

ORIGINAL BREVE

Recibido: 5 de junio de 2019
Aceptado: 19 de agosto de 2019
Publicado: 6 de noviembre de 2019

EVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

M^a del Mar Gutiérrez Martínez (1), Pilar González Carrión (1, 2), M^a Dolores Quiñoz Gallardo (1), Antonio Rivas Campos (1), Manuela Expósito Ruiz (3,4) y Antonio José Zurita Muñoz (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

(2) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada. España.

(3) Unidad de Investigación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Fundación FIBAO. Granada. España.

(4) Instituto de Investigación Biosanitaria Ibs Granada. Granada. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna (LM) está considerada como un área de atención prioritaria de salud pública, así como un factor determinante de la salud infantil y materna. La utilización de guías de buenas prácticas mejora los resultados de salud y la seguridad de los pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto en la lactancia materna tras la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas “Lactancia Materna” en el centro Materno Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se estudiaron madres y recién nacidos atendidos desde 2015 a 2018. Se examinaron variables de proceso y de resultados, realizando análisis descriptivo y bivariante para la comparativa entre años.

Resultados: La tasa de LM exclusiva al alta pasó del 58,3 % al 72,2 %. Se encontraron diferencias significativas para la primera toma de LM exclusiva en los partos eutócicos (del 90,8% al 93,2%) y en las cesáreas (del 21,7% al 60%). Se obtuvieron mejoras en la valoración de la toma, la educación postnatal y el inicio y duración del contacto piel con piel.

Conclusiones: Las acciones protocolizadas posnatales que realizan los profesionales de la salud, como la valoración de la toma de LM y la educación postnatal, resultan eficaces para instaurar la lactancia. El momento de inicio del contacto piel con piel y su duración son aspectos que deben ser reforzados para un apoyo efectivo.

Palabras clave: Lactancia materna, Contacto piel con piel, Guía de práctica clínica, Enfermería basada en la evidencia.

ABSTRACT

Evaluation of good practices about breastfeeding in a mother and child hospital

Background: Protection, promotion and support to the breastfeeding is considered as an area of priority in public health care and as a determining factor of child and maternal health. The use of good practice guides improves health outcomes and patients safety. The aim of study was to assess the impact on breastfeeding of a Guide of Good Clinic Practices about breastfeeding in the Mother and Child Center of the Virgen de las Nieves University Hospital in Granada.

Methods: Cross-sectional descriptive study. Mothers and newborns attended from 2015 to 2018 were studied. Process and outcome variables were considered to perform a descriptive and bivariate analysis for the comparison between years.

Results: The rate of exclusive breastfeeding at discharge went from 58.3% to 72.2%. Significant differences were found for the first intake of exclusive breastfeeding in eutocic births and in C-sections, from 90.8% to 93.2% in the first and from 21.7% to 60% in the second. Improvements were detected in the assessment of intake, postnatal education and onset and duration of skin-to-skin contact.

Conclusions: Postnatal protocolized actions carried out by health professionals, such as the assessment of the intake of breastfeeding and postnatal education, were effective for the establishment of breastfeeding. The first moment of skin-to-skin contact and its duration are aspects to be reinforced for effective support.

Key words: Breastfeeding, Skin-to-skin contact, Clinical practice guide, Evidence-based nursing.

Cita sugerida: Gutiérrez Martínez MM, González Carrión P, Quiñoz Gallardo MD, Rivas Campos A, Expósito Ruiz M, Zurita Muñoz AJ, Instituto de Investigación Biosanitaria Ibs Granada. Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 6 de noviembre e201911088.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) representa el mejor alimento para el recién nacido y es bien conocido que aporta grandes beneficios para las madres y los hijos, tanto durante el período de lactancia como a lo largo de sus vidas. Esta afirmación, avalada por organizaciones y autoridades científicas y sanitarias de todo el mundo, hace que la protección, promoción y apoyo a la LM sea considerada como un área de atención prioritaria de salud pública y un factor determinante de la salud infantil y materna^(1,2).

En 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF realizan la declaración conjunta *Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*, que describe en diez pasos las actuaciones que deben llevar adelante las maternidades para conseguir el éxito de la lactancia. Desde entonces, se han hecho grandes esfuerzos a nivel internacional para el desarrollo de estrategias dirigidas a aumentar las tasas de LM y disminuir las barreras existentes⁽³⁾.

En 2018, se presentó la primera revisión de los *Diez Pasos para una Lactancia Materna exitosa* en la guía de implementación titulada: *Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en las instalaciones que brindan servicios de maternidad y recién nacidos: Iniciativa Hospitalaria Amiga de la Niñez, revisada*⁽⁴⁾. En ella se especifican las recomendaciones de cada paso de acuerdo con la evidencia actual y la política de salud pública mundial, destacando los procedimientos de manejo críticos y las prácticas clínicas clave para apoyar la lactancia materna. Esto permite integrar estas recomendaciones en otros programas con el fin de llevar a cabo intervenciones sostenibles de ayuda a las madres que desean amamantar a sus hijos^(4,5).

Es sabido que las guías de práctica clínica están consideradas como un instrumento para optimizar la aplicación de estrategias de calidad en

el sistema sanitario y que tienen el gran potencial de reducir la variabilidad innecesaria y mejorar la práctica clínica⁽⁶⁾. En esta línea se presenta el Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC[®]) que se está desarrollando en el territorio español, como una gran oportunidad para fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento de buenas prácticas en cuidados^(7,8).

Se trata de un proyecto internacional que surge en nuestro país tras el acuerdo entre la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CECBE) y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). Tiene una duración de tres años y se establece un periodo de sostenibilidad, que es renovado cada dos^(8,9). Ha sido incorporado por la Región Europea de la OMS dentro del Compendio de Buenas Prácticas para la mejora de los Sistemas de Salud⁽¹⁰⁾.

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN), perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía, fue seleccionado en la cohorte (2015-2017) para formar parte del Programa de CCEC[®]. Una de las guías seleccionadas fue la de *Lactancia Materna*⁽¹¹⁾, cuya finalidad es mejorar los resultados sobre LM en madres y en lactantes, ayudar a los profesionales sanitarios a utilizar la mejor investigación basada en la evidencia disponible y promover el uso responsable de los recursos asistenciales. Se escogieron las recomendaciones establecidas para el entorno hospitalario y, desde 2015, se han implantado y evaluado mensualmente indicadores de proceso y de resultados en el centro Materno Infantil del HUVN de Granada.

El interés de esta investigación consistió en dar a conocer el trabajo realizado en la promoción de la LM y los resultados que se obtuvieron durante 4 años de implantación de prácticas clínicas clave, tanto en los partos

naturales como en las cesáreas. Se consideró que la divulgación de estos resultados pueden ser útiles para los profesionales que trabajan en el área Materno Infantil.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la LM tras la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas *Lactancia Materna* en el centro Materno Infantil del HUVN de Granada.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se analizó la evolución de indicadores de proceso y resultados, dentro de las recomendaciones específicas para el entorno hospitalario de la Guía *Lactancia Materna*⁽¹¹⁾, implantadas durante 4 años (tabla 1).

La población de referencia fue de 13.338 madres que dieron a luz en el centro Materno Infantil desde 2015 a 2018 y sus recién nacidos.

Como criterios de inclusión se consideraron todos los partos únicos y nacidos sin anomalías severas (cromosómicas, malformaciones congénitas o con fallo respiratorio que requirieran respiración asistida), con peso superior o igual a los 2.500 gramos al nacer, con una puntuación de 5 o superior en la medición de Apgar a los 5 minutos, y no dado en adopción. Se excluyeron las madres de recién nacidos ingresados en Neonatología.

No se calculó el tamaño muestral, ya que el Programa CCEC® establece un procedimiento en el que la muestra obtenida es representativa del total de partos de cada centro adherido a dicho programa. Concretamente, en nuestro centro el procedimiento de muestreo estableció una muestra de 1.470 mujeres dadas de alta, seleccionadas en los 5 últimos días laborales del mes durante los tres primeros años y en los 3 últimos días laborales del mes para el cuarto año.

Los indicadores de proceso fueron:

- Porcentaje de mujeres con evaluación sobre LM antes del alta.
- Porcentaje de mujeres que recibieron educación postnatal sobre LM antes del alta.
- Porcentaje de mujeres que realizaron Contacto Piel con Piel (CPP) tras el nacimiento (este último indicador se incorporó en 2017).

Los indicadores de resultados fueron:

- Porcentaje de recién nacidos con LM exclusiva en la primera toma, especificando también el momento (en la primera hora de vida, antes de la segunda hora de vida o después de las 2 primeras horas de vida).
- El tipo de lactancia que tomó el recién nacido durante la estancia hospitalaria y el tipo de lactancia que recibió el recién nacido en las 24 horas previas al alta, diferenciando entre lactancia materna exclusiva (LME), lactancia mixta o si no inició LM.

Entendemos por LME aquella en la que el bebé recibió únicamente leche materna y no otros suplementos, ni líquidos ni sólidos. Por otro lado, definimos lactancia mixta como aquella en la que el recién nacido/a recibe leche materna en algunas tomas y suplementos líquidos como la lactancia artificial (fórmula o sucedáneos) o agua con glucosa en otras tomas⁽¹¹⁾.

Las variables se recogieron de la Historia Clínica (HC) de las mujeres tras ser dadas de alta y fueron registradas en la plataforma online CarEVID®, diseñada y habilitada por el Programa CCEC® (versión española de la plataforma oficial de evaluación de todos los CCEC® internacionales NQuIRE®). Esta plataforma se basa en una colección de formularios, que permite la recogida de información para el cálculo de indicadores de proceso y resultados.

Tabla 1
Recomendaciones implantadas de la Guía de Lactancia Materna (RNAO, 2007)⁽¹⁾
y Nivel de evidencia.

Recomendaciones para la práctica	
Las enfermeras respaldan la Iniciativa IHAN, lanzada conjuntamente en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La IHAN indica a los centros de asistencia sanitaria cómo cumplir los “10 pasos para una lactancia feliz”.	II-3
Las enfermeras realizarán una evaluación integral de la madre, el bebé y la familia respecto al tema de la lactancia materna, tanto de forma prenatal como en el posparto, para facilitar la intervención y el desarrollo de un plan de lactancia materna.	II-3
La evaluación posparto debe incluir los siguientes aspectos principales: - Medicación intraparto. - Nivel de molestias físicas de la madre. - Observación de la postura, del agarre al pecho y de la succión. - Señales de transferencia de leche. - Capacidad de los padres para identificar las señales de hambre del lactante. - Interacción entre la madre y el lactante y respuesta de la madre a las señales de hambre del lactante. - Capacidad de la madre para identificar las señales de satisfacción o saciedad del lactante. - Capacidad de la madre para identificar a personas allegadas que estén disponibles y que apoyen su decisión de amamantar. - Experiencia durante el parto. - Evaluación física del lactante.	III
Las enfermeras llevarán a cabo una evaluación integral de la madre y el bebé en lo concerniente a la lactancia materna antes del alta médica.	III
Las enfermeras deberían iniciar el método canguro o piel con piel entre la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento como parte de los cuidados rutinarios.	II-2
Las enfermeras con experiencia y conocimientos sobre lactancia materna deberán proporcionar apoyo a las madres. Dicho apoyo deberá establecerse durante el periodo prenatal, continuar durante el periodo puerperal y debería consistir en contacto directo, cara a cara.	I
Recomendaciones para la formación	
Las enfermeras que proporcionen apoyo a la lactancia materna deberán recibir obligatoriamente formación en lactancia, para desarrollar los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para implantar las directrices sobre lactancia materna y prestar su apoyo a las madres lactantes.	II-2
Recomendaciones para la organización y directrices	
Los centros de atención sanitaria han de revisar sus programas educativos sobre lactancia materna para el público, y realizar los cambios oportunos según las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas.	III
Los centros sanitarios deben evaluar la eficacia de su apoyo a la lactancia a través de las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna.	III

Tabla 2
Indicadores tras la implantación de la Guía de Lactancia Materna. Años 2015 a 2018.

Indicadores		2015	2016	2017	2018	p (Sig. <0,05)	
		n=336	n=491	n=413	n=230		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Indicadores de proceso	Mujeres con evaluación de LM antes del alta	204 (60,7%)	377 (76,8%)	358 (86,7%)	209 (90,9%)	<0,001	
	Mujeres que reciben educación postnatal sobre LM antes del alta	254 (75,6%)	467 (95,1%)	385 (93,2%)	217 (94,3%)	<0,001	
	Mujeres que realizan CPP tras nacimiento	(*)	(*)	383 (92,7%)	213 (92,6%)	-	
	Momento en que inicia CPP	Inmediatamente	(*)	(*)	141 (36,8%)	109 (51,2%)	<0,001
		Primeros 5 minutos	(*)	(*)	69 (18,0%)	66 (31,0%)	
		1ª hora	(*)	(*)	33 (8,6%)	11 (5,2%)	
		Tan pronto como la madre pudo responder	(*)	(*)	12 (3,1%)	8 (3,8%)	
		No registrado	(*)	(*)	128 (33,4%)	19 (8,9%)	
	Duración del CPP	< 30 minutos	(*)	(*)	16 (4,2%)	8 (3,8%)	<0,001
		30-60 minutos	(*)	(*)	20 (5,2%)	21 (9,9%)	
		>=60 minutos	(*)	(*)	219 (57,2%)	165 (77,5%)	
		No registrado	(*)	(*)	128 (33,4%)	19 (8,9%)	
	Indicadores de resultado	Recién nacidos con LME en 1ª toma	256 (76,2%)	350 (71,3%)	353 (85,5%)	198 (86,1%)	<0,001
		Momento en que inicia LME	Primeras 2 horas de vida	242 (94,5%)	341 (97,4%)	350 (85,2%)	194 (98,0%)
Primera hora de vida			(*)	(*)	159 (45,0%)	167 (84,3%)	
Entre la 1ª y 2ª hora de vida			(*)	(*)	191 (54,1%)	27 (13,6%)	
Después de 2 horas de vida			14 (5,5%)	9 (2,6%)	3 (0,8%)	4 (2,0%)	
Tipo de LM 24h previas al alta		LME	196 (58,3%)	285 (58%)	245 (59,3%)	166 (72,2%)	0,003
		Lactancia mixta	128 (38,1%)	174 (35,4%)	146 (35,4%)	53 (23%)	
		No inicia LM	12 (3,6%)	32 (6,5%)	22 (5,3%)	11 (4,8%)	
Tipo de LM durante estancia hospitalaria		LME	(*)	(*)	224 (54,2%)	151 (65,7%)	0,030
		Lactancia mixta	(*)	(*)	167 (40,4%)	68 (29,6%)	
	No inicia LM	(*)	(*)	22 (5,3%)	11 (4,8%)		

LM=lactancia materna; CPP=contacto piel con piel; LME=lactancia materna exclusiva; (*) Datos no disponibles.

Desde el punto de vista ético y de protección de los datos, hay que destacar que todos los datos que se utilizaron en este proyecto fueron reunidos de las historias clínicas de las mujeres tras su alta hospitalaria, sin datos identificativos de las mujeres ni de los recién nacidos/as, para ser introducidos a posteriori en la plataforma CarEvID[®], respetando en todo momento la confidencialidad y las directrices establecidas en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas, en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

El análisis de los datos consistió en el estudio descriptivo de cada una de las variables, expresando los resultados mediante frecuencias absolutas y relativas. Para comparar diferencias entre indicadores en distintos años se construyeron tablas de contingencia y se calculó el test Chi-cuadrado de Pearson, considerando significativo valor $p < 0,05$. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19 para el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS

El número de partos atendidos fueron 3.587, 3.535, 3.215 y 3.001 en los años 2015, 2016, 2017 y

2018 respectivamente. La muestra fue de 1.470 mujeres y sus recién nacidos/as. Un 63,8% de los partos finalizaron de forma espontánea, un 15,2% fueron instrumentales y un 20,9% acabaron en cesáreas.

Se encontraron diferencias significativas en los siguientes indicadores de proceso: “mujeres con evaluación de LME antes del alta”, “mujeres que reciben educación postnatal sobre LME antes del alta”, “momento en que inicia CPP” y “duración del CPP” (tabla 2).

En los indicadores de resultados “recién nacidos con LME en la 1ª toma” y “momento en que se inicia LME” también se encontraron diferencias significativas.

Los porcentajes de LME previas al alta se mantuvieron iguales entre los años 2015 y 2016 y se incrementaron entre 2017 y 2018, alcanzando significación estadística.

En la tabla 3 se recogen datos del CPP y de la primera toma de LME según el tipo de parto y el año. Se encontraron diferencias significativas para la primera toma de LME en los partos por cesárea y eutócicos ($p < 0,001$).

Tabla 3
Contacto Piel con Piel (CPP) y Lactancia materna exclusiva (LME) en 1ª toma según tipo de parto y año.

Partos	2015 n=336	2016 n=491	2017 n=413	2018 n=230	p (Sig. <0,05)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cesárea	69 (20,5%)	89 (18,1%)	79 (19,1%)	40 (17,4%)	-
CPP	(*)	(*)	52 (65,8%)	27 (67,5%)	(**)
LME 1ª toma	15 (21,7%)	28 (31,5%)	50 (63,3%)	24 (60,0%)	<0,001
Eutócico	218 (64,9%)	342 (69,7%)	258 (62,5%)	146 (63,5%)	-
CPP	(*)	(*)	256 (99,2%)	143 (97,9%)	(**)
LME 1ª toma	198 (90,8%)	274 (80,1%)	238 (92,2%)	136 (93,2%)	<0,001
Instrumental	49 (14,6%)	60 (12,2%)	76 (18,4%)	44 (19,1%)	-
CPP	(*)	(*)	75 (98,7%)	43 (97,7%)	(**)
LME 1ª toma	43 (87,8%)	48 (80,0%)	65 (85,5%)	38 (86,4%)	(**)

(*) Datos no disponibles; (**) no se puede aplicar el estadístico chi-cuadrado.

DISCUSIÓN

La implementación de la Guía de *Lactancia Materna* consigue mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva al alta y la LME en la 1ª toma, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas. El inicio precoz del CPP, la evaluación de la toma y la educación postnatal sobre LM que se les imparte a las madres antes del alta consideramos que pueden influir en la mejora de estas tasas. Contar con una guía de práctica clínica es una ayuda muy útil para llevar a cabo intervenciones sostenibles de promoción de la LM, y poder así disminuir la variabilidad no justificada. En otros entornos, como es el caso de la Comunidad Autónoma de Murcia, la implementación de esta guía también mejoró las respuestas de los profesionales sobre el apoyo a la lactancia materna⁽¹²⁾.

Coincidimos con distintos autores en que las madres que han decidido amamantar, necesitan un apoyo temprano, accesible y de calidad^(13,14,15,16), y que esta ayuda profesional debe ser implantada de forma proactiva y no solo debe intervenir cuando existan problemas en el amamantamiento^(14,15,16).

Díaz-Gómez et al, tras analizar las motivaciones y barreras percibidas por las mujeres en relación a la LM, informan de que un tercio de las madres que no habían iniciado la LM indicaron que fue por falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios⁽¹⁷⁾.

En relación al CPP, nuestra investigación apunta a que es una práctica que resulta eficaz para instaurar la LM al alta.

Tras la implantación del indicador CPP, se incrementa sustancialmente el porcentaje de LME previa al alta lo que, coincidiendo con los hallazgos de otros autores⁽¹⁸⁾, apoyaría la aplicación de esta práctica clínica. Según Moore et al⁽¹⁹⁾, los lactantes que realizan CPP tienen mayor

probabilidad de amamantar con éxito durante su primera toma. De igual forma, otros autores muestran que el CPP aumenta las probabilidades de que los recién nacidos sigan con la LM, mejora las tasas de LME y reduce la mortalidad^(16,20).

El CPP, como establece la OMS⁽⁵⁾, debería realizarse independientemente del tipo de parto, apostando por que los hospitales faciliten esta opción a todas las mujeres después del parto.

Consideramos que debemos seguir trabajando en la mejora de la ayuda que presta el profesional para conseguir un CPP óptimo, durante la primera toma y en las valoraciones sucesivas “cara a cara” entre las 24-48 horas posparto. Las cifras de CPP en función del tipo de parto se mantienen estables durante los años analizados, aunque es necesario seguir promoviendo esta práctica en los partos por cesárea. Los resultados obtenidos son iguales o algo superiores a los que muestran otros autores, coincidiendo en que los profesionales son los facilitadores de esta práctica o la principal barrera, bien por déficit en la formación, bien por dejarse llevar en las rutinas hospitalarias o por la falta de profesionales que realicen esta actividad en el quirófano^(21,22,23,24). No tenemos datos específicos del CPP en las cesáreas para los dos primeros años, aunque podemos informar de datos anteriores a 2015 donde se entrevistó a 403 mujeres que habían tenido un parto por cesárea. Sólo un 22,41% de los recién nacidos sanos tuvieron CPP en el quirófano y un 30,76% fueron a la unidad de reanimación junto a sus madres⁽²⁵⁾.

Las mejoras conseguidas en la realización del CPP en madres a las que se les practicó una cesárea son un gran avance, alcanzado gracias a la implicación de los profesionales y al compromiso y la tenacidad de los líderes de enfermería, haciendo partícipes en la revisión del protocolo del CPP en 2015 a pediatras, obstetras y anestesistas, además de a los profesionales de enfermería. Disponer

de un plan de implementación o un protocolo consensuado entre los servicios implicados facilita la aceptación de esta práctica basada en la evidencia^(26,27).

Como asegura Aguayo et al⁽²⁸⁾, diseñar y desarrollar un programa de apoyo a la lactancia en un hospital no es sencillo. Exige crear equipos multidisciplinares que redacten protocolos, establezcan procedimientos, fijen controles de calidad, evalúen el proceso y garanticen la continuidad. El Programa de CCEC[®] promueve y ayuda en esta tarea, por lo que participar en este proyecto ha sido y es una magnífica oportunidad para, a través de la lactancia, trabajar en favor de la salud de las mujeres, de los niños y niñas.

Como afirman los responsables del Programa de CCEC[®], el gran esfuerzo que se realiza muestra resultados positivos, con una creciente cultura de cuidados basados en la evidencia, a la vez que impulsa la investigación y el inicio de un trabajo colaborativo en red⁽²⁹⁾.

Una posible limitación de nuestro estudio es el infraregistro, así como la ausencia de algunos indicadores en la base de datos CarEvID[®], durante los años 2015 y 2016. Esto último se subsanó a partir de 2017 al ser conscientes de la necesidad de ampliar el registro para la recogida de datos de todos los partos del hospital, y de trabajar también para disminuir las pérdidas.

A pesar de esto, podemos decir que las líneas de trabajo y la metodología utilizada han conseguido cambios en la práctica asistencial que benefician a la población atendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief OMS, Geneve 2017. [Consultado 2/05/2018]. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025policybrief_breastfeeding/en/.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387 (10017); 475-490. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
3. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. IHAN. [Consultado 15/05/2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es>.
4. World Health Organization, UNICEF. Implementation guidance. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. WHO, UNICEF. 2018.
5. UNICEF, OMS, Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York: UNICEF, 2018. [Consultado 12/07/2018]. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/capture-momentearly-initiation-bf-report-sp.pdf?ua=1>.
6. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. 2016. [Consultado 30/4/2018]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/.
7. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). 2012. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0041_Toolkit_2015.pdf.
8. Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. [Consultado 4/9/2018]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/proyecto-implantacion>.
9. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, Del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandel-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin* 2011;21:275-83.

10. WHO Regional Office for Europe. "Lessons from transforming health services delivery: Compendium of initiatives in the WHO European Region". June 2016. (pp: 261-265). [Consultado 7/9/2018]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Healthsystems/health-service-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-healthservices-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>.
11. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Lactancia materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. 2007. Disponible en: https://mao.ca/sites/rnaoca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf.
12. Harillo-Acevedo D, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M. Factors associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline. *Birth*. 2019;46:146-156. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12382>.
13. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 (467):114-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/apa.13127>.
14. Molinero Díaz P, Burgos Rodríguez MJ, Mejía Ramírez de Arellano M. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enferm Clin*. 2015; 25(5): 232-238. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.05.002>.
15. Nguyen MT, Snow G, Wheeler H, Owens T. Clinical Question: In post-partum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breast feeding for one month or more?. *J Okla State Med Assoc*. 2016; 109 (11): 521-524.
16. Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG*. 2014; 121(13): 1673-1683. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12884>.
17. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; Vol. 90: 15 de septiembre.
18. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
19. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5: CD003519.
20. Edmond K, Newton S, Hurt L et al; NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016;4(4):e266-75.
21. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *The Scientific World Journal*. 2017;5. Disponible en <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>.
22. Hung KJ, Berg O. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011; 36(5): 318-324.
23. Lau Y, Htun Tha P, Su Tin Ho-Lim S, Ying Wong L, Lim PE, Mattar Citra BZ et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr*. 2018; 14:e12492. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>.
24. 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(4):456-473. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>.

25. Gutiérrez MM, Cano FJ, González P, Pérez A, Moreno C, Moral IM et al. Contacto piel con piel en recién nacidos en partos por cesárea. XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. A Coruña 2016; 89-92. Disponible en <https://encuentros.isciii.es/coruna2016/>.
26. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. AORN J. 2017;105:579-592. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.04.003>.
27. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz-Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. Rev Esp Salud Pública.2019;93: 19 de febrero e201902006.
28. Aguayo Maldonado J, Cañedo Argüelles CA, Arenas Ansótegui J, Canduela Martínez V, Flores Antón B, Gómez Papí A et al. IHAN Calidad en la Asistencia Profesional al nacimiento y a la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 2011. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>.
29. Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de centros comprometidos con la excelencia de cuidados. MedUNAB2015;17(3):163-169. Disponible en <https://doi.org/10.29375/01237047.2383>.