

Artículo original

El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea

The early skin-to-skin contact and its importance in breastfeeding versus cesarean

Silvia Otal-Lospaus¹, Leticia Morera-Liáñez², María Jesús Bernal-Montañes³, Jara Tabueña-Acin¹

¹Matrona del Servicio de Partos del Hospital General de Barbastro (Huesca). ²Matrona del Servicio de Partos del Hospital de Alta Resolución del Pirineo. Consorcio de Salud. Jaca (Huesca). ³Matrona de Atención Primaria de Tudela (Navarra)

RESUMEN

Objetivo: Los beneficios del contacto precoz madre-recién nacido son conocidos, ya que establece un vínculo afectivo entre ambos y favorece la lactancia materna. Esta práctica está menos implantada cuando la vía del parto es la cesárea. El objetivo de este estudio es conocer si el contacto «piel con piel» en los nacimientos por cesáreas apoya la instauración de una favorable lactancia materna.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo, realizado en una muestra de 241 mujeres. Las variables predictoras fueron: contacto precoz, tipo de cesárea, problemas en lactancias anteriores, número de hijos, información previa de lactancia, lactancias maternas anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional. La variable resultado fue la instauración de la lactancia materna. Se ha realizado un análisis bivariante, en el que se relaciona la existencia o no de la lactancia materna con cada uno de los posibles factores, así como un modelo de regresión logística multivariante para investigar los distintos factores asociados de forma independiente, y controlar así los factores de confusión.

Resultados: Las variables predictoras contacto precoz, problemas en lactancias anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional son las que muestran una significación estadística ($p < 0,05$) respecto a la variable resultado.

Conclusiones: Los datos obtenidos en la muestra de estudio confirman que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se dé lactancia materna es 2,336 veces mayor que si no se hace.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Contacto precoz, lactancia materna, cesárea.

ABSTRACT

Objective: Benefits of early skin-to-skin contact include bond formulation as well as breastfeeding encouragement; however this is practiced less when child is delivered by caesarean section. The aim of this study is to know whether direct skin contact in caesarean births can aid in the establishment of healthy breastfeeding.

Material and methods: An observational retrospective study is based on 241 women. Predicting variables include: early skin-to-skin contact, type of caesarean, previous lactating problems, number of children, prior lactating information, previous breastfeeding, nationality, mother's age as well as age at pregnancy. The resulting variable will be the establishment of breastfeeding.

Results: Of all the predicting variables, the most prominent in affecting the resulting variable were: early skin-to-skin contact, previous lactating problems, nationality, mother's age and age at pregnancy. These ones indicate a statistical relevance ($p < 0.05$) into the resulting variable.

Conclusions: Data obtained in our study sample confirm that early childhood contact helps establish healthy breastfeeding. By means of early skin-to-skin contact the probability of breastfeeding is 2.336 times higher than in the case of a lack of early skin-to-skin contact.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Early skin-to-skin contact, breastfeeding, caesarean section.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento de elección durante los primeros 6 meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños en-

fermos, salvo rarísimas excepciones, y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y después de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño^{1,2}.

Fecha de recepción: 19/01/11. Fecha de aceptación: 21/08/11.

Correspondencia:

Silvia Otal Lospaus.

Correo electrónico: silviaotal@yahoo.es

Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin J.

El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13(1): 3-8.

La leche materna tiene un impacto beneficioso en la salud, favorecido por la inmunidad pasiva, el crecimiento y el desarrollo del niño, además de los aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

En las 2 horas siguientes al nacimiento, el recién nacido se encuentra en un estado de alerta tranquila debido a la noradrenalina segregada durante el parto que, sumado al contacto piel con piel realizado nada más nacer, disminuye sus llantos y facilita una mayor termorregulación³, incluso en los nacidos mediante cesárea⁴. Además, todo ello proporcionará a la madre una mayor satisfacción y le ayudará a establecer el vínculo afectivo⁵.

Si el recién nacido no es separado de su madre y se coloca en posición prono sobre el vientre materno, sin ropa, se observará que él mismo reptará hasta el pecho de su madre haciendo una succión correcta en unos 70 minutos, en el 90% de los casos, lo que propiciará una mayor duración de la lactancia materna. Sin embargo, si se separa el binomio madre-recién nacido, se altera el proceso y disminuye la frecuencia de las tomas⁶.

A pesar de la evidencia científica y de las muchas estrategias de salud llevadas a cabo por los organismos nacionales e internacionales, ya sean gubernamentales o no, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en todos los países europeos están muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷. La mayoría de maternidades españolas cumplen con poco rigor los pasos recomendados por la OMS para conseguir una lactancia adecuada, separando a los recién nacidos de sus madres con una frecuencia mucho mayor de lo que estaría verdaderamente justificado⁸.

La OMS incluye además la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. En sus recomendaciones de 1985 refería como criterio de calidad una tasa de cesárea del 15% de los partos. La tasa de cesáreas en España y en otros países europeos se encuentra por encima de esos valores, y se va incrementando progresivamente⁶. El número de partos atendidos en 2008 ascendió a 514.114. De ellos, el 24,95% fueron por cesárea. Sin embargo, la tasa de cesáreas sigue estando dos puntos por encima que en 2001. Dicha tasa es notablemente mayor en los hospitales privados, donde más de un tercio de los partos se realiza por cesárea (37%), mientras que en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, con casi 409.603 partos, el número de cesáreas (89.359) afecta aproximadamente a más de 1 de cada 5 partos (22%)⁹.

No se conocen suficientemente bien las causas de este fenómeno como para poder establecer una tasa estándar

de cesáreas. Pero sí se sabe que la variabilidad de las tasas de cesáreas en las maternidades, y entre ellas, es amplia, aun teniendo en cuenta la gravedad de los casos atendidos. Los motivos por los que se realiza una cesárea no los podemos controlar, pero sí podemos realizar unos cambios para favorecer el contacto precoz entre madre y recién nacido; en concreto, cuidar las condiciones ambientales de silencio e intimidad para el primer contacto visual, táctil, olfativo y microbiológico de la criatura con su madre, y preparar el campo, siempre que sea posible, para realizar este contacto precoz⁶.

El Hospital de Barbastro lleva varios años trabajando en la «Iniciativa Hospital Amigos del Nacimiento»⁸, que la OMS y la UNICEF lanzaron en 1991, para llevar a cabo los diez pasos hacia una feliz lactancia materna en todas las maternidades. En concreto, en el servicio de partos del mismo hospital se están trabajando las recomendaciones que se dan para la consecución de este cuarto paso, «ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto». En este paso se centra el primer contacto precoz, objetivo principal de este estudio y cuya dificultad para llevarlo a cabo ya se había analizado¹⁰, no sólo en los partos eutócicos desde junio de 2007, sino también desde marzo de 2008 en los recién nacidos por cesárea, según las recomendaciones de Smith et al.¹¹, que describen cómo hacer del contacto precoz y la cirugía lo más parecido a un parto vaginal, para así obtener también en este tipo de nacimientos los múltiples beneficios que proporciona la lactancia materna natural.

Nuestra hipótesis de investigación era que el contacto precoz entre la madre y los recién nacidos por cesárea en el Hospital de Barbastro influye en la instauración de la lactancia materna tras el alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer si el contacto precoz en los nacimientos por cesárea en el Hospital de Barbastro está relacionado con la instauración de una favorable lactancia materna.

Objetivos específicos

- Conocer si otros factores, como el tipo de cesárea, los problemas en lactancias anteriores, tener información previa sobre la lactancia por los cursos de educación maternal, las lactancias anteriores de la madre, el número de hijos, la nacionalidad, la edad de la madre y la edad gestacional, influyen en la instauración de la lactancia materna.
- Identificar si existen otros factores influyentes modificables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional y retrospectivo.

Criterios de selección y emplazamiento

Mujeres que dieron a luz por cesárea desde el 1 de marzo de 2008 hasta el 31 de marzo de 2010, en el Hospital de Barbastro, del sector sanitario Barbastro del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

Criterios de exclusión

Mujeres cuya hoja de continuidad de cuidados de lactancia materna no esté bien rellenada, sea dudosa o esté incompleta (fallos de cumplimentación ya consensuados previamente).

Variables

Las variables predictoras son:

- Contacto precoz (sí/no).
- Obstétricas: tipo de cesárea (programada, urgente), problemas en lactancias anteriores (sí/no), si ha recibido información previa de lactancia (sí/no), si ha tenido lactancias maternas anteriores (sí/no), edad gestacional (<37 frente a ≥ 37 semanas; desconocida) y paridad (primípara, múltipara).
- Sociodemográficas: nacionalidad (extranjera, española), edad de la madre (<38 frente a ≥ 38 años).

La variable resultado es el tipo de lactancia al alta, ya sea lactancia materna, que incluiría la lactancia mixta (si se aportan 5 suplementos o menos, tal como indica la «Iniciativa Hospital Amigos del Nacimiento») o lactancia artificial.

Recogida de datos

La información se recogió de la base de datos informatizada del hospital, respetando el anonimato y la confidencialidad, según las normas vigentes actualmente, y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki, previo consentimiento del Comité de Ética Asistencial del Hospital de Barbastro. Estos datos se obtienen de la hoja de continuidad de cuidados de lactancia informatizada del hospital (figura 1), rellenada por la matrona de guardia al finalizar cada parto y por las enfermeras del servicio maternoinfantil durante la estancia hospitalaria de la mujer.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Las palabras clave utilizadas fueron «contacto precoz», «lactancia materna» y «cesárea», y sus homónimos en inglés «early skin-to-skin contact», «breastfeeding» y «cesarean section». Se realizó una búsqueda bibliográfica

Tabla 1. Características generales de la muestra

Contacto precoz	Sí	36,44%
	No	63,41%
Tipo de cesárea	Programada	23,58%
	Urgente	76,42%
Problemas con lactancias anteriores	Sí	5,28%
	No	94,72%
Número de hijos	Primípara	65,85%
	Múltipara	34,15%
Información previa sobre lactancia	Sí	79,67%
	No	20,33%
Lactancias maternas anteriores	Sí	26,42%
	No	73,58%
Nacionalidad	Extranjera	41,87%
	Española	58,13%
Edad materna (años)	Media: 31,57	
	DE: 5,571	
	Rango: 18-43	
Edad gestacional (semanas)	Media: 38,9	
	DE: 1,793	
	Rango: 30-42	

DE: desviación estándar.

en las bases de datos Cuiden, Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo y Cuidatge, desde 2000 hasta 2010. También se consultaron las páginas web de organismos oficiales y asociaciones de profesionales de la salud, así como la revisión de protocolos y las guías sobre el tema.

Estrategia del análisis estadístico

Descripción de las características de la muestra

Cada una de las categorías de las variables cualitativas se mostrará en porcentaje, y las variables cuantitativas se describirán con un indicador de tendencia central y otro de dispersión (tabla 1).

Análisis bivariante

Se relacionará la existencia o no de la lactancia materna con cada uno de los posibles factores relacionados, estableciendo, si son variables cualitativas, la comparación de porcentajes mediante la prueba de la chi al cuadrado y la prueba exacta de Fisher; si son variables cuantitativas, se realizarán comparaciones de medias con la prueba de la t de Student.

Modelo de regresión logística multivariante

Se realiza para investigar los distintos factores asociados de forma independiente, y controlar así los factores de confusión.

ANEXO 1

GOBIERNO DE ARAGON

FICHA DE SEGUIMIENTO EMBARAZO Y LACTANCIA

salud Servicio Aragonés de Salud

HOSPITAL DE BARBASTRO

DATOS DE FILIACIÓN

MADRE: Nombre NHC, RÑ: Nombre: NHC, Número SS:, Dirección:, Teléfono:

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO SI NO

FORMACIÓN PREPARTO, INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LACTANCIA, Nº DE HIJOS, LACTANCIAS ANTERIORES, TIEMPO, PROBLEMAS, DECISIÓN PREVIA LACTANCIA (NO SABE)

PARTO E: VAGINAL, EUTÓCICO, FÓRCEPS, CESÁREA, PRN: VENTOSA, ESPÁTULAS, TIEMPO BR: TIPO DE ANESTESIA

PERINÉ SI NO: EPISIOTOMIA, HEMATOMA, DESGARRO, DEHISCENCIAS, HEMORROIDES

RECÉN NACIDO INGRESA, SE QUEDA CON LA MADRE, TOMA EN PARTORIO (BIEN, MAL), PIEL CON PIEL, HORAS DE VIDA DE LA PRIMERA TOMA

ESTANCIA HOSPITALARIA SI NO: COHABITACIÓN MADRE Y RN, BIBERONES ESPORÁDICOS, LA MADRE SOLICITA AYUDA, LACTANCIA (MATERNA EXCLUSIVA, L. ARTIFICIAL, L. MIXTA)

OBSERVACIONES SI NO: MADRE (DA EL PECHO A DEMANDA, POSTURA CORRECTA, EXTRACCIÓN ARTIFICIAL O MANUAL, UTILIZA PEZONERA), MAMAS (GRIETAS, INGURGITACIÓN, PEZÓN PLANO, PEZÓN INVERTIDO), NIÑO (AGARRA BIEN EL PECHO, SE QUEDA SACIADO, LLORA FRECUENTEMENTE, CHUPETE, OTROS (ESPECIFICAR))

CONTROL ATENCIÓN PRIMARIA FECHA DE INTRODUCCIÓN DE L. ARTIFICIAL, MOTIVO ABANDONO LM, DURACIÓN LM, FECHA DE ABANDONO L. MATERNA

Fecha: Firma:

Protocolo de Lactancia Materna Hospital de Barbastro 9

Figura 1. Hoja de continuidad de cuidados de lactancia informatizada del hospital

La magnitud de la asociación entre el factor asociado y la lactancia materna se cuantificará mediante razones de prevalencia ($\exp \beta$).

También se ha tenido en cuenta un umbral de significación estadística del 5%, y los datos se han analizado con los programas Excel y SPSS.

RESULTADOS

Finalmente, se estudiaron 241 mujeres que dieron a luz por cesárea desde el 1 de marzo de 2008 hasta el 31 de marzo de 2010 en el Hospital de Barbastro. Previamente fueron excluidas 6 mujeres.

Las características generales de la muestra se reflejan en la tabla 1. Se observa una proporción elevada de lactancia materna al alta hospitalaria en las mujeres que habían recibido información previa sobre ella.

Los resultados del análisis bivariante que busca la asociación entre cada una de las variables predictoras y la presencia o no de lactancia materna al alta se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Analisis bivariante. Investigación sobre la lactancia materna y los posibles factores relacionados

Variables predictoras	Categorías de las variables		P
Contacto precoz	Sí	92%	0,160 ^b
	No	85,3%	
Tipo de cesárea	Programada	87,8%	1 ^b
	Urgente	87,9%	
Problemas con lactancias anteriores	Sí	65,2%	0,095 ^b
	No	88,8%	
Número de hijos	Primípara	88,9%	0,606 ^b
	Múltipara	85,7%	
Información previa sobre lactancia	Sí	86,7%	0,439 ^b
	No	92%	
Lactancias maternas anteriores	Sí	86,2%	0,800 ^b
	No	88,4%	
Nacionalidad (años)	No nacional	95,5%	0,005 ^b
	Nacional	81,8%	
Edad materna (semanas)	Lactancia materna	Media: 31,16 DE: 5,3	0,003 ^c
	Lactancia artificial	Media: 34,3 DE: 6,1	
Edad gestacional	Lactancia materna	Media: 38,9 DE: 1,793	0,1 ^c
	Lactancia artificial	Media: 39,3 DE: 1,3	

DE: desviación estándar.

^aLactancia materna; ^b χ^2 : prueba exacta de Fisher; ^ct de Student.

De todas las variables predictoras estudiadas, las que menor nivel estadístico presentan son la edad materna y la nacionalidad de las mujeres; por tanto, su relación con la lactancia materna tiene una fuerte evidencia no debida al azar.

Creamos un modelo multivariante de regresión logística. Se introducen en dicho modelo todas las posibles variables predictoras. Del primer modelo saturado, con todos los posibles factores asociados, se procede a extraer, en pasos sucesivos, uno a uno los factores que no han mostrado significación, observando que al extraer la variable correspondiente no se modifican de forma significativa los valores de las razones de prevalencia mostradas en el modelo saturado. El modelo final resultante, con las variables que han mostrado de forma independiente una relación con la lactancia materna al alta, es el que aparece en la tabla 3. Así, por ejemplo, ser

Tabla 3. Análisis multivariante. Investigación de los posibles factores relacionados con la lactancia materna mediante un modelo multivariante de regresión logística

Variabes	Significación	Razón de prevalencia (exp β)	Intervalo de confianza del 95%
Nacionalidad (extranjera frente a española*)	0,004	5,203	1,672-16,196
Problemas con lactancias anteriores (sí/no*)	0,030	4,892	1,168-20,492
Contacto precoz (sí/no*)	0,078	2,336	0,908-6,011
Edad materna (≤ 38 frente a > 38 años*)	0,037	3,409	1,078-10,779
Edad gestacional (< 37 frente a ≥ 37 semanas*)	0,056	9,412	0,944-93,870

*Menor proporción de lactancia materna.

Según el grado de significación, las variables más fuertemente relacionadas con la lactancia materna y con menor implicación del azar son, por orden: nacionalidad ($p=0,04$), problemas en lactancias anteriores ($p=0,030$) y edad materna ($p=0,037$). El resto de variables se ven influenciadas ligeramente por el azar, ya que presentan un valor de $p > 0,05$. La gran amplitud de los intervalos de confianza indica la necesidad de aumentar la muestra.

de nacionalidad extranjera o española está relacionado con la lactancia materna. Las mujeres extranjeras presentan lactancia materna con una frecuencia 5,2 veces superior que las españolas (razón de prevalencia=5,2; $p < 0,05$), independientemente del resto de variables predictoras. En cuanto a la edad gestacional, en las mujeres con una gestación de menos de 37 semanas la razón de prevalencia es de 9,412.

En el caso del contacto precoz, que ha permanecido en el modelo final por presentar un resultado cercano al umbral de significación estadística, se muestran valores de razón de prevalencia de 2,3, lo que refleja que existe el doble de posibilidades de que los recién nacidos que han tenido contacto precoz con la madre sigan con lactancia materna al alta respecto a los que no lo han tenido.

DISCUSIÓN

Los datos que muestra el presente estudio refuerzan la hipótesis de que el contacto precoz se relaciona con la lactancia materna.

Algunos autores, como Gómez Papí et al.¹², señalan en sus estudios que si el recién nacido no es separado de su madre, existe una mayor duración de la lactancia materna. Otros, como Moore et al.³, comentan que el contacto piel con piel inmediata al nacimiento mejora la lactancia y el vínculo afectivo.

Se demuestra que el contacto precoz es importante para una buena instauración de la lactancia materna. Este reflejo de búsqueda y reptación queda bastante mermado en las cesáreas, debido a la separación de la madre y el hijo.

Cabe destacar que las madres extranjeras muestran costumbres de lactancia materna en una frecuencia 5,2 veces superior a las españolas, quizás relacionado con la reincorporación precoz de las madres al trabajo

en el caso de las mujeres españolas, lo que no sucede en las mujeres inmigrantes; o también puede deberse a que en ciertas culturas el amamantamiento es considerado como parte fundamental en la crianza de los hijos.

Otro resultado destacable en este estudio está relacionado con la edad gestacional. En una proporción casi 10 veces mayor, los nacimientos producidos antes de las 37 semanas de gestación favorecen la implantación de la lactancia, hecho que relacionamos con la estancia más prolongada en el hospital de estos recién nacidos y, por tanto, una mayor ayuda y resolución de dudas por parte del personal cualificado.

Las limitaciones más relevantes de nuestro estudio son que los intervalos de confianza son demasiado amplios, debido, sobre todo, al pequeño y limitado tamaño de la muestra de cesáreas, aunque éstas se sitúen por encima del porcentaje recomendado por la OMS⁷ (22%). Presumiblemente, la precisión aumentaría al incrementar la muestra.

Otra de las limitaciones fundamentales es que no podemos extrapolar los datos a todas las mujeres, al haber seleccionado para el estudio a las mujeres con un parto por cesárea, y no todos los tipos de parto.

Respecto a las implicaciones clínicas, creemos que el contacto precoz se puede hacer fácilmente en las intervenciones por cesárea, tal como demuestran Smith et al.¹¹ en su estudio, equiparándolo a los partos eutócicos, dada la poca complicación técnica que supone (sólo con un pequeño cambio en el trabajo diario de los profesionales) y los grandes beneficios que conlleva. Éste es un objetivo contenido en la «Estrategia de Atención al Parto Normal»⁶.

Sería interesante seguir efectuando estudios sobre el tema, de carácter prospectivo, aumentar la muestra para obtener resultados más precisos, o confirmarlos mediante estudios de intervención.

AGRADECIMIENTOS

A Carmen Sahún Obis, supervisora de formación del Hospital de Barbastro, a Yolanda Nogués Susin, del Servicio de Informática del Hospital de Barbastro, a nuestras compañeras del Servicio de Partitorios y a las enfermeras del Hospital de Barbastro, por su ayuda en la recogida de datos, y al Dr. Teófilo Lorente Aznar, de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Huesca, por su asesoría científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueras-Aloy J, García-Alix A, Alomar-Ribes D, Blanco-Bravo MT, Esque-Ruiz J, Fernández-Lorenzo G. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. *An Esp Ped.* 2001; 55: 141-5.
2. OMS-UNICEF. Declaración de Innocenti (resolución WHA 45.34). WHO: Florencia, 1990 [citado el 12 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007; 3: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2 [citado el 10 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
4. Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di-Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res.* 2010; 59(2): 78-84.
5. Martínez-Carrasco MT, Hernández-Pérez MC. El contacto precoz madre-hijo en el postoperatorio: satisfacción y vínculo afectivo. *Matronas Prof.* 2004; 5(15): 12-8.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Contacto precoz madre-criatura recién nacida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; 3(1-11): 43-4. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
7. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Promotion of breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005; 8(1): 39-46.
8. Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños [citado el 15 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index22.asp>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (indicadores hospitalarios). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008 [citado el 30 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/home.html>
10. Monteiro JC, Gomes F, Nakano A. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(4): 427-32 [citado el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
11. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG.* 2008; 115(8): 1037-42.
12. Gómez-Papí A, Baiges-Nogués MT, Batiste-Fernández MT, Marca-Gutiérrez MM, Nieto-Jurado A, Closa-Monasterolo R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr.* 1998; 48: 631-3.