

El contacto piel a piel con padres y su efecto sobre la lactancia materna. Un ensayo clínico no aleatorizado

Dr. Rengel-Díaz, Cristóbal.

Matrona. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga,

Dr. Morales-Asencio, José Miguel.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga,

Dra. Labajos-Manzanares, María Teresa.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga,

RESUMEN:

ANTECEDENTES: En muchas instituciones, los padres siguen teniendo un papel secundario durante el parto y periodo posnatal, con la consiguiente pérdida de oportunidades para una intervención más activa, como es la promoción de la lactancia materna.

OBJETIVOS: Conocer la influencia del CCP padre-RN sobre el tiempo que tarda el RN en iniciar la lactancia materna al entrar en contacto con su madre

Comprobar el tipo de lactancia al alta hospitalaria según grupo asignado: exclusiva, mixta o artificial, así como a las seis semanas

Método: ensayo clínico no aleatorizado en el que un grupo hizo CCP paterno y el grupo control recibió la atención convencional.

RESULTADOS: Se reclutaron cincuenta y dos parejas (27 en el grupo de

intervención y 25 en el grupo de comparación). El inicio de la lactancia materna fue más rápido en el grupo de CPP: 5,63 minutos (IC 2,66-8,6 95%) frente a 15 minutos (IC 9,9-20,1 95%) ($p = 0,001$). La lactancia exclusiva fue mayor en los bebés del grupo intervención frente al grupo comparación (96,3% frente a 88%), pero no significativa ($p = 0,119$).

CONCLUSIONES: EICPP con padres tiene una influencia positiva en el momento de inicio lactancia, con tiempos más cortos en el grupo de madres cuyos bebés han estado en contacto piel a piel con sus padres. Estos resultados también sugieren una posible relación con el tipo de lactancia materna al alta ya las 6 semanas que debe ser evaluado con estudios posteriores.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna. Contacto piel a piel. Cesárea. Padres

ABSTRACT:

BACKGROUND: In many institutions, fathers still have a secondary role in the delivery and postnatal care stages, with a subsequent loss of opportunities for

an active intervention, as in the promotion of breastfeeding.

OBJECTIVES: To evaluate the effects on time-to-breastfeeding onset, of fathers' skin-to-skin contact (SSC) with newborns whose mothers have had a Cesarean



section, and to check the relationship with the type of feeding (exclusive, mixed, or formula) at discharge and at six weeks.

METHOD: A nonrandomized clinical trial in which one group received paternal SSC and the control group received conventional care post-Cesarean section.

RESULTS: Fifty-two couples were recruited (27 in the intervention group and 25 in the comparison group). Breastfeeding onset was faster in the SSC group: 5.63 minutes (95%CI 2.66 to 8.6) versus 15 minutes (95% CI 9.9 to 20.1) ($p=0.001$). Exclusive breastfeeding

was higher in infants in the intervention versus the comparison group (96.3% vs. 88%), but not significant ($p=0.119$).

CONCLUSIONS: Fathers' SSC has a positive influence on the time of breastfeeding onset, with shorter times in the group of mothers whose babies have been in skin-to-skin contact with their fathers. These results also suggest a likely relationship with the type of breastfeeding at discharge and at 6 weeks that must be evaluated in further studies.

KEYWORDS: Breastfeeding, Skin-to-Skin Contact, Cesarean Section, Fathers

ANTECEDENTES

El recién nacido es capaz de alcanzar el pezón de la madre después del parto, cuando se coloca en contacto piel a piel (CPP) inmediatamente después del parto^{1, 2}. La separación de este medio produce un llanto inmediato por angustia y una conducta de "protesta o desesperación" que señala a la necesidad de alimentarse y de contacto. La Teoría de la Alostasis de McEwen establece la relación entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés, en este caso concreto por la separación del recién nacido y sus posibles manifestaciones físicas y psicológicas de salud y enfermedad^{3, 4}. En la madre, el CPP, a través de estímulos sensoriales como el calor, el tacto y el olfato, actúa como un poderoso estímulo vagal que, entre

otras cosas, libera oxitocina materna⁵. Además, los recién nacidos tienen la capacidad de "memorizar" las sensaciones olfativas, para que puedan reconocer el olor del cuerpo materno⁶, al parecer por impulsos bioquímicos que comienzan en el útero a través del líquido amniótico⁷. Los resultados del CPP indican un mejor apego, un mayor sentido de control y auto-perfección y, por lo tanto, una mayor confianza⁸ que podría ser un predictor de la duración de la lactancia materna^{9, 10}. Gómez Papi et al. encontraron que los recién nacidos que permanecieron más de 70 minutos en CPP con sus madres inmediatamente después del parto eran hasta ocho veces más propensos a amamantar espontáneamente². Mikiel-Kostyra et al. observaron que los niños que se encontraban en CPP con sus madres durante al menos 30 minutos



fueron amamantados exclusivamente durante 1,2 meses más y destetados 1,7 meses más tarde que aquellos con un CPP más corto¹¹. Una revisión sistemática encontró efectos estadísticamente significativos y positivos del CPP precoz sobre la lactancia materna de hasta cuatro meses después del nacimiento, además de mejora en los comportamientos afectivos materno y de apego durante la lactancia. Por otra parte, los neonatos en CPP lloraron durante un período más corto de tiempo. Los bebés prematuros tenían una mejor estabilidad cardiorrespiratoria y no se encontraron efectos adversos con el contacto^{12, 13}. Los padres siguen siendo relegados aún a un segundo plano en muchas instituciones durante el parto, especialmente en el caso de las cesáreas, y la mayoría de las veces actúan como observadores externos¹⁴. Algunos autores sugieren que una minoría significativa de los padres experimentan unas primeras impresiones indiferentes o negativas acerca de su bebé al nacer que podrían ir en detrimento de un mejor apego paterno¹⁵.

Velandia et al. estudiaron la interacción vocal de los niños en contacto piel con piel en cesáreas electivas con padres y madres observando que cuando se colocasen CPP a la exposición del lenguaje de los padres, los bebés iniciaron la comunicación con llamadas solicitando a los padres en aproximadamente 15 minutos tras el nacimiento. También se observó que los

niños incluso lloraban menos con sus padres que con sus madres, apoyando la idea de alentar a los padres a mantener a los recién nacidos en CPP después de cesárea¹⁶. Helth y Jarden exploraron en un estudio cualitativo la experiencia de los padres de bebés prematuros y cómo potencialmente podrían beneficiarse del CPP durante el ingreso de sus bebés en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Encontraron que el CPP mejora la capacidad del padre para desempeñar un papel de cuidador en la vida del neonato. El CPP refuerza el papel paterno. Además, sugirieron que los profesionales de la salud deben centrarse en la promoción de las capacidades de ambos padres y de atribuir a los padres un papel igual de importante en los cuidados de sus bebés¹⁷.

La sistematización de la cesárea tiene una influencia negativa en la adaptación inicial del recién nacido al mundo, así como en el apego y el inicio de la lactancia¹⁸. Los partos por cesárea de emergencia y electivas se asocian de manera similar con una menor tasa de lactancia exclusiva¹⁹. También se han reportado efectos negativos para el inicio de la lactancia y en la producción de leche materna en las primeras 24 horas²⁰. Por último, la cesárea se ha contabilizado como una importante barrera para la implementación del 4º Paso de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto)²¹.



JUSTIFICACIÓN

Erlandsson et al. llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado (ECA) con veintinueve diadas padre-hijo cuyos bebés fueron asignados al azar a estar en piel con piel con su padre, o al lado de su padre en una cuna. Encontraron que los recién nacidos del grupo de piel con piel fueron consolados, dejaron de llorar, se tranquilizaron, y llegaron a un estado de sueño antes que los niños del grupo de la cuna. Además, observaron que el padre puede facilitar el desarrollo de comportamientos prealimenticios del bebé²².

La revisión sistemática de Moore llega a la conclusión de que es preciso realizar más investigaciones sobre los efectos del contacto piel a piel temprano en las madres que tienen el parto por cesárea^{12,13}. Habida cuenta de esta conclusión, y con los beneficios presumibles del CPP, se decidió investigar la posibilidad de estimular estos "comportamientos prealimenticios" en relación con la lactancia materna a través del CPP con los padres.

El objetivo principal de este estudio fue evaluar los efectos del contacto piel con piel con padres cuyas madres han sufrido una cesárea, sobre la lactancia materna, y el tiempo de inicio de lactancia y, en segundo lugar, para comprobar la relación con el tipo de alimentación (exclusiva, mixta, o de fórmula) al alta y a las seis semanas.

MATERIAL Y MÉTODO DISEÑO DEL ESTUDIO Y POBLACIÓN.

Se realizó un ensayo clínico no aleatorizado en la Unidad de Maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Victoria y del Hospital Materno Infantil de Málaga, durante 2010 y 2011. Se reclutaron cincuenta y cinco parejas el día en que se diagnosticaron para la cesárea electiva. El reclutamiento no aleatorio para el grupo de comparación fueron autoseleccionados de dos fuentes: Parejas del Hospital Materno de Málaga (donde estas prácticas aún no se habían introducido en la cesárea y los recién nacidos aún permanecen en la sala nido durante la recuperación anestésica, similar a la atención de rutina en el hospital Virgen de la Victoria antes de que ocurriera un cambio estructural que permite el acceso a los RN al área de posrecuperación anestésica en las cesáreas) y las parejas del Hospital Virgen de la Victoria que no pudieron estar en CPP en la recuperación post-anestésica debido a la sobrecarga del servicio, como la falta de camas, etc. Los pacientes en ambos hospitales tenían los mismos criterios de inclusión y exclusión. Las rutinas hospitalarias fueron similares y la plantilla de médicos pediatras de ambos hospitales eran los mismos.

A padres y madres se les informó sobre el protocolo del estudio y se les dijo que iban a recibir una llamada telefónica a las seis semanas para preguntar sobre el tipo de alimentación. Todos ellos fueron



invitados a dar su consentimiento para la participación en este estudio. Los criterios de inclusión fueron: cesárea electiva entre la 37 y 41 semana de embarazo, bajo analgesia espinal, debido a presentación de nalgas, desproporción cefalopélvica, o antecedentes de parto por cesárea anterior, también, que la madre expresara su deseo de amamantar a su bebé desde el principio y al padre de su voluntad de hacer CPP con el bebé mientras la madre estaba en la sala de recuperación. Los recién nacidos fueron valorados al nacimiento por un neonatólogo y debían tener una puntuación del test de Apgar a los cinco minutos igual o superior a 9. Los criterios de exclusión fueron: cesárea por razones distintas a las de los criterios de inclusión, como la anestesia general, los embarazos de gemelares, y la atención especializada del recién nacido después de una evaluación del neonatólogo.

Los datos demográficos de los padres y madres se obtuvieron por medio de las preguntas formuladas durante el registro de datos ya través de los registros de nacimiento. Teniendo en cuenta los resultados de Erlandsson (estudio similar realizado en el Hospital de la Universidad de Karolinska de Estocolmo, con una muestra de 29 parejas, que obtuvo diferencias significativas en el CPP del padre (media de 13,4 ($\pm 3,60$) segundos de tiempo en calmarse cuando era colocado en contacto con el padre, frente al grupo donde el RN permanecía

en la cuna que era de 33,4 ($\pm 6,61$); $p > 0,0001$). Se calculó un tamaño muestral de 55 parejas para un tipo de error de 0,05 y una potencia del 80% para la comparación de medias independientes con una desviación estándar (DE) de 1,15 de inicio de la lactancia en un grupo y 1,35 en otro. Debido a que los resultados de la DE de nuestro ensayo fueron mayores de lo esperado en ambos grupos, la potencia estadística fue menor de la deseada.

VARIABLES

La variable de asignación fue el contacto piel con piel. Las variables de resultado fueron: el tiempo del RN en iniciar la lactancia materna, el tipo de lactancia al momento del alta (exclusiva, mixta, o artificial), y el tipo de la lactancia materna a las seis semanas (exclusiva, mixta, o artificial). Se recogieron variables sociodemográficas para el padre, la madre y el recién nacido, como la edad, la educación, la edad de gestación, peso del recién nacido, sexo, etc. (Tabla 2).

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Inmediatamente después del parto por cesárea, el recién nacido fue valorado por el neonatólogo. Se le colocó un pañal al bebé y una pulsera de identificación, se le administró la vitamina K, y se le enseñó el bebé a la madre.

En el grupo de intervención, la matrona colocó al recién nacido al padre en CPP, que lo esperaba en la habitación de la



madre o en el nido, donde se sentó en un sillón reclinable con una bata abierta para que el bebé pudiera descansar sobre su pecho desnudo. El bebé estaba envuelto en una manta caliente. Los padres fueron informados de que el bebé no debía ser tocado por nadie más que ellos, y que actuaran "de manera natural" para consolar al bebé cuando lo considerara necesario. Una vez que el período de CPP fue de 70 minutos, controlados por la matrona de planta o de la enfermera neonatal, dependiendo de dónde estuviera el padre, podían sentirse libre de poner al bebé en la cuna o seguir en CPP hasta que las madres regresaran a la habitación para transferirle el bebé a ellas para iniciar el CPP. La matrona registró el tiempo total dedicado por los padres en el CPP. En el grupo de comparación, los recién nacidos fueron atendidos en una cuna convencional en el nido hasta que la madre regresaba de la sala de recuperación.

En ambos grupos, cuando las madres regresaron a sus habitaciones, los recién nacidos fueron devueltos a sus madres y se colocaron en CPP en el pecho de la madre (por lo menos 70 minutos mínimo). Las madres también fueron informadas de que el bebé no debía ser tocado por nadie salvo ellas. El tiempo de inicio de la lactancia fue registrado por la matrona de planta, así como el tiempo total de CPP. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Se tuvieron en cuenta los preceptos éticos

fundamentales contenidos en la Declaración de Helsinki y los protocolos y evidencias disponibles que hacían referencia a las buenas prácticas en cuanto al parto, CPP, y la lactancia materna. Se obtuvo consentimiento informado de los padres antes de la participación.

ANÁLISIS

El análisis exploratorio se realizó mediante estadística descriptiva de las variables, la obtención de medidas de tendencia central y de dispersión o porcentajes, en función de sus características (Tabla 3). La normalidad de las distribuciones se evaluó mediante pruebas de Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov. Se comprobó la asimetría, curtosis, y los histogramas de las distribuciones, así como tablas de normalidad.

El análisis bivalente se realizó con la T de Student y chi cuadrado de acuerdo a las características de las variables analizadas en el caso de que se distribuyeran normalmente. Debido a que la variable de resultado principal no se distribuyó normalmente (figura 1), se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis de las variables entre los dos grupos. Por lo tanto, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Todos los análisis se basaron en intención de tratar.

RESULTADOS

Cincuenta y cinco parejas fueron reclutados el día en que se diagnosticaron la cesárea electiva si



cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, 52 parejas de padres se incluyeron en el estudio, de los 55 elegibles, 3 no fueron incluidos: Uno por anquiloglosia, otro por dificultad respiratoria y uno debido a que el padre se negó a participar en el grupo asignado (Tabla 1). La edad media fue de 33,88 años (DE: 5,68) para los padres y los 32,8 años (DE: 5,39) para las madres. Las nacionalidades de los padres eran en su mayoría española (90,4%) y el resto se repartieron entre Paraguay, Polonia, Italia y Bolivia. La distribución de las madres fue muy similar: 92,3% procedían de España y el resto de Paraguay, Marruecos, Venezuela y Bolivia. Todos los participantes debían hablar español con fluidez. Los niveles educativos fueron similares en madres y padres.

Las características basales de ambos grupos no difirieron y fueron equilibradas entre los grupos (Tabla 2). El resultado principal (tiempo de inicio en la primera toma) fue significativamente diferente entre los grupos: la media del grupo de control fue de 15 minutos (IC 9,9-20,1 95%) y el promedio en el grupo de intervención fue de 5,63 minutos (IC 2,66-8,6 95%) ($p = 0,001$) (Fig. 2). No se encontraron diferencias significativas en el tipo de alimentación al alta hospitalaria ($p = 0,119$), aunque se ha detectado una mayor tendencia a amamantar en el grupo de intervención (26 madres frente a 22). En el grupo de intervención, los

lactantes fueron amamantados de forma exclusiva, a excepción de uno con fórmula, debido a un cambio de opinión de la madre con respecto a su voluntad inicial de la lactar. En el grupo de control, dos recién nacidos fueron dados de alta con alimentación mixta y ninguno de ellos con artificial. Por lo general, el alta del hospital después de una cesárea fue el cuarto día después de la intervención, si no existía complicaciones para la madre o el recién nacido. En cuanto al tipo de alimentación a las seis semanas, no se encontraron diferencias. En el grupo de CPP hubo más alimentación mixta a las seis semanas que en el grupo de comparación ($p = 0,202$), como se muestra en la Figura 3. Además, el tipo de alimentación fue más diverso que en el alta, con un incremento de la alimentación mixta y de artificial en ambos grupos. En cuanto a los niveles de educación de las madres, para aquellas personas con educación secundaria, la alimentación al alta fue siempre exclusiva. A las seis semanas, para las madres con estudios universitarios, la lactancia materna exclusiva fue mayor que en los que tienen un nivel de educación primaria, la alimentación artificial también fue mayor en este grupo. Este hallazgo indica que el nivel de educación materna no se asoció con la duración de la lactancia.



DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el efecto del CPP con padres de recién nacidos cuyas madres sufrieron una cesárea respecto del inicio de la lactancia materna. Los resultados obtenidos muestran que esta intervención tiene una influencia positiva en este parámetro y además, añade los otros beneficios del CPP que han sido reportado en la literatura^{1, 11,12,13,23,24}

No han habido efectos adversos durante el CPP con los padres que llevaran a considerar esta práctica insegura. En el estudio de Erlandsson²², no se tuvo en cuenta la relación entre el CPP con el padre y la lactancia, a diferencia de nuestro estudio. Erlandsson demostró que los bebés habían mostrado comportamientos "prealimentacios". Aunque este no fue un objetivo evaluado en nuestro estudio, los padres podían ver cómo sus bebés alcanzaron sus pezones por sí mismos, con la consecuente sorpresa de los padres. Sobre la influencia del tipo de lactancia (exclusiva, mixta o artificial) al alta y a las seis semanas, los resultados no muestran ningún efecto significativo y la prevalencia de la lactancia materna coincide en cierta medida con los resultados reportados por Aguayo et al²⁵ en Andalucía, donde el 82% de los recién nacidos fueron amamantados exclusivamente al nacer. En este estudio, al final del primer mes de vida, la cifra se redujo a 63% y continuó bajando hasta que fue del 26,5% en el

cuarto mes. Por lo tanto, nuestros datos de prevalencia, así como los datos de otros estudios en nuestra región, están muy lejos de alcanzar el nivel óptimo recomendado por las autoridades sanitarias internacionales, como la OMS, UNICEF, etc.^{26, 27}

La ausencia de diferencias en el tipo de alimentación a las seis semanas puede ser debido a factores externos al estudio, como la presión de la familia, poco apoyo profesional y / o apoyo de los iguales, etc. Esto debería invitar a los investigadores a replantearse las estrategias para promover la lactancia materna fuera del ámbito hospitalario, con un seguimiento adecuado y un fortalecimiento por parte de atención primaria y de grupos de apoyo a la lactancia, con cumplimiento de las políticas de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, entre otras, para poder mejorar estos resultados, tal y como propone Renfrew et al. y Jovani Roda et al.^{28, 29, 30}.

Probablemente, el CPP con el padre ayudó a fortalecer la confianza de las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, pero sin la intensidad necesaria para que continúe a lo largo de los primeros seis meses de vida. Otros estudios han encontrado una relación directa con el CPP y la duración de la lactancia¹¹. En nuestro ensayo pudimos observar que tal vez la duración de la lactancia materna es multifactorial e independiente del tiempo de inicio^{25, 21, 31}.

La lactancia materna exclusiva es mayor en las mujeres con niveles educativos



más altos, como ha sido ampliamente reportado^{25, 32,33}. Sin embargo, hubo poca significación en relación al nivel educativo y la prevalencia de la lactancia materna a las seis semanas. Al igual que los resultados de Colodro-Conde³⁴, el nivel de educación materna no se asoció con la duración de la lactancia. Sin embargo, podría ser que un nivel de educación superior es más restrictivo en las decisiones de las madres, debido a que tanto la lactancia materna exclusiva como la artificial también fueron más altos que en el grupo de madres con educación primaria. Al final del ensayo, en el hospital quedó instaurado la práctica del CPP con los padres después de la cesárea.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones incluyen la posible confusión introducida por la autoselección. Por consiguiente, y a pesar de la homogeneidad de los grupos, deben ser tenidas en cuenta las limitaciones derivadas de este tema, tales como confusión residual.

CONCLUSIÓN

El CPP con los padres de recién nacidos

por cesárea influye positivamente en el tiempo de inicio de la lactancia materna, aunque no se detectó ningún efecto sobre el tipo de alimentación al alta y a las 6 semanas.

El CPP con los padres es una intervención sencilla y segura que puede ser aplicada en aquellos hospitales donde éste no es posible para las madres con cesárea. Dado que el inicio de la lactancia materna es más bajo en el grupo de intervención, la carga alostática también será menor en este grupo. Por lo tanto, los recién nacidos estarán menos estresados y podrán realizar sus comportamientos innatos, como la lactancia materna, antes que en el grupo de comparación.

FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con otras personas o instituciones que pudieran haber influido en los resultados. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de cualquier organismo de financiación del sector público, comercial o asociaciones sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

1. Gómez Papí AG, BaigesNogués MT, Batiste Fernández MT, et al. [Método canguro en sala de partos en Recien Nacidos a Término]. AN ESP Pediatr. 1998; 48 (6): 631-3.
2. Gómez Papí, A Ba, BaigesNogués, MT, Nieto Jurado, A. DURACION MINIMA del contacto piel con piel Inmediato en el RN a Término. En: Sevilla, 2002.
3. McEwen, Bruce. Alostasis y alostática carga: Implicaciones para la Neuropsicofarmacología. Neuropsicofarmacología. 2000; 22 (2) :108-124.



4. McEwen BS. Interactuar mediadores de alostasis y carga alostática: Hacia una comprensión de la resistencia en el envejecimiento. *METABOLISMO, clínica y experimental*. 2003; 52 (10) :10-16.
5. Winberg enero Madre y bebé recién nacido: regulación mutua de la fisiología y el comportamiento - una revisión selectiva. *DEV PSYCHOBIOLOG*. 2005, 47 (3) :217-29.
6. Stevenson RJ. Una evaluación inicial de las funciones del olfato humano. *Chem.. Sentidos*. 2010, 35 (1) :3-20.
7. Porter R, Winberg J. relevancia única de olores materna para los recién nacidos. *Neurociencia y Opiniones Biobehavioral*. 1999, 23 (3) :439-449.
8. Affonso DD, Wahlberg V, Persson B. Exploración de las reacciones de las madres en el método canguro del cuidado prematuridad. *NETW neonatal*. 1989; 7 (6) :43-51.
9. Dennis CL. Fundamentos teóricos de la confianza de la lactancia materna: un marco de auto-eficacia. *J LACT HUM*. 1999; 15 (3) :195-201.
10. O'Campo P, Faden RR, Gielen CA, Wang MC. Factores prenatales asociados con duración de la lactancia: recomendaciones para las intervenciones prenatales. *CUESTIONES DE NACIMIENTO en la atención perinatal*. 1992, 19 (4) :195-201.
11. Mikiel-Kostyra K, Boltruszko I, J Mazur, Zielenska M. [El contacto piel a piel después del nacimiento como un factor determinante duración de la lactancia]. *MedWiekurozwoj*. 2001; 5 (2) :179-189.
12. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Es: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd., 1996. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/abstract>. Accedido julio 6, 2012.
13. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). Es: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd., 2012. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/abstract>. Accedido septiembre 14, 2012.
14. Rengel Díaz, C. El padre: ¿PARTICIPANTE o Espectador del Embarazo y parto?. Relato biográfico de la ONU Padre primerizo. *Archivos de la Memoria*. 2006. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/a40605.php>. Accedido febrero 23, 2010.
15. Condon JT, Dunn DJ. Naturaleza y Determinantes de apego de los padres a hijo en el periodo postnatal temprano. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*. 1988; 27 (3) :293-299.
16. Velandia M, Matthisen A, Uvnas-Moberg K, Nissen E. El inicio de la interacción oral entre padres y recién nacidos en contacto piel a piel inmediatamente después de la cesárea electiva. *Nacimiento*. 2010, 37 (3) :192-201.
17. Helth TD, experiencias Jarden M. Padres "con el método piel a piel en la UCIN: la paternidad competente y redefinir los roles de género. *Revista de Enfermería Neonatal*. (0). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184112001445>. Accedido septiembre 14, 2012.
18. Odent M. *La cesárea ¿Problema o Solución?* Barcelona: La Liebre de Marzo, 2009.



19. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, et al. Parto por cesárea electiva: ¿Tiene un efecto negativo en la lactancia materna? *Nacimiento*. 2010, 37 (4) :275-279.
20. Doganay M, Avsar F. Efectos de tiempo de trabajo en el tiempo y la cantidad de secreción de la leche materna. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2002, 76 (2) :207-211.
21. Rowe-HJ Murray, Fisher JRW. Prácticas de hospital amigo del niño: la cesárea es una barrera persistente para la iniciación temprana de la lactancia materna. *Nacimiento*. 2002, 29 (2) :124-131.
22. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Cuidado de la piel-a-piel con el padre después de un parto por cesárea y su efecto en el comportamiento de llorar y antalimentación recién nacido. *CUESTIONES DE NACIMIENTO en la atención perinatal*. 2007, 34 (2) :105-14.
23. Chiu S-H, Anderson GC, Burkhammer MD, Sheau-Huey. Temperatura recién nacido durante la lactancia piel a piel en las parejas que tienen dificultades en la lactancia. *CUESTIONES DE NACIMIENTO en la atención perinatal*. 2005, 32 (2) :115-21.
24. Anderson G, Moore E, Hepworth J, Bergman N. contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Es: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd., 1996. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519/abstract>. Accedido julio 6, 2012.
25. Aguayo Maldonado, Josefa, Pasadas del Amo, Sara Ramírez Troyano Ángel. *La Lactancia Materna en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2005.
26. Anón. OMS | La duración óptima de la lactancia materna exclusiva: una revisión sistemática. OMS. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nhd_01_08/en/. Accedido septiembre 18, 2012.
27. UNICEF. Aprender de los programas comunitarios a gran escala para mejorar las prácticas de lactancia materna. 2008. Disponible en: Accedido septiembre 18, 2012.
28. Renfrew MJ, Dyson L, McCormick, F, et al. Promoción de la lactancia para los bebés en las unidades neonatales: una revisión sistemática. *Desarrollo Infantil Health Care*. 2010, 36 (2) :165-178.
29. Renfrew MJ, Craig D, L Dyson, et al. Promoción de la lactancia para los bebés en las unidades neonatales: una revisión sistemática y el análisis económico. *HealthTechnol Evaluar*. 2009; 13 (40) :1-146, III-IV.
30. Jovani Roda L, L Gutiérrez Culsant, Aguilar Martín C, et al. Influencia del personal sanitario de Asistencia Primaria en la prevalencia de la lactancia Materna. *AnEspPediatr*. 2002; 57 (6) :534-9.
31. Carlander A-KK, Edman G, K Christensson, Andolf E, Wiklund I. contacto entre la madre, el niño y la pareja y las actitudes hacia la lactancia materna en relación con el tipo de parto. *Sexo ReprodHealthc*. 2010; 1 (1) :27-34.
32. Shi L, Zhang J, Wang Y, Guyer B. Lactancia Materna en la China rural: la asociación entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas. *J Lact Hum*. 2008, 24 (4): 377-385.
33. Roig AO, Martínez MR, García JC, et al. Factores asociados a la lactancia materna cese antes de los 6 meses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010, 18 (3): 373-380.



34. Colodro-Conde L, Sánchez Romera-JF, Tornero-Gómez MJ, et al. Relación entre el nivel de educación y la duración de la lactancia depende de contexto social: tendencias de la lactancia materna durante un período de 40 años en España. J LactHum. 2011, 27 (3) : 272-278.

Tabla 1: Flujo de participantes

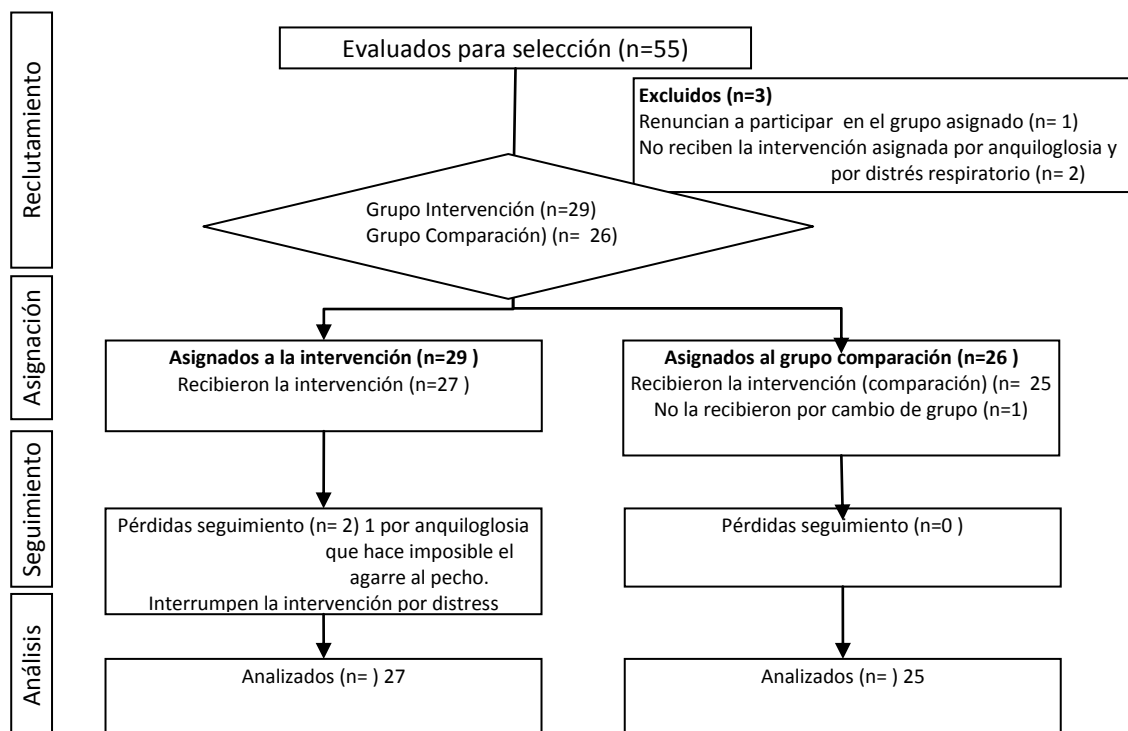


Figura 1: Tiempo de inicio de la lactancia

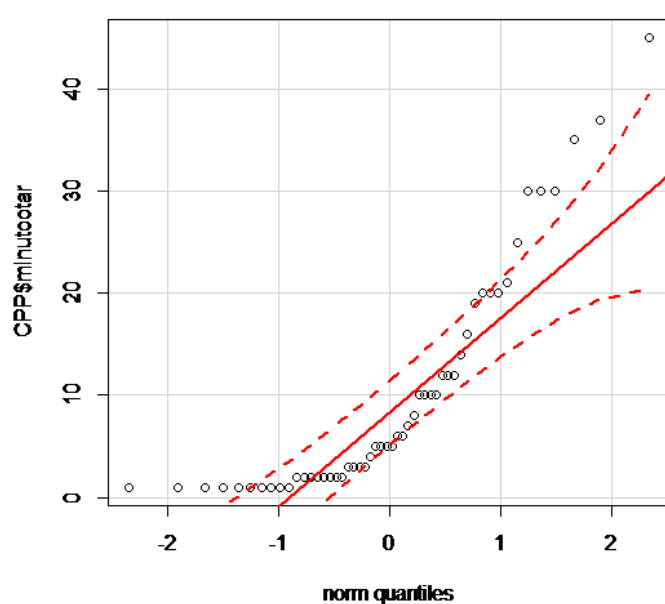


Tabla 2. Estadísticos descriptivos de variables

	Media (IC95%)		Mediana (AIC)		Desv. típ.	
	Comparación	Intervención	Comparación	Intervención	Comparación	Intervención
Edad padre	33,92(31,18 a 36,66)	33,85(31,87 a 35,83)	33 (8,75)	34 (8)	6,473	4,998
Hijos	0,71(0,42 a 1)	0,59(0,32 a 0,87)	1 (1)	0 (1)	,890	,894
edad madre	32,16(29,81 a 34,51)	32,96(30,91 a 35,01)	32 (8,5)	33 (7)	5,691	5,185
Embarazos	0,8(0,46 a 1,14)	0,96(0,55 a 1,38)	1 (1,5)	1 (2)	,816	1,055
Abortos	0,18(0,01 a 0,36)	0,28(0,06 a 0,5)	0 (0)	0 (0,5)	,395	,542
Partos	0,1(-0,04 a 0,24)	0,16(0,01 a 0,31)	0 (0)	0 (0)	,308	,374
Cesáreas	0,61(0,3 a 0,92)	0,68(0,37 a 0,99)	0 (1)	1 (1)	,722	,748
Viven	0,7(0,39 a 1)	0,68(0,4 a 0,96)	1 (1)	1 (1)	,703	,890
Meses Lact 1 hijo	5,23(3,32 a 7,14)	6,33(-0,16 a 12,83)	4 (3,5)	3 (4)	3,166	11,727
Meses Lact 2 hijo	19,33(-16,35 a 55,02)	3,5(-3,44 a 10,44)	25 (1)	2,5 (8)	14,364	4,359
Peso RN gramos	3217,8(3066,95 a 3368,65)	3389,52(3225,9 a 3553,14)	3126 (542)	3340 (570)	365,448	413,609
Edad gestacional	38,76(38,34 a 39,18)	38,81(38,4 a 39,23)	39 (1)	39 (1)	1,012	1,039
Duración CPP padre	0(0 a 0)	0,06(0,05 a 0,07)		1,15 (0,31)		0,31
Duración CPP madre	0,05(0,04 a 0,05)	0,05(0,04 a 0,06)	1,10 (0,24)	1,15 (0,4)	0,28	0,3
minutos que tarda en coger	15(9,9 a 20,1)	5,63(2,66 a 8,6)	12 (18,5)	3 (7)	12,349	7,515

Fig. 2: Minutos que tarda en coger el pecho

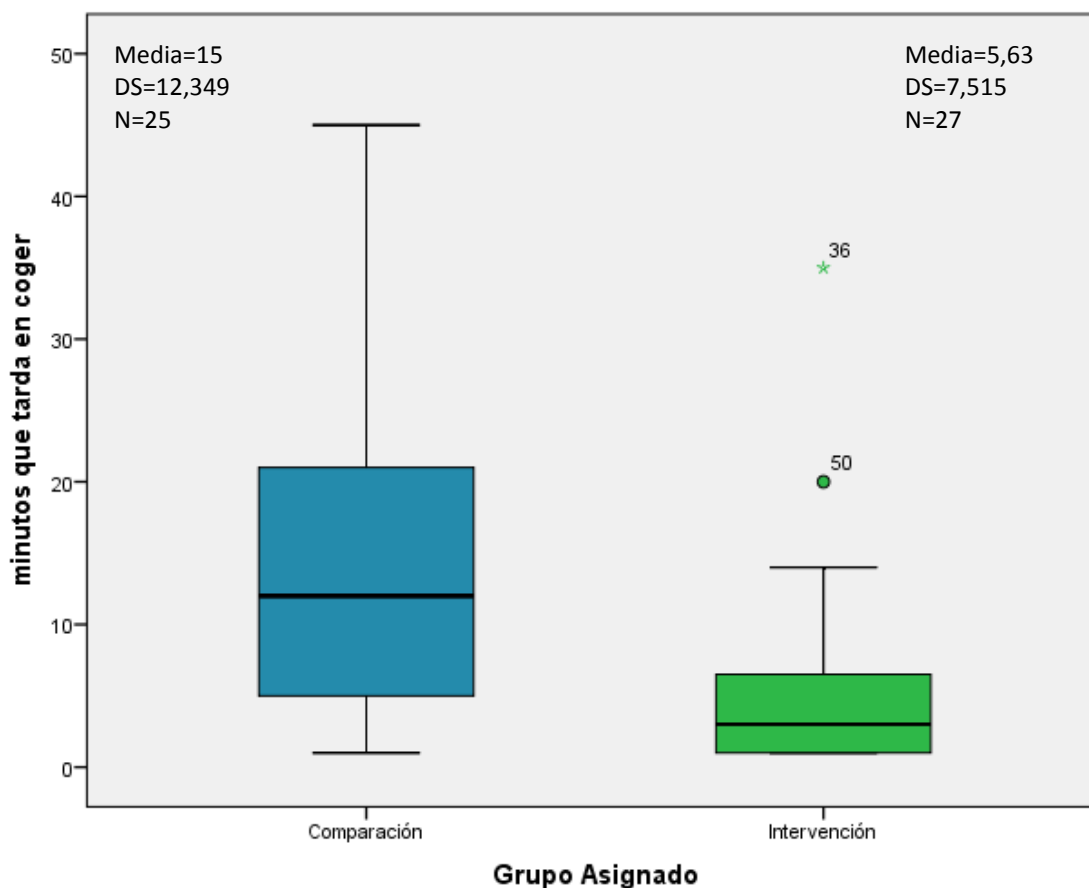


Figura 3. Tipo de lactancia a las seis semanas

