CONTACTO PIEL CON PIEL EN PERSONAS RECIÉN NACIDAS DE TÉRMINO SOBRE LA ADAPTACIÓN A LA VIDA EXTRAUTERINA: ESTUDIO OBSERVACIONAL.

Martina Cisneros [1], Hugo Pedraza[2], Germán Ruggiero[2]

[1] Médica pediatra neonatóloga, Servicio de Neonatología, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata, Argentina. ORCID *0009-0005-1583-2322*

[2] Médico neonatólogo, Servicio de Neonatología, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata, Argentina.

Contacto: *marticisne@gmail.com*

RESUMEN

Introducción: El contacto piel con piel inmediato durante la primera hora de vida favorece la transición fisiológica de la persona recién nacida y el inicio temprano de la lactancia materna. Aunque su implementación es cada vez más extendida, existe poca evidencia local que evalúe sus efectos. **Objetivo:** Analizar la temperatura axilar y los puntajes de Apgar en neonatos de término que realizaron contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido, comparando ambos parámetros según la vía de nacimiento. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo y analitico, de corte transversal realizado en una maternidad de Mar del Plata entre los años 2022 y 2025. Se incluyeron 58 personas recién nacidas de término, vigorosas, nacidas por vía vaginal o cesárea, que realizaron contacto piel con piel. Se registraron edad gestacional, peso al nacer, Apgar al minuto y a los 5 minutos, y temperatura axilar entre los 40–60 minutos de vida. Se aplicaron estadística descriptiva y pruebas de comparación entre grupos. **Resultados:** La temperatura axilar promedio fue de 36,7 °C, sin diferencias significativas entre cesárea y vía vaginal. Los puntajes de Apgar al minuto y a los 5 minutos fueron elevados y similares en ambos grupos. No se observaron episodios de hipotermia ni inestabilidad fisiológica durante el contacto piel con piel. **Conclusiones:** El contacto piel con piel inmediato y continuo se asoció con adecuada estabilidad térmica y óptima transición neonatal,

independientemente de la vía de nacimiento. Estos hallazgos respaldan la implementación sistemática del contacto piel con piel tanto en sala de partos como en quirófano y aportan evidencia local para fortalecer prácticas humanizadas basadas en evidencia.

***Palabras clave*:** Contacto piel a piel; Regulación de la Temperatura Corporal; Recién nacido; Puntaje de Apgar; Atención posnatal.

ABSTRACT

Introduction: Immediate skin-to-skin contact during the first hour of life promotes the physiological transition of the newborn and the early initiation of breastfeeding. Although its implementation is increasingly widespread, there is limited local evidence evaluating its effects. **Objective:** To analyze axillary temperature and Apgar scores in term neonates who underwent immediate and uninterrupted skin-to-skin contact, comparing both parameters according to mode of birth. **Materials and Methods:** A descriptive and analytical cross-sectional observational study conducted in a maternity hospital in Mar del Plata between 2022 and 2025. Fifty-eight vigorous term newborns, delivered vaginally or by cesarean section, who underwent skin-to-skin contact were included. Gestational age, birth weight, Apgar scores at 1 and 5 minutes, and axillary temperature between 40–60 minutes of life were recorded. Descriptive statistics and group comparison tests were applied. **Results:** The mean axillary temperature was 36.7 °C, with no significant differences between cesarean and vaginal delivery. Apgar scores at 1 and 5 minutes were high and similar in both groups. No episodes of hypothermia or physiological instability were observed during skin-to-skin contact. **Conclusions:** Immediate and continuous skin-to-skin contact was associated with adequate thermal stability and optimal neonatal transition, regardless of mode of birth. These findings support the systematic implementation of skin-to-skin contact in both delivery rooms and operating rooms, and provide local evidence to strengthen humanized, evidence-based practices.

Keywords: Skin-to-skin contact; Thermoregulation; Newborn; Apgar score; Postnatal care

INTRODUCCIÓN

La primera hora de vida se define como el período desde el nacimiento hasta la toma del primer calostro, durante el cual acciones sensibles al tiempo como contacto piel con piel (CPP), clampeo tardío del cordón umbilical y pecho precoz son clave para la adaptación fisiológica de la persona recién nacida (PRN) y el vínculo madre-hijo [1,2,6,13]. Este período se considera crítico dentro de los 1000 días para el desarrollo y crecimiento infantil. Se recomienda colocar al neonato en CPP inmediato e ininterrumpido sobre la madre, promoviendo lactancia temprana, estabilidad fisiológica e interacción madre-hijo [1,4].

El CPP es fundamental para la termorregulación, la estabilización cardiorrespiratoria y la lactancia materna temprana [1]. Revisiones y metaanálisis han demostrado que el CPP temprano se asocia con mayor éxito en lactancia exclusiva y mejor estabilidad fisiológica en neonatos a término [2,5,8]. Widström et al. caracterizaron la secuencia de comportamientos instintivos que facilitan la succión efectiva y refuerzan el vínculo madre-hijo durante esta hora [1,5].

El CPP mantiene la temperatura axilar dentro de rangos fisiológicos, incluso tras cesáreas, y reduce la hipotermia [8,10,12]. Christensson et al. mostraron que neonatos en CPP mantienen temperatura más estable que en cunas calientes [12], y Windström evidenció que minimiza pérdidas de calor [5,6]. Ludington-Hoe et al. confirmaron que el contacto prolongado mejora la estabilidad térmica y cardiorrespiratoria [10]. Desde la perspectiva del vínculo, favorece la interacción temprana, seguridad emocional y disminuye ansiedad [8,13]. Michel Odent promovió la humanización del parto y los beneficios fisiológicos y psicológicos del CPP [7]. La OMS recomienda CPP inmediato para prevenir hipotermia y favorecer adaptación neonatal [14].

En Latinoamérica, la literatura sobre neonatos a término es limitada. Un estudio en São Paulo mostró que, aunque el CPP se realiza en la mayoría de los partos, la duración promedio fue menor a la recomendada (~30 min frente a 60 min),

evidenciando oportunidades de mejora [4]. En Argentina, el documento de la Sociedad Argentina de Recién Nacido resalta el CPP inmediato como derecho perinatal y señala barreras institucionales [11]. El Consenso Argentino establece pautas para promover CPP desde el nacimiento, incluso en cesáreas programadas [1]. Collantes MC et al. evidenciaron barreras culturales e institucionales que limitan su implementación completa [4].

A pesar de la evidencia internacional, el vacío de estudios locales sobre neonatos a término requiere generar datos que evalúen CPP en la primera hora, midiendo variables fisiológicas, duración del contacto, éxito de lactancia y factores que faciliten su aplicación sostenible. Investigaciones como la presente aportan información clave para implementar políticas perinatales basadas en evidencia, impactando directamente en la salud neonatal [1,13].

OBJETIVOS

Analizar los parámetros fisiológicos de adaptación a la vida extrauterina (temperatura, Test de Apgar) en PRN a término que mantuvieron contacto piel con piel (CPP) continuo ≥ 60 minutos en el nacimiento o hasta la toma del primer calostro en una institución de salud de Mar del Plata.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, basado en observaciones sistemáticas y mediciones directas realizadas durante el acompañamiento neonatal en la primera hora de vida.

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

La población de estudio estuvo conformada por recién nacidos de término, nacidos en una maternidad de la ciudad de Mar del Plata. Se recopilaron datos clínicos de 58

recién nacidos entre los años 2022 y 2025, en quienes se realizó contacto piel con piel (CPP) ininterrumpido desde el nacimiento hasta la primera toma de calostro.

Los criterios de inclusión fueron: recién nacidos de término (entre 37+0 y 41+6 semanas de edad gestacional), nacidos por vía vaginal o cesárea, sin antecedentes perinatales relevantes que pudieran interferir con la adaptación fisiológica (por ejemplo, malformaciones congénitas o complicaciones obstétricas graves).

Se incluyó un recién nacido con peso al nacer de 1840 g, clasificado como pequeño para la edad gestacional, sin comorbilidades ni complicaciones perinatales, que cumplía los criterios clínicos de inclusión.

MUESTRA

La muestra fue no probabilística por conveniencia, y se limitó a las observaciones y mediciones disponibles que cumplían con los criterios mencionados, durante el período establecido. La información fue recolectada durante la atención de los neonatos.

VARIABLES REGISTRADAS

Las variables clínicas relevadas incluyeron: Edad gestacional al nacimiento (semanas completas), determinada por Test de Capurro al nacer. Peso al nacer (gramos). Temperatura corporal: se midió en grados Celsius (°C) con termómetro digital, en la axila, entre los 40 y 60 minutos de vida. Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos; frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos (reflejos) y color de la piel. Tipo de nacimiento: vía vaginal o cesárea.

No se consideraron comorbilidades ni terapias farmacológicas maternas.

PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO TÉRMICO

Inmediatamente después del nacimiento, las PRN fueron secadas, colocadas en CPP ininterrumpido con la madre hasta la toma del primer calostro, cubiertas con una manta seca de algodón sobre la piel y una manta abrigada tipo polar-corderito-felpa, ambas

traídas por las familias, utilizando gorro en todos los casos. No se emplearon dispositivos de calor radiante durante el período de CPP.

El procedimiento fue similar para nacimientos por vía vaginal o cesárea, con la diferencia estructural del ambiente físico donde ocurre cada nacimiento:

Quirófano: temperatura ambiental habitual entre 21–25 °C (según estándar institucional; no se realizó medición puntual durante los nacimientos incluidos). En nacimientos por cesárea, la PRN permaneció sobre campo quirúrgico cubierto por manta esteril de algodon que provee la institución, esperando 60 segundos para clampear cordón umbilical, luego se posicionó directamente sobre el torso de la madre, se cambió compresa y se colocaron mantas.

Sala de partos: ambiente habitualmente más cálido que el quirófano, aunque tampoco se midió la temperatura ambiental durante el período estudiado. La PRN fue colocada inmediatamente luego del nacimiento sobre el cuerpo de la madre, se cubrió con manto esteril de algodón y se esperó al menos un minuto para realizar clampeo tardío de cordón umbilical o hasta que dejó de latir. Se cambió compresa mojada, Se colocaron mantas.

En ambos ámbitos, la PRN permaneció en CPP por al menos 60 minutos, sin interrupciones salvo requerimientos clínicos (mareos o vómitos maternos durante la cesárea donde el neonato envuelto en mantas era sostenido por el padre o acompañante, cuando la madre se recuperaba, el bebé se colocaba nuevamente en contacto piel con piel), y traspaso de madre de camilla a camilla, donde la PRN envuelta en mantas era sostenida por padre o acompañante y una vez acomodada la madre, se volvía a colocar en contacto piel con piel para traslado a la habitación.

Este estudio se basó en datos secundarios anonimizados. Se respetaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Los datos fueron recolectados de rutina clínica sin intervenciones adicionales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos recolectados fueron volcados en una base de datos diseñada en Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó utilizando el software R (versión 4.X.X) y RStudio. Se emplearon estadísticas descriptivas univariadas (medias, medianas, desvíos estándar y rangos intercuartílicos para variables cuantitativas; frecuencias y porcentajes para variables categóricas).

Aunque el estudio se planteó como observacional descriptivo, se realizaron análisis comparativos exploratorios para evaluar posibles diferencias según la vía de nacimiento. En particular, se analizó la temperatura neonatal en nacimientos por vía vaginal y cesáreas mediante la prueba t de Welch, considerando la desigualdad de varianzas. Estos análisis se interpretaron como exploratorios, sin intención inferencial confirmatoria.

RESULTADOS

Se incluyeron 58 PRN de término que realizaron CPP inmediatamente al nacimiento. El valor mínimo de temperatura correspondió a un neonato expuesto a una condición de pérdida térmica evitable (manta húmeda).

Comparación según vía de nacimiento

La prueba t de Welch no se detectó diferencias en la temperatura entre los neonatos nacidos por cesárea y los nacidos por vía vaginal durante el contacto piel con piel (36.69 ± 0.21 vs 36.71 ± 0.19 °C, respectivamente; p = 0.846).

Apgar

La mayoría de los neonatos alcanzó valores entre 9 y 10 en ambos tiempos. Ningún recién nacido presentó Apgar < 7 a los 5 minutos. En un caso se realizó manejo de vía aérea con bolsa y máscara, recuperando esfuerzo respiratorio, y colocado inmediatamente en CPP

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, observamos que la temperatura neonatal se mantuvo dentro de rangos fisiológicos adecuados independientemente de la vía de nacimiento. La media general de 36,7 °C concuerda con la literatura que describe al CPP como un método eficaz para la termorregulación neonatal, comparable e incluso superior al cuidado convencional en cuna radiante. El menor valor de temperatura podría explicarse por factores ambientales o de proceso, como la exposición a superficies o elementos húmedos, lo que resalta la importancia del control térmico en la primera hora de vida. Se incluyó un único recién nacido con bajo peso para la edad gestacional, lo que podría introducir variabilidad en los resultados; sin embargo, al tratarse de un caso aislado sin compromiso clínico, no se consideró que afectará de manera significativa las conclusiones.

Un hallazgo relevante de este estudio es que no se encontraron diferencias significativas en la temperatura neonatal entre los nacidos por cesárea y por vía vaginal. Aunque el tamaño muestral limita la capacidad para detectar diferencias estadísticamente significativas, este resultado coincide con investigaciones previas que reportan que el CPP puede compensar las desventajas fisiológicas asociadas a la cesárea, como el ambiente más frío del quirófano o el retraso en el inicio del cuidado posnatal. En cuanto a la condición neonatal, los puntajes de Apgar al minuto y a los cinco minutos fueron elevados en ambos grupos. lo que coincide con estudios que muestran que el CPP promueve una transición fisiológica adecuada.

Entre las fortalezas del estudio destacan la uniformidad en la población analizada, la práctica sistemática del CPP y la recolección de variables fisiológicas de interés clínico. Sin embargo, este estudio presenta limitaciones. El tamaño muestral, limita la potencia para detectar diferencias pequeñas entre grupos. No se analizaron otras variables relevantes como, temperatura ambiental, inicio de la toma del primer calostro

en el tiempo ni la conducta neonatal. Tampoco se evaluó la medicación anestésica recibida por la madre.

A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos respaldan las recomendaciones internacionales que promueven el CPP inmediato como intervención esencial en la primera hora de vida. La estabilidad térmica demostrada y la ausencia de diferencias según vía de nacimiento refuerzan la importancia de sostener y ampliar su implementación, incluso en contextos quirúrgicos. Futuros estudios locales con muestras mayores y diseños prospectivos permitirían profundizar en los efectos del CPP sobre la transición neonatal y sobre resultados a largo plazo como la lactancia y el vínculo temprano.

CONCLUSIONES

El contacto piel con piel en la primera hora de vida se asoció con una adecuada estabilidad térmica en recién nacidos de término, sin diferencias según la vía de nacimiento.

Tabla 1. Características de la población estudiada (n = 58)

VARIABLE	VALOR
Edad Gestacional (semanas)	38,5 ± 0,93 (37–40)
Peso al nacer (gramos)	3325 ± 399 (1840–4380)
Vía de nacimiento n (%)	
Cesárea	40 (69)
Vaginal	18 (31)
Apgar al minuto	8,9 ± 0,4 (6–9) Mediana 9
Apgar a los 5 minutos	10,0 ± 0,3 (8–10) Mediana 10
Temperatura durante CPP (°C)	36,7 ± 0,31 (35,5–37,4)

* Los valores se expresan como media ± desviación estándar (rango) o número (porcentaje). CPP: contacto piel con piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Ministerio de Salud de la Nación. Consenso: la primera hora de vida. Argentina: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-11/Consenso%20LA%20PRIMERA%20HORA%20DE%20VIDA.pdf*
2. *Moore ER, Brimdyr K, Blair A, Jonas W, Lilliesköld S, Svensson K, et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2025;10:CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub5.*
3. *Collantes MC, Maidana AA, Medina Pinto CV, Santoro E, Villalba M, Meza AM, et al. Adherencia del personal de enfermería al contacto piel a piel del recién nacido con su madre en una institución de salud de Corrientes capital. Rev Med UNNE. 2024;19(2):12-16.*
4. *Kuamoto RS, Bueno M, Riesco MLG. Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 4):e20200026. doi:10.1590/0034-7167-2020-0026.*
5. *Widström AM. Skin-to-skin contact the first hour after birth: underlying implications and clinical practice. Acta Paediatr. 1998;87(3):199-208.*
6. *Ceriani Cernadas JM. Tiempo de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos de término. Arch Argent Pediatr. 2017;115(2):188-94. doi:10.5546/aap.2017.188.*
7. *Odent M. Birth and human evolution. London: Thorsons; 2015.*
8. *Bergman NJ. Kangaroo mother care in full-term infants: early mother-infant contact and physiological stability. Pediatrics. 2017;140(1):e20170570. doi:10.1542/peds.2017-0570.*
9. *Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. Acta Paediatr. 2004;93(6):779-85. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb03018.x.*
10. *Ludington-Hoe SM. Skin-to-skin contact: a comforting place with comfort food. MCN Am J Matern Child Nurs. 2015;40(6):359-66. doi:10.1097/NMC.0000000000000178.*
11. *Sociedad Argentina de Pediatría. Contacto piel a piel y lactancia: el derecho en sala de partos [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2025 [citado 2026 Mar 21]. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/2025/01_1_Editorial_Piel_a_Piel.pdf*
12. *Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustegui A, De la Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr. 1992;81(6-7):488-93. doi:10.1111/j.1651-2227.1992.tb12280.x.*
13. *World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 2026 Mar 21]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/363697*