

ORIGINAL

Recibido: 12 de agosto de 2020
 Aceptado: 20 de octubre de 2020
 Publicado: 10 de diciembre de 2020

SATISFACCIÓN DE MADRES LACTANTES CON LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES A LAS RECOMENDACIONES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

María Dolores Quiñoz-Gallardo (1), Pilar Rodríguez-Soberado (2), Esther González-María (3), Laura Albornos-Muñoz (3), María Mar Gutiérrez-Martínez (4), David Harillo-Acevedo (5), Benedicta Cutanda-Carrión (6), Patricia del Río-Martínez (7), David Lozano-Díaz (8), María Angeles Maestre-García (9), María Angeles Cabrera-Cabrera (10), Inmaculada Gómez-Martín (11) y Esther Pino-Morales (12)

- (1) Subdirección de Gestión de Cuidados. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.
 (2) Consultas Externas. Hospital Medina del Campo. Medina del Campo. Valladolid. España.
 (3) Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen-isciii). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.
 (4) Unidad de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.
 (5) Unidad de Parto. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia. España.
 (6) Departamento de Obstetricia. Complejo hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.
 (7) Servicio de Pediatría. Organización Sanitaria Integridad Debarrena. Mendaró. Guipúzcoa. España.
 (8) Servicio de Pediatría. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.
 (9) Unidad Materno-Infantil. Hospital Valle del Nalón. Langreo. España.
 (10) Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Jose Molina Orosa. Lanzarote. España.
 (11) Departamento de Obstetricia/Puerperio. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.
 (12) Unidad Maternidad-Pediatría. Hospital Medina del Campo. Valladolid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) o programas de implantación de Guías de Práctica Clínica tienen impacto positivo en la promoción de la lactancia materna (LM). Existen lagunas respecto a percepciones de las puerperas hacia estas iniciativas y el grado de satisfacción. Nuestro objetivo fue describir la satisfacción de las madres lactantes y la adherencia a las recomendaciones de la guía "Lactancia Materna" de la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO).

Métodos: Entre 2018-2019, en 9 hospitales españoles que implantaban la guía se encuestaron 2.397 madres lactantes que cumplieron criterios de inclusión. Se diseñó una encuesta autoadministrada con datos sociodemográficos madre-hijo, intervenciones de promoción de LM realizadas y grado de satisfacción. Se realizó análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: Las recomendaciones de contacto piel-con-piel, ayuda en el amamantamiento, observación de la toma y resolución de dudas presentaron adherencias >84%. La información sobre grupos de apoyo, alojamiento conjunto y reconocer signos de satisfacción del bebé obtuvieron adherencias <40%. La tasa de LM exclusiva al alta fue 77,5%. La satisfacción media con el contacto piel con piel y el porcentaje de satisfacción al alta fueron 5,8 y 96,8% respectivamente. Las diferencias fueron significativas entre el grado de satisfacción y el nivel de estudios, la edad, la situación laboral, tipo de parto y tipo de hospital ($p < 0,05$).

Conclusiones: Según las puerperas, la adherencia a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica es buena para la mayoría de intervenciones y el grado de satisfacción elevado.

Palabras clave: Lactancia Materna, Contacto piel con piel, Guías de práctica clínica, Satisfacción, Apoyo a la lactancia materna, Práctica basada en la evidencia.

ABSTRACT

Nursing mothers satisfaction with the promotion of breastfeeding and professionals adherence to the recommendations. Multi-center study

Background: The Baby-friendly Hospital Initiative or clinical practice guideline implementation programs have a positive impact on the promotion of breastfeeding (BF). There are knowledge gaps regarding the perceptions of new mothers towards these initiatives, and their degree of satisfaction. Our objective was to describe the satisfaction of BF mothers and adherence to the recommendations of the "Breastfeeding" guide from the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).

Methods: Between 2018-2019, in 9 Spanish hospitals that implemented the guide, 2,397 nursing mothers were surveyed who met inclusion criteria. A self-administered survey was designed with sociodemographic data, mother-child, BF promotion interventions carried out and degree of satisfaction. Descriptive and bivariate analysis was performed.

Results: The recommendations for skin-to-skin contact, help in breastfeeding, observation of a breastfeeding session and resolution of doubts presented adhesions >84%. Information about support groups, rooming-in and recognize signs of baby satisfaction obtained adhesions <40%. The exclusive BF rate at discharge was 77.5%. The mean satisfaction with skin-to-skin contact and the percentage of satisfaction at discharge were 5.8 and 96.8% respectively. The differences were significant between the degree of satisfaction and the educational level, age, work situation, type of delivery and type of hospital ($p < 0.05$).

Conclusions: According to puerperal women, adherence to the recommendations of the Clinical Practice Guide is good for most interventions and the degree of satisfaction is high.

Key words: Breastfeeding, Skin-to-skin contact, Clinical practice guideline, Satisfaction, Breastfeeding support, Evidence-based practice.

Cita sugerida: Quiñoz-Gallardo MD, Rodríguez-Soberado P, González-María E, Albornos-Muñoz L, Gutiérrez-Martínez MM, Harillo-Acevedo D, Cutanda-Carrión B, del Río-Martínez P, Lozano-Díaz D, Maestre-García MA, Cabrera-Cabrera MA, Gómez-Martín I, Pino-Morales E. Satisfacción de madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y adherencia de los profesionales a las recomendaciones. estudio multicéntrico. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 10 de diciembre e202012152.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es un factor decisivo para la salud infantil y materna^(1,2). El amamantamiento es una habilidad y un reto para muchas madres que deseen hacerlo^(3,4). Sin embargo, se sigue considerando un acto puramente instintivo, y los profesionales carecen de una preparación adecuada para dar el apoyo necesario⁽⁵⁾. El periodo de posparto inmediato se considera un periodo crítico para que la LM se inicie y se desarrolle de forma adecuada. En ese momento, la educación y el apoyo de profesionales de la salud entrenados para ello son fundamentales, ya que aumentan la autoconfianza, los conocimientos y capacidades relacionados con la LM y pueden tener un impacto positivo sobre el inicio de la misma⁽⁶⁾.

Establecer buenas prácticas de cuidados protocolizados, junto con garantizar la capacitación de los profesionales, es vital para el apoyo a la LM. Las acciones posnatales protocolizadas, y no solo intervenir cuando existan problemas en dar el pecho, son efectivas para la instauración de la LM⁽⁷⁾. Por lo tanto, es esencial que las instituciones sanitarias y sus profesionales adopten estrategias de promoción y apoyo a la LM⁽⁸⁾. Iniciativas como Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) o programas de implantación de guías de práctica clínica tienen un impacto positivo sobre el inicio temprano de la LM y su mantenimiento, en función de la adherencia de los profesionales a las recomendaciones^(9,10,11). Las intervenciones educativas deben dirigirse tanto a profesionales como a usuarias y sus allegados, con el fin de ser efectivas para mejorar los resultados en profesionales y también en pacientes^(12,13). La investigación sobre resultados percibidos por los receptores de estas iniciativas, sus experiencias y satisfacción es escasa y poco utilizada en la práctica⁽¹²⁾, a pesar de considerarse medidas de calidad de la atención^(14,15). Algunos

estudios sugieren que el grado de satisfacción de las madres lactantes tras su paso por el hospital aumenta en relación directa con el cuidado prestado en la maternidad por parte de los profesionales, probablemente en relación con las prácticas que facilitan el desarrollo de la relación madre-hijo y aumentan los sentimientos de autoeficacia de las madres^(16,17), aunque la evidencia es limitada.

Con el propósito de promover la implantación de recomendaciones para la promoción de la LM, catorce centros sanitarios españoles implantan una guía de práctica clínica (GPC)^(18,19), dentro del Programa internacional *Best Practice Spotlight Organizations* (BPSO[®]) de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO[®]), liderado en España por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investénsciii) y el Centro Español para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia (CECBE)⁽²⁰⁾. Las recomendaciones de la GPC de RNAO están en consonancia con los diez pasos de la IHAN, promoviendo la implantación de las disposiciones de la IHAN y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS^(18,19,21).

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de las madres lactantes con los cuidados prestados para la promoción de la LM en nueve hospitales BPSO[®] de España, así como su percepción sobre la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la GPC para la promoción de lactancia materna.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 9 hospitales españoles participantes en el programa BPSO[®]. La población de estudio fueron púerperas ingresadas desde el 1 de junio de 2018 hasta el 31 de julio del 2019. Los criterios de inclusión fueron: púerperas que pusieran al pecho al bebé al menos una vez durante

la estancia hospitalaria, con bebé nacido de parto único y sin anomalías severas, peso superior o igual a 2.500 gramos al nacer, con una puntuación de 5 o superior en la medición de test de APGAR de los 5 minutos, no dado en adopción y dado de alta con la madre. Se excluyeron las puérperas analfabetas o con limitaciones de idioma para comprender la encuesta, con déficit cognitivo o mental y aquellas separadas del nacido por motivo neonatal o materno.

Se calculó una muestra de 2.475 puérperas, para una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo 50% en la cumplimentación de la encuesta y en la satisfacción. La muestra se ponderó en función del número de partos por hospital del año 2017. Se utilizó un muestreo consecutivo.

Se recogieron los datos estructurales de cada hospital. Se diseñó una encuesta autoadministrada de 32 ítems, cuya validez de contenido se revisó por expertos. Se recopilaron datos sociodemográficos y de salud materno-infantil: edad, nivel de estudios, ocupación, lugar de residencia, hijos previos, LM en hijos previos y satisfacción con la misma, semanas de gestación, peso del bebé, tipo de parto y tipo de lactancia al alta. Se recogió la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la GPC para la promoción y apoyo de la LM a partir de la percepción de las puérperas sobre las intervenciones recibidas, estructurada en 5 bloques: información sobre LM (beneficios, LM a demanda, grupos de ayuda y alojamiento conjunto), realización de contacto piel con piel (CPP) (duración, con quién se ha realizado, indicaciones sobre si el bebé estaba listo para mamar, ayuda profesional para el amamantamiento, motivos de no realización de CPP), educación y apoyo sobre técnica de lactancia y cuidados materno-infantiles (observación de una toma, colocación y agarre, extracción de leche, número de tomas, signos de satisfacción, identificación del hambre del bebé,

cuidados e higiene de mamas y hábitos saludables durante la LM), alimentación durante el ingreso (tipo de lactancia, administración de suplementos, motivo y método de administración) y alojamiento conjunto y motivos de separación madre-bebé. La satisfacción respecto a las intervenciones se midió con escala Likert de 1-6 (1: totalmente insatisfecha, 6: totalmente satisfecha).

Se realizó pilotaje para valorar la comprensibilidad y factibilidad del instrumento y para testar los procedimientos de recogida de datos. Se realizó asignación de códigos identificativos para centros y para pacientes, garantizando la información anonimizada. La encuesta autoadministrada se entregó al alta hospitalaria y las madres la depositaban en una urna habilitada específicamente para ello.

Se realizó un análisis descriptivo, con medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos, y mediante frecuencia absoluta y porcentaje para variables cualitativas. Se comprobó la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov. Se creó la variable satisfacción alta para respuestas con puntuaciones mayores o iguales a 5 en satisfacción. Se estudió la asociación entre el grado de satisfacción por cada uno de los cinco bloques y variables sociodemográficas y de salud, mediante *t* de Student o Anova o test Chi-cuadrado, según las variables; en los casos de no normalidad se utilizó test Mann-Whitney o Wilcoxon, o test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19.

Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. El estudio se realizó conforme al *Reglamento UE 2016/679 y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)*. Se incluyó una carta de presentación informando de que la cumplimentación de la encuesta

suponía el consentimiento para participar en el estudio. Se obtuvo la autorización de los centros sanitarios y de los Comités de Ética e Investigación (CEI) (Expediente PI 18-1007, CEIm del Área de Salud Valladolid Este). Los centros participantes firmaron un acuerdo de confidencialidad del Programa BPSO/CCEC® comprometiéndose a seguir las normas de Buena Práctica Clínica, respetando la legalidad vigente nacional e internacional.

RESULTADOS

Se obtuvieron 2.397 encuestas. En la **tabla 1** se describen los datos estructurales, el número y el porcentaje de encuestas por hospital. La edad media de las mujeres participantes fue de 32,38 años. Tenían estudios universitarios el 36,5%. El 50,1% trabajaban por cuenta ajena y un 69,7% residían en ámbito urbano. El 22,7% de los partos fue por cesárea. El peso medio de los bebés fue de $3.316,99 \pm 420,5$ gr. El 77,5% de las participantes alimentaron al bebé con lactancia materna exclusiva en el momento del alta (**tabla 2**).

En la **tabla 3** se describe la adherencia a las recomendaciones desde el punto de vista de las madres encuestadas. El 92,7% refirió haber recibido información sobre la lactancia antes del alta. Las dudas planteadas se resolvieron en el 87,5% de los casos. El CPP se realizó en el 84,6% de los casos; la causa principal de no realizarlo fue el nacimiento por cesárea (83,9%). Los profesionales enseñaron cómo saber si el bebé estaba listo para mamar (80,3%) y ofrecieron ayuda para el amamantamiento (87,3%). El 95,7% de las encuestadas manifestaron que los profesionales habían trabajado con ellas diferentes aspectos de la lactancia. La observación de la toma por parte de un profesional se realizó en un 88,2%. El bebé tomó otro alimento distinto de la LM en un 37,5% de los casos, utilizando el biberón con tetina convencional

(61,4%) o la técnica de dedo-jeringa (25,3%). En el 76% de los casos se produjo separación madre-bebé en algún momento de la hospitalización.

La satisfacción media con el CPP fue 5,82, y el porcentaje de satisfacción alta 96,89%. La satisfacción con la información recibida, el apoyo a la LM informando sobre la técnica y los cuidados madre-hijo, y el alojamiento conjunto tuvieron puntuaciones medias superiores a 5. La satisfacción con la administración de otro alimento diferente de la LM obtuvo una media de 4,93 y un porcentaje de satisfacción alta del 72,28% (**tabla 4**).

En la **tabla 5** se muestra el análisis bivariante entre el grado de satisfacción y las variables sociodemográficas y de salud de la madre, según los bloques de intervenciones. Hubo diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción con la información recibida, con la información sobre la técnica de LM y con la administración de otra alimentación entre el grupo de mujeres con estudios universitarios y el resto ($p=0,045$; $p=0,003$; $p<0,001$; respectivamente). La edad se asoció con la satisfacción con la información recibida y la administración de otra alimentación ($p=0,029$; $p<0,001$). La diferencia en el grado de satisfacción de las mujeres desempleadas frente las trabajadoras por cuenta ajena y autónomas (87% vs 83,2% y 81,3%) fue significativa, ($p=0,044$). El 94% de las mujeres cuyo parto fue por cesárea estaban satisfechas con el CPP, frente al 97,4% en partos eutócicos y 96,7% en partos instrumentales ($p=0,029$). El tamaño del centro también se asoció con la satisfacción con la información recibida sobre la LM ($p<0,001$), sobre la técnica de lactancia ($p<0,001$) y sobre la administración de otra alimentación ($p=0,028$). No hay diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción en relación a haber amamantado en hijos previos y la experiencia al respecto.

Tabla 1
Datos estructurales y número de encuestas recogidas por hospital.

Hospital	Número de Camas	Nº partos 2017	Nº de encuestas n (%)
H. Medina del Campo	119	300	169 (7,05%)
H. Valle del Nalón	193	321	175 (7,30%)
OSI Debarrena	101	526	223 (9,30%)
H. General La Mancha Centro	350	1.000	200 (8,34%)
H. Doctor José Molina Orosa	290	1.266	300 (12,51%)
H. Universitario Rafael Méndez de Lorca	287	1.600	310 (12,93%)
Complejo Hospitalario Universitario Albacete	579	2.019	328 (13,68%)
H. Vall d'Hebron	1.146	2.900	340 (14,18%)
H. Universitario Virgen de las Nieves	919	3.215	352 (14,68%)
Total	3.984	13.147	2.397 (100%)

H: Hospital; OSI: Organización Sanitaria Integrada

Tabla 2
Características sociodemográficas y de salud de la diada madre/hijo.

Variables		N	media±DE	
Edad		2.382	32,38 ± 5,65	
Semanas nacimiento		2.369	39,47 ± 1,38	
Peso al nacer		2.389	3.316,99 ± 420,5	
Variables		N	n	%
Nivel de estudios	Total	2.397	-	-
	Primarios/equivalentes	-	215	9
	Secundarios 1er ciclo	-	653	27,2
	Secundarios 2º ciclo	-	595	24,8
	Universitarios	-	875	36,5
	Sin Estudios	-	52	2,2
	NS/NC	-	7	0,3
Ocupación	Total	2.397	-	-
	Autónoma	-	190	7,9
	Desempleada	-	620	25,9
	Trabajadora cuenta ajena	-	1.202	50,1
	Otras	-	347	14,5
	NS/NC	-	38	1,6
Lugar de residencia	Total	2.397	-	-
	Ámbito rural	-	503	21
	Ámbito semiurbano	-	168	7
	Ámbito urbano	-	1.671	69,7
	NS/NC	-	55	2,3
Tipo de parto	Total	2.397	-	-
	Cesárea	-	543	22,7
	Instrumental	-	328	13,7
	Eutócico	-	1.519	63,4
	NS/NC	-	7	0,3

Tabla 2 (continuación)
Características sociodemográficas y de salud de la diada madre/hijo.

Hijos previos	Total	2.397	-	-
	No	-	1.131	47,2
	Sí	-	1.256	52,4
	NS/NC	-	10	0,4
Lactancia materna en hijos previos	Total	1.256	-	-
	No	-	106	8,4
	Sí	-	1.124	89,5
	NS/NC	-	26	2,1
Satisfacción con lactancia materna en hijos previos	Total	1.124	-	-
	No	-	85	7,6
	Sí	-	1.020	90,7
	NS/NC	-	19	1,7
Alimentación en el momento del alta	Total	2.397	-	-
	Leche artificial	-	29	1,2
	Leche materna	-	1.858	77,5
	Leche materna y artificial	-	488	20,4
	NS/NC	-	22	0,9

DE: Desviación estándar; NS/NC: no contesta.

Tabla 3
Adherencia a las recomendaciones desde el punto de vista de las encuestadas.

Intervenciones relacionadas con las recomendaciones de la GPC		N	n	%
Recibe información sobre lactancia en el hospital	Total	2.397	-	-
	No	-	163	6,8
	Sí	-	2.222	92,7
	NS/NC	-	12	0,5
Información recibida relacionada con la lactancia	Total	2.222	-	-
	Beneficios de la lactancia materna	-	1.661	74,8
	Lactancia materna a demanda	-	1.500	67,5
	Grupos de ayuda y apoyo a la lactancia	-	752	33,8
	Alojamiento conjunto madre-bebé	-	828	37,3
Contacto piel con piel con la madre	Total	2.397	-	-
	No	-	316	13,2
	Sí, más de una hora	-	1.168	48,7
	Sí, no recuerdo el tiempo	-	328	13,7
	Sí, una hora o menos	-	531	22,2
	NS/NC	-	54	2,3
Durante el contacto piel con piel con la madre, el profesional le indica cómo saber si su bebé está listo para mamar	Total	2.027	-	-
	No	-	343	16,9
	Sí	-	1.627	80,3
	NS/NC	-	57	2,8
Durante el contacto piel con piel con la madre, el profesional ofrece ayuda para el amamantamiento	Total	2.027	-	-
	No	-	150	7,4
	Sí	-	1.769	87,3
	NS/NC	-	108	5,3
Motivos de no realizar contacto piel con piel con la madre	Total	316	-	-
	Bebé en observación	-	27	8,5
	La madre necesitó cuidados	-	15	4,7
	Cesárea	-	265	83,9
	Decisión propia	-	3	0,9
	No me lo ofrecieron	-	15	4,7
Contacto piel con piel con otro miembro de la familia	Total	316	-	-
	Con otra persona	-	1	0,3
	Con abuela	-	1	0,3
	Con pareja	-	203	64,2
	Con nadie	-	97	30,7
	NS/NC	-	14	4,4
Aspectos trabajados durante la hospitalización relacionados con la lactancia	Total	2.397	-	-
	Cómo colocar al bebé en el pecho	-	2.093	87,3
	Saber si está bien agarrado al pecho	-	1.875	78,2
	Extracción de la leche	-	1.033	43,1
	Número de tomas diarias mínimas	-	1.337	55,8
	Reconocer signos de satisfacción del bebé	-	895	37,3
	Identificar precozmente el hambre en el bebé	-	985	41,1
Hábitos saludables durante la lactancia materna	-	909	37,9	

Tabla 3 (continuación)
Adherencia a las recomendaciones desde el punto de vista de las encuestadas.

Intervenciones relacionadas con las recomendaciones de la GPC		N	n	%
Aspectos trabajados durante la hospitalización relacionados con la lactancia	Cuidados e higienes de las mamas	-	1.013	42,3
	No recuerdo	-	26	1,1
	No se trabajó ningún aspecto	-	77	3,2
Observación de la toma por el profesional	Total	2.397	-	-
	No	-	186	7,8
	Sí	-	2.114	88,2
	No recuerdo	-	76	3,2
	NS/NC	-	21	0,9
Administración de alimentación distinta a la leche materna	Total	2.397	-	-
	No	-	1.448	60,4
	Sí, leche artificial	-	870	36,3
	Sí, suero glucosado	-	12	0,5
	Sí, otros	-	16	0,7
	No recuerdo	-	12	0,5
	NS/NC	-	39	1,6
Método de administración de alimentación distinta a leche materna	Total	898	-	-
	Biberón tetina convencional	-	551	61,4
	Biberón tetina especial	-	92	10,2
	Con cuchara	-	0	0
	Con dedo-jeringa	-	227	25,3
	Con sonda-pecho / sonda-dedo	-	50	5,6
	Con vasito	-	4	0,4
	No recuerdo	-	13	1,4
	Otro	-	10	1,1
Motivo de toma de leche artificial	Total	627	-	-
	Yo lo pedí	-	311	49,6
	Por indicación médica	-	169	27
	El personal me ofreció	-	86	13,7
	Otro	-	37	5,9
Separación madre- bebé	Total	2.397	-	-
	No	-	532	22,2
	Sí	-	1.821	76
	NS/NC	-	44	1,8
Motivo de la separación	Total	1.821	-	-
	No me informaron del motivo	-	25	1,4
	Aseo del bebé	-	1.433	78,7
	Valoración del pediatra	-	1.332	73,1
	Pruebas / tratamiento bebé	-	1.247	68,5
	Pruebas / tratamiento madre	-	122	6,7
	Bebé necesita incubadora	-	27	1,5
Dudas resueltas sobre aspectos relacionados con lactancia materna	Total	2.397	-	-
	No	-	55	2,3
	Sí	-	2.098	87,5
	No necesité	-	204	8,5
	NS/NC	-	40	1,7

GPC: Guía de práctica clínica; NS/NC: No sabe / No contesta.

Tabla 4
Grado de satisfacción con las intervenciones recibidas para la promoción de la LM.

Intervenciones		N	n	%	Media(*)	DE	Me [P25-P75]	Satisfacción alta(**) % (IC)
Información recibida sobre la LM	Beneficios LM	2.140	1.814	84,77	5,30	0,94	6[5-6]	84,77% (83,24-86,29)
	Beneficios de LM a demanda							
	Alojamiento conjunto madre-lactante							
	Grupos de ayuda y apoyo a la LM							
Atención postnatal inmediata	Contacto piel con piel	1.996	1.934	96,89	5,82	0,98	6[6-6]	96,89% (96,13-97,66)
	Inicio de la LM temprana: el profesional le indica y ayuda en el amamantamiento							
Apoyo a la LM e información recibida sobre la técnica de LM y cuidados de la madre-hijo	Agarre, colocación y transferencia	2.354	1.849	78,54	5,18	1,16	6[5-6]	78,67% (77,01-80,34)
	Extracción de leche							
	Cuidados e higiene de las mamas							
	Hábitos saludables durante la LM							
	Observación de tomas: educación personalizada							
	Alimentación receptiva							
Identificar signos precoces de hambre								
Reconocer signos de satisfacción del bebé								
Nº de tomas mínimas/día								
Administración de suplementos por criterio clínico, profesional y/o petición materna		855	618	72,28	4,93	1,35	5[4-6]	72,28% (69,27-75,29)
Alojamiento conjunto: madre e hijo en la misma habitación durante el día y la noche		2.351	2.058	87,51	5,48	0,96	6[5-6]	87,51% (86,16-88,85)

DE: Desviación estándar; Me: Mediana; IC: Intervalo de confianza; LM: lactancia materna; (*) Likert de 1-6 (1: totalmente insatisfecha, 6: totalmente satisfecha); (**) Satisfacción alta con respuestas en escala Likert mayor o igual a 5.

Tabla 5
Análisis bivariante del nivel de satisfacción y variables sociodemográficas y de salud de la madre por bloques de intervenciones.

Variables sociodemográficas y de salud		Nivel de satisfacción														
		Información recibida sobre LM			Contacto piel con piel			Información sobre la técnica de LM			Administración de otra alimentación			Alojamiento conjunto		
		No n(%)	Sí n(%)	p	No n(%)	Sí n(%)	p	No n(%)	Sí n(%)	p	No n(%)	Sí n(%)	p	No n(%)	Sí n(%)	p
Nivel de estudios	Sin estudios/ E. Primarios	30 (12,3)	213 (87,7)	0,045	6 (2,7)	219 (97,3)	0,826	42 (16,1)	219 (83,9)	0,003	18 (17,5)	85 (82,5)	<0,001	25 (9,5)	238 (90,5)	0,262
	E. Secundarios primer ciclo	74 (14)	456 (86)		18 (3,7)	472 (96,3)		116 (19,9)	468 (80,1)		57 (26,4)	159 (73,6)		67 (11,5)	514 (88,5)	
	E. Secundarios 2º ciclo	79 (13,6)	500 (86,4)		15 (2,8)	530 (97,2)		126 (19,9)	514 (80,3)		57 (23,1)	190 (76,9)		89 (13,9)	549 (86,1)	
	Estudios Universitarios	141 (18)	642 (82)		23 (3,1)	709 (96,9)		218 (25,3)	645 (74,7)		104 (36,4)	182 (63,6)		111 (12,9)	752 (87,1)	
Edad (media±DE)	32,86±5,46	32,28±5,63	0,029	32,63±5,55	32,32±5,61	0,514	32,66±5,5	32,30±5,67	0,208	32,97±5,64	31,74±5,70	<0,001	32,34±5,2	32,4±5,69	0,87	
Ocupación	Autónoma	32 (18,7)	139 (81,3)		3 (1,9)	153 (98,1)		45 (24,3)	140 (75,7)		18 (24,3)	56 (75,7)		19 (10,2)	168 (89,8)	
	Desempleada	71 (13)	475 (87)	0,044	17 (3,3)	500 (96,7)	0,668	127 (20,9)	482 (79,1)		49 (22,1)	173 (77,9)		81 (13,5)	521 (86,5)	0,215
	Otras	38 (12,1)	275 (87,9)		7 (2,3)	293 (97,7)		57 (16,8)	282 (83,2)	0,074	36 (28,1)	92 (71,9)	0,105	32 (9,4)	309 (90,6)	
	Trabaja por cuenta ajena	182 (16,8)	900 (83,2)		33 (3,3)	956 (96,7)		272 (23)	911 (77)		129 (30,9)	288 (69,1)		151 (12,8)	1032 (87,2)	
	Cesárea	77 (15,7)	415 (84,3)		13 (6)	204 (94)		130 (24,3)	406 (75,7)		98 (31,1)	217 (68,9)		70 (13,1)	463 (86,9)	
Tipo de parto	Instrumental	43 (14,7)	249 (85,3)	0,934	10 (3,3)	291 (96,7)	0,029	72 (22,4)	250 (77,6)	0,131	28 (24,1)	88 (75,9)	0,222	42 (13)	280 (87)	0,768
	Eutócico	204 (15,1)	1.146 (84,9)		39 (2,6)	1.435 (97,4)		301 (20,2)	1.190 (79,8)		111 (26,2)	312 (73,8)		180 (12,1)	1.311 (87,9)	
Tamaño de centro	<1.300 partos/año	97 (10,5)	823 (89,5)	<0,001	21 (2,4)	843 (97,6)	0,128	189 (18,2)	849 (81,8)	<0,001	99 (24,2)	310 (75,8)	0,028	115 (11,2)	916 (88,8)	0,09
	≥1.300 partos/año	229 (18,8)	991 (81,2)		41 (3,6)	1.091 (96,4)		316 (24)	1.000 (76)		138 (30,9)	308 (69,1)		178 (13,5)	1.142 (86,5)	
LM en otros hijos	No	18 (20,2)	71 (79,8)	0,216	2 (2,2)	87 (97,8)	0,692	20 (19)	85 (81)	0,704	14 (25,5)	41 (74,5)	0,733	16 (15,4)	88 (84,6)	0,273
	Sí	153 (15,3)	850 (84,7)		19 (1,9)	961 (98,1)		228 (20,6)	878 (79,4)		88 (27,7)	230 (72,3)		129 (11,7)	971 (88,3)	
Satisfacción con LM en otros hijos	No	16 (18,4)	71 (81,6)	0,412	1 (1,2)	81 (98,8)	1	18 (19,1)	76 (80,9)	0,721	13 (31)	29 (60)	0,588	16 (17,4)	76 (82,6)	0,08
	Sí	139 (15,1)	793 (84,9)		18 (2)	881 (98)		211 (20,7)	808 (79,3)		76 (27)	206 (73)		114 (11,3)	899 (88,7)	

LM: Lactancia materna; de: desviación estándar.

DISCUSIÓN

Este estudio es uno de los más amplios realizado para conocer las percepciones de las puérperas respecto a las intervenciones recibidas en promoción y educación de la LM durante la hospitalización y su grado de satisfacción con las mismas.

El perfil sociodemográfico y de salud de las participantes es similar al de otros estudios en España^(22,23).

En conjunto, las encuestadas refieren estar satisfechas o muy satisfechas con las diferentes intervenciones recibidas durante el ingreso hospitalario tras el parto. Los resultados de este estudio muestran mayor satisfacción que en otras investigaciones realizadas en el contexto español^(16,24) y son similares a otros estudios internacionales en que se valora la satisfacción tras aplicar intervenciones con el fin de promover la LM^(25,26).

Determinar el grado de satisfacción del paciente se considera fundamental a la hora de medir los resultados de la implantación de GPC⁽¹⁵⁾, específicamente los relacionados con la atención centrada en la persona⁽²⁷⁾. Algunos autores sugieren que los cambios en la satisfacción pueden relacionarse con la calidad de los cuidados o con cambios en las demandas y expectativas de los pacientes; cuando se mejora la calidad de la atención no necesariamente conlleva que se cumplan las expectativas de los pacientes. Por ello se sugiere que la medición de la satisfacción debe entenderse como una medida adicional que proporciona información, no como un factor determinante^(14,27,28).

El CPP es la intervención que más satisface a las madres. Se asocia con el tipo de parto, en consonancia con otros estudios en que la satisfacción con la atención postparto es

mayor en las mujeres cuyo parto es eutócico, sin anestesia epidural y que iniciaron la LM precoz⁽²⁴⁾, y es menor en mujeres que finalizan su parto por cesárea. A su vez, la cesárea es un factor de riesgo en la interrupción de la LME^(7,29), especialmente cuando no se inicia el CPP temprano^(30,31,32,33).

En el presente estudio, se encontró relación entre el grado de satisfacción y el tamaño de la institución. Chen *et al*⁽³⁴⁾ reportan también mayor satisfacción en los hospitales pequeños y en los hospitales con menos cesáreas. Posiblemente, los hospitales más grandes pueden tener que manejar partos más complicados y tener una mayor carga de atención, lo que puede resultar en una atención menos personalizada.

La adherencia de los profesionales a las recomendaciones de GPC es considerada buena o muy buena por las madres encuestadas.

El CPP es una de las intervenciones más aplicadas, favoreciendo ofrecer a la madre indicaciones para saber si el bebé está listo para mamar lo más precozmente posible, en línea con lo que ocurre en otros contextos. Para las mujeres que no tuvieron la opción de realizar CPP, se debió principalmente al parto por cesárea. El porcentaje de cesáreas en este estudio es más bajo que en otros realizados en países desarrollados^(9,17,26); no obstante, existen estudios centrados en las mujeres que se someten a cesárea que muestran que el cumplimiento del CPP se logra en alrededor del 75% de los casos^(31,33). Es necesario seguir promoviendo dicha práctica en los partos por cesárea, recordando que los profesionales son los facilitadores o la principal barrera de este contacto. Cuando los profesionales representan una barrera, puede deberse a la falta de formación o información, a la continuidad de rutinas obsoletas del hospital, a la escasez de personal que realiza esta actividad en el quirófano o a estructuras mal adaptadas⁽³⁵⁾.

La mayoría de las mujeres encuestadas informaron haber recibido información sobre la lactancia materna antes del alta hospitalaria. Entre los aspectos a los que se dedicó mayor atención se encuentran el colocar al niño al pecho y el agarre efectivo. Como en otros estudios, la mayoría de las madres consideraron que sus dudas con respecto a LM se resolvieron^(9,25).

Una población a tener en cuenta son las mujeres de mayor edad y también aquellas con un mayor nivel educativo, que en este estudio demandan más y mejor información. Estas demandas se centran en que la información sea sencilla y no contradictoria⁽¹⁶⁾, mejorando el tipo de mensaje que se transmite. Se sugirió que se debería enfatizar que cada toma de LM es importante y no centrarse únicamente en el objetivo de lograr la LME y continuarla durante 6 meses⁽³⁶⁾. Esta información debe ir acompañada de apoyo continuo en cada uno de las acciones de cuidados^(37,38).

Las áreas de mejora detectadas son clínicamente relevantes: información sobre la extracción de la leche materna, número mínimo de tomas diarias, reconocimiento de signos de satisfacción en el bebé y detección precoz del hambre, hábitos saludables durante la lactancia y cuidado e higiene de las mamas.

La tasa de lactancia materna exclusiva (LME) al alta en este estudio es similar a la media en Europa⁽⁸⁾ y cercana al estándar del 80% establecido en la IHAN⁽²¹⁾, y más alta que en otros estudios^(38,39). Esto sugiere que las intervenciones educativas y de apoyo pueden haber tenido una contribución positiva y aún pueden incrementarse, como ocurrió en otros estudios que demostraron tasas cercanas al 89%^(26,36).

Un tercio de los bebés recibió leche de fórmula, principalmente porque las madres la demandaban, pero también por razones médicas o porque se la había ofrecido el

personal sanitario. El cuestionario no permite conocer si la administración de leche de fórmula se ha producido en cada toma o de forma ocasional, pero hay que tener en cuenta que la información sobre LME al alta es auto-reportada en base a la pregunta “tipo de alimentación en el momento del alta hospitalaria”, lo que sugiere que las tomas de leche artificial durante el ingreso pueden haber sido ocasionales. En futuros estudios, sería conveniente examinar la frecuencia de la alimentación con leche de fórmula, las razones médicas que la respaldan y los motivos por los que lo ofrece el personal sanitario para evaluar en profundidad el cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna^(1,21), ya que es el aspecto con el que las encuestadas muestran menos satisfacción. La recomendación sobre la administración de suplementos es una de las prácticas que menos cambia a pesar de la capacitación de profesionales y el establecimiento de políticas de lactancia⁽²⁵⁾. Una de las intervenciones implantadas con menor frecuencia es la sustitución del biberón con una tetina convencional cuando se administran alimentos distintos a la leche materna⁽¹⁾. Un estudio demostró que el uso de biberones se redujo al 11,5% tras un programa de formación para profesionales⁽²⁵⁾.

El 76% de las madres reportaron separación de sus bebés por diferentes razones. Se debe tener en cuenta que permanecer juntos significa que no hay separaciones de más de una hora⁽²¹⁾. La escasez de información recibida por las mujeres encuestadas sobre el alojamiento conjunto podría explicar por qué considerar el tiempo para preparar al bebé o las evaluaciones pediátricas como separación, a pesar de que éstas no suelen exceder una hora, aunque convendría profundizar en las posibles diferencias según el tipo de parto.

La principal conclusión es que existe una buena adherencia a las recomendaciones de la

GPC, desde el punto de vista de las participantes, y su satisfacción es alta con los cuidados recibidos respecto a la LM. Estos resultados están alineados con otros estudios que ponen en marcha intervenciones para promover la LM. Es fundamental brindar información y ofrecer un soporte accesible y de alta calidad lo más tempranamente posible a las púerperas, de manera proactiva y personalizada^(17,29), aprovechando todas las oportunidades de cuidados^(37,38). Esto implicaría no culpabilizar a las pacientes por sus decisiones, mejorar el contenido de los mensajes e incluir las dificultades que pueden encontrar las madres con la LM y cómo abordarlas, y diversificar su modo de transmisión.

Es necesario un impulso adicional para capacitar a profesionales respecto a cómo informar, educar y apoyar a las madres. Promover la implicación de las instituciones es esencial, con el fin de ofrecer una atención personalizada acorde con las necesidades expresadas por las madres.

Entre las fortalezas de este estudio se encuentran la amplia muestra de púerperas encuestadas, representativa para cada hospital. Los resultados obtenidos aportan información sobre áreas de mejora detectadas. Asimismo, es un estudio multicéntrico en el que hay homogeneidad entre diferentes instituciones sanitarias tanto en las intervenciones como en los registros.

Con respecto a las limitaciones, la información sobre las prácticas de atención y alimentación se basa en el autoinforme, que podría introducir sesgos de recuerdo relacionados con la atención recibida y las instrucciones médicas. Adicionalmente, los criterios de inclusión con respecto al bebé y los criterios de exclusión de las madres pueden haber condicionado los resultados obtenidos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a las mujeres que han participado en el estudio. Al Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados[®], así como a todos los profesionales, impulsores y colaboradores en la implantación de la Guía de Lactancia Materna. A Manuela Expósito Ruiz técnico de la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO) por el apoyo metodológico prestado.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). (2017). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and services. World Health Organization, Geneva; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
2. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):96-113.
3. Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Matern Child Nutr.* 2010;6(3):201-19.
4. Williamson I, Leeming D, Lyttle S, Johnson S. 'It should be the most natural thing in the world': exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Matern Child Nutr.* 2012;8(4):434-47.
5. de Almeida JM, Luz S de A, Ued Fda V. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(3):356-63.

6. 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 of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141
7. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, Poole C, Petrick JL, McKenney KM. Clinical Interventions to Promote Breastfeeding by Latinas: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20152423.
8. UNICEF. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF, New York;2016. ISBN: 978-92-806-4852- 2. Available from: <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
9. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012;130(1):54-60.
10. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12:402–17.
11. Harillo-Acevedo D, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martinez M. Factors associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline. *Birth*. 2019;46:146–56. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12382>
12. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes *Breastfeed Med*. 2016;11(5): 222-30.
13. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of health-care staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2017; 12:6.
14. Edwards R. An exploration of maternal satisfaction with breastfeeding as a clinically relevant measure of breastfeeding success. *J Hum Lact*. 2018;34(1):93–6.
15. Jeffs L, Sidani S, Rose D, Espin S, Smith O, Martin K *et al.* Using theory and evidence to drive measurement of patient, nurse and organizational outcomes of professional nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):141-8.
16. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. [Internet]. 2011;;25(6):483-89. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600008&lng=es. Accessed January 17, 2020.
17. Mesquita NS, Rodrigues DP, Ferreira ALA, Manguinho CPC, Brandão JC. Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. (Online). 2019;11(1):160-6. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968595->
18. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. Supplement. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2007. Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf. Citado el 7 de marzo 2018.
19. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children. 3rd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2018. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf. Citado el 1 de junio 2019.
20. González-María E, Moreno-Casbas MT, Albornos-Muñoz L, Grinspun D, Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. *Enferm Clin*. 2020;30(3):136-44.

21. World Health Organization (WHO). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. World Health Organization, Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/bfhi-implementation-2018.pdf>
22. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2019;51(2):91-8.
23. 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;90: 15 de septiembre e1-e18.
24. Aguilar Cordero MJ, Sáez Martín I, Menor Rodríguez MJ, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hervás Pérez A et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp*. [Internet]. 2013;28(3):920-6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300050&lng=es. Accessed January 03, 2020.
25. Barnes M, Cox J, Doyle B, Reed R. Evaluation of a Practice-Development Initiative to Improve Breastfeeding Rates. *J Perinat Educ*. 2010;19(4):17–23.
26. Bick D, Murrells T, Weavers A, Rose V, Wray J, Beake S. Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:41.
27. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*. 2019;97(8):563–9.
28. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(3):201-3.
29. Ocampo PS, Vargas N, Leon N, Agüero SD, Araya M, Rudman J et al. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva? *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2018;24(2).
30. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Mattar 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.
31. 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. *Scientific World Journal*. 2017: 2017:1940756.
32. Hung KJ, Berg O. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011;36(5): 318–24.
33. 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– 73.
34. Chen C, Yan Y, Gao X, Xiang S, He Q, Zeng G et al. Influences of cesarean delivery on breastfeeding practices and duration: a prospective cohort study. *J Hum Lact*. 2018;34(3):526-34.
35. Balatero JS, Spilker AF, McNiesh SG. Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019;44(3):137-43 .
36. Brown A. What Do Women Really Want? Lessons for Breastfeeding Promotion and Education. *Breastfeed Med*. 2016;11:102-10.

37. Miller CW, Wognar D. Breastfeeding support. Guided by Swanson's Theory of Caring. *MCM Am J Matern Child Nurs.* 2019;44(6):351-6.

38. Simpson KR, Lyndon A, Spetz J, Gay CL, Landstrom GL. Missed Nursing Care During Labor and Birth and Exclusive Breastfeeding During Hospitalization for Childbirth *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020; 10.1097/NMC.0000000000000644

39. Long K, Rondinelli J, Yim A, Cariou C, Valdez R. Delaying the First Newborn Bath and Exclusive Breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020;45(2):110-5.