

ARTÍCULO ORIGINAL

Recibido para publicación: diciembre 22 de 2013.

Aceptado en forma revisada: mayo 30 de 2014.

ISSN: 2145-5333



Aplicación estrategia atención al parto normal en un hospital español de tercer nivel

Application of “estrategia atención al parto normal” in a spanish tertiary care hospital

Ana Belén Laviña Castán ¹

RESUMEN

Introducción: Frente a la necesidad de un cambio para atender la gestación, el parto y el nacimiento en las instituciones públicas hospitalarias, en España se ha venido fomentando la Estrategia de Atención al parto Normal (EAPN) que permita optimizar la calidad asistencial encaminada hacia la práctica basada en la evidencia. **Objetivo:** Conocer la aplicación de prácticas recomendadas en la EAPN en los partos atendidos entre octubre y noviembre de 2011 en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza (HUMS). **Métodos:** Estudio descriptivo realizado entre octubre y noviembre de 2011 en una muestra de 541 madres. Se recoge información de variables recogidas en la EAPN, satisfacción en el parto, socio-demográficas, obstétricas y perinatales. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario diseñado especialmente para este estudio. **Resultados:** En el tiempo de estudio hubo alta patología obstétrica (22,55%), prematuridad (10,91%) y madres que recibieron apoyo continuo por su matrona (97,03%). Destaca el bajo porcentaje de cesáreas 14,97%. Un 84,92 % manifestaron satisfacción con su parto. Un 19,55% indicaron no haber sido acompañadas por la persona elegida. En 73% se inició contacto precoz y en 70,32% la primera toma de lactancia materna fue en las dos primeras horas tras el nacimiento. **Conclusiones:** En el HUMS la aplicación de prácticas recomendadas por la EAPN es elevada en el tiempo de estudio, pero deben mejorarse: acompañamiento, contacto precoz y primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el nacimiento, principalmente en los partos instrumentales y cesáreas. Se detectaron como principales factores que impiden el cumplimiento de la EAPN aspectos que rodean a los nacimientos en quirófano.

Palabras Claves: Parto, cesárea, lactancia materna, episiotomía, parto normal.

ABSTRACT

¹ Enfermera Especialista en obstetricia y ginecología (Matrona) Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Correspondencia: anabelenlavina@gmail.com

Introduction: In response to the demand for a shift in attention to pregnancy, labor and birth in hospital institutions in Spain has been promoting the Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) in order to optimize the quality of care directed toward practice based evidence.

Objectives: To know if practices recommended by EAPN have been applied to the births attended at Hospital Miguel Servet (HUMS) from October to November 2011. **Methods:** Descriptive study carried out in October and November 2011 over a sample of 541 mothers. Information about the variables included in “Estrategia de Atención al Parto Normal” was gathered (birth satisfaction, socio-demographic, obstetric and perinatal variables). A questionnaire designed for this purpose was used to collect all the data. **Results:** During the period of the study, there was a high obstetric pathology (22.50%), prematurity (10.91%) and high rate of mothers that received continuous support from her midwives (97.03%). We must stress the low rate of cesareans 14.97%. An 84.92% of mothers showed satisfaction with her births. 19.55% referred to not having been accompanied by the chosen person. A nearly skin to skin contact was initiated in 73% of women and maternal breastfeeding started in the first two hours after birth in 70.32% of women.

Conclusions: The application of practices recommended by EAPN at HUMS was high, but they need to be improved: accompaniment, early skin to skin contact, and start of maternal breastfeeding in the first two hours after birth, in the assisted births and cesareans, mainly. Certain aspects related to births in operating rooms were detected as the main factors impeding the compliance with EAPN.

Keywords: Delivery, caesarean section, breast feeding, episiotomy, natural childbirth.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se viene reclamando un cambio en la atención a la gestación, parto y nacimiento que se ha caracterizado por una creciente medicalización y sobrevaloración de la tecnología en los países desarrollados (1).

En 2007 en España se aprobó la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (EAPN) (2), su objetivo es potenciar la atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud Español, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales. La EAPN es la referencia de actuación clave en el parto para todo el territorio Español pretendiendo humanizar el parto, para ello revisa las prácticas actuales y elimina las intervenciones innecesarias, como la episiotomía, rasurado o enema. De este modo potencia una asistencia de calidad orientada hacia una práctica basada en la evidencia científica.

En la actualidad, los estándares de calidad de los hospitales se miden en relación con el índice de cesáreas que presentan, así como en las facilidades que ofertan para el establecimiento de una lactancia materna (LM) eficaz (3).

Respecto a la LM, el momento ideal para su inicio es el postparto inmediato, a ser posible durante las 2 primeras horas de vida, momento en que el bebé se encuentra más reactivo (4). La OMS recomienda lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses (5). A pesar de esta recomendación, los últimos datos de ámbito nacional disponibles señalan

que en España sólo el 63,31% y el 38,75 % de los lactantes reciben lactancia materna hasta los 3 y 6 meses respectivamente (6). Además, un estudio estadístico multivariante realizado sobre 1.175 niños de las maternidades más importantes del centro-norte de España, señala que los hospitales pequeños (<1.000 partos) obtienen mejores resultados de lactancia materna (7).

En el caso de la cesárea, a pesar de estar demostrado que supone una mayor morbilidad materna y fetal (8), su tasa en España y en otros países europeos se encuentra por encima del criterio de calidad referido en las recomendaciones de la OMS de 1985(1) y se va incrementando progresivamente (2). Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, la tasa de cesáreas es notablemente mayor en los hospitales privados donde un 37% de los partos en 2009 se realizó por cesárea, mientras que en los públicos fue del 22.13%, también existen diferencias entre comunidades autónomas (9).

Como vemos, existen grandes variaciones en la práctica clínica desde hace varios años entre las naciones, autoridades sanitarias y hospitales (10). Es por ello que el propósito de este estudio fue conocer en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza la aplicación de prácticas recomendadas en la EAPN y analizar los principales factores que pueden interferir en su cumplimiento para poder conseguir una mayor calidad asistencial.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo en el periodo comprendido entre octubre y noviembre de 2011 en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) el cual es un hospital terciario del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) cuya maternidad es centro de referencia de Neonatología y Cirugía Pediátrica de la comunidad Autónoma de Aragón, La Rioja y Soria (11).

La población objeto de estudio se compone de todas las madres que dieron a luz en el HUMS en los dos meses del estudio. Se decidió un tipo de muestreo consecutivo no aleatorio, por tanto no hizo falta realizar un cálculo muestral. Como criterio de inclusión se consideró el nacimiento de un feto vivo con una edad gestacional igual o superior a 22 semanas. Se excluyeron: casos de aborto (expulsión de un feto de menos de 500 g y/o menos de 22 semanas de gestación) (12), madres que no desearon participar en el estudio y/o no firmaron consentimiento, mujeres con patología psiquiátrica (confirmándose este dato con la revisión de la historia clínica), muerte fetal en el parto actual, dificultad para comprender el castellano.

No pudo realizarse la recolección de datos recurriendo a la simple revisión de historias clínicas debido a dos motivos: uno porque se requería información subjetiva o de opinión (satisfacción con el parto) y el otro porque algunas recomendaciones de la Estrategia de

Atención al parto normal no se registran en la historia clínica. Por ello la información se recogió mediante un cuestionario diseñado específicamente para la investigación.

En el cuestionario se incluían las variables del estudio. La información se recogió tras la firma del consentimiento informado de la madre. Dicho cuestionario fue aceptado y validado sobre un 5 % de las madres que dieron a luz en el HUMS de Zaragoza en Septiembre de 2011 (2 meses antes de la realización del estudio).

El cuestionario era entregado a todas las madres que cumplían criterios de inclusión, por matronas y enfermeras de la planta de puerperio y lo respondían las madres antes del alta hospitalaria (2^o-5^o día) entregándolo en el control en el momento del alta. Se minimizó al máximo la pérdida de datos. Si en algún cuestionario faltaban por cumplimentar datos socio-demográficos u obstétricos se consultaban las historias clínicas.

En caso de faltar datos que no se registran en la Historia clínica (satisfacción con su parto, percepción de apoyo por la matrona, acompañamiento por la persona elegida, contacto precoz y lactancia materna en las 2 primeras horas) se contactaba telefónicamente con la madre para cumplimentarlo adecuadamente. Estos datos fueron más difíciles de obtener debido a la imposibilidad de localizar a todas las madres por teléfono. Faltaron por completar la satisfacción en el parto, apoyo de la matrona, acompañamiento por la persona elegida y lactancia materna en los cuestionarios 4, 3, 9 y 2 respectivamente.

Con respecto a la búsqueda bibliográfica, durante el año 2011 se hizo una revisión de la evidencia científica disponible en las bases de datos The Cochrane Library, PubMed, Medline, Scielo y Cuiden. También se han revisado manuales, revistas de obstetricia, salud mental y revistas relacionada con el tema, así como las últimas recomendaciones de las sociedades científicas.

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 15.0. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media y desviación típica) si cumplían los criterios de normalidad, y con medidas de dispersión (mediana y rango intercuartílico) sino cumplían dichos criterios. Las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes.

Para el estudio fueron solicitados los permisos al Comité de Ética e Investigación del centro. La revisión de las historias clínicas se realizó tras aprobarse la solicitud de revisión de información con fines docentes y de investigación.

RESULTADOS

En el año 2011 hubo en el HUMS un total de 4.521 partos. Durante el periodo de estudio se produjeron 737 partos (16,30 % del total del año). De este total se excluyeron 71

madres por presentarlos criterios de exclusión expuestos anteriormente (31 no dan su consentimiento o no desean participar, 6 presentaban patología psiquiátrica, hubo 10 fetos muertos, 24 no hablan castellano).

Se entregaron un total de 666 cuestionarios. De éstos, se recogieron 541 (125 cuestionarios no fueron entregados en el control al alta hospitalaria). El número total de madres incluidas en el estudio fue de 541 (73,40 % del total de partos).

La edad media fue $32,87 \pm 4,47$ con un rango de edades entre 18 y 44 años. El 16,5 % eran extranjeras. En cuanto a la paridad la mediana fue de un hijo, con un rango de 1 a 6 hijos. Destaca que 456 madres (84,92%) refieren estar satisfechas con su propio parto y 428 madres (80,45 %) estuvieron acompañadas por la persona elegida. Las variables obstétricas y perinatales se representan en la figura 1.

Figura 1. Variables obstétricas y perinatales



Con respecto a las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal, pueden verse en las siguientes figuras:

Figura 2. Episiotomías realizadas y anestesia epidural administrada

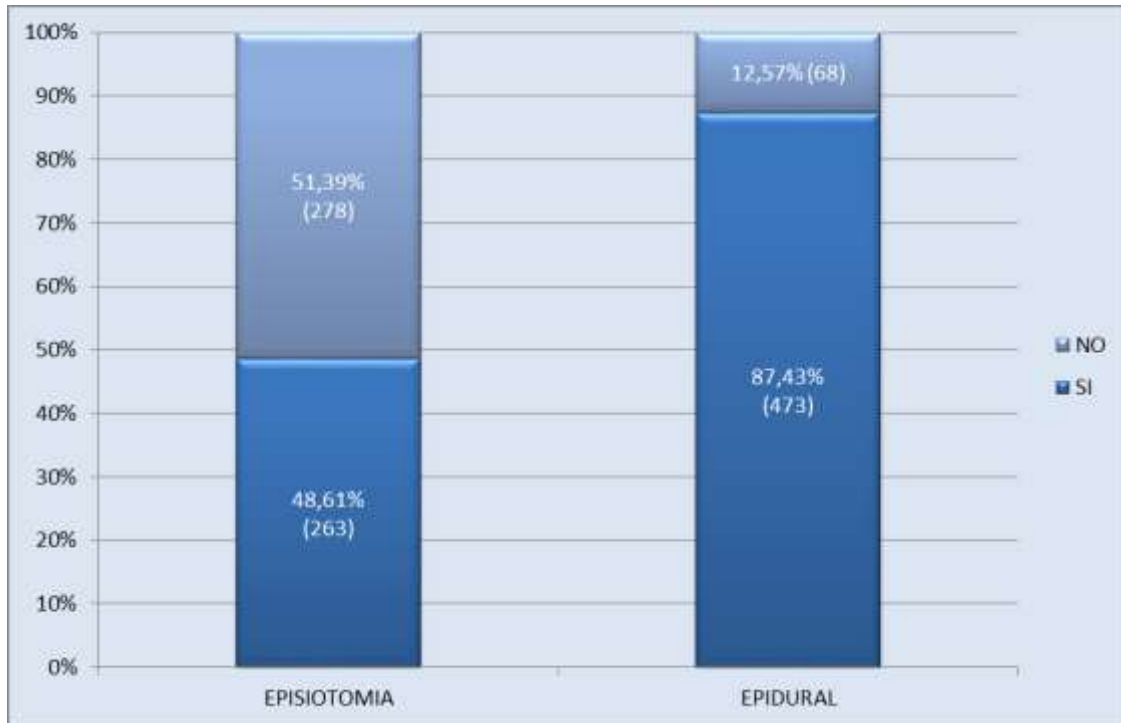


Figura 3. Tipo de parto

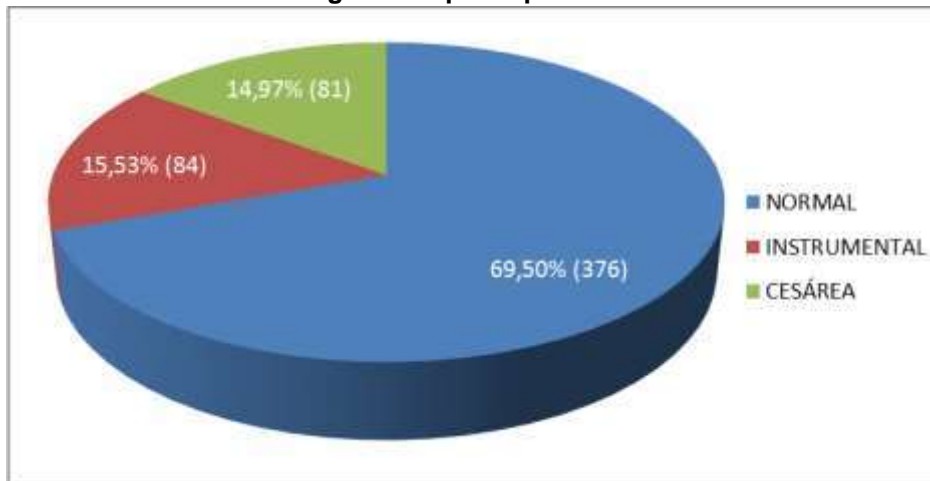


Figura 4. Percepción de la madre de tener el apoyo de la matrona

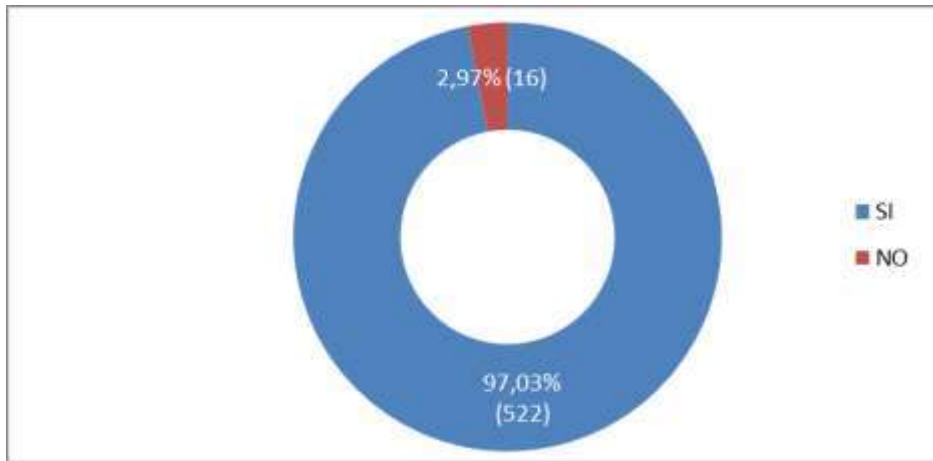
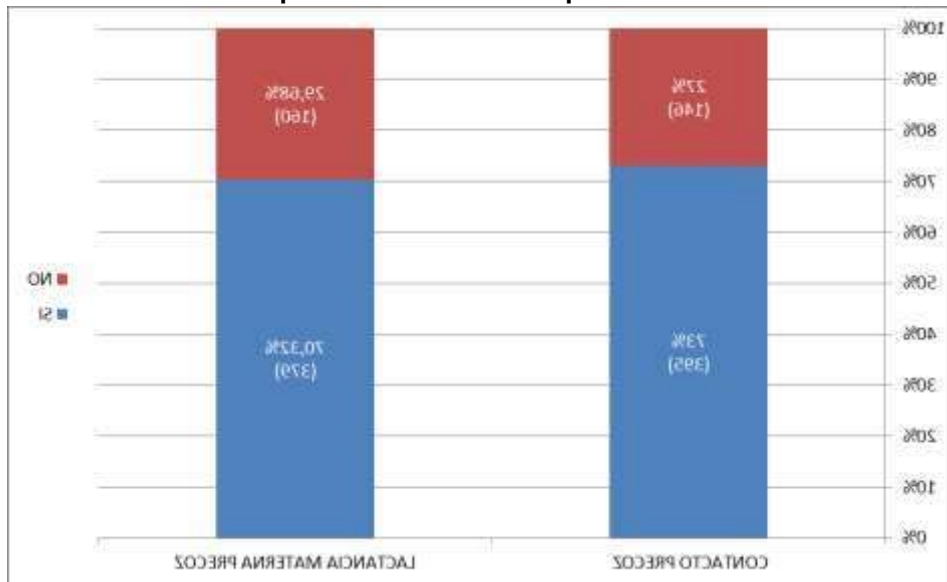


Figura 5. Contacto precoz madre- recién nacido y primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto



DISCUSIÓN

La muestra estudiada parece ser representativa de la población atendida en el HUMS. Los porcentajes obtenidos son similares al total de resultados del año 2011 en que se realizaron 14,90 % cesáreas, 16,43 % partos instrumentales, 3,12 % partos múltiples y 9,12 % prematuros.

La población gestante atendida en el HUMS durante el período de estudio presentó una alta patología obstétrica (22,55%) debido a que se trata de un hospital maternal de referencia. Este aspecto, junto el aumento de gestaciones gemelares por los avances en el tratamiento de la fertilidad, explicarían la alta tasa de prematuridad encontrada en los dos meses de estudio (10.91 %), cuando la SEGO refiere una tasa de parto pretérmino entre el 8 y el 10% de todas las gestaciones (12). También explica el elevado ingreso de Recién Nacido (RN).

Las madres manifestaron un elevado grado de satisfacción con su parto (85,83 %), dato que destaca junto la percepción de tener un apoyo continuo de la matrona durante el parto y postparto (97 %), ello sugiere la alta calidad de cuidados prestados por la matrona. Hodnett señala que el apoyo continuo de los profesionales es uno de los requisitos más valorados por la madre y por tanto, prioritario en la asistencia (13).

Se podría haber estudiado de los cuidados que presta la matrona cual es el más valorado, reflejando un artículo que uno de los más valorados es favorecer el contacto inmediato con RN (14). Otros motivos del alto grado de satisfacción con el parto serían:

-La baja tasa de cesáreas del 14,97 %, más baja del 21,97 % que es la tasa de cesáreas en Aragón (9). En el HUMS se cumple la recomendación de la OMS (1) de no superar el 15% de cesáreas. Un reciente estudio muestra que el tipo de parto es una variable influyente en la satisfacción con el parto (15).

- La Política que sigue nuestro hospital de realizar episiotomía de forma selectiva y no rutinaria, tal y como recomienda la OMS (16). Es llamativo que a pesar de seguir esta recomendación, la tasa de episiotomía durante el tiempo de estudio fue del 48,61 %, siendo superior al 30 % que es la tasa que no debería superarse según la OMS (2). Reseñar que en este estudio se han contabilizado todas las episiotomías (tanto de parto instrumental como eutócico), la tasa descendería si sólo tuviésemos en cuenta las episiotomías realizadas en partos vaginales eutócicos, tal y como se considera en estudios como el de Pérez Valero, en el que la tasa de episiotomías de su hospital fue del 33,55%, resultado que lógicamente no se puede comparar con el de nuestro hospital (17).

-Destacar que debería ofrecerse medios que alivien el dolor en la dilatación (18) y que tampoco se puede comparar con otros estudios el porcentaje de madres que iniciaron la lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto debido a que tienen en cuenta momentos distintos a las dos horas postparto encontrando algunos porcentajes elevados del 88,6% (19) y 93,1% (20) o incluso similares al nuestro como sucede en uno realizado en Sevilla (21) y otro en el Sur de Cataluña (22) reflejando un porcentaje de lactancia materna del 78%.

-Se podría mejorar el contacto precoz puede aunque otros estudios muestran porcentajes del 5,3%(23), mucho menores al nuestro.

A la vista de los resultados, en el HUMS durante el tiempo de estudio fue elevado el cumplimiento de todas las recomendaciones de la EAPN, detectándose que pueden ser mejorables las prácticas de: Episiotomía, inicio precoz de lactancia materna, contacto precoz y el acompañamiento por la persona elegida por la madre. Los tres últimos datos requieren un análisis más exhaustivo. En nuestro hospital no se realiza contacto precoz en las cesáreas ni en la mayoría de partos instrumentales debido a que este tipo de nacimientos son en quirófano. Así mismo el acompañamiento de la persona elegida por la madre no se permite en el momento del nacimiento en quirófano.

Ante esta observación hay que preguntarse primero qué importancia puede tener para las madres con cesárea o parto instrumental la no aplicación de estas tres recomendaciones y segundo por qué motivo se dificultan estas prácticas.

En cuanto a la primera reflexión indicar que en un estudio publicado en 2007 el 95% de las madres opinan que su ansiedad en el parto se aliviaría con la presencia de un familiar durante la intervención (24). Respecto al inicio precoz de la lactancia materna y el contacto precoz, la bibliografía consultada detecta que tanto la precocidad en la primera puesta al pecho (25,26) como el establecimiento de contacto precoz tras el nacimiento (27) son factores favorecedores para el éxito de la LM. Carfoot señala que, si no se realiza contacto precoz, hay una menor probabilidad de realizar una primera toma correcta (28).

Para responder la segunda pregunta se debe tener en cuenta que las distocias globalmente consideradas y en especial las cesáreas y el nacer en un hospital grande (>1.000 partos) son los factores que más dificultan la lactancia materna (7). Asociándose a unas diferentes rutinas asistenciales fundamentales para inicio de la lactancia materna (29). En este sentido, se resalta el buen resultado obtenido en un hospital comarcal Español (30) que lleva varios años promocionando la lactancia materna bajo la iniciativa “hospital amigo de los niños”, mostrando la evidencia científica sobre la efectividad de seguir estas recomendaciones (31).

Las rutinas hospitalarias adecuadas deberían realizarse en todo tipo de partos, pues a pesar de que muchas investigaciones asocian menores tasas de lactancia materna en las cesáreas (32,33), en un estudio realizado en 2010, se demuestra que la probabilidad de lactancia materna al alta hospitalaria es el doble en las cesáreas que se ha realizado contacto precoz (34).

El cambio en las prácticas hospitalarias en el HUMS iría dirigido a promover el contacto precoz en las cesáreas (35), esto implicaría poca complicación técnica y conllevaría grandes beneficios (36).

No obstante, en relación con el contacto precoz piel con piel, cabe señalar que durante los últimos años se han ido publicando artículos que llaman la atención sobre la influencia de esta práctica en la presentación de síndrome de muerte súbita (SMS) en el período neonatal precoz. Uno de los más recientes es el realizado en el Hospital de Cruces en 2010 (37) que destaca la necesidad de garantizar la vigilancia durante el tiempo de contacto piel con piel debiendo estar la madre despierta y semi-incorporada entre 30 y 45 °. De este modo, aunque no han dejado de suceder casos de SMS, estos han podido ser atendidos oportuna y eficazmente.

Sería conveniente que se realizasen estudios similares a este en más servicios de maternidad para así comparar nuestros resultados y detectar otro tipo de factores que obstaculizan la realización de las prácticas de la EAPN.

La limitación más relevante de nuestro estudio la encontramos en el pequeño tamaño de la muestra de extranjeras (16,5%).

Se detecta que los principales factores que impiden el incumplimiento de las recomendaciones de la EAPN son aspectos relacionados con el nacimiento en quirófano, debido a la dificultad para el contacto precoz madre-recién nacido, inicio temprano de lactancia materna y para el acompañamiento por la persona elegida por la madre. Por tanto, como utilidad práctica de nuestro estudio, cabe destacar que se debe mejorar la asistencia en las cesáreas y partos instrumentales, debiendo crear siempre que sea posible un ambiente propicio para la práctica de las Recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto normal.

CONCLUSIONES

En el HUMS, la aplicación de las prácticas recomendadas por la EAPN en el tiempo de estudio fue elevada, pero se detectó una necesidad de cambiar las rutinas entorno a la cesárea y parto instrumental debido a la dificultad que suponen para que la madre pueda estar acompañada, iniciar el contacto precoz madre-recién nacido y lactancia materna en las dos primeras horas.

Sería conveniente realizar como práctica habitual la anotación en la historia clínica del momento de inicio de la primera toma de lactancia materna y de si se ha llevado a cabo el contacto precoz piel con piel madre-recién nacido. De este modo se llevaría un mejor registro de la aplicación de las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal.

AGRADECIMIENTOS

Al trabajo de todas las matronas y enfermeras que participaron en la entrega de las encuestas a las madres. También agradecer a la supervisora de paritorios y la dirección de enfermería del hospital Miguel Servet de Zaragoza su apoyo para la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, 1985;2:436-437.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia atención parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
3. Ministerio de Sanidad y política social. Maternidad hospitalaria estándares y recomendaciones. Madrid; 2009. [citado el 17 noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
4. Comité de lactancia materna de la AEP. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP nº 5. Madrid: Ergón; 2004.

5. World Health Organization. Global Strategy for infant and Young Child Feeding. Ginebra. WHO, 2003.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Estilos de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007[citado el 17 septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>.
7. BarriusoLapresa LM. Estudio multivariante sobre la prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España. *RevPediatr Aten Primaria*. 2007; 9:589-612.
8. González GonzálezN.I. Capítulo 18. Complicaciones de la cesárea. En: Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológico. Zaragoza: INO; 1999: 319-37
9. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad; 2009 [citado el 25 septiembre 2013]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI_2009.pdf
10. Fabre E, González de Agüero R, Medrano E, Mateo P. Medicina Basada en la Evidencia en Obstetricia y Ginecología. En: Escudero M, ed Obstetricia y Ginecología. Madrid: Saned, 1999 Acceso 19 sept 2013. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/documentos/obstetricia/nuevo/cap3a.pdf>.
11. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Resumen anual de actividad 2008[internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2010[citado el 18 noviembre 2010]. Disponible en: <http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/RESUMEN%20ANUAL%202008.pdf>.
12. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. 1ª ed- Madrid: SEGO; 2007.
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, núm 4. Oxford: Update Software Ltd. URL disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd).
14. Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz- Castillo A, Sánchez Perruca MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? *Rev Rol Enf* 2001; 24(4): 209-9.
15. Marín Morales D, Toro Molina S, Carmona Monge FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Inv [Internet]*. 2013 mar-abr [citado 6/11/2013]; 10(63): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_satisparto.pdf
16. Organización mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
17. Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera”. *NURE Inv [Internet]*. 2013 mar-abr [citado 6/11/2013]; 10(63): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf
18. CotsPaltor MI, Jiménez Barragán MJ, CastánEnseñat E, Martínez Madrigal MI, Oliva Santín A, Moreno Quiroga C. Beneficios de la pelota de partos (BirthBall) en la sala de partos. *Metas deEnferm*.nov 2010; 13 (9): 62-5
19. Olmo-Navarro E, Molina-Ruano MD, López Sánchez –Sánchez R, Bermúdez-Ruiz MI, Castaño-Molina MA. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Prof*. 2008;9(2):12-16.

20. Enrique Romero M, Algaba S, Albar MJ, Núñez E, Calero C, Pérez IM. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*. 2004; 14(3): 194-202.
21. Yaque Navarrete, Castillo Ojeda E, Macías Seda J, Valiente Morilla A, Cruz Domínguez I, Álvarez Gómez JL Cambios en los factores relacionados con el inicio y seguimiento de la lactancia materna en nuestro medio. *Enfermería Científica*. Julio-agosto 2001; 232-233:6772.
22. HostalotAbás AM, SorníHubrecta A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, MercéGratacós J, Iglesias Niubóa J et al. Lactancia materna en el Sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales de pediatría* 2001; 54(3): 297-302.
23. Romero Hernández MI, Algaba Piña S, Albar Marín MJ, Núñez Ollero E, Calero Barve C, Pérez Caballero IM. Prevalencia de la lactancia materna. *Práctica hospitalaria en las maternidades de Sevilla*. *Metas Enfermería* oct 2003; 59:18-23.
24. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2007; 25(2):19.
25. Temboury MC, Polanco I, Otero A, Tomás M, Ruiz F y Marcos MA. Importancia de las rutinas de maternidad en el éxito de la lactancia materna. *AnEspPed* 1992; 36(5): 367-70.
26. Criado RodríguezE, Esquillas Martín MC, San Román Muñoz P. Lactancia materna. Retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. *Estrategia educativa*. *Revista Rol de Enfermería* 1998; 234:56-63.
27. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *ActaPediatr* 2002; 91:1201-06.
28. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 2005 Mar; 21(1):71-9.
29. Aguayo Maldonado J. Prácticas rutinarias en las salas de maternidad que favorecen la lactancia materna. En: Aguado Maldonado J. *La lactancia materna*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2001.
30. Guerrero C, Garafulla J, LozanoD, GarcíaC, BielsaA. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz¿merece la pena poner en práctica los diez pasos de la iniciativa hospital amigo de los niños en un hospital comarcal? *BolPediatriaRagRiojsor* 2006; 36:20-6.
31. Saadeh R, Akre J. Ten Steps to successful breastfeeding: a summary of rationale and scientific evidence. *Birth* 1996; 23:154-60.
32. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde M.J. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012 May; 95(5):113-35. doi: 10.3945/ajcn.111.030145. Epub 2012 Mar 28
33. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Anales de Pediatría*. Noviembre 2013; 70 (5): 312-18.
34. Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-montañes MJ, Tabueña-Acín J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof*. 2012; 13(1):3-8.
35. Smith J, Plat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*. 2008; 115(8): 1037-42
36. Mercer JS, Erikson-Owens DA, Graves B, Haley NM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(3):262-72.
37. Rodríguez-Alarcón Gómez J, Asla Elorriaga I, Fernández-Llebreg L, Pérez Fernández A, Uría Avellanal C, Osuna Sierra C. Episodios aparentemente letales en las primeras horas de vida durante el contacto piel con piel. *Incidencia y factores de riesgo*. *ProgObstetGinecol*. 2011; 54(2):55-9.