

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 27 de marzo de 2018
Aceptado: 31 de enero de 2019
Publicado: 19 de febrero de 2019**CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS UN PARTO POR CESAREA.
PUESTA AL DÍA Y PROPUESTA DE ACTUACIÓN****Marta Costa Romero (1), Paula Lalaguna Mallada (2) y Nuria Marta Díaz Gómez (3)**

(1) Neonatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. España.

(2) Servicio de Pediatría. Hospital de Barbastro. Barbastro. Huesca. España.

(3) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

Miembros del Comité de Lactancia Materna: S. Ares Segura, B. Espinola Docio, MC Gabarrell Gulu, A. Gimeno Navarro, M. Gómez Fernández-Vegue, JM Martín Morales, M. Peña Caballero, L. Sanfeliciano Martín.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

El contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido tras el nacimiento es considerado como uno de los indicadores de Buenas Prácticas Clínicas, ya que ofrece múltiples beneficios para ambos: reduce el nivel de estrés en la madre, facilita el desarrollo del vínculo afectivo, el éxito de la lactancia materna y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Sin embargo, en la mayoría de los hospitales se separa a madre e hijo el tiempo que dura la recuperación tras la cesárea, lo que puede extenderse varias horas. En este artículo se analizaron las ventajas del CPP tras las cesáreas y las principales dificultades para llevarlo a cabo, que incluyen inestabilidad materna o neonatal y reticencias de los propios profesionales. Se detalla un modelo de procedimiento de actuación para su puesta en marcha, de forma segura y que a la vez contribuya a humanizar el nacimiento.

Palabras clave: Cesárea, Contacto piel con piel, Interacción madre-hijo, Lactancia materna.

ABSTRACT**Skin to skin contact after cesarean delivery.
Theme update and actuation proposal**

Skin to skin contact (SSC) between mother and child immediately after birth is now considered to be an indicator of good clinical practice as it offers multiple benefits for both: it reduces stress levels of the mother, it facilitates affective bonding, breastfeeding and the newborns adaptation to extra-uterine life. However, in the vast majority of hospitals, mother and child are separated until complete recovery following a caesarean section, which can be several hours. In this article the advantages of SSC after a caesarean section, were analyzed, as well as the main difficulties in order to carry it out, which include maternal or neonatal instability and the reticence of the professionals themselves. An actuation procedure model is detailed, for its implementation in a safe manner and that at the same time, contribute to humanize the birth.

Key Words: Cesarean section, Skin-to-skin care, Mother–infant interaction, Breastfeeding.

IMPORTANCIA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL

Se denomina contacto precoz piel con piel (CPP) al periodo de tiempo inmediatamente posterior al parto en que la madre y el recién nacido permanecen desnudos, en íntimo contacto entre sus cuerpos, preferiblemente en un entorno de media luz y tranquilidad⁽¹⁾.

Durante las dos primeras horas de vida, el bebé experimenta un estado que se denomina periodo sensitivo, provocado por una descarga hormonal que tiene lugar durante el trabajo de parto en el que el niño está plenamente receptivo al medio externo^(1,2,3). La colocación del niño sobre el pecho materno permite el reconocimiento olfatorio y el primer contacto visual entre ambos. Siguiendo sus reflejos innatos, la mayoría de los niños son capaces de llegar al pecho y realizar la primera toma en los primeros 60 minutos de vida^(3,4). Una vez transcurridas las 2-3 primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia y es menos probable que demande el pecho.

El CPP tiene efectos beneficiosos tanto para la madre como para el niño:

– En el niño:

a) La necesidad del contacto mutuo entre las madres y los niños tras el parto y su importancia en el desarrollo de la transición fetal fue descrita a finales del siglo pasado⁽⁸⁾. Solo el contacto próximo entre los dos permitirá una adaptación fisiológica, psicológica, crítica y mutua que no se desarrolla de la misma forma si ambos están separados⁽⁸⁾. El CPP permite, por tanto, realizar una adecuada transición favoreciendo su adaptación fisiológica al medio extrauterino^(5,6,7) y mejoría de la organización cerebral y sistema motor^(1,5,7).

b) Mejora la oxigenación del recién nacido, facilita su regulación térmica y disminuye el gasto energético.

c) Esta primera interacción entre madre e hijo es fundamental en el desarrollo del vínculo: la cercanía materna, su olor, tacto, voz, calor, permiten al niño establecer una relación única entre ambos que es independiente del tipo de alimentación elegida^(1,5,8).

d) Favorece el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento de forma exclusiva^(5,9).

- En la madre:

a) El contacto con su hijo y la succión del pecho provocan un aumento de oxitocina y de las beta-endorfinas que favorece la contracción uterina y la eyección de calostro⁽¹⁾.

b) Se reduce el estrés, los posibles problemas emocionales relacionados con el parto y se inicia un sentimiento de protección y de capacidad para cuidar del hijo^(1,6,10,11).

– Efectos de ausencia de CPP: Estudios en animales han demostrado que la separación entre la madre y el recién nacido tras el nacimiento genera una situación estresante en la cría habiéndose hallado cambios epigenéticos en los sistemas de regulación del estrés⁽⁵⁾. Esta situación conlleva un aumento de la expresión de los genes que sintetizan ciertas moléculas y hormonas (cortisol, adrenalina...) sintetizadas en el cerebro y glándula suprarrenal en ambos. El efecto de las mismas enlentece la recuperación de ambos, retrasa el reconocimiento de la madre y puede crear un vínculo débil entre madre e hijo que, sin embargo, puede ser reversible con un ambiente de cariño y arropamiento⁽¹²⁾. Todo ello forma parte de un moderno concepto denominado DOHaD (*Developmental Origins of Health and Disease*) que defiende que eventos precoces en la vida (durante el desarrollo fetal e infancia) pueden determinar distintas formas de comportamiento, mentales y biológicas a largo plazo, incluso favorecer el desarrollo de enfermedades⁽¹³⁾.

Dados los demostrados beneficios del CPP, organizaciones de salud nacionales e internacionales (OMS; UNICEF, GUIA NICE, AAP...) recomiendan el CPP precoz tras los partos vaginales y cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan^(14,15,16,17,18). Su puesta en práctica se recomienda tanto en la *Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal*⁽¹⁴⁾, como en la *Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicada en abril de 2017⁽¹⁹⁾.

REPERCUSIÓN DE LA CESÁREA EN MADRE E HIJO

El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años^(20,21,22,23,24). Además de los costes sanitarios de una cesárea (personal, material, quirófano, reanimación, etc), se han estudiado los gastos colaterales de la misma en cuanto a morbi-mortalidad materna y fetal⁽²⁵⁾:

– En el niño: El nacimiento mediante una cesárea interrumpe la transición normal del recién nacido, ya que se dan unas condiciones físicas y bioquímicas especiales que pueden entorpecer el proceso de adaptación a la vida extrauterina, con una peor regulación térmica, un aumento de probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria e incluso problemas de glucemia, cuya frecuencia es inversamente proporcional a la edad gestacional del niño⁽⁵⁾. Se sabe que estos niños están menos alerta y menos receptivos durante las primeras horas de vida, en relación a una menor estimulación del sistema nervioso simpático y al efecto de la medicación administrada a la madre⁽⁵⁾. Todos estos cambios, en última instancia, dificultan el desarrollo del reconocimiento del olor materno, lo que puede llevar a problemas para iniciar y establecer la lactancia. De hecho, los niños nacidos por cesárea y puestos en CPP con sus madres tardan una hora más en iniciar la toma del pecho que los niños en CPP nacidos por parto vaginal⁽²⁶⁾.

– Efecto en la madre: La recuperación tras el parto es peor, refiriéndose más dolor y cansancio y una mayor tasa de complicaciones que en un parto vaginal^(27,28). Al tratarse de una cirugía mayor, las mujeres deben ingresar durante varias horas en Unidad de Reanimación para tener una monitorización estrecha, lo que supone una separación obligada del recién nacido. También se ha documentado que una menor concentración de oxitocina, adrenalina y noradrenalina enlentece el restablecimiento materno y el inicio del vínculo entre madre e hijo^(28,29).

a) Efectos psicológicos. Se ha descrito peor vivencia del parto y un mayor riesgo de depresión postparto relacionados con la separación del niño^(8,30,31).

b) Establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo. En algunos estudios se ha visto que aquellas madres que fueron separadas de sus hijos inmediatamente tras el parto presentaron actitudes menos cariñosas hacia el niño y una manifiesta dificultad para establecer el vínculo a corto plazo^(2,10,32,33) que puede prolongarse en el tiempo⁽⁶⁾.

c) Lactancia materna. El desbalance hormonal, la separación entre madre e hijo sumado a las alteraciones físicas y psicológicas que pueden presentarse en las mujeres sometidas a una cesárea, condicionan más dificultades en el inicio y mantenimiento de la lactancia habiendo un alto índice de cese precoz de la misma^(34,35). Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes^(27,35,36).

CPP TRAS CESÁREA, IMPORTANCIA Y PROPUESTA

A la vista de la evidencia parece fundamental poner en marcha estrategias que permitan instaurar CPP tras las cesáreas. No se debe olvidar que el nacimiento es un momento único que debe ser compartido por la madre, el padre y el recién nacido, por eso debemos minimizar los

efectos de la cirugía siempre que la situación lo permita, intentando que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vaginal⁽⁸⁾ (figura 1).

¿Cuáles son los principales problemas de CPP en quirófano?

– Hipotermia. Se ha demostrado que no hay diferencias de temperatura entre niños nacidos por cesárea sometidos a los cuidados tradicionales y aquellos que estuvieron en CPP⁽³⁷⁾. Para ello es recomendable aumentar la temperatura ambiente (se recomienda $\geq 25^{\circ}\text{C}$)⁽³⁸⁾, y evitar la pérdida de calor en el niño mediante el secado con paños calientes, rápida acomodación sobre la madre, colocación de un gorro y su cobertura con paños secos calientes. Se debe controlar, además, periódicamente la temperatura del niño⁽³⁸⁾.

– Profesionales. Actualmente la realización del CPP en los partos vaginales es una práctica extendida en la mayoría de las maternidades y se realiza de forma normalizada. Sin embargo, en los partos por cesáreas, muchos profesionales sanitarios ven a la mujer como una paciente quirúrgica más que como una madre y como tal se le trata. Además, el recién nacido requiere vigilancia y su presencia en el quirófano se interpreta como un “estorbo”. Por este motivo se ha afirmado que los profesionales son uno de los grandes escollos para el desarrollo del CPP en las cesáreas^(1,38,39). Los principales argumentos en contra de la realización del CPP son:

a) Cirugía mayor: No se puede perder de vista el hecho de que la cesárea es una intervención de cirugía mayor no exenta de complicaciones y riesgos antes, durante y tras la misma.

Figura 1
Colocación del niño sobre el pecho de la madre durante la intervención.



La colocación del niño sobre el pecho de la madre puede modificar el campo quirúrgico y afectar la esterilidad del mismo⁽³⁹⁾. La madre tiene sensores de monitorización de saturación y electrocardiograma que deben ser recolocados para facilitar el contacto entre ambos⁽³⁸⁾. La vía venosa y las ligaduras pueden dificultar que la mujer abrace y sostenga a su hijo^(38,39).

b) Atención al RN: La transición puede ser más difícil en niños nacidos por cesárea^(8,38). El pediatra supervisará este proceso y decidirá si es posible realizar el CPP. Por esa razón debe haber una persona encargada enteramente del niño, que monitorice la transición, evite que se desplace y ayude a la madre en la sujeción del recién nacido^(9,39). La mayoría de las veces, la verdadera dificultad está en definir el profesional responsable que debe asumir esta tarea⁽¹⁾.

c) Quirófano: Se trata de un lugar aséptico y frío con un número máximo de personas que pueden estar dentro de un quirófano. El acompañante suele ser invitado a salir^(1,40).

d) Reanimación: El personal de la Unidad de Reanimación supervisa la normal evolución de los pacientes tras la cirugía. La presencia del niño en la sala y la necesidad de supervisar su estado supone una sobrecarga de trabajo que se añade a la falta de experiencia y familiaridad con su manejo.

– Colapso súbito del recién nacido. Se trata de fallecimientos o episodios aparentemente letales ocurridos en recién nacidos aparentemente sanos durante el periodo de CPP o durante la toma de lactancia materna. La incidencia en Europa en partos vaginales es de 2,6-5 casos por 100.000 recién nacidos vivos^(5,41). La causa es desconocida. Se relaciona con la mayor vulnerabilidad a la hipoxia de los niños durante las dos primeras horas de vida (periodo crítico) que podría precipitarse al modificarse la

vía aérea por la postura o durante el amamantamiento, por eventos prenatales o por aumento del tono vagal durante la toma. La postura del recién nacido, boca abajo sobre una superficie mullida y caliente son comunes a los existentes en el síndrome de muerte súbita infantil^(41,42). Otros factores de riesgo son madre primípara, distracción y/o excesiva fatiga materna⁽⁴²⁾. No hay datos en CPP tras partos por cesárea, pero dado que este tipo de estrategia supone una mayor vigilancia del niño, la incidencia de fallecimientos no tiene por qué ser superior.

¿Cómo se puede poner en marcha el CPP en las cesáreas?

Tras la revisión de la literatura y basándonos en la práctica clínica habitual en hospitales nacionales e internacionales^(8,22) donde se ya se realiza esta práctica, se propone las siguientes pautas de actuación:

El primer paso es establecer comités multidisciplinarios integrados por los médicos y enfermeras implicados en las cesáreas para unificar criterios y consensuar un protocolo de actuación⁽³⁹⁾. Es imprescindible animar a los profesionales a comprender la importancia de este momento único, entendiendo la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el periodo de alerta del recién nacido⁽¹⁾.

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en quirófano y también en la sala de reanimación, siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan y siempre que exista colaboración y formación del personal que lo realiza⁽¹⁾. El objetivo es no separar a la madre y el recién nacido a lo largo de todo el proceso y favorecer la participación del padre. Dada la repercusión del CPP sobre el establecimiento del vínculo madre-hijo, se ofertará a todas las madres, independientemente del tipo de alimentación que hayan elegido para el niño.

Propuesta de actuación:

– Antes de entrar al quirófano se explicará el procedimiento a los padres y se solicitará su consentimiento. La presencia de un acompañante mejora la vivencia del parto, el inicio de la lactancia y la realización de CPP^(22,23), por ello siempre que sea posible, se habilitará un espacio junto a la cabecera de la mesa para el padre. De esta forma, el padre puede estar junto a la madre y participar también del CPP sin interferir en la labor del personal de quirófano.

– Preparación para la Intervención:

a) Se colocará el arco de separación dejando espacio suficiente para que la madre pueda acoger al niño durante la intervención.

b) Se monitorizará a la madre con manguito de tensión y el pulsioxímetro. Los electrodos se colocaran en la espalda o en los hombros para evitar molestias al bebe e interferencias.

c) Se utilizará un sistema de inmovilización de los brazos que permita soltar fácilmente al menos uno de ellos para que la madre pueda sujetar al niño durante el CPP.

– Durante la intervención el anestesiólogo vigilará y tratará precozmente los síntomas que puedan aparecer para que la madre esté tranquila y con buen estado para recibir a su bebé.

– Tras el nacimiento se colocará el bebe directamente sobre el pecho de la madre. Si existe entencimiento en la transición, el pediatra valorará al niño en la cuna térmica, por ello es importante que esté dentro del quirófano, así se puede vigilar la evolución del niño sin que la madre pierda el contacto visual. Una vez superado el problema se puede iniciar el CPP.

Se colocará al recién nacido desnudo o con un pañal y gorro, cruzado ligeramente entre

los pechos de la madre cuidando que la vía aérea no quede ocluidas. Se secará suavemente y se tapaná con paños calientes para evitar la pérdida de calor⁽¹⁹⁾. Hay que proporcionarles intimidad pero siempre habrá un profesional (consensuado en cada centro) pendiente de ambos.

El contacto se puede mantener todo el tiempo que dure la intervención o interrumpirlo si surge algún problema. Muchos recién nacidos iniciarán sus conductas de búsqueda y serán capaces de realizar la primera toma de lactancia materna en el mismo quirófano (figura 2). En cualquier caso, si la situación materna/neonatal deja de ser la idónea, se volverá al manejo habitual, con separación de madre e hijo para una adecuada valoración y tratamiento por el equipo médico. La decisión última de la realización del CPP dependerá de la valoración conjunta de madre e hijo por los médicos presentes.

– Una vez acabada la intervención se debe favorecer la continuidad del CPP en la Unidad De Reanimación Postanestésica si las condiciones del servicio, la mujer y el recién nacido lo permiten. El padre debería poder permanecer junto a ellos. Es conveniente habilitar un espacio con biombos para darles intimidad. Será especialmente importante favorecer el comienzo de la lactancia materna si no se ha iniciado en quirófano. En esta sala, la mujer debe recuperarse de los efectos de la anestesia y se iniciará la analgesia que evitará el dolor los días siguientes. El personal encargado de los cuidados de la madre debe asumir la responsabilidad del cuidado de la díada madre-hijo o facilitar que otra persona se responsabilice. Para que esto sea posible es imprescindible la formación y la disposición.

Para reducir el riesgo de Colapso súbito del recién nacido se debe advertir a los padres que avisen en cuanto el recién nacido se duerma

Figura 2
Inicio de la lactancia materna en quirófano.



y enseñarle la posición en la que su vía aérea no corre peligro de obstruirse durante el CPP. También es importante que sepan reconocer los signos de alerta y avisar a los profesionales sanitarios si se presentan⁽¹⁷⁾.

Tanto la explicación de las causas del colapso súbito del recién nacido, las formas de evitarlo y los signos de alarma deberían ser explicados en las clases preparto y recordados en la consultas de seguimiento a lo largo del embarazo. Además, la persona encargada de la supervisión del proceso del parto y del CPP, deberá hacer un recordatorio de signos clínicos que se deben vigilar además de ayudar a la madre con la postura del niño. Existen recursos en la web del Ministerio de Sanidad,

Consumo y Bienestar Social que pueden utilizarse para este fin⁽¹⁹⁾. Proponemos a continuación un organigrama de actuación con los profesionales implicados (figura 3).

– Tras la recuperación en la sala de Reanimación, madre e hijo, acompañados por el padre, pasarán a la habitación de maternidad donde se les acomodará para continuar los cuidados.

Si por cualquier motivo (anestesia general, incidencias durante la intervención, hipotensión...) no puede realizarse el CPP del recién nacido con su madre, éste puede realizarse con el padre como alternativa, evitando dejar al niño sólo en una cuna hasta que su madre esté disponible^(26,43).

Figura 3
Organigrama de los profesionales implicados y las tareas para la prevención del colapso súbito del recién nacido tras el parto.



CONCLUSIONES

El CPP en las cesáreas es una práctica recomendada, beneficiosa y segura. Disponer de un protocolo consensuado entre los servicios implicados permite aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor. Para ello es imprescindible la implicación y formación del personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. *AORN J.* 2017;105:579-592.
2. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström AM. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* 2009;36:97-109.
3. Goldstein Ferber SG, Makhrouk IR. The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics.* 2004;113:858–865.
4. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother’s milk odour. *Acta Paediatr.* 2004, 93:1640-1645.
5. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25;11:CD003519, . Review. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
6. Vetulani J. Early maternal separation: a rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep.* 2013;65:1451-1461.
7. Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A. Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800 g: randomized control trial. *J Perinatol .* 2014;34:364-368.
8. Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38:430-442.
9. Hung KJK, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs .* 2011;36:318-324.
10. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10:456-73.

11. Moran-Peters JA, Zauderer CR, Goldman S, Baierlein J, Smith AE. A quality improvement project focused on women's perception of skin-to-skin contact after caesarean birth. *Nurs Womens Health*. 2014; 18: 294-303.
12. Francis D, Diorio J, Plotsky P, Meaney M. Environmental enrichment reverses the effects of maternal separation on stress reactivity. *J Neurosci*, 2002, 22:7840–7843.
13. Hanson M, Gluckman P. Commentary: Developing the future: life course epidemiology, DOHaD and evolutionary medicine. *International Journal of Epidemiology*, 2016, 45: 993–996.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf; 2010.
15. IHAN. UNICEF/OMS. Hospitales IHAN España. Guía detallada para la aplicación Paso a Paso Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/>; 2010 http://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2.Guia_detallada_hospital.pdf.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline 37. Recommendation for Guidance Executive Review of Clinical Guideline (CG37). - Postnatal care up to 8 weeks after birth. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence>; July 2006.
17. Perinatal Services BC. Health Promotion Guideline. Breastfeeding Healthy Term Infants. L 2013 Feb. <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf>; May 2012 (v3 March 2015).
18. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>; 2012 [Consultada 01.11.17].
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Versión resumida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
20. WHO Recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.07). LICENCE: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf; 2015.
22. De Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, de Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, Sanchez-Lopez D, Cantero-Arribas P, Moral-Pumarega MT, Pallas-Alonso C. Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. *J Hum Lact*. 2014;30:283-286.
23. Tessier España E, Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, Hernández García JM, Vellido Coteló R, de la Hera Lázaro C et al. Cesárea humanizada. *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56:73-78.
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001 – 2012- serie informes breves-CMBD- Madrid 2014.
25. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al., Oladapo OT, Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Gülmezoglu AM. What is the optimal rate of

caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015 21;12:57.

26. Velandía M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatr*. 2012;101:360-367.

27. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010;37:275-279.

28. Udy P. The physical impact of cesareans. *Midwifery Today Int Midwife*. 2008;88: 10-1, 63-64.

29. Oden M. The first hour following birth: don't wake the mother *Midwifery Today Int Midwife*. 2002; 61: 9-12.

30. Corona A, Higuera MT, Cabero LL. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:703-708.

31. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*. 2007;64:2272-2284.

32. Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Welles-Nystrom, B, Widstrom, A. M. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*. 2013; 22: 310-336.

33. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *BJOG*. 2001;108:1068-1075.

34. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS Ransjö-Arvidson AB, Welles-Neystrom B, Vorontsov I. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St. Petersburg. *Int Breastfeeding J*.2007;2:9.

35. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012;95:1113-1135.

36. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of cesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;26;16:90.

37. 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;59:78-84.

38. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural cesarean: a woman-centred technique. *BJOG*. 2008;115:1037-1042.

39. Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014;43:488-496.

40. Ministerio de Sanidad y Política social. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>.

41. Pallás CR, Rodríguez J y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80:203-205.

42. Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res*. 2013;4:236-247.

43. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007;34:105-114.