el contexto metodológico del presente estudio, la escala LATCH resulta idónea por su enfoque observacional, bajo costo, facilidad de aplicación y capacidad de cuantificar objetivamente la eficacia de la lactancia durante las primeras horas postcesárea. Además, su estructura análoga a la escala de Apgar facilita su integración en la práctica clínica y la comparación interinstitucional de resultados. ^(61,62,65).

2.1.5. Estado del arte

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida constituye una de las prácticas más costo-efectivas para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, tal como recomiendan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁽⁷⁾. Sin embargo, diversos factores obstétricos, entre ellos el parto por cesárea, continúan limitando el inicio temprano de la lactancia. En este contexto, el contacto piel con piel (CPP) inmediato entre madre y recién nacido ha sido reconocido como una estrategia esencial para favorecer la adaptación neonatal, estabilizar las funciones fisiológicas y promover un amamantamiento eficaz.

Un metaanálisis de nueve ensayos clínicos aleatorizados realizado por Karimi et al. (2019) demostró que las madres que realizaron CPP tuvieron 2,8 veces más probabilidades de iniciar la lactancia con éxito ($OR = 2,77$; $IC\ 95\ %: 1,59-4,84$) y una duración promedio de la primera toma 26 minutos mayor en comparación con la atención rutinaria ⁽⁶⁷⁾. Los autores concluyeron que el CPP inmediato favorece la activación de conductas innatas del neonato, además de incrementar la secreción materna de oxitocina y prolactina, lo que facilita la eyección y producción de leche materna. Este estudio constituye una de las primeras síntesis cuantitativas que confirmó los beneficios del CPP durante las primeras horas postparto.

De forma más específica, una revisión sistemática y metaanálisis reciente realizada por Martínez-Hortelano et al. (2025) incluyó once estudios (ocho ensayos controlados aleatorizados y tres estudios cuasiexperimentales) con un total de 1 990 participantes, centrados exclusivamente en partos por cesárea ⁽⁶⁸⁾. Los resultados mostraron una reducción significativa de 51,7 minutos en el tiempo hasta el primer agarre, un incremento de casi cinco veces en la probabilidad de amamantar dentro de las dos primeras horas (RR = 4,86; IC 95 %: 2,71–7,01) y un aumento del 69 % en la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria (RR = 1,69; IC 95 %: 1,36–2,01), el estudio reafirma la eficacia del CPP inmediato en el entorno quirúrgico y destaca su seguridad tanto para la madre como para el neonato.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan el papel del CPP inmediato como una intervención eficaz, segura y de bajo costo para optimizar la lactancia materna tras la cesárea. Sin embargo, persisten vacíos de conocimiento respecto a su evaluación objetiva durante las primeras horas posoperatorias.

En este sentido, el presente estudio busca aportar evidencia local sobre la eficacia del CPP inmediato mediante la escala LATCH, instrumento desarrollado por Jensen, Wallace y Kelsay (1994) y validado internacionalmente para la valoración de la técnica de amamantamiento ⁽⁶²⁾. En este estudio, dicha escala se aplica a las seis horas postparto, considerando tanto los aspectos técnicos de la lactancia como las características maternas y neonatales.

2.2. Definición de términos básicos

- Lactancia materna: Alimentación del lactante mediante la leche materna directamente del pecho de la madre ^(69,70).
- Recién nacido: Lactante durante los primeros 28 días después del nacimiento ⁽⁷¹⁾.
- Contacto piel a piel: Colocación del recién nacido desnudo sobre el abdomen y/o pecho desnudo de la madre, favoreciendo el inicio de la lactancia materna y la continuidad de la lactancia, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea ⁽²⁰⁾.
- Escala LATCH: Sistema de registro de lactancia que proporciona un método sistemático que evalúa la técnica de lactancia materna a través de cinco componentes (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad y apoyo necesario). ⁽⁷²⁾.

- Periodo adaptativo: Corresponde a las primeras horas de vida del recién nacido, generalmente dentro de las seis horas posteriores al parto, en las cuales se produce la transición fisiológica del medio intrauterino al extrauterino ⁽⁴⁹⁾.
- Cesárea: Es una intervención quirúrgica destinada a extraer el feto, la placenta y las membranas a través de una incisión en la pared abdominal y uterina ⁽⁴⁹⁾.
- Alojamiento conjunto: Es la modalidad de atención hospitalaria que permite mantener a la madre y al recién nacido juntos las 24 horas del día, facilitando el contacto continuo, el reconocimiento de señales de hambre del neonato y el establecimiento exitoso de la lactancia materna ⁽⁴⁹⁾.
- Eficacia: Es la capacidad de una intervención para producir los resultados esperados bajo condiciones controladas o estandarizadas ⁽⁴⁹⁾.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- El contacto piel a piel inmediato y adecuado se asocia significativamente con mejores resultados en la lactancia materna, según los puntajes globales e individuales de la escala LATCH, en neonatos por cesárea del Hospital Antonio Lorena – Cusco, 2025.

2.3.2. Hipótesis específica

- Existe una diferencia significativa en la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado, y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.
- Existen diferencias significativas en los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

2.4. Variables

2.4.1. Variables implicadas

2.4.1.1. Variable independiente

2.4.1.1.1. Contacto piel a piel (CPP) inmediato y adecuado

2.4.1.2. Variable dependiente

2.4.1.2.1. Lactancia materna según escala LATCH

2.4.2. Variables no implicadas

2.4.2.1. Variables maternas

2.4.2.1.1. Edad materna

2.4.2.1.2. Estado civil

2.4.2.1.3. Grado de instrucción

2.4.2.1.4. Paridad

2.4.2.1.5. Número de controles prenatales

2.4.2.2. Variables neonatales

2.4.2.2.1. Sexo del neonato

2.4.2.2.2. Peso al nacer (g)

2.4.2.2.3. Talla (cm)

2.4.2.2.4. perímetro cefálico (cm)

2.4.2.2.5. Edad gestacional

2.5. Definiciones operacionales

Variables implicadas									
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de variable
Contacto piel a piel inmediato y adecuado	Práctica mediante la cual el recién nacido es colocado desnudo sobre el tórax o abdomen desnudo de su madre, inmediatamente o dentro de los primeros 10 minutos tras el nacimiento, manteniendo contacto continuo durante al menos 60 minutos, sin barreras físicas y bajo condiciones clínicas estables ⁽⁷³⁾ .	Independiente; cualitativa dicotómica.	1. Tiempo de inicio del CPP 2. Posición/colocación del RN 3. Pecho materno descubierto 4. Duración del CPP	Cumplimiento de los cuatro criterios (≤ 10 min, RN desnudo, pecho descubierto, ≥ 60 min)	Nominal dicotómica (Adecuado / No adecuado)	Ficha de observación directa e instrumento de registro aplicado por el investigador en alojamiento conjunto. Las respuestas se califican como "adecuado" si: 10 $\rightarrow \leq 10$ minutos; 11 $\rightarrow$ sí; 12 $\rightarrow$ sí; 13 $\rightarrow \geq 60$ minutos.	CPP inmediato y adecuado (Sí = cumple los cuatro criterios; No = no los cumple)	10,11,12, 13	Adecuado si inicia en ≤ 10 min, RN desnudo en decúbito ventral sobre pecho materno descubierto, y contacto continuo ≥ 60 min. Caso contrario = no adecuado.
Lactancia materna según escala LATCH	Herramienta estandarizada que evalúa el desempeño técnico de la lactancia mediante la	Dependiente; cuantitativa continua (puntaje total 0–10, tratada como	L: Agarre al pecho A: Deglución audible T: Tipo de pezón C: Comodidad	Puntuación de cada componente (0–2) y total (0–10)	Ordinal (componentes); numérica (puntaje total 0–10).	Aplicación directa de la escala LATCH a las 6 horas postparto, mediante observación del investigador	Puntaje total (0–10) obtenido de la suma de los cinco ítems.	14	Evalúa el desempeño técnico de la lactancia materna, mediante observación

	observación de cinco componentes: agarre (L), deglución (A), tipo de pezón (T), comodidad materna (C) y apoyo necesario (H) ⁽⁶²⁾ .	variable numérica como continua).	materna H: Posición y apoyo necesario			durante la lactancia.			directa de los cinco componentes del LATCH
Variables no implicadas									
Variables maternas	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de variable
Edad materna	Años cumplidos al momento del parto ⁽⁵⁰⁾ .	Cuantitativa continua	-----	Años	Numérica	Ficha / historia clínica	Edad en años.	1	Años exactos consignados en historia clínica
Estado civil	Situación conyugal declarada por la madre ⁽²⁴⁾ .	Cualitativa nominal	-----	Categoría conyugal	Nominal (Soltera, Casada, Conviviente)	Ficha / historia clínica	Categoría declarada por la madre	2	Clasificación según autodeclaración.
Grado de instrucción	Máximo nivel educativo alcanzado ⁽²¹⁾ .	Cualitativa ordinal	-----	Nivel educativo	Ordinal (Primaria, Secundaria, Técnica, Universitaria)	Ficha / historia clínica	Nivel máximo alcanzado	3	Último nivel aprobado consignado

Paridad	Número de partos previo ⁽⁶²⁾ .	Cuantitativa discreta (operacionalizada como ordinal).	-----	Categoría paridad	Ordinal	Ficha / historia clínica	1=primípara; 2–4=múltipara; ≥5=gran múltipara.	4	Clasificación según historia clínica.
Número de controles prenatales	Número total de controles durante el embarazo ⁽⁵⁰⁾ .	Cuantitativa discreta (operacionalizada como dicotómica).	-----	Controles prenatales	Nominal dicotómica (Adecuado ≥6; Inadecuado <6).	Ficha / historia clínica	Categoría adecuada/inadecuada.	5	Adecuado si ≥6 controles prenatales.
Variables Neonatales	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de variable
Sexo del neonato	Sexo biológico del recién nacido ⁽⁵⁰⁾ .	Cualitativa nominal	-----	Sexo	Nominal (Masculino / Femenino).	Registro en ficha / historia clínica	Masculino = 1; Femenino = 0	9	Categoría consignada en la historia clínica al nacimiento.
Edad gestacional	Tiempo de gestación al nacimiento, expresado en semanas completas, determinado por FUR y/o método clínico (p. ej., Capurro) según	Cuantitativa continua.	Edad gestacional en semanas completas	Semanas de gestación.	Numérica (semanas).	Registro clínico (FUR, evaluación clínica); transcripción a ficha.	Semanas completas	6	Valor en semanas consignado en HC; se incluyeron RN a término (37–41 sem.) y clínicamente estables.

	protocolo institucional ⁽⁵⁰⁾ .								
Peso al nacer	Masa corporal del RN medida inmediatamente después del nacimiento ⁽⁵⁰⁾ .	Cuantitativa continua	-----	Peso en gramos	Númerica (g)	Balanza neonatal calibrada; registro en historia clínica y transcripción a ficha.	Gramos exactos	8	Valor en gramos; RN con peso adecuado (2500–4000 g) y sin patología.
Talla	Longitud del recién nacido desde vértex a talón ⁽⁵⁰⁾ .	Cuantitativa continua	-----	Longitud corporal	Númerica (cm)	registro en HC y transcripción a ficha.	Centímetros	8	Valor en cm; RN sanos y a término sin malformaciones.
Perímetro cefálico	Circunferencia craneal en plano fronto-occipital máximo ⁽⁵⁰⁾ .	Cuantitativa continua	-----	Perímetro cefálico	Númerica (cm)	Cinta métrica; registro en HC y transcripción a ficha.	Centímetros	8	Valor en cm; RN sin anomalías craneales ni signos de asfixia.
APGAR 1° y 5° minuto	Puntajes que valoran adaptación cardiorrespiratoria y neurológica del RN al 1° y 5° minuto ⁽⁵⁰⁾ .	Cuantitativa discreta (0–10).	_____	Puntaje APGAR (1' y 5').	Númerica entera (0–10).	Evaluación clínica estandarizada por personal asistencial; registro en HC; transcripción a ficha.	Puntaje entero para 1' y 5'.	7	Valor consignado en HC; se consideraron RN con APGAR ≥7 y sin compromiso cardiorrespiratorio.

Nota: Todas las variables neonatales corresponden a recién nacidos a término, únicos, sanos y sin complicaciones neonatales.

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo aplicada, ya que busca generar conocimientos con un propósito práctico: mejorar el establecimiento inicial de la lactancia materna en neonatos por cesárea, a través de la implementación del contacto piel a piel inmediato. Asimismo, el estudio es de enfoque cuantitativo, debido a que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos, específicamente los puntajes obtenidos en la escala LATCH, que permiten medir de manera objetiva la eficacia del contacto piel a piel ⁽⁷⁴⁾.

A nivel metodológico, el estudio es de alcance explicativo, ya que no solo describe los fenómenos observados, sino que busca evaluar el efecto del contacto piel a piel inmediato sobre los puntajes de la escala LATCH, comparando los resultados entre dos grupos: neonatos que realizaron contacto piel a piel inmediato y neonatos que no lo realizaron ⁽⁹⁴⁾.

3.2. Diseño de la investigación

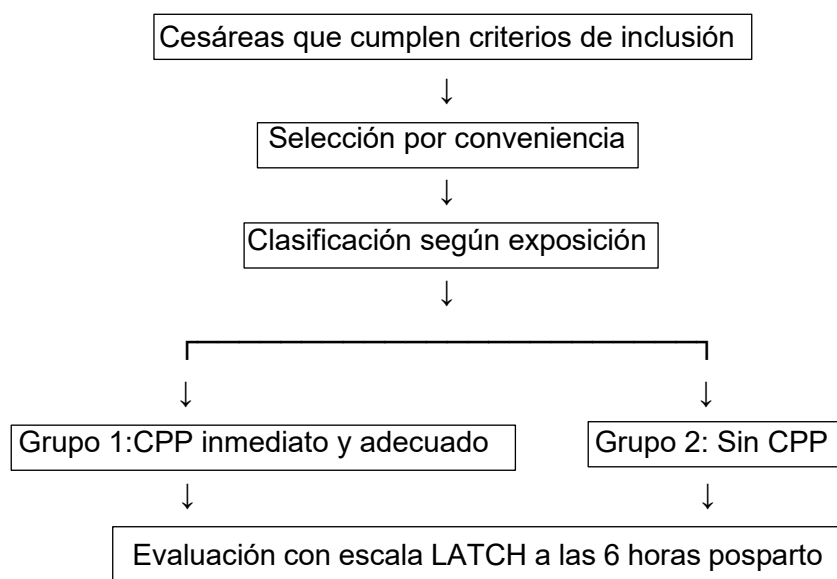
El diseño de esta investigación es cuasiexperimental con posprueba y grupos no equivalentes, ya que se comparan dos grupos de neonatos por cesárea: uno que realizó contacto piel a piel inmediato en condiciones adecuadas, según los criterios establecidos en el instrumento, y otro que no realizó el CPP, sin asignación aleatoria. Ambos grupos son evaluados a las 6 horas de vida mediante la escala LATCH, sin aplicación de pretest ⁽⁷⁴⁾.

Asimismo, el estudio emplea un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que los participantes se seleccionan según su disponibilidad y condiciones clínicas en el entorno hospitalario real. Este tipo de muestreo es frecuente en estudios cuasiexperimentales realizados en entornos asistenciales, ya que permite recolectar datos de manera factible y ética sin alterar la dinámica del servicio ⁽⁷⁴⁾.

Este diseño busca evaluar el efecto del contacto piel a piel inmediato sobre la lactancia materna en condiciones reales del entorno clínico, reconociendo las limitaciones propias de los estudios cuasiexperimentales, como la ausencia de asignación aleatoria y el menor control sobre variables externas ⁽⁷⁴⁾.

Dado que el estudio no contó con asignación aleatoria, se implementaron estrategias metodológicas para garantizar la comparabilidad entre los grupos expuestos y no

expuestos al contacto piel a piel inmediato. Para ello, se aplicaron criterios estrictos de inclusión que limitaron la muestra a binomios materno–neonatales clínicamente estables, excluyendo cesáreas de emergencia por su mayor probabilidad de inestabilidad y de interferir en la lactancia inicial. Asimismo, se verificó la comparabilidad basal mediante pruebas estadísticas (Chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student para variables continuas), confirmándose la ausencia de diferencias significativas ($p>0,05$) entre los grupos. Finalmente, la evaluación de la lactancia fue realizada por un único observador previamente capacitado bajo un protocolo operativo uniforme, reduciendo la variabilidad asociada al evaluador.



Esquema 1: *Diseño de la Investigación*

Nota: La recolección de datos se realizará en el **Hospital Antonio Lorena** en un mismo momento temporal, desde **junio hasta agosto del 2025**.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio estará conformada por todos los neonatos a término, adecuados para la edad gestacional (AEG), nacidos por cesárea electiva o de urgencia en el Hospital Antonio Lorena de Cusco, durante el periodo comprendido entre junio y agosto de 2025. Las cesáreas de emergencia fueron excluidas debido a que suelen involucrar condiciones maternas o neonatales asociadas a inestabilidad clínica (como depresión neonatal, hemorragia materna, anestesia general o necesidad de reanimación), las cuales pueden interferir con la instauración

temprana de la lactancia y generar sesgos en la evaluación del efecto del contacto piel a piel.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Recién nacidos a término, adecuados para la edad gestación (AEG), sanos, con signos vitales estables y sin dificultad respiratoria, nacidos por cesárea.
- Para el grupo intervención: recién nacidos que recibieron contacto piel con piel inmediato y adecuado, definido como inicio dentro de los primeros 10 minutos tras el nacimiento, mantenido de forma continua durante al menos 60 minutos, con pecho materno descubierto y RN en posición ventral.
- Para el grupo control: recién nacidos que no recibieron contacto piel con piel dentro de la primera hora postparto.
- Madres con signos vitales estables que otorgaron su consentimiento informado para participar en la investigación
- Cesáreas electivas y de urgencia con binomios clínicamente estables.

Criterios de exclusión:

- Neonatos con signos vitales inestables o dificultad respiratoria
- Neonatos con patologías que requieren ingreso a UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)
- Neonatos con malformación congénita que afecten la succión o el proceso de lactancia materna.
- Madres con condiciones clínicas que contraindiquen el CPP o la lactancia (preeclampsia grave, hemorragia postparto, medicación incompatible, VIH o tuberculosis activa).
- Binomios que realizaron CPP, pero sin cumplir los criterios para considerarlo adecuado, según la definición operativa del estudio.
- Cesáreas de emergencia, por el mayor riesgo de inestabilidad materno-neonatal y la posible interferencia con el establecimiento inicial de la lactancia.

3.3.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis de este estudio es el binomio madre–recién nacido a término, adecuado para la edad gestacional (AEG), nacido por cesárea en el Hospital Antonio Lorena de Cusco entre junio y agosto de 2025.

En el grupo de intervención, el binomio deberá haber cumplido con contacto piel a piel inmediato y adecuado según la definición operativa.

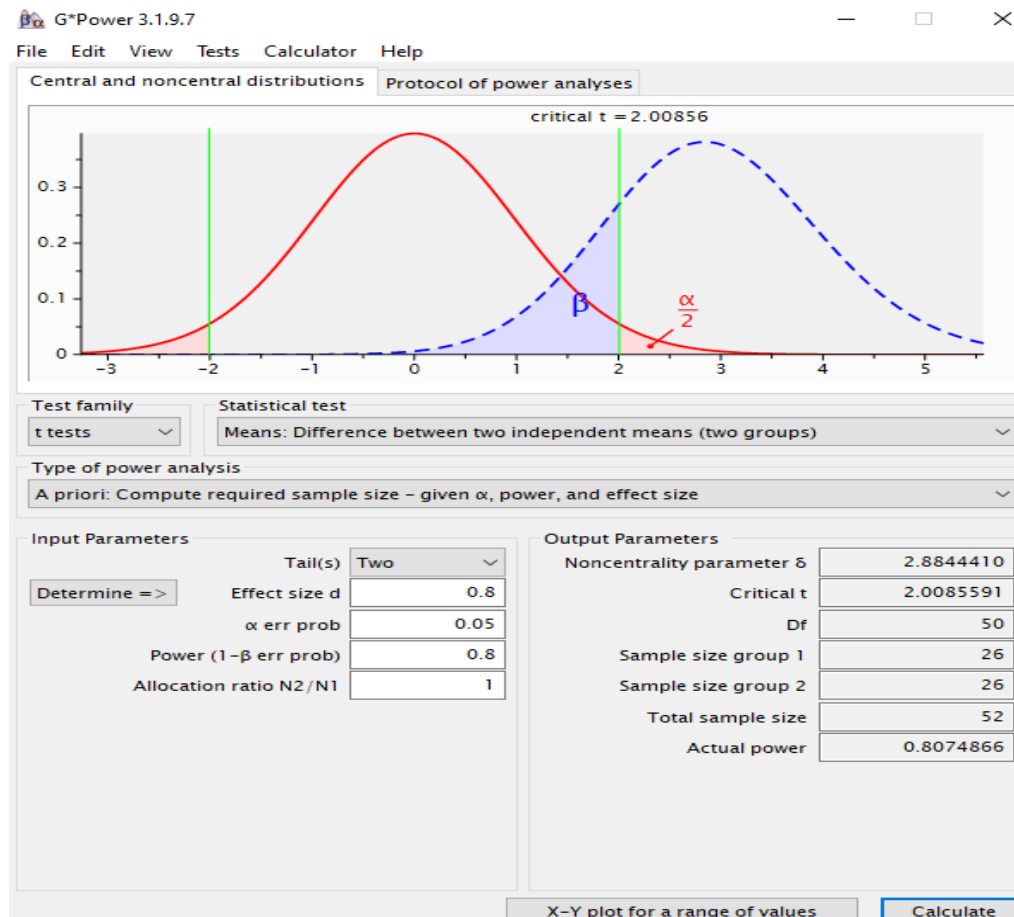
Cada binomio será registrado como un caso individual en la base de datos. La variable principal de resultado será la puntuación obtenida en la escala LATCH a las 6 horas postparto, utilizada para evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato en el inicio de la práctica de lactancia materna.

El análisis se realizará en un único momento, sin seguimiento longitudinal, comparando los grupos expuestos y no expuestos al contacto piel a piel inmediato y adecuado.

3.3.4. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

El tamaño muestral se determinó mediante un análisis de potencia estadística (power analysis), empleando la prueba t para muestras independientes, dado que el objetivo del estudio es comparar los puntajes LATCH entre dos grupos (expuestos y no expuestos al contacto piel a piel inmediato). Se utilizó el programa G*Power versión 3.1.9.7, bajo los siguientes parámetros:

- Potencia estadística: 80% ($1-\beta = 0.80$)
- Nivel de significancia: 95% ($\alpha = 0.05$)
- Tamaño del efecto: 0.8 (efecto grande, basado en el estudio de Sheedy et al., 2022 ⁽²⁹⁾).



Como resultado, se obtuvo un tamaño mínimo de 52 binomios, distribuidos en 26 para el grupo intervención (con contacto piel a piel inmediato) y 26 para el grupo control (sin contacto piel a piel inmediato). Considerando una pérdida estimada del 10%, la muestra final quedó ajustada de la siguiente manera:

$$n_{\text{ajustado}} = \frac{52}{1 - 0.10} = \frac{52}{0.90} = 58$$

Grupo	N (días madre-recién nacido)
Grupo intervención (con CPP inmediato y adecuado)	29
Grupo control (sin CPP)	29
Total	58

Método de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, seleccionando participantes según su disponibilidad y cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

- Observación estructurada: Se aplicará la escala LATCH para evaluar la eficacia del contacto piel a piel (CPP) inmediato y adecuado en la lactancia materna. Las observaciones serán realizadas por el investigador, quien será previamente capacitado por profesionales médicos y neonatólogos. para asegurar la correcta aplicación de la escala LATCH y garantizar la fiabilidad y consistencia de las mediciones.
- Revisión documental: Se revisarán las historias clínicas para obtener datos maternos y neonatales, así como datos relacionados al cumplimiento adecuado del CPP inmediato en la primera hora postparto. En caso de información incompleta o ambigua del CPP, se consultará directamente con el médico de turno responsable de la atención.

3.4.2. Instrumento

Se utilizará un formulario de recolección de datos, validado por juicio de expertos, compuesto por secciones:

- Información general del binomio: incluye variables maternas y neonatales como edad materna, paridad, edad gestacional, peso al nacer, entre otros.
- Datos sobre la intervención: registra si se realizó el CPP inmediato y si cumplió con los criterios establecidos para considerarse adecuado (inicio dentro de los primeros 10 minutos, duración mínima de 60 minutos y condiciones apropiadas de contacto).
- Evaluación de lactancia materna: Mediante la aplicación de la escala LATCH a las 6 horas postparto en ambos grupos, para evaluar la eficacia del CPP inmediato y adecuado en la lactancia materna.

- Sección complementaria: Contiene ítems sobre la percepción materna relacionada con el agarre, succión, apoyo recibido y comodidad al amamantar. Estos datos no forman parte del análisis principal, pero aportan información complementaria y descriptiva que contribuye a una mejor interpretación de los resultados.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos

- Autorización y coordinación: Se solicitará permiso a la Dirección del Hospital Antonio Lorena del Cusco para acceder tanto a las historias clínicas como al área de alojamiento conjunto (área destinada para la atención de madres y recién nacidos en contacto cercano tras el parto), donde se aplicará la escala LATCH a las puérperas. Se coordinará el proceso con el personal médico asistencial.
- Selección de participantes: Se identificarán las madres con parto por cesárea que satisfagan los requisitos de inclusión y exclusión. Se les explicará la investigación y se obtendrá su consentimiento informado.
- Aplicación del instrumento:
 - o La información clínica y sociodemográfica se obtendrá de la historia clínica.
 - o Para verificar la presencia o ausencia del CPP en la primera hora, se revisará el registro inmediato postparto en la historia clínica. En caso de duda, se consultará directamente con el personal asistencial presente.
 - o La eficacia del CPP se evaluará mediante la escala LATCH a las 6 horas postparto (después del periodo adaptativo), aplicada solo por el investigador capacitado
- Gestión de calidad: Se garantizará la fiabilidad de la información mediante capacitación formal al investigador responsable. Se supervisará de forma continua el proceso de recolección de datos para asegurar consistencia y precisión
- Documentación y estructuración de datos: Para proteger la privacidad de los datos, se establecerán medidas de seguridad y los datos adquiridos se conservarán en formato digital en una base de información.
- No fue posible cegar al evaluador, ya que la clasificación de los grupos (CPP adecuado vs. sin CPP) dependió de la revisión de la historia clínica y del cumplimiento de los criterios operativos registrados por el personal

asistencial. Esto pudo introducir sesgo de información; sin embargo, se aplicó un protocolo estandarizado, con capacitación formal del investigador y criterios uniformes para la aplicación de la escala LATCH, lo que redujo la subjetividad de la evaluación realizada a las seis horas postparto. Asimismo, para minimizar el sesgo derivado de la falta de aleatorización, la asignación a los grupos se basó en criterios previamente definidos y verificados desde la historia clínica, garantizando que solo se incluyeran binomios clínicamente estables y comparables en sus características basales. Este procedimiento permitió asegurar que la diferencia principal entre los grupos fuera la exposición al CPP inmediato y adecuado.

3.5. Plan de análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizará utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 30. El análisis se organizará en tres niveles: descriptivo, bivariado y multivariado, en coherencia con los objetivos del estudio y el diseño cuasiexperimental con posprueba y grupos no equivalentes.

3.5.1 Análisis univariado o descriptivo:

Este análisis de comparabilidad basal se realizó con el propósito de verificar la homogeneidad entre grupos, criterio fundamental en estudios cuasiexperimentales sin aleatorización.

Primera etapa donde se realizará la caracterización de la muestra mediante estadística descriptiva:

- Variables cualitativas: se resumieron en frecuencias absolutas y porcentajes.
- Variables cuantitativas: se expresaron con media y desviación estándar ($\bar{X} \pm DE$).

La normalidad de las variables se evaluó con la prueba de Kolmogórov-Smirnov, encontrándose una distribución normal en los componentes y en el puntaje total de la escala LATCH ($p > 0,05$), lo que permitió aplicar pruebas paramétricas.

En este nivel se resumieron las características sociodemográficas y obstétricas de las madres, así como las características neonatales, con sus respectivas

medias, desviaciones estándar y porcentajes. Estos resultados se presentan en las Tablas 1, 2 y 3, donde además se verificó la comparabilidad basal entre los grupos con y sin contacto piel a piel inmediato, aplicando la prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba t de Student para variables continuas.

3.5.2 Análisis bivariado:

El análisis bivariado, que corresponde a los primeros objetivos específicos, se compararon los puntajes de la escala LATCH y determinar si existen diferencias significativas en los resultados según la exposición al contacto piel a piel (CPP inmediato y adecuado).

1. Comparación del puntaje total de la escala LATCH
 - o Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, considerando un nivel de significancia de 0,05 y un intervalo de confianza del 95 %. Se calcularon las diferencias de medias, el valor de t, los grados de libertad, el valor p y el tamaño del efecto mediante el estadístico d de Cohen, interpretado según sus puntos de corte (0,2 pequeño, 0,5 mediano, 0,8 grande). Los resultados se presentaron en la Tabla 4, donde se muestra las comparaciones de cada componente del LATCH (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad y apoyo) y del puntaje total.
2. Comparación de los componentes individuales de la escala LATCH
 - o Se aplicó igualmente la prueba t de Student para muestras independientes en cada componente (L: agarre, A: deglución audible, T: tipo de pezón, C: comodidad materna y H: apoyo necesario).
 - o Los resultados se reportarán con media $\pm$ DE, valor t, grados de libertad, valor p y tamaño del efecto, destacando los componentes más influenciados por el CPP. Las diferencias significativas se interpretarán no solo por el valor p, sino también por la magnitud del efecto y su relevancia clínica.

3.5.3 Análisis multivariado:

El análisis multivariado corresponde al objetivo general del estudio, cuyo propósito es evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato en la lactancia materna, controlando posibles factores maternos y neonatales.

Se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple, donde la variable dependiente fue el puntaje total de la escala LATCH (0–10) y la variable independiente principal fue el contacto piel a piel inmediato (CPP). Se incluyeron como covariables la edad materna, edad gestacional, sexo del neonato, peso, paridad y número de controles prenatales.

Se reportaron los coeficientes no estandarizados (B), los errores estándar, los coeficientes estandarizados (β), los valores de t, los intervalos de confianza al 95 % y los valores de significancia. El modelo se expresó mediante R, R^2 , R^2 ajustado y el estadístico F de la prueba ANOVA global, los cuales indican el grado de correlación entre las variables y la proporción de la variabilidad del puntaje LATCH explicada por el modelo. Los resultados se presentaron en las Tablas 5, 6 y 7.

3.5.4 Análisis complementario de percepción materna

De forma complementaria, se analizó la percepción materna respecto al contacto piel a piel y la lactancia durante las primeras seis horas postparto. Los datos se presentaron de manera descriptiva y comparativa, expresando frecuencias y porcentajes por grupo (con y sin CPP). Este análisis se incluyó como información adicional para complementar la interpretación de los resultados objetivos de la escala LATCH (Tabla 8).

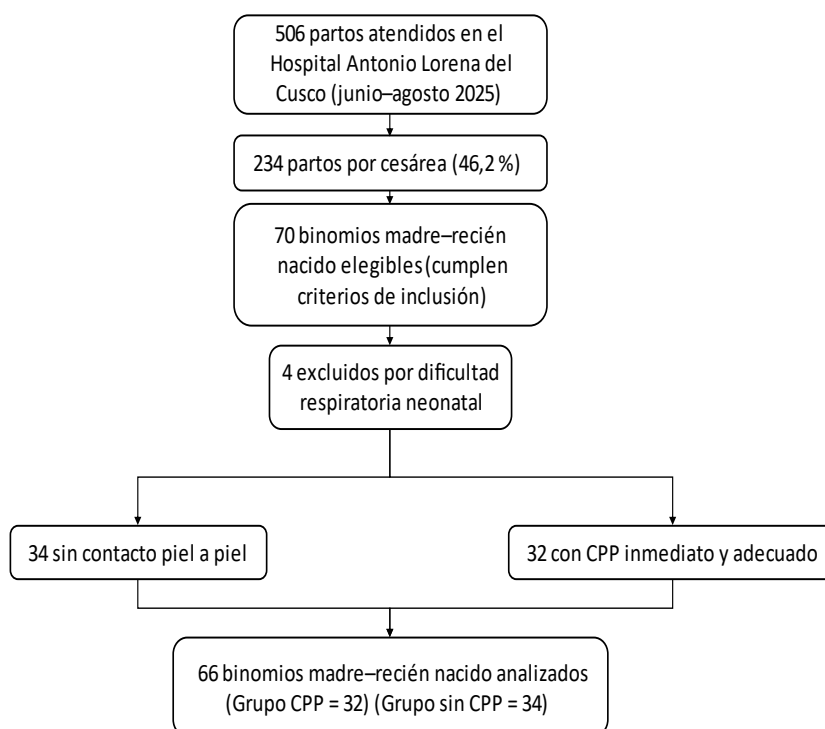
3.5.5 Control de calidad de los datos: Se realizará una verificación cruzada entre la base de datos y los instrumentos de recolección para evitar errores de digitación o inconsistencias. Se efectuará además una revisión de rangos y valores atípicos para garantizar la validez de los análisis.

3.5.6 Tipo de sistematización: Los datos serán sistematizados de manera manual y electrónica para garantizar su correcta clasificación y procesamiento

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Resultados

El estudio se desarrolló durante el periodo de junio a agosto del año 2025, lapso en el que se registraron 506 partos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de los cuales 234 correspondieron a cesáreas, según los reportes estadísticos institucionales ⁽²⁴⁾. De estos, 70 binomios madre–recién nacido cumplieron los criterios de inclusión para el estudio; sin embargo, 4 fueron excluidos durante la recolección de datos por presentar dificultad respiratoria neonatal que impidió la adecuada instauración de la lactancia materna, quedando finalmente 66 participantes válidos para el análisis. La exclusión de los restantes casos se debió principalmente a contacto piel a piel incompleto o no adecuado, así como a limitaciones operativas asociadas al horario nocturno, que dificultaron la aplicación estandarizada del procedimiento.



Esquema 2: Diagrama de flujo de selección y clasificación de los participantes según exposición al contacto piel a piel inmediato.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1

Características sociodemográficas y obstétricas de las madres de neonatos por cesárea atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2025

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media	DE
Edad	< 20 años	4	6,1	28,5	5,9
	20 – 34 años	51	77,3		
	≥ 35 años	11	16,7		
Estado civil	Soltera	3	4,5	----	----
	Casada	3	4,5		
	Conviviente	60	90,9		
Grado de instrucción	Primaria	6	9,1	----	----
	Secundaria	42	63,6		
	Superior técnico	17	25,8		
	Universitario	1	1,5		
Paridad	Primípara (1 hijo)	28	42,4	1,8	0,9
	Múltipara (2-4 hijos)	37	56,1		
	Gran múltipara (5 hijos)	1	1,5		
N° de controles prenatales	Inadecuado (<6)	6	9,1	8,6	2,0
	Adecuado (≥6)	60	90,9		
	Total	66	100,0		

DE: Desviación estándar

La Tabla 1 describe las características sociodemográficas y obstétricas de las madres de neonatos nacidos por cesárea en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el año 2025. La edad promedio fue de $28,5 \pm 5,9$ años, predominando el grupo etario de 20 a 34 años (77,3%). La condición de conviviente fue la más frecuente (90,9%). En cuanto al grado de instrucción, el nivel secundario fue el más prevalente (63,6%), seguido del superior técnico (25,8%). Respecto a la paridad, el 56,1% fueron múltiparas y el 42,4% primíparas, con un promedio de $1,8 \pm 0,9$ hijos. El número promedio de controles prenatales fue de $8,6 \pm 2,0$, siendo adecuados en el 90,9% de las gestantes.

Desde el punto de vista clínico, la población estudiada estuvo conformada predominantemente por mujeres en edad reproductiva óptima, con adecuado control prenatal y bajo riesgo obstétrico, lo que representa un escenario favorable para la instauración temprana de la lactancia materna. Estas condiciones basales permiten interpretar los resultados posteriores principalmente en función del efecto del contacto piel a piel inmediato y no como consecuencia de factores maternos desfavorables.

Tabla 2

Características sociodemográficas de las madres de neonatos por cesárea atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2025, según el contacto inmediato piel a piel

		CPP inmediato y adecuado				Chi cuadrado
		Si		No		p-valor
		f	%	f	%	
Edad	< 20 años	1	3,1	3	8,8	0,591
	20 – 34 años	25	78,1	26	76,5	
	≥ 35 años	6	18,8	5	14,7	
Estado civil	Soltera	1	3,1	2	5,9	0,714
	Casada	2	6,3	1	2,9	
	Conviviente	29	90,6	31	91,2	
Grado de instrucción	Primaria	3	9,4	3	8,8	0,335
	Secundaria	19	59,4	23	67,6	
	Superior técnico	10	31,2	7	20,6	
	Universitario	0	0,0	1	2,9	
Paridad	Primípara (1 hijo)	14	43,8	14	41,2	0,553
	Múltipara (2-4 hijos)	17	53,1	20	58,8	
	Gran múltipara (5 hijos)	1	3,1	0	0,0	
Número de controles prenatales	Inadecuado (<6)	3	9,4	3	8,8	0,893
	Adecuado (≥ 6)	29	90,6	31	91,2	
Total		32	100,0	34	100,0	

La Tabla 2 compara las características sociodemográficas y obstétricas de las madres de neonatos nacidos por cesárea según la realización de contacto piel a piel inmediato y adecuado. En ambos grupos predominó el grupo etario de 20 a 34 años (78,1% con CPP y 76,5% sin CPP). La condición de conviviente fue la más frecuente en los dos grupos (>90%). El nivel secundario constituyó el grado de instrucción más prevalente, seguido del nivel superior técnico. En relación con la paridad, predominó la multiparidad, y la gran mayoría de las gestantes presentó controles prenatales adecuados (≥6).

Desde el punto de vista estadístico, no se evidenciaron diferencias significativas en ninguna de las variables maternas entre los grupos con y sin contacto piel a piel inmediato ($p > 0,05$ en todos los casos), lo que confirma la homogeneidad basal de la población materna. Esta equivalencia garantiza que las diferencias observadas posteriormente en el desempeño de la lactancia materna puedan atribuirse con mayor validez al efecto del contacto piel a piel inmediato y adecuado, y no a factores maternos preexistentes.

Tabla 3

Características de neonatos nacidos por cesárea en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2025, según el contacto inmediato piel a piel

	CPP inmediato y adecuado								T de student
	Si				No				
	Media/				Media/				
	Mínimo	Máximo	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Mediana	DE	
Edad gestacional	37,0	41,0	39,0	1,2	37,0	41,0	39,3	1,1	0,236
APGAR 1 min	7	9	8	-	7	9	8	-	-
APGAR 5 min	9	9	9	-	8	9	9	-	-
Peso (g)	2530	4000	3290	416	2630	3930	3379	348	0,351
Talla (cm)	45,8	52,5	49,5	1,6	46,5	52,0	49,6	1,6	0,786
Perímetro cefálico(cm)	31,0	37,0	34,7	1,4	31,5	37,5	34,6	1,3	0,659
Sexo	Frecuencia		Porcentaje		Frecuencia		Porcentaje		Chi² p
Masculino	17		53,1		12		35,3		0,145
Femenino	15		46,9		22		64,7		
Total	32		100,0		34		100,0		

La Tabla 3 describe las características neonatales basales de los recién nacidos por cesárea según la exposición al contacto piel a piel inmediato y adecuado. La edad gestacional promedio fue de $39,0 \pm 1,2$ semanas en el grupo con CPP y de $39,3 \pm 1,1$ semanas en el grupo sin CPP, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,236$), confirmando que todos los neonatos fueron recién nacidos a término, conforme a los criterios de inclusión del estudio.

El estado clínico al nacimiento fue adecuado en toda la muestra, evidenciado por puntajes de APGAR entre 7 y 9 al primer minuto y de 9 al quinto minuto en ambos grupos, lo que confirma una buena vitalidad neonatal inicial y estabilidad cardiorrespiratoria, condiciones indispensables para una evaluación válida de la lactancia temprana.

El peso promedio al nacer fue de 3290 ± 416 g en el grupo con CPP y de 3379 ± 348 g en el grupo sin CPP ($p = 0,351$). La talla promedio fue de $49,5 \pm 1,6$ cm y $49,6 \pm 1,6$ cm respectivamente ($p = 0,786$), y el perímetro cefálico promedio fue de $34,7 \pm 1,4$ cm frente

a $34,6 \pm 1,3$ cm ($p = 0,659$), sin diferencias significativas entre grupos. Asimismo, la distribución por sexo fue homogénea ($p > 0,05$).

Desde el punto de vista clínico, estos resultados confirman que los neonatos de ambos grupos presentaron condiciones perinatales equivalentes, estables y dentro de parámetros normales, descartándose diferencias basales que pudieran influir en el desempeño de la lactancia. Esta homogeneidad neonatal fortalece la validez interna del estudio y permite atribuir con mayor certeza los efectos observados en la calidad de la lactancia materna al contacto piel a piel inmediato y adecuado, y no a factores neonatales previos.

Tabla 4

Diferencias en los puntajes de la escala LATCH entre neonatos nacidos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado. Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2025. (Resultado primario bivariado: t de Student)

	CPP inmediato y adecuado	N	Media	DE	Diferencia de medias ; [IC95%]	t (64)	p-valor*	Tamaño del efecto de Cohen
L (Agarre)	Si	32	1,75	0,44	0,72	5,68	<0,001	1,41
	No	34	1,03	0,58	[0,47; 0,97]			
A (Deglución audible)	Si	32	1,34	0,55	0,63	4,85	<0,001	1,20
	No	34	0,71	0,52	[0,37; 0,90]			
T (Tipo de pezón)	Si	32	1,94	0,25	0,15	1,71	0,092	0,45
	No	34	1,79	0,41	[-0,02; 0,31]			
C (Comodidad materna)	Si	32	1,91	0,30	0,03	0,31	0,757	0,10
	No	34	1,88	0,33	[-0,13; 0,18]			
H (Posicionamiento)	Si	32	1,47	0,67	0,18	1,24	0,221	0,32
	No	34	1,29	0,46	[-0,11; 0,46]			
Puntaje LATCH total	Si	32	8,41	0,95	1,70	7,20	<0,001	1,80
	No	34	6,71	0,97	[1,23; 2,17]			

Nota: N: Tamaño de muestra de cada grupo. DE = desviación estándar.

Prueba t de Student para muestras independientes; se asumió homogeneidad de varianzas (gl = 64). * $p < 0,05$ diferencia estadísticamente significativa. *d* de Cohen: 0,2 pequeño; 0,5 mediano; 0,8 grande.

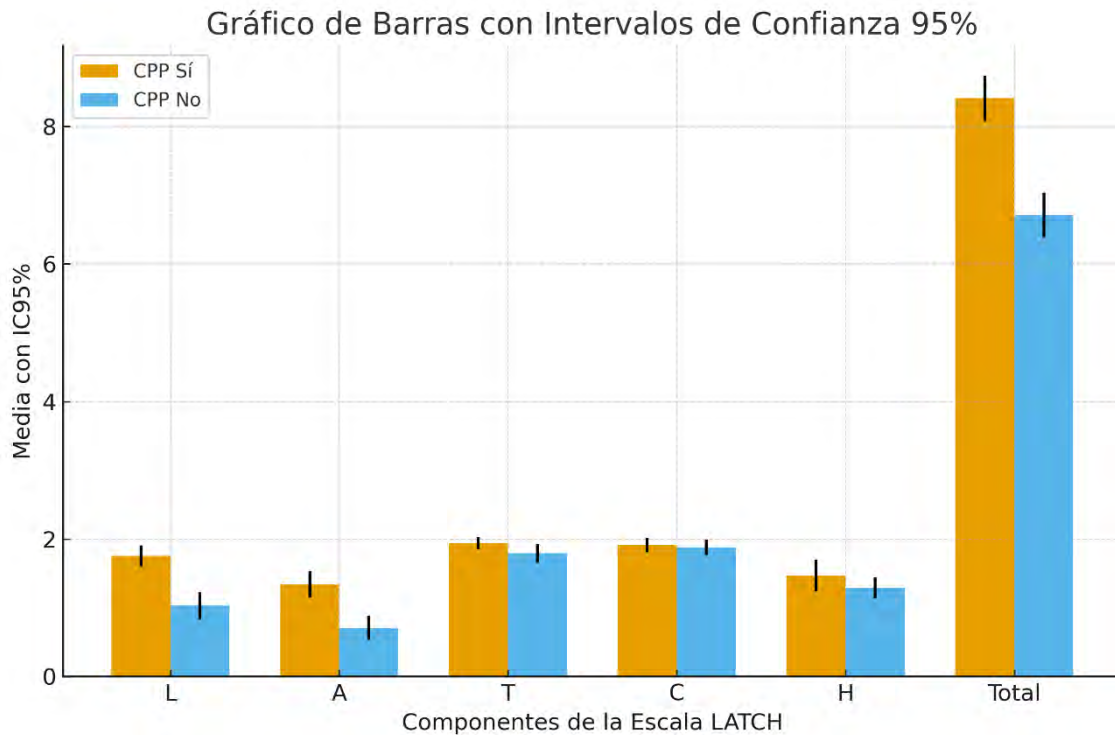


Figura 1: Medias e intervalos de confianza del 95% de los puntajes LATCH según contacto piel a piel inmediato y adecuado

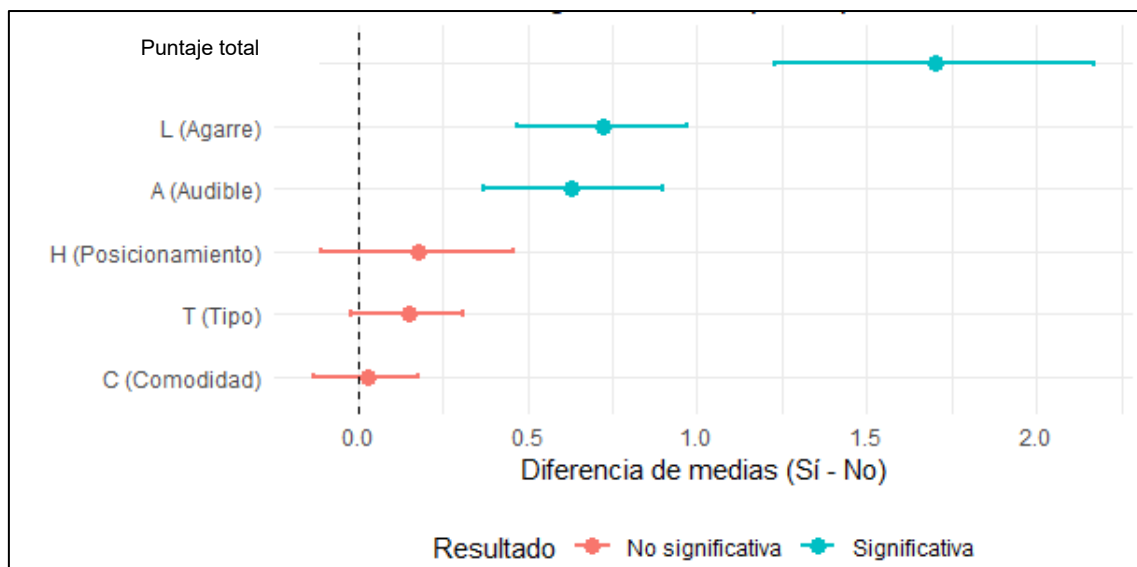


Figura 2: Diferencia de medias (CPP Sí – No) con IC95% por componentes de la escala LATCH.

Las figuras 1 y 2 representaciones gráficas confirman visualmente la superioridad del grupo con contacto piel a piel inmediato en el puntaje total LATCH y en los componentes agarre y deglución audible. La ausencia de cruce del valor cero en los intervalos de confianza respalda la significancia estadística observada en el análisis bivariado, reforzando la consistencia del efecto del contacto piel a piel inmediato sobre la calidad temprana de la lactancia.

La Tabla 4 muestra la comparación de los puntajes de la escala LATCH entre neonatos con y sin contacto piel a piel (CPP) inmediato y adecuado a las seis horas de vida. Los neonatos que realizaron CPP obtuvieron puntaje total LATCH significativamente superior, con una diferencia de medias de **1,70 puntos**, acompañada de un tamaño del efecto grande (d de Cohen $> 1,0$), lo que evidencia una instauración funcional más eficaz de la lactancia materna en el periodo temprano postparto.

En cuanto a los componentes específicos, el CPP se asoció con mejores resultados en **agarre (L)** y **deglución audible (A)**, indicadores directamente vinculados a la efectividad de la succión y a la transferencia de leche. Ambos representan las fases críticas del inicio de la lactancia, por lo que su mejoría tiene un impacto clínico inmediato y relevante.

Por otro lado, los componentes tipo de pezón (T), comodidad materna (C) y posicionamiento (H) no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo que sugiere que estos aspectos dependen principalmente de factores anatómicos, técnicos y de experiencia materna previa, más que del contacto inmediato.

En conjunto, los hallazgos confirman que el contacto piel a piel inmediato y adecuado ejerce un impacto clínico y estadísticamente significativo sobre el desempeño temprano de la lactancia materna, incrementando de manera sustancial el puntaje total de la escala LATCH a las seis horas postparto.

Tabla 5

Regresión lineal múltiple: CPP y características maternas/neonatales seleccionadas como predictores del puntaje total de la escala LATCH a las 6 horas en neonatos por cesárea. Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2025. (Análisis multivariado: resumen del modelo)

R						
		R		cuadrado		
Modelo	R	cuadrado	ajustado	SEE	F (gl)	p
1	0,718	0,516	0,457	0,943	8,824 (7,58)	<0,001
a. Predictores: (Constante), CPP inmediato y adecuado, Paridad, Número de controles prenatales, Sexo, Peso (g), Edad materna, Edad gestacional						
b. Variable dependiente (DV): puntaje total LATCH (0–10) a las 6 horas. CPP codificado 1 = Sí, 0 = No. SEE: error estándar de la estimación. n = 66.						

La Tabla 5 muestra el resumen del modelo de regresión lineal múltiple que evaluó la influencia del contacto piel a piel inmediato y adecuado (CPP), junto con variables maternas y neonatales, sobre el puntaje total de la escala LATCH a las 6 horas de vida.

El modelo presentó una buena correlación entre los valores observados y predichos ($R = 0,718$) y explicó el 51,6 % de la variabilidad del puntaje LATCH ($R^2 = 0,516$). Tras el ajuste por el número de predictores, el poder explicativo se mantiene elevado (R^2 ajustado = 0,457), lo que indica un modelo sólido.

El error estándar de la estimación fue de 0,943 puntos en una escala de 0 a 10, lo que representa una adecuada precisión del modelo. La prueba global del modelo fue estadísticamente significativa ($F(7,58) = 8,824$; $p < 0,001$), confirmando que el conjunto de predictores aporta información relevante sobre el desempeño de la lactancia.

Tabla 6

Prueba global (ANOVA) del modelo de regresión lineal múltiple para el puntaje total de la escala LATCH (6 h) en neonatos nacidos por cesárea en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2025. (Análisis multivariado: ANOVA global)

Fuente de variación	Suma de cuadrados (SC)	Gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	54,894	7	7,842	8,824	<0,001
Residuo	51,545	58	0,889		
Total	106,439	65			
a. Variable dependiente: puntaje total LATCH (0–10) a las 6 horas					
b. Predictores: CPP inmediato y adecuado, Paridad, Número de controles prenatales, Sexo, Peso (g), Edad materna, Edad gestacional					

La Tabla 6 presenta el análisis ANOVA del modelo de regresión lineal múltiple, que evalúa la significancia global del conjunto de predictores sobre el puntaje total de la escala LATCH.

Se observó que la variabilidad explicada por la regresión ($SC = 54,894$) fue superior a la variabilidad residual ($SC = 51,545$), lo cual se refleja en un valor de $F(7,58) = 8,824$ con $p < 0,001$, confirmando que el modelo es estadísticamente significativo en su conjunto.

Este resultado respalda que el contacto piel a piel inmediato y las covariables incluidas explican de manera significativa el comportamiento del puntaje LATCH a las 6 horas postparto.

Tabla 7.

Coefficientes del modelo de regresión lineal múltiple para el puntaje total de la escala LATCH (6 h): CPP y covariables maternas/neonatales basales. Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2025. (Análisis multivariado: coeficientes ajustados)

predictor	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		IC95% de B	
	B	Desv. Error (SE)	β	t (58)	p	
(Constante)	2,646	4,247	-----	0,62	0,536	[-5,85; 11,14]
Sexo	0,010	0,240	0,004	0,04	0,968	[-0,47; +0,49]
Edad gestacional	0,172	0,116	0,159	1,47	0,145	[-0,06; +0,40]
Edad materna	0,036	0,022	0,169	1,63	0,108	[-0,01; +0,08]
Nº de CPN	0,001	0,063	0,001	0,01	0,990	[-0,13; +0,13]
Peso (100g)	0,007	0,032	0,021	0,21	0,834	[-0,06; +0,07]
Paridad	-0,259	0,155	-0,173	-1,67	0,101	[-0,57; +0,06]
CPP inmediato y adecuado	1,756	0,243	0,691	7,23	<0,001	[+1,27; +2,24]

- a. V. dependiente (constante): puntaje total LATCH (0–10) a las 6 horas
- b. predictores
- c. CPP inmediato y adecuado predictor significativo independiente

La Tabla 7 muestra los coeficientes ajustados del modelo de regresión lineal múltiple para el puntaje total de la escala LATCH a las 6 horas.

El contacto piel a piel inmediato y adecuado fue el único predictor independiente estadísticamente significativo del desempeño de la lactancia ($B = 1,756$; IC95%: 1,27–2,24; $p < 0,001$). Esto significa que, manteniendo constantes las demás variables, los neonatos que recibieron CPP presentaron en promedio 1,76 puntos más en el puntaje total LATCH en comparación con aquellos que no recibieron contacto inmediato.

En contraste, las variables sexo, edad gestacional, edad materna, número de controles prenatales, peso neonatal y paridad no alcanzaron significancia estadística ($p > 0,05$ en todos los casos), con intervalos de confianza que incluyeron el valor nulo, lo que sugiere que su influencia sobre la lactancia temprana fue mínima en esta muestra.

Desde el punto de vista clínico, estos resultados confirman que el CPP inmediato es el principal determinante del desempeño temprano de la lactancia, independientemente de las condiciones maternas y neonatales evaluadas.

Tabla 8

Percepción materna sobre el contacto piel a piel inmediato y la lactancia materna en neonatos nacidos por cesárea en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2025.

Ítems	Categorías	CPP inmediato y adecuado			
		Si		No	
		f	%	f	%
¿Considera que su bebé ha mostrado un buen agarre y succión al pecho en estas primeras 6 horas?	Si	23	71,9	8	23,5
	No	2	6,3	13	38,2
	Parcialmente	7	21,9	13	38,2
¿Cuánto tiempo, en promedio, ha durado cada sesión de lactancia en estas primeras 6 horas?	Menos de 5 minutos	0	0,0	14	41,2
	5 a 10 minutos	13	40,6	15	44,1
	Más de 10 minutos	19	59,4	5	14,7
¿Ha notado que el bebé se muestra más tranquilo o relajado durante las primeras 6 horas postparto?	Si	25	78,1	6	17,6
	No	2	6,3	25	73,5
	No estoy segura	5	15,6	3	8,8
	Si	26	81,3	21	63,6

¿Recibió indicaciones sobre la lactancia en las primeras 6 horas tras el parto?	No	6	18,8	12	36,4
¿Recibió apoyo del personal de salud durante las primeras 6 horas para iniciar la lactancia o mejorar la técnica?	Si	29	90,6	29	85,3
	No	3	9,4	5	14,7
¿Experimentó dolor o incomodidad al amamantar durante las primeras 6 horas postparto?	Si	7	21,9	5	14,7
	No	25	78,1	29	85,3
Interés del bebé en amamantar en las primeras 6 horas postparto	Si	23	71,9	10	29,4
	No	0	0,0	17	50,0
	No estoy segura	9	28,1	7	20,6
	Total	32	100,0	34	100,0

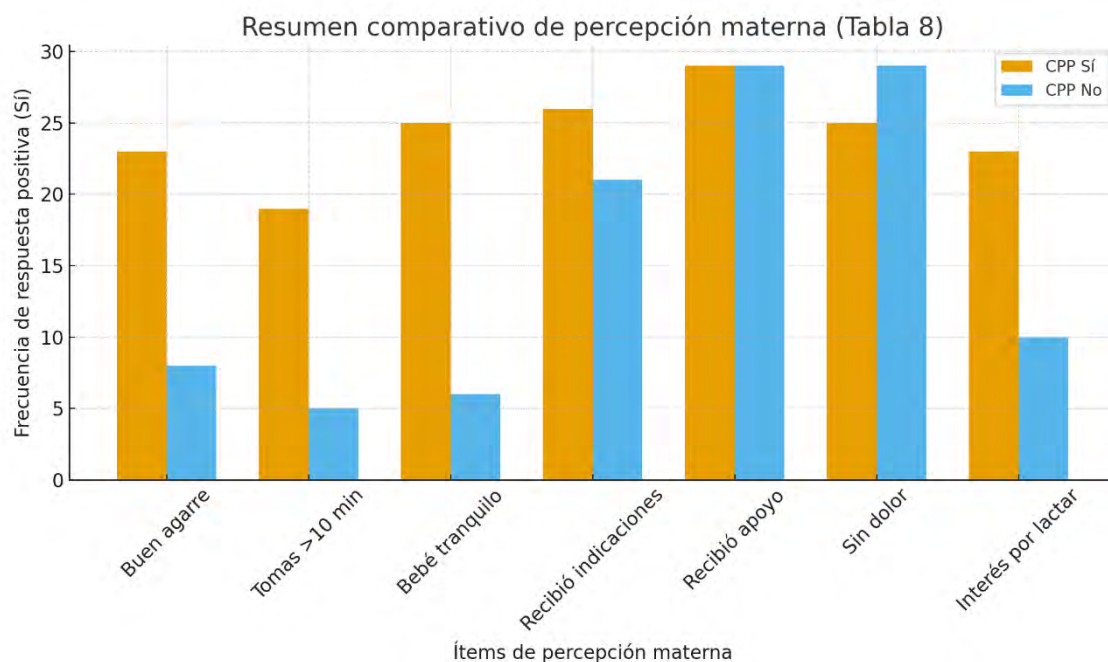


Figura 3: Resumen comparativo de respuestas positivas sobre percepción materna de la lactancia según contacto piel a piel inmediato. Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2025.

La Tabla 8 describe la percepción materna sobre la lactancia en las primeras 6 horas postparto, según la exposición al contacto piel a piel inmediato.

Las madres que realizaron contacto piel a piel inmediato reportaron con mayor frecuencia buen agarre y succión del neonato, así como mayor duración de las sesiones de lactancia, predominando tomas mayores a 10 minutos. En contraste, en el grupo sin

contacto inmediato fueron más frecuentes las tomas de corta duración y las dificultades de succión.

Asimismo, las madres del grupo con contacto piel a piel percibieron a sus bebés más tranquilos y relajados, mientras que en el grupo sin contacto inmediato predominó la percepción de inquietud neonatal, lo que sugiere una menor estabilidad conductual en las primeras horas de vida.

Respecto a la orientación y apoyo del personal de salud, ambos grupos reportaron altos niveles de acompañamiento; no obstante, la recepción de indicaciones sobre lactancia fue mayor en el grupo con contacto piel a piel. En relación con el dolor materno, la mayoría de las madres en ambos grupos refirió no presentar molestias significativas durante el amamantamiento.

Finalmente, el interés del neonato por lactar en las primeras seis horas fue percibido con mayor frecuencia en el grupo que recibió contacto piel a piel inmediato, mientras que en el grupo sin contacto fue más común la ausencia de interés inicial.

Desde el punto de vista clínico, estos hallazgos evidencian que el contacto piel a piel inmediato se asocia a una percepción materna más favorable del inicio de la lactancia, tanto en el comportamiento del recién nacido como en la dinámica de la succión. Esta percepción subjetiva es coherente con los resultados objetivos de la escala LATCH, lo que refuerza la congruencia interna del estudio y la relevancia clínica del contacto piel a piel como estrategia temprana de fortalecimiento de la lactancia.

4.2 Discusión

El presente estudio demuestra que el contacto piel a piel (CPP) inmediato y adecuado después de la cesárea mejora de manera significativa la lactancia materna temprana, evidenciada por puntajes LATCH superiores y por la mejora específica en los componentes agarre (L) y deglución audible (A) en las primeras seis horas postparto. Estos hallazgos confirman que, incluso en el contexto quirúrgico, donde la instauración de la lactancia suele ser más dificultosa, el CPP constituye una intervención eficaz, segura y de alto impacto en la técnica inicial de amamantamiento. La diferencia observada entre los grupos con y sin CPP reafirma que la cesárea no debe considerarse una barrera inevitable para el establecimiento de la lactancia, sino un contexto en el que una intervención oportuna puede revertir desventajas fisiológicas y prácticas. Asimismo, la percepción materna mostró mayor seguridad, tranquilidad y confianza en las madres

que realizaron CPP, lo cual refuerza la naturaleza integral y biopsicosocial del beneficio. La evaluación a las seis horas postparto se justifica porque coincide con el periodo en el que el recién nacido completa la transición fisiológica inicial y expresa de forma más organizada sus reflejos de búsqueda y succión, permitiendo una medición objetiva y comparable del desempeño temprano y evitando la interferencia de la somnolencia fisiológica de la segunda hora de vida, lo que estandariza el momento de evaluación para comparabilidad clínica e investigativa.

Los resultados coinciden ampliamente con la evidencia internacional. Tal como reportaron Addisalem et al. ⁽²⁵⁾, el CPP inmediato incrementa significativamente la probabilidad de inicio precoz de la lactancia, y nuestro estudio confirma este efecto en un escenario postcesárea. De manera similar, Nazirah et al. ⁽¹⁷⁾ mostraron que el CPP es un factor determinante independiente en el inicio temprano, consistente con nuestro modelo multivariado en el que el CPP emergió como un predictor robusto del puntaje LATCH. El hallazgo de mejoría específica en L y A se relaciona con los reportes de Griffin et al. ⁽³³⁾, quienes identificaron que estos componentes son los más comprometidos en las primeras horas y que la escala LATCH permite detectar dificultades técnicas tempranas. Nuestro estudio complementa esta evidencia demostrando que el CPP puede mejorar justamente las áreas más vulnerables. Asimismo, nuestros resultados convergen con el efecto dosis–respuesta descrita por Stephan Yvonne et al. ⁽²⁶⁾ y Juan J. et al. ⁽²⁸⁾, donde un CPP más precoz y prolongado se asocia con mejores indicadores de lactancia. Aunque nuestro protocolo estandarizó la intervención a 60 minutos de CPP adecuado, los beneficios observados son consistentes con los niveles intermedios y altos descritos en esos estudios. La elección de 60 minutos responde a lo establecido por la Norma Técnica N° 214-2024-MINSA, que define ese tiempo como el estándar mínimo para garantizar un CPP continuo, seguro y fisiológicamente efectivo.

Nuestros hallazgos sobre la desventaja inicial de las madres sometidas a cesárea se alinean con lo encontrado por Sandhya et al. ⁽²⁷⁾, Lamba et al. ⁽³¹⁾, Sorkhani et al. ⁽³²⁾ y Fadiloglu et al. ⁽³⁰⁾, quienes documentan que las cesáreas se asocian con menores puntajes LATCH y mayor necesidad de apoyo técnico. En el caso de Fadiloglu, aunque no encontraron diferencias estadísticamente significativas en LATCH entre quienes realizaron o no CPP, sí reportan que el tipo de parto y el retraso en iniciar la lactancia se asocian con mayor riesgo de obtener puntajes <8, reforzando la vulnerabilidad del binomio postcesárea.

Asimismo, es importante precisar que en este estudio se excluyeron las cesáreas de emergencia, incorporándose únicamente procedimientos electivos y de urgencia en binomios materno–neonatales clínicamente estables. Esta decisión metodológica permitió reducir el sesgo asociado a la variabilidad de indicaciones obstétricas, dado que las cesáreas de emergencia suelen implicar condiciones maternas o neonatales que afectan negativamente la lactancia (inestabilidad hemodinámica, depresión neonatal, uso de anestesia general o retrasos en el contacto temprano). Al trabajar únicamente con madres y recién nacidos estables, se homogeneizaron las condiciones basales y se evitó que la patología subyacente interfiera en la técnica de amamantamiento. De este modo, las diferencias encontradas pueden atribuirse con mayor certeza al CPP inmediato y adecuado, y no a factores clínicos propios de las emergencias obstétricas.

Asimismo, la pertinencia de estos hallazgos se enmarca en un contexto donde las tasas de cesárea muestran una tendencia creciente tanto a nivel mundial y nacional, situación que incrementa la proporción de binomios expuestos a dificultades tempranas de lactancia. En este escenario, el CPP inmediato y adecuado adquiere un papel aún más relevante, al constituirse como una intervención de bajo costo y alta efectividad capaz de mitigar las desventajas propias del postoperatorio y favorecer un inicio óptimo de la lactancia en un grupo cada vez más numeroso.

Los beneficios observados pueden explicarse por mecanismos fisiológicos ampliamente documentados. El CPP inmediato aumenta la liberación de oxitocina, favoreciendo la eyección de calostro y fortaleciendo el vínculo afectivo; reduce el cortisol tanto en madre como en neonato, disminuyendo el estrés quirúrgico; promueve la termorregulación en el ambiente frío del quirófano; y estimula reflejos innatos como el gateo, búsqueda y succión. Adicionalmente, facilita la estabilización cardiorrespiratoria del recién nacido y mejora la coordinación succión–deglución–respiración, aspecto crítico en las primeras tomas. Estos mecanismos explican por qué los componentes L y A del LATCH fueron significativamente superiores en el grupo con CPP. La fisiología del recién nacido está diseñada para activarse mediante el contacto directo con la piel materna, y el CPP inmediato y adecuado permite expresar estos comportamientos innatos incluso después de una cirugía.

El CPP inmediato no solo es una intervención clínica; es un derecho del recién nacido y de la madre, reconocido por la OMS, UNICEF y la normativa nacional de atención humanizada. Desde esta perspectiva, negar, retrasar o realizar un CPP incompleto, por ejemplo, interrumpido antes de los 60 minutos establecidos por la norma, vulnera la

experiencia de nacimiento y limita la expresión del vínculo temprano, especialmente en binomios estables. Estas ideas se alinean con la noción de que el CPP es una práctica recomendada universalmente en binomios normales y que solo debe suspenderse ante inestabilidad clínica. Los resultados de este estudio refuerzan que la humanización del nacimiento por cesárea es posible, segura y necesaria. Las madres que realizaron CPP reportaron mayor tranquilidad, seguridad y confianza, elementos esenciales para la experiencia emocional del postparto inmediato. El CPP fortalece el rol materno desde los primeros minutos postparto, lo cual en este estudio se aseguró al iniciar el contacto antes de los 10 minutos, en concordancia con las recomendaciones internacionales. El respeto de estos derechos se opone frontalmente a las prácticas rutinarias que separan al binomio sin justificación clínica.

La seguridad del CPP es un aspecto central. Las únicas excepciones corresponden a inestabilidad del recién nacido (reanimación, dificultad respiratoria, compromiso hemodinámico) o de la madre (hemorragia, shock, sedación profunda). En un binomio sano, el CPP no solo es seguro, sino recomendado. Los riesgos potenciales, como obstrucción de la vía aérea o hipotermia, se previenen con vigilancia continua, posición segura y paños tibios. Estos riesgos no justifican suspender la práctica, sino reforzar las medidas de seguridad. El presente estudio demuestra que, con protocolos de seguridad, el CPP en quirófano es viable, seguro y altamente beneficioso.

La percepción materna constituyó un componente clave: las madres en CPP inmediato y adecuado reportaron mayor confianza, sensación de conexión y facilidad para amamantar, coincidiendo con la teoría del apego y con estudios como los de Sandhya⁽²⁷⁾ y Sheedy⁽²⁹⁾. Esta coherencia entre evidencia objetiva y percepción subjetiva fortalece la validez ecológica del estudio, mostrando que el beneficio no se limita a una puntuación sino a la vivencia materna integrada.

El modelo multivariado demostró que el CPP fue un predictor independiente del puntaje LATCH, incluso después de ajustar por factores maternos y neonatales. Esto demuestra que la intervención tiene un efecto propio, robusto y clínicamente significativo, lo que respalda su implementación sistemática como componente esencial y no opcional en la atención postcesárea.

El estudio presenta varias fortalezas: la intervención estandarizada de CPP adecuado durante 60 minutos, la evaluación objetiva mediante un observador capacitado, la homogeneidad entre los grupos en sus características basales, el trabajo en un contexto real de cesáreas y el análisis multivariado que demuestra la independencia del efecto.

Asimismo, el uso de una escala validada internacionalmente y la aplicación estricta del tiempo de inicio del CPP fortalecen la validez interna y la replicabilidad del estudio.

Desde una perspectiva de salud pública, la evidencia generada es especialmente valiosa, pues demuestra que una intervención de bajo costo, alta factibilidad y plenamente compatible con entornos quirúrgicos puede mejorar sustancialmente la técnica de lactancia materna en las primeras horas. Su implementación sistemática tiene el potencial de incrementar las tasas de lactancia exclusiva al egreso, reducir dificultades tempranas y disminuir la necesidad de suplementación no indicada, aportando así beneficios directos al binomio y al desempeño institucional.

En síntesis, el CPP inmediato y adecuado tras cesárea emerge como una práctica segura, efectiva y respaldada por la evidencia internacional y regional. Los hallazgos de este estudio no solo demuestran mejoras objetivas en la técnica de lactancia evaluada por LATCH, sino que también refuerzan la importancia de un enfoque humanizado que respete los derechos del recién nacido y la madre. La implementación sistemática del CPP debe considerarse una prioridad institucional para optimizar los resultados de lactancia y garantizar una atención centrada en la dignidad y el bienestar del binomio.

4.3 Conclusiones

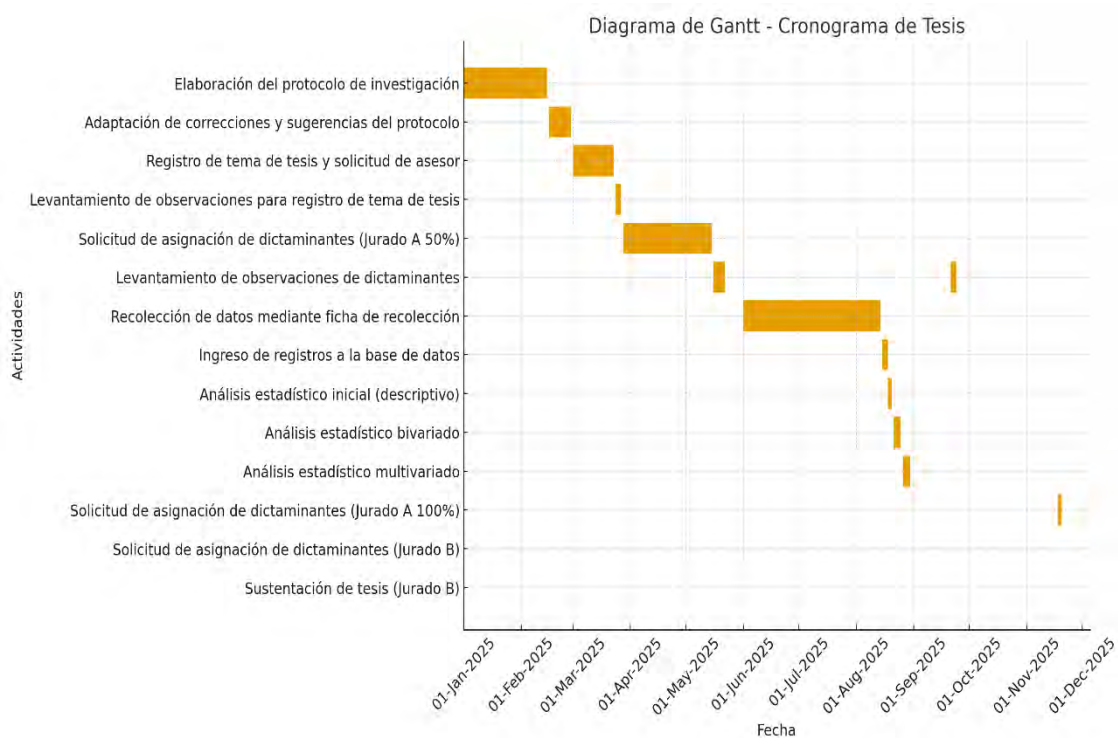
1. **Respecto al objetivo general**, el contacto piel a piel inmediato y adecuado en neonatos por cesárea demostró ser una intervención eficaz para mejorar la lactancia materna, evidenciado por un incremento estadísticamente significativo en la puntuación total de la escala LATCH a las seis horas postparto, confirmando su relevancia clínica en el establecimiento temprano del amamantamiento.
2. **En relación con el primer objetivo específico**, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado y aquellos que no lo realizaron, siendo superiores los puntajes en el grupo con CPP, lo que refleja un mejor desempeño global de la lactancia materna.
3. **Respecto al segundo objetivo específico**, los componentes de la escala LATCH que mostraron mayores diferencias fueron el agarre y la deglución audible, indicando que el contacto piel a piel inmediato favorece principalmente los aspectos funcionales críticos del amamantamiento durante las primeras horas de vida.

4. **En relación con el tercer objetivo específico**, las características maternas y neonatales de los binomios madre-hijo por cesárea fueron similares entre los grupos estudiados y no influyeron significativamente en la puntuación total de la escala LATCH, lo que sugiere que las diferencias observadas en la lactancia materna se atribuyen principalmente a la realización del contacto piel a piel inmediato y adecuado.

4.4 Sugerencias

1. Se sugiere a la Jefatura del Servicio de Neonatología y al equipo de enfermería promover la implementación sistemática del contacto piel a piel inmediato y adecuado en neonatos por cesárea clínicamente estables, iniciándolo tan pronto como las condiciones maternas y neonatales lo permitan, conforme a la Norma Técnica N.º 214-2024-MINSA/DGIESP, con el fin de optimizar el establecimiento temprano de la lactancia materna.
2. Incorporar o fortalecer la preparación prenatal de la gestante para la cesárea en temas de lactancia materna y contacto piel a piel, durante los controles prenatales, brindando información clara sobre sus beneficios, procedimiento y derechos, con el fin de fortalecer la preparación emocional de la madre y favorecer su participación activa en el inicio temprano de la lactancia.
3. Se recomienda incorporar la evaluación sistemática de la lactancia materna mediante la escala LATCH en la atención postcesárea del alojamiento conjunto, como herramienta objetiva para la detección precoz de dificultades en la técnica de amamantamiento y la orientación oportuna a las madres.
4. Se sugiere que en futuras investigaciones la evaluación de la lactancia materna sea realizada por un evaluador distinto al responsable de la recolección de datos clínicos, con el objetivo de reducir posibles sesgos de información y fortalecer la validez interna de los resultados.
5. Se recomienda el desarrollo de estudios multicéntricos y longitudinales, con mayor tamaño muestral, que permitan evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato en distintos contextos hospitalarios y analizar su efecto según diferentes duraciones del contacto y características maternas o neonatales.
6. Se sugiere que futuras investigaciones incorporen el análisis de factores individuales asociados al éxito de la lactancia, como experiencia materna previa, motivación, apoyo familiar y acompañamiento del personal de salud, utilizando análisis estratificados que permitan comprender mejor su influencia en los puntajes de la escala LATCH.

CRONOGRAMA



PRESUPUESTO

Categoría	Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Precio Unitario (S/.)	Subtotal (S/.)
I. Materiales e insumos	Guantes para examen clínico	2	Caja	20	40
	Mascarillas simples	1	Caja	15	15
Subtotal I					55
II. Servicio a terceros	Consultoría estadística	1	Persona	500	500
Subtotal II					500
III. Pasajes	Movilidad y transporte	60	Viajes	10	600
Subtotal III					600

IV. Otros gastos	Impresión de fichas	60	Millar	0.60	36
	Reproducción de informe final	4	Unidades	10	40
	Útiles de escritorio (Hojas, folder, lapiceros, etc.)	1	Unidades	50	50
Subtotal IV					126
TOTAL, GENERAL					1281.00

El total asciende a S/. 1,281.00 (mil doscientos ochenta y un soles), monto que será financiado por el tesista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed [Internet]. 2020 Aug 7 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/newsroom/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>
2. World Health Organization. Newborns: improving survival and well-being. [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
3. Hernández-Aguilar MT, et al. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. 2018 Nov;13(9):559-574. doi: 10.1089/bfm.2018.29110.mha.
4. World Health Organization. New research highlights risks of separating newborns from mothers during COVID-19 pandemic. [Internet]. 2021 Mar 16 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-03-2021-new-research-highlights-risks-of-separating-newborns-from-mothers-during-COVID-19-pandemic>
5. Saus-Ortega C. Skin-to-skin contact in mothers with suspected, probable, or confirmed COVID-19. *Birth*. 2023;50(3):486-495. doi:10.1111/birt.12715.
6. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*. 2019;108(7):1192-1204. doi:10.1111/apa.14754.

7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care: recommendations. London: NICE; 2021 Apr 20. [Internet]. [cited 2025 Oct 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/recommendations>
8. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: ScientificWorldJournal. 2017; 2017:1940756. doi:10.1155/2017/1940756.
9. Costello S, Santillan D, Shelby A, Bowdler N. Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding After Planned Cesarean Birth Before and During the COVID-19 Pandemic. Breastfeed Med. 2024 Mar;19(3):166-176. doi:10.1089/bfm.2023.0195. PMID: 38416483; PMCID: PMC10951620.
10. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea: puesta al día y propuesta de actuación. Rev Esp Salud Pública. 2019 Feb 19;93:e201902006. PMID: 30773531. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100313
11. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM; Neovita Study Group. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 Jul 31;12(7):e0180722. doi:10.1371/journal.pone.0180722. PMID: 28746353; PMCID: PMC5528898. [Internet]. [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5528898/>
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Leche materna desde la primera hora de vida. [Internet]. Washington (DC): OPS; 31 jul 2018 [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/31-7-2018-leche-materna-desde-la-primera-hora-de-vida>
13. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise amid growing inequalities in access. [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2021 Jun 16 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
14. United Nations Children's Fund (UNICEF); World Health Organization (WHO). Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding — The best start for every newborn. New York (US): UNICEF; 2018. [Internet]. [cited 2025 Oct 24]. Available from: https://www.unicef.org/media/48491/file/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018-ENG.pdf

15. Balatero JS, Spilker AF, McNiesh SG. Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2019 May/Jun;44(3):137-143. doi:10.1097/NMC.0000000000000521. PMID: 31033584.
16. Getaneh T, Negesse A, Dessie G, Desta M, Temesgen H, Getu T, Gelaye K. Impact of cesarean section on timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2021;16(1):51. doi:10.1186/s13006-021-00399-9.
17. Johar N, Mohamad N, Saddki N, Tengku Ismail TA, Sulaiman Z. Factors Associated with Early Breastfeeding Initiation among Women Who Underwent Cesarean Delivery at Tertiary Hospitals in Kelantan, Malaysia. *Korean J Fam Med.* 2021;42(2):140-149. doi:10.4082/kjfm.19.0178.
18. Sampieri CL, Gutiérrez Frago K, Córdoba-Suárez D, Zenteno-Cuevas R, Montero H. Influence of skin-to-skin contact on breastfeeding: results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics 2018. *Int Breastfeed J.* 2022;17:49. doi:10.1186/s13006-022-00489-2. [Internet]. [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-022-00489-2>
19. Ortiz-Romaní KJ, Loayza-Alarico MJ. Factores asociados al inicio temprano de lactancia materna entre mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020. *Index Enferm.* 2023;32:e5722. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000100006
20. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. NTS N° 214-MINSA/DGIESP-2024. Lima: MINSA; 2024. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5874349-545-2024-minsa>
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2024. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
22. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Resolución Ministerial N.º 658-2019/MINSA. Lima: MINSA; 2019 Jul 19. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/285438-658-2019-minsa>

23. Goudard MJF, Lamy ZC, Marba STM, Lima GMS, Santos AMD, Vale MSD, Ribeiro TGDS, Costa R, Azevedo VMGO, Lamy-Filho F. The role of skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: a cohort study. *Rev Saude Publica*. 2022 Jul 25;56:71. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056004063.
24. Hospital Antonio Lorena del Cusco. *Registro estadístico institucional: partos y cesáreas, años 2023 y enero–agosto 2025*. Cusco: Oficina de Estadística y Epidemiología; 2025.
25. Armdie AZ, Ejigu BA, Seme A, et al. Magnitude and determinants of early initiation and exclusive breastfeeding at six weeks postpartum: evidence from the PMA Ethiopia longitudinal survey. *Int Breastfeed J*. 2024;19:1. doi:10.1186/s13006-023-00611-y.
26. Stephan Y, Müller HH, Kühnert M, Meinhold-Heerlein I, Ibrahim G, Reitz M, et al. The effect of early skin-to-skin contact after cesarean section on breastfeeding duration and development of atopic-allergic diseases: a prospective cohort study. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2024;228(2):137-147. doi: 10.18332/ejm/176213. PMID: 38269325; PMCID: PMC10807137.
27. Lingala SD, Vasavi NJ, Addanki AJ, Chinth a LP, Reddy AN. Identification of breastfeeding problems using LATCH score and the impact of lactation counselling: a quasi-experimental study. *J Clin Diagn Res*. 2025 Jan;19(1):SC01-SC04. doi:10.7860/JCDR/2025/74442.20452.
28. Juan J, Zhang X, Wang X, Cao Y, Chen X, Chen S, et al. Association between skin-to-skin contact duration after caesarean section and breastfeeding outcomes: a cohort study. *Children (Basel)*. 2022;9(11):1742. doi:10.3390/children9111742. PMCID: PMC9688907.
29. Sheedy GM, Stulz V, Stevens J. Exploring outcomes for women and neonates having skin-to-skin contact during caesarean birth: a quasi-experimental design and qualitative study. *Women Birth*. 2022;35(6):e530-e538. doi:10.1016/S1871-5192(22)00011-7.
30. Fadiloglu E, Karatas E, Tez R, Cagan M, Unal C, Nar M, Tanacan A, Beksac MS. Assessment of factors affecting breastfeeding performance and LATCH score: a prospective cohort study. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2021;225(4):353-360. doi:10.1055/a-1255-3525.
31. Lamba I, Kumar M, Verma A, Meena E. Comparative study of breastfeeding in caesarean and vaginal delivery using the LATCH score. *J Obstet Gynecol India*. 2022;72(Suppl 1):S172-S177. doi:10.1007/s13224-022-01698-9.
32. Sorkhani T, Namazian E, Komsari S, Arab S. Investigating the relationship between childbirth type and breastfeeding pattern based on the LATCH scoring

- system in breastfeeding mothers. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(2):90-95. doi: 10.1055/s-0041-1735985.
33. Griffin CMC, Amorim MHC, Almeida FAA, Marcacine KO, Goldman RE, Coca KP. LATCH como ferramenta sistematizada para avaliação da técnica de amamentação na maternidade. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE03181. doi:10.37689/acta-ape/2022AO03181.
 34. Vizcarra Vargas D. Factores asociados a la efectividad de la lactancia materna mediante la escala LATCH en madres primíparas del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, enero-febrero 2025. Arequipa (PE): Universidad Católica de Santa María; 2025 Apr 1. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/9d2e0a50-2db9-4c54-a736-d09609d4e8ae>
 35. Morales OB. Comité de ética en investigación. Ciudad de México (MX): Sitio Web del Comité de Ética en Investigación. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>
 36. Bioeticaweb. El Informe Belmont. Bioética en la Red: principios de la bioética y otras cuestiones. 2004. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/el-informe-belmont-principios-y-guia-practica-para-la-proteccion-de-los-sujetos-humanos-de-investigacion-18-abril-1979/>
 37. Brimdyr K, Mbalinda S N, Blair A, Svensson K, Kagawa M N, Reyes M, Bastarache L R, Kamoga L, Kigozi E, Cadwell K. The impact of implementing and sustaining the international guidelines for skin-to-skin contact in the first hour after birth in Uganda. *Sci Rep.* 2024;14(1):32042. doi:10.1038/s41598-024-83761-1.
 38. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4.
 39. Schlesinger E, Hatiel K, Hod N, Shinwell ES. Longer skin-to-skin contact after birth enhances breastfeeding quality and duration: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2024 Dec;113(12):2637-2642. doi:10.1111/apa.17388. Epub 2024 Aug 23. PMID: 39180237.
 40. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding fact sheet. [Internet]. [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 41. Ministerio de Salud (MINSA). *Guía técnica para la consejería en lactancia materna* [Internet]. Lima (PE): MINSA; 2011 [citado 24 may 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>

42. World Health Organization (WHO). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative 2018. Geneva (CH): WHO; 2018. [Internet]. [cited 25 Oct 2025]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c517e728-aabb-4b47-9b1c-a11abb5a6355/content>
43. García López R. Composición e inmunología de la leche humana. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf>
44. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, Kotlowska A, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding: a systematic review. PLoS One. 2020;15(8):e0235806. doi:10.1371/journal.pone.0235806.
45. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. Am J Clin Nutr. 2012;95(5):1113-1135. doi:10.3945/ajcn.111.030254.
46. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, et al. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J*. 2018;13:32. doi:10.1186/s13006-018-0174-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>
47. Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Madrid: AEP; [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
48. Instituto Nacional de Salud (INS); Ministerio de Salud (MINSA). Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad. Lima: MINSA; 2021. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5492.pdf>
49. Organización Mundial de la Salud (OMS); UNICEF. Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018. Ginebra: OMS; 2018. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513807>

50. Ministerio de Salud (MINSA). Resolución Ministerial N.º 372-2024-MINSA. Lima: MINSA; 2024. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5617451-372-2024-minsa>
51. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). *Immediate and sustained skin-to-skin contact for healthy late preterm and term newborns after birth: AWHONN Practice Brief Number 14. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2021 Nov;50(6):e135–8. doi: [10.1016/j.nwh.2021.07.003](https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.07.003)
52. Cong S, Fan X, Yu P, Zhou C, Wang L, Wang R, et al. Spontaneous behaviours during breast crawling and factors influencing newborns' self-locating their mother's breasts: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):517. doi:10.1186/s12884-023-05958-8.
53. Kawaza K, Woo M, Hiwa T, Njirammadzi J, Banda M, Vidler M, et al. Evaluación de la calidad de la atención neonatal en los centros de distrito de Malawi. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:227. doi:10.1186/s12913-020-5065-2. [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5065-2>
54. Ionio C, Ciuffo G, Landoni M. Parent–Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9):4695. doi:10.3390/ijerph18094695.
55. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: Keep mother and baby together—It's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014;23(4):211–217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.211.
56. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr.* 2011;100(1):79-85. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x.
57. Delgado M, Inca L. Efecto del contacto precoz piel a piel sobre el inicio de la lactancia materna y la termorregulación en recién nacidos a término sanos. Hospital Goyeneche, Arequipa, abril–junio 2015. Arequipa (PE): Universidad Católica de Santa María; 2015. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/37c34f4f-f9b0-4ce9-8aee-ca2780c4eb95>
58. Desmond MM, Rudolph AJ. Progressive evaluation of the newborn infant. *Postgrad Med.* 1965;37(3):207–212. doi:10.1080/00325481.1965.11695440. PMID: 14255416. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14255416/>
59. Kenner C, Altimier L, Boykova M, editors. *Comprehensive Neonatal Nursing Care.* 6th ed. New York: Springer Publishing Company; 2021. [Internet]. [cited 25

- Oct 2025]. Available from: <https://www.springerpub.com/comprehensive-neonatal-nursing-care-9780826139092.html>
60. American Academy of Pediatrics (AAP). Textbook of Neonatal Resuscitation (NRP). 8th ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2021. [Internet]. [cited 25 Oct 2025]. Available from: <https://publications.aap.org/aapbooks/book/694/Textbook-of-Neonatal-Resuscitation>
61. Saus Ortega C. Revisión crítica de la Escala de Evaluación de la Lactancia Materna LATCH: un estudio cualitativo. *Matronas Prof.* 2020–2021;21–22(3–1):35–39. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8123383>
62. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994;23(1):27–32. doi:10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8176525/>
63. Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo de valoración y seguimiento de la instauración de la lactancia materna eficaz en hospital y en atención primaria. Escala LATCH. Madrid (España): Dirección General de Programas Asistenciales; noviembre 2020. ISBN: 978-84-16878-19-2. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/60b0663d-24d1-11eb-830f-a374bc10cb3c/Protocolo>
64. Paricio JM. El libro de la lactancia. Barcelona (España): Penguin Random House Grupo Editorial España; 2020. 574 p. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.penguinrandomhouse.com/books/671677/el-libro-de-la-lactancia--the-breastfeeding-book-by-dr-jose-maria-paricio/>
65. Báez-León C, Blasco-Contreras R, Martín-Sequeros E, Del Pozo-Ayuso ML, Sánchez-Conde AI, Vargas-Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. *Index Enferm.* 2008;17(3):205–209. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300012
66. Rapheal SM, Rajaiah B, Karupanan R, Abiramalatha T, Ramakrishnan S. LATCH Score for Identification and Correction of Breastfeeding Problems: A Prospective Observational Study. *Indian Pediatr.* 2023 Jan 15;60(1):37–40. Epub 2022 Sep 22. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36148744/>

67. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghoon N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019;58(1):1-8. [Internet]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302766?via%3Dihub>
68. Martínez-Hortelano JA, Saz-Lara A, González JLG, Cristóbal-Aguado S, Iglesias-Rus L, Martínez-Vizcaíno V, Garrido-Miguel M. Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. Int J Nurs Stud. 2025 Jun;166:105038. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105038.
69. Lactancia materna - DeCS Server - List Terms. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
70. Descriptores en Ciencias de la Salud. Lactancia. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
71. Recién Nacido - DeCS Server - List Terms. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
72. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Lactancia materna y alimentación complementaria. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
73. World Health Organization (WHO). Immediate skin-to-skin contact for newborns: recommendations and implementation guide. Geneva: WHO; 2024. [Internet]. [cited 25 Oct 2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376033/9789240109254-eng.pdf>
74. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2014. [Internet]. [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	RECOLECCION DE DATOS Y PLAN DE ANALISIS DE DATOS
PG: ¿Cuál es la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025? PE1: ¿Existe una diferencia significativa en la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado, y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?	OG: Evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025. OE1: Comparar la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado, y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio	HG: El contacto piel a piel inmediato y adecuado se asocia significativamente con mejores resultados en la lactancia materna, según los puntajes globales e individuales de la escala LATCH, en neonatos por cesárea del Hospital Antonio Lorena – Cusco, 2025. HE1: Existe una diferencia significativa en la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado, y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.	Variables implicadas Variable dependiente Lactancia materna según escala LATCH, siendo los indicadores: Agarre (L), deglución audible (A), tipo de pezón (T), comodidad materna (C), apoyo necesario (H), puntaje total (0–10) Variable independiente Contacto piel a piel inmediato y adecuado, siendo los indicadores: Inicio $\leq$ 10 minutos, duración $\geq$ 60 minutos,	DISEÑO METODOLÓGICO Tipo de investigación Aplicada, enfoque cuantitativo, alcance explicativo Diseño de investigación Cuasiexperimental con posprueba y comparación de grupos no equivalentes. Tipo de cesárea: electiva y de urgencia (cesáreas de emergencia excluidas) Ubicación del estudio Hospital Antonio Lorena del Cusco Periodo de estudio	Técnica e instrumento de recolección de datos • Técnica de observación estructurada y revisión documental. • Instrumento que es un formulario de recolección de datos Plan de análisis de datos El procesamiento y análisis de los datos se realizará utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 30. El análisis se organizará en tres niveles: descriptivo, bivariado y multivariado, en coherencia con los objetivos del estudio y el diseño cuasiexperimental con posprueba y grupos no equivalentes.

PE2: ¿Existen diferencias significativas en los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad materna y apoyo) entre neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025? PE3: ¿Qué características maternas y neonatales presentan los binomios madre-hijo por cesárea incluidos en el estudio, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?	Lorena, Cusco – 2025. OE2: Comparar los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad materna y apoyo necesario) entre neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025. OE3: Describir las características maternas y neonatales de los binomios madre-hijo por cesárea incluidos en el estudio, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.	HE2: Existen diferencias significativas en los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025	contacto continuo piel–piel, posición ventral RN–madre Variables intervinientes Variables maternas • Edad materna • Estado civil • Grado de instrucción • Paridad • Número de controles prenatales Variables neonatales • Sexo del neonato • Peso al nacer (g) • Talla (cm) • perímetro cefálico (cm) • Edad gestacional	Junio y agosto de 2025 POBLACIÓN Y MUESTRA Población de estudio La población de estudio estará conformada por todos los neonatos a término, adecuados para la edad gestacional (AEG), nacidos por cesárea Muestra 66 binomios madre-recién nacido Unidad de información Formulario de recolección de datos	
--	---	---	---	--	--

ANEXO 2: Instrumento de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD MEDICINA HUMANA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN



Título del estudio: "Eficacia del contacto piel a piel inmediato en la lactancia materna después del periodo adaptativo en neonatos a término nacidos por cesárea, según la escala LATCH, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco-2025"

1. Justificación y Objetivo del Estudio: Usted está siendo invitada a participar en una investigación que tiene como finalidad evaluar la eficacia del contacto piel a piel (CPP) inmediato y adecuado en la lactancia materna de recién nacidos por cesárea. Este estudio busca generar evidencia científica que contribuya a mejorar la atención neonatal y fortalecer las prácticas de lactancia materna

2. Procedimientos: Si decide participar, se registrarán datos sobre el contacto piel a piel y de la técnica de lactancia materna mediante observación y una ficha de recolección de datos. No se efectuará ningún procedimiento invasivo ni se administrará medicación alguna. La participación se limitará al periodo desde el nacimiento hasta las seis horas postparto, momento en que se efectuará la evaluación mediante la escala LATCH.

3. Beneficios y Riesgos: La participación en este estudio no genera riesgos adicionales más allá de los cuidados habituales. Los resultados del estudio beneficiarán a futuras madres y recién nacidos, promoviendo la implementación sistemática del contacto piel a piel y mejorando la efectividad del inicio de la lactancia materna.

4. Confidencialidad: Toda la información será manejada con estricta confidencialidad y anonimato. Solo será utilizada con fines de investigación. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines de investigación y no permitirán la identificación de las participantes en ningún informe o publicación.

5. Participación Voluntaria: Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica que reciba usted o su bebé.

Declaración de Consentimiento

Declaro haber leído y comprendido la información proporcionada. Se me ha explicado el propósito del estudio, los procedimientos, beneficios, riesgos y mi derecho a retirarme en cualquier momento. Doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma del participante o representante legal

**EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA
MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO
NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO-2025**

N° de encuesta: _____

I. DATOS MATERNOS: Marque o escriba según corresponda

1. Edad materna: _____ años
2. Estado civil:
Soltera () Casada () Conviviente () Viuda () Divorciada ()
3. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior técnico
incompleto () Superior técnico completo () Superior universitario
incompleto () Superior universitario completo ()
4. Paridad: _____
5. Número de controles prenatales: _____

II. DATOS DEL RECIÉN NACIDO: Marque o escriba según corresponda

6. Edad gestacional por FUR: _____ semanas
7. APGAR:
 - a. 1° minuto: _____
 - b. 5° minuto: _____
8. Antropometría neonatal:
 - a. Peso: _____ g
 - b. Talla: _____ cm
 - c. Perímetro cefálico: _____ cm
9. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino

III. CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL (CPP) INMEDIATO: Marque o escriba según corresponda

Hora de nacimiento: _____ Hora de inicio del CPP: _____

10. Tiempo de inicio del contacto piel a piel después del nacimiento:
 - a. ≤ 10 minutos
 - b. > 10 minutos
11. ¿El recién nacido fue colocado desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho materno?
 - a. Sí
 - b. No
12. ¿El pecho materno estaba descubierto (sin bata u obstrucciones)?
 - a. Sí
 - b. No
13. Tiempo de permanencia del recién nacido sobre el pecho materno durante el CPP:

a. < 60 minutos b. ≥ 60 minutos
 Hora de término del CPP: _____

Tiempo total del CPP: _____ horas _____ minutos

Calidad del contacto piel a piel:

- a. Calidad adecuada
- b. Calidad no adecuada

Para calificar la calidad del contacto piel a piel como adecuada, en cada una de sus dimensiones las respuestas a las preguntas 10,11,12,13, deben ser las siguientes:
 pregunta 10: respuesta opción a, pregunta 11: respuesta opción a, pregunta 12 respuesta opción a, pregunta 13 respuesta opción b

IV. EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

14. Evaluación de lactancia materna según la ESCAL^A LATCH

Parámetros	0 puntos Se cumple alguno de los parámetros	1 punto Se cumple alguno de los parámetros	2 puntos Se cumplen todos los parámetros
(L) Forma en que el bebé se engancha al pecho	- Demasiado dormido - No se coge al pecho	- Repetidos intentos de colocarse - Mantiene el pezón en la boca - Llega a succionar	- Agarra el pecho - Lengua debajo - Boca ajustada - Succión rítmica
(A) Cantidad de la deglución audible	Ninguno	Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación	- Espontáneo e intermitente (<24 horas de vida) - Espontáneo y frecuente (>24 horas de vida)
(T) Tipología / Forma de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
(C) Comodidad de la madre	- Mamas ingurgitadas - Grietas - Dolor severo	- Mamas llenas - Pezón lesionado - Daño medio	- Mamas blandas - No hay dolor
(H) Nivel de ayuda para mantener la posición al pecho	Ayuda total (el profesional mantiene al niño colocado en el pecho).	Minimiza la ayuda (colocar almohada, el profesional se coloca de un lado y la madre del otro, el profesional inicia y la madre continúa)	No necesita ayuda (la madre es capaz de mantener al niño colocado)

--	--	--	--

V. PERCEPCIÓN SOBRE EFECTOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LACTANCIA A LAS 6 HORAS

15. Evaluación del Agarre y la Succión

¿Considera que su bebé ha mostrado un buen agarre y succión al pecho en estas primeras 6 horas?

- a) Sí b) No c) Parcialmente

16. Duración de la Lactancia

¿Cuánto tiempo, en promedio, ha durado cada sesión de lactancia en estas primeras 6 horas?

- a) Menos de 5 minutos b) 5 a 10 minutos c) Más de 10 minutos

17. Estado del Bebé Durante la Lactancia

¿Ha notado que el bebé se muestra más tranquilo o relajado durante las primeras 6 horas postparto?

- a) Sí b) No c) No estoy segura

18. Indicaciones sobre la Lactancia

¿Recibió indicaciones sobre la lactancia en las primeras 6 horas tras el parto?

- a) Sí b) No

19. Apoyo del Personal de Salud

¿Recibió apoyo del personal de salud durante las primeras 6 horas para iniciar la lactancia o mejorar la técnica?

- a) Sí b) No c) No estoy segura

20. Dolor o Incomodidad al Amamantar

¿Experimentó dolor o incomodidad al amamantar durante las primeras 6 horas pos parto?

- a) Sí b) No

21. Efecto del Contacto Piel a Piel sobre el Inicio de la Lactancia

Para madres con CPP:

¿Cree que el contacto piel a piel con su bebé ayudó a que empiece a darle pecho más rápido en las primeras 6 horas?

- a) Sí b) No c) No estoy segura

Para madres sin CPP:

¿Su bebé ha mostrado interés en amamantar en las primeras 6 horas postparto?

- a) Sí b) No c) No estoy segura

ANEXO 3: Documento de validación del instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Cusco 19 de mayo del 2025

Estimado Doctor

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Estimado Dr./Dra..... le saluda **Saul Tomasiny Sacsahuillca Cabrera**, tesista de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Me dirijo a usted con la finalidad de pedirle su valiosa colaboración en la evaluación del instrumento de (formulario de recolección de datos) que será utilizado en el proyecto **"EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025"** se trata de un estudio cuasiexperimental, cuyo objetivo es evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

El instrumento será aplicado en dos momentos:

1. Inmediatamente después del nacimiento, para registrar los datos maternos, del recién nacido y del contacto piel a piel (lo cual puede ser complementado con información proporcionada por el profesional que asistió el nacimiento)
2. Después del periodo adaptativo, aproximadamente a las 6 horas de vida, para evaluar la lactancia materna mediante la escala LATCH

Se ha definido como “contacto piel a piel inmediato y adecuado” aquel que cumpla con los siguientes criterios: inicio dentro de los primeros 10 minutos después del nacimiento, colocación del recién nacido desnudo en decúbito ventral sobre el pecho materno descubierto, sin barreras físicas, y una duración mínima de 60 minutos ininterrumpidos. Su colaboración es de gran importancia para dar validez al contenido y confiabilidad al instrumento de recolección de datos del presente estudio.

Atte.

Saul Tomasiny Sacsahuillca Cabrera

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE
EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO**

INSTRUCCIONES

El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas acerca del tema:

“Eficacia del contacto piel a piel inmediato en la lactancia materna después del periodo adaptativo en neonatos a término nacidos por cesárea, según la escala LATCH, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco-2025”, para la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos concernientes al estudio.

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

**“EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA
MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A
TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL
HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025”**

Presentado por: Saul Tomasiny Sacsahuilca Cabrera.

Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan el contacto piel a piel (CPP) inmediato y prolongado entre la madre y el recién nacido como una práctica esencial para favorecer el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Diversos estudios han demostrado que el CPP mejora la succión, favorece la termorregulación, regula la glucemia y fortalece el vínculo afectivo madre-hijo. Sin embargo, su implementación en los partos por cesárea continúa siendo irregular, debido a limitaciones propias del entorno quirúrgico, los efectos de la anestesia y la ausencia de protocolos estandarizados.

Durante la pandemia de COVID-19 se evidenció que la separación madre-recién nacido incrementó la morbilidad y la mortalidad neonatal, lo que reforzó las recomendaciones internacionales de mantener el CPP incluso en contextos de riesgo infeccioso.

A nivel mundial, solo el 42 % de los recién nacidos inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida; en el Perú, esta cifra es aún menor, alcanzando el 37,8 % según la ENDES 2023. El Ministerio de Salud del Perú, mediante la Norma Técnica N.º 214-2024-MINSA, establece que el CPP debe promoverse tanto en partos vaginales como por cesárea durante al menos 60 minutos continuos e ininterrumpidos.

En el Hospital Antonio Lorena del Cusco, las cesáreas representan cerca de la mitad de los nacimientos (46,8 %); sin embargo, el CPP inmediato en este grupo alcanza menos del 10 %, lo que evidencia una brecha importante en la práctica clínica y un mayor riesgo de inicio tardío o dificultades en la técnica de lactancia materna.

Por ello, el presente estudio busca evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado, mantenido durante 60 minutos, en neonatos nacidos por cesárea, analizando su efecto en la técnica y el desempeño de la lactancia materna mediante la escala LATCH. Los resultados permitirán generar evidencia local que respalde la implementación sistemática del CPP en cesáreas como estrategia institucional para optimizar la lactancia materna y la salud neonatal.

Problema general

¿Cuál es la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar la eficacia del contacto piel a piel inmediato y adecuado en la lactancia materna, según la escala LATCH, en neonatos por cesárea, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

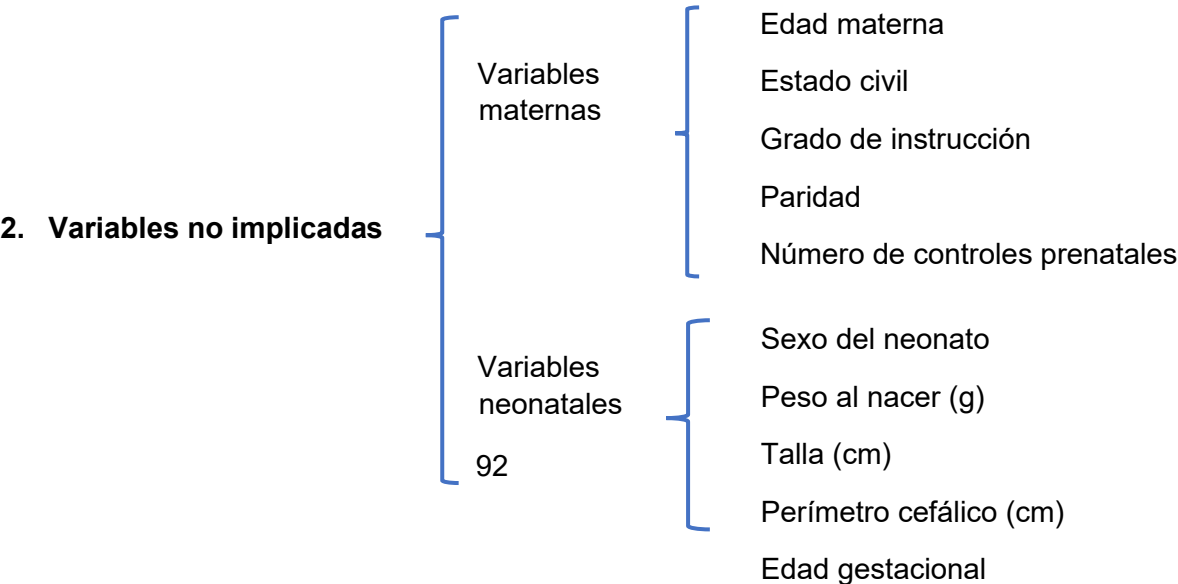
Objetivos específicos

- 1) Comparar la puntuación promedio de la escala LATCH entre los neonatos por cesárea que realizaron contacto piel a piel inmediato y adecuado, y los que no lo realizaron, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.
- 2) Comparar los puntajes individuales de los cinco componentes de la escala LATCH (agarre, deglución, tipo de pezón, comodidad materna y apoyo necesario) entre neonatos por cesárea con y sin contacto piel a piel inmediato y adecuado, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.
- 3) Describir las características maternas y neonatales de los binomios madre-hijo por cesárea incluidos en el estudio, en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2025.

Variables

1. Variables implicadas

- 1.1. Variables independientes** { Contacto piel a piel inmediato y adecuado
- 1.2. Variables dependientes** { Lactancia materna según escala LATCH



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE “EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025”

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN.
 Saul Tomasiny Sacsahuillca Cabrera



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE "EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERÍODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1 2 3 4 5 ☒

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5 ☒

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1 2 3 4 5 ☒

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1 2 3 4 5 ☒

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Ninguno

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN.

Saul Tomasiny Sacsahuilca Cabrera

Hortencia Estacio Tamayo
MEDICO PEDIATRA
CMP 27132 - RNE 23674



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE "EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERÍODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN.

Saul Tomasiny Sacsahuilca Cabrera



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE "EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1 2 3 4 5X

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1 2 3 4 5X

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5X

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5X

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1 2 3 4 5X

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1 2 3 4 5X

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1 2 3 4 5X

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?

1 2 3 4 5X

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos materia de estudio?

1 2 3 4 5X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN.

Saul Tomasiny Sacsahuilca Cabrera


Guisela Zúñiga Carrizosa
MEDICO CIRUJANO
C.M.R. 43431
PEDIATRIA 8



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE "EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CESÁREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN.

Saul Tomasiny Sacsahuilca Cabrera


Dra. Lorysa La Fuente Peña
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 25022 RNE. 2371a

ANEXO 4: Validación del instrumento de Investigación

VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL MÉTODO DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

Procedimiento

1. Se construirá la tabla adjunta, donde se colocarán los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por los cinco médicos expertos.

N° ITEM	A	B	C	D	E	PROMEDIO
1	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	4	5	5	4.8
5	5	5	5	4	5	4.8
6	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5

2. Con los promedios hallados se determinará la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{10})^2}$$

Donde:

X= Valor máximos en la escala.

Y= Promedio de cada ítem.

$$DPP =$$

$$\sqrt{(5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2}$$

Resultado: 0.2828

3. Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D \text{ (máx.)} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

$$D (\text{máx.}) =$$

$$\sqrt[2]{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = 12$$

4. La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala: Resultado = $12/5=2.4$
5. Con ese último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

A	Adecuación total	0 – 2.4
B	Adecuación en gran medida	2.4 – 4.8
C	Adecuación promedio	4.8 – 7.2
D	Escasa adecuación	7.2 – 9.6
E	Inadecuación	9.6 – 12

6. El punto DPP se localizó en las zonas A

Conclusión

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue 0.28 encontrándose en la zona A lo cual significa adecuación total del instrumento de para la recolección de datos.

ANEXO 5: Permiso proyecto de investigación

	GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO	GERENCIA REGIONAL DE SAUD	HOSPITAL ANTONIO LORENA	OFICINA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y CAPACITACIÓN	
---	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--	---

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

AUTORIZACIÓN

El que suscribe Dra. YANNET HUACAC GUZMAN Jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

AUTORIZA:

Al estudiante, **SAUL TOMASINY SACSABUILLCA CABRERA**, de la Escuela Profesional de Medicina Humana / Facultad de Medicina Humana de la **Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**, realizar su Proyecto de Tesis Titledo:

“EFICACIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO EN LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DEL PERIODO ADAPTATIVO EN NEONATOS A TÉRMINO NACIDOS POR CÉSAREA, SEGÚN LA ESCALA LATCH, EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2025”

Presentado a nuestra institución y previamente revisado por el Comité de Ética en Investigación autorizando la ejecución del proyecto de tesis mencionado.

Se expide la presente a petición de las interesadas para los fines respectivos. Carece de valor en asuntos judiciales.

Cusco, 05 de mayo del 2025



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SAUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA
DR. YANNY HUACAC GUZMAN
Jefa de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación
05-15-2025