

# Práctica #6 Para un Parto Saludable: Mantén a Mamá y Bebé Juntos — Es Mejor para la Mamá y el Bebé y para la Lactancia.

Jeannette T. Crenshaw, DNP, RN, NEA-BC, IBCLC, FAAN, LCCE, FACCE

## EXTRACTO

Las madres y los bebés tienen una necesidad fisiológica de estar juntos en el momento del nacimiento y durante las horas y días siguientes. Mantener a las madres y bebés juntos es una práctica para un parto seguro y saludable. La evidencia apoya el cuidado piel a piel inmediato y sin interrupciones después del parto vaginal y durante y después de la cesárea para todas las madres y los bebés estables, independientemente de la preferencia de alimentación. Las oportunidades ilimitadas para el cuidado piel a piel en el nacimiento y la lactancia materna promueven resultados óptimos maternos y para el bebé. Este artículo es una revisión actualizada basada en la evidencia de las Prácticas de Cuidados de Lamaze International que Promueven el Parto Normal, “Práctica de Atención # 6: No Separación de la Madre y el Bebé, Con Oportunidades Ilimitadas para la Lactancia Materna”, publicado en *The Journal of Perinatal Education*, 16 ( 3), 2007

---

*The Journal of Perinatal Education*, 23(4)

**Palabras clave:** contacto piel a piel; amamantar; lactancia materna exclusiva; fisiología del parto; iniciativa hospital amigable para el bebé; método canguro; cesárea; interacción madre e hijo; alojamiento conjunto; período sensible; prácticas de nacimiento/prácticas

Una práctica esencial para el parto seguro y saludable es mantener a las madres y los bebés juntos y garantizar oportunidades ilimitadas para el cuidado piel a piel y la lactancia materna. Las madres y los bebés tienen una necesidad fisiológica de estar juntos durante los momentos, horas y días después del nacimiento, y este tiempo juntos mejora significativamente los resultados maternos y neonatales. Los educadores para el parto y otros profesionales de la salud tienen la responsabilidad de apoyar esta necesidad fisiológica mediante la educación, la defensa y la implementación de prácticas basadas en la evidencia en la maternidad. La separación rutinaria de las madres y los bebés saludables puede ser perjudicial y puede influir negativamente en los resultados de salud a corto y a largo plazo y al éxito de la lactancia materna.

### El Momento del Nacimiento

“¿Que necesita más el bebé al momento de nacer? Sólo a su mamá”, dijeron Bergman y Bergman (2013, p. 9), un equipo compuesto de un respetado marido (médico de salud pública) y su esposa (maestra/doula/autora) que han estudiado los efectos de los cuidados piel a piel. Pero en la mayoría de los casos, los profesionales de la salud prestan poca atención en el momento del nacimiento a los hallazgos de los Bergman, a pesar de las importantes ventajas de la unión de la madre y el niño, resaltadas en la literatura.

Basándose en décadas de evidencia, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF (2009) recomendaron que todas las madres y los bebés sanos, independientemente de la alimentación de su preferencia y el método de nacimiento, tengan cuidado piel a piel ininterrumpido que comience inmediatamente después del nacimiento durante al menos una hora, y hasta después de la primera alimentación, para las mujeres que amamanten. El cuidado piel a piel significa colocar a los recién nacidos secos y sin ropa en el pecho desnudo de su madre, con mantas o toallas calentadas que cubran la espalda del recién nacido. Todos los procedimientos de rutina, tales como las evaluaciones de madres y recién nacidos, pueden tener lugar durante el contacto piel a piel o pueden retrasarse hasta después del período sensible inmediatamente después del nacimiento. (*American Academy of Pediatrics*, Sección sobre Lactancia Materna, 2012; *American College of Obstetrics and Gynecologists Committee [ACOG] sobre la Práctica Obstétrica*, y *Committee on Health Care for Underserved*, 2007 [reafirmado en 2013]; Sobel, Silvestre, Mantaring III, Oliveros, & Nyunt-U, 2011). Las primeras impresiones son importantes,

y tal vez ninguna más que los primeros momentos de introducción del recién nacido al mundo, y de la madre a su hijo.

El período sensible durante la primera hora después del nacimiento es influenciado significativamente por niveles elevados de la hormona reproductiva materna, la oxitocina, que atraviesa la placenta hasta su bebé (Buckley, 2014). La oxitocina, que aumenta significativamente durante el cuidado piel a piel, promueve el apego madre/recién nacido, reduce el estrés materno y neonatal, y ayuda a la transición del recién nacido a la vida posnatal (Buckley, 2014; Moore, Anderson, Bergman, y Dowswell, 2012).

Este sensible tiempo, a veces llamado la «Hora Mágica», «Hora de Oro», u «Hora del Miedo», exige respeto, protección y apoyo. Interrumpir o retrasar el cuidado piel a piel puede reprimir las conductas de protección innata de un recién nacido, dar lugar a la desorganización del comportamiento, y hacer el auto-apego y la lactancia materna más difíciles. La falta del cuidado piel a piel y la separación temprana también pueden afectar el apego madre e hijo, reducir la respuesta efectiva de la mamá hacia su bebé y tener un efecto negativo en el comportamiento maternal. Esto ha sido demostrado por una manipulación más brusca del bebé mientras lo alimenta, respuestas afectivas más bajas y menos conductas maternas en respuesta a las señales del bebé a los cuatro días después del parto (Dumas et al., 2013), al mes, y a los cuatro meses (Moore et al., 2012) y al año (Bystrova et al., 2009), en comparación con las madres que no fueron separadas de sus recién nacidos.

### **Los recién nacidos al nacer**

Si las madres están más unidas a sus bebés cuando no se separan en forma rutinaria en los momentos después del nacimiento, entonces, ¿qué pasa con el bebé que está deseoso de conocer a su madre? En el momento del nacimiento, los recién nacidos tienen una muy alta y protectora respuesta a señales térmicas, al tacto, y al olor (Moore et al., 2012; Takahashi, Tamakoshi, Matsushima, y Kawabe, 2011). Cuando el recién nacido se coloca piel a piel con la madre, esta respuesta intensificada estimula los comportamientos que ayudan a satisfacer las necesidades biológicas básicas del recién nacido, activa los mecanismos neuroprotectores, permite la autorregulación neuroconductual temprana (Buckley, 2014); Widstrom, Lilja, Aaltomaa-Michalías, Dahllöf, y Nissen 2011), y reduce el estrés (Bergman y Bergman, 2013; A. Bigelow, Power, MacLellan-Peters, Alex, y McDonald, 2012; Takahashi et al., 2011). En comparación con los recién nacidos que no tuvieron contacto piel a piel, los recién nacidos que tuvieron contacto piel a piel lloraron menos, su glucosa en la sangre fue más estable (Gabriel et al., 2010 (Moore et al. 2012.); Maayán-Metzger et al., 2014), hubo estabilidad temprana de la frecuencia cardíaca, y una frecuencia cardíaca y niveles de saturación de oxígeno más estables. Los niveles de cortisol salival (un marcador bioquímico para el estrés) disminuyeron significativamente a medida que la duración del contacto piel a piel aumentó más allá de los 60 minutos (Takahashi et al., 2011), lo que indica un efecto dosis-respuesta. Hay otros beneficios que la madre y el niño comparten si no son separados en forma rutinaria en los momentos después del nacimiento.

El riesgo de hipotermia neonatal se reduce con el contacto piel a piel ya que el pecho materno ajusta rápidamente su temperatura interna para regular la temperatura de su recién nacido, promoviendo la termorregulación (Bergstrom, Okong, y Ransjo-Arvidson, 2007; Gabriel et al., 2010; Moore et al., 2012; Sobel et al., 2011; Takahashi et al., 2011). El cuidado piel a piel inmediato permite la colonización del recién nacido a la flora materna (al contrario de la flora hospitalaria) para proteger contra infecciones, y promueve la lactancia materna (Sobel et al., 2011). Interrumpir el contacto piel a piel para el baño inmediato aumenta el riesgo de hipotermia neonatal, elimina las bacterias maternas y el vórnix (lo que aumenta el riesgo de infección hospitalaria), y puede inhibir el reflejo de arrastre al seno materno lo que podría reducir el tiempo de prensión del bebé para una lactancia materna eficaz. Los beneficios acumulados por el contacto piel a piel, incluyendo temperatura favorable, flora beneficiosa, la oportunidad temprana del «arrastre» hacia el pecho, todo ello apunta a uno de los mejores resultados posibles para la madre y el bebé.

### **Las Madres en el Nacimiento**

Las hormonas del nacimiento y los cuidados piel a piel preparan a la madre a necesitar y buscar a su bebé en el momento del nacimiento. La oxitocina, la hormona que hace que el útero se contraiga, estimula sentimientos maternos después del nacimiento mientras la madre toca, mira, y amamanta a su recién nacido (Buckley, 2014). Se libera más oxitocina mientras la madre sostiene al recién nacido piel a piel que cuando el contacto piel a piel no ocurre. El cerebro de una madre libera beta-endorfina durante el cuidado piel a piel. La beta-endorfina es una hormona similar a un analgésico que ayuda a la madre a responder a su bebé, a reforzar el placer de sus interacciones, y a sentirse tranquila (Buckley, 2014).

La Iniciativa *Hospital Amigable para el Bebé*, implementada en 1998 para reducir el efecto negativo de algunas prácticas de maternidad sobre la lactancia materna, describe 10 pasos basados en la evidencia que promueven, apoyan y protegen la lactancia materna. Estos *Diez Pasos Hacia Una Lactancia Feliz* deben ser implementados en los entornos de maternidad que buscan la designación «Amigable para el Bebé» (Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2009). El paso cuatro aconseja a los profesionales de la salud ayudar a las madres a implementar la lactancia materna dentro de los 30 minutos después del nacimiento (Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2009), y a una hora del nacimiento en los Estados Unidos (*Baby Friendly USA.*, 2010). La interpretación del Paso Cuatro es que todas las madres y los bebés sanos sean

colocados piel a piel inmediatamente después del nacimiento, independientemente de la preferencia de alimentación, y que a la madre se le ayude a reconocer cuando su bebé muestre señales de estar listo para amamantar.

### Primer Cuidado Piel a Piel y Lactancia Materna

El contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido durante un mínimo de una hora es una de las estrategias más efectivas en los entornos de maternidad para promover la lactancia materna exclusiva. Los reflejos de la lactancia materna «despiertan» durante el cuidado piel a piel (Widström et al., 2011). Los recién nacidos presentan una especie de secuencia específica de nueve comportamientos que dan como resultado la búsqueda y prensión al seno de su madre (véase la Tabla 1). Los comportamientos instintivos del recién nacido, mientras están piel a piel, reforzados por altos niveles de oxitocina en el nacimiento, pueden ayudar a explicar por qué los investigadores han encontrado una relación entre el cuidado temprano piel a piel y la mejora en los resultados de la lactancia materna. Los bebés con cuidado temprano piel a piel son más propensos a amamantar en forma exclusiva al ser dados de alta del hospital, y a amamantar durante más tiempo (Bramson et al, 2010; Gabriel et al, 2010; Moore et al, 2012).

El momento y la duración del cuidado temprano piel a piel también influyen en los resultados de la lactancia materna (Bramson et al, 2010; Gabriel et al, 2010; Moore et al, 2012). Intervalos más cortos entre el nacimiento y el inicio del contacto piel a piel y mayor tiempo en contacto piel a piel después del nacimiento mejoran la lactancia materna exclusiva y su duración. Estos resultados no dependen de que un parto sea vaginal o sea cesárea.

TABLA 1

Nueve Comportamientos Instintivos de los Recién Nacidos Durante el Contacto Piel a Piel Después del Parto

Etapa	Nombre	Descripción
1.	Llanto al Nacer	Ocurre después del nacimiento mientras los pulmones del recién nacido se expanden
2.	Relajación	Exhibe manos relajadas y sin movimientos de la boca
3.	Despertar	Exhibe pequeños movimientos de la cabeza y los hombros
4.	Actividad	Exhibe movimientos de introducción en la boca, de succión, y de apego
5.	Descanso	Tiene períodos de descanso entre cualquiera de las etapas
6.	Arrastre	Arrastre a la mama con períodos cortos de acción, alcanzando el seno y el pezón
7.	Familiarización	Lame el pezón, toca y masajea el seno
8.	Succión	Se conecta y succiona
9.	Sueño	Cae en sueño reparador

NOTA: Adaptado de Widström et al. (2011)

### Primeros Cuidados Piel a Piel después de Parto Vaginal o Cesárea

Después del parto vaginal, el cuidado directo piel a piel entre las madres y bebés estables puede comenzar de inmediato, antes del pinzamiento del cordón, cuando ponen al recién nacido sobre el abdomen de la madre, lo secan, y lo cubren con una manta (*Baby.Friendly USA - Amigo del Niño EE.UU.*, 2010; Sobel et al, 2011; UNICEF, 2011; Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2009). Una vez que se pinza el cordón, el recién nacido puede entonces moverse al pecho de la madre.

Después de la cesárea, el cuidado de piel a piel entre las madres y bebés estables puede comenzar en la sala de operaciones cuando la madre esté alerta y receptiva (*Baby.Friendly USA.*, 2010; UNICEF, 2011). La gran mayoría de las madres que se someten a cesárea están alertas y receptivas cuando se utiliza anestesia epidural. Las mujeres que experimentaron el contacto piel con piel durante una cesárea describieron la experiencia como algo significativo, no estuvieron “conscientes” de la intervención quirúrgica, ya que se centraron en su recién nacido, e informaron que darían la bienvenida a hacerlo de nuevo si tuvieran la oportunidad (Crenshaw et al, 2012; Phillips, 2013). No existe evidencia para retrasar el cuidado piel a piel hasta que una madre y su bebé estén en la sala de recuperación o de cuidados post-anestesia. Por lo tanto, la oportunidad de cuidados piel a piel debe ser inmediata.

La intención es el contacto “inmediato” piel a piel. Sin embargo, el significado de ‘inmediato’ con frecuencia se debate y, muchas veces es interpretado como “a los 5 minutos después del nacimiento.” Para que sea designado como un lugar para el nacimiento Amigable para el Bebé (*Baby Friendly*), el 80% de las madres y el personal que cuida de ellas deben informar que el cuidado piel -a- piel comenzó inmediatamente (*Baby-Friendly USA.*, 2010; UNICEF, 2011; Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2009.) El único ejemplo de cuando ‘inmediato’ es descrito como “un plazo de 5 minutos” está en la circunstancia inusual de que un observador o inspector observe directamente el nacimiento. Si el inspector observa que comienza el cuidado de piel a piel dentro de los primeros “5 minutos”, se clasifica como inmediato. La consecuencia no deseada de la aplicación de “los 5 minutos” para todos los nacimientos es que el cuidado piel a piel frecuentemente es retrasado innecesariamente por conveniencia del personal, para proporcionar atención de rutina tal como la evaluación

del recién nacido saludable bajo un calentador u obtener el peso al nacer. Este retraso se produce a pesar de la abrumadora evidencia en apoyo del cuidado inmediato piel a piel y la investigación que muestra la respuesta de dosis-efecto.

### **Mantener a Madres y Bebés Juntos Más Allá del Momento del Nacimiento**

Los beneficios del cuidado piel a piel se extienden más allá del momento del nacimiento. Ya sea en un centro de atención de maternidad o en el hogar, la necesidad física y emocional materna y neonatal de uno para el otro continúa. Mientras están juntos, la madre aprende rápidamente las necesidades del bebé y la mejor manera de cuidar, confortar y calmar a su recién nacido.

La interpretación del Paso Siete de la Iniciativa Hospital Amigable para el Bebé informa a los profesionales de la salud acerca de la evidencia para mantener a las madres y a los bebés juntos las 24 horas del día (alojamiento conjunto) para mejorar los resultados de salud (*Baby-Friendly USA*, 2010; UNICEF, 2011; Organización Mundial de la salud y UNICEF, 2009). Al estar juntos, las madres y los bebés tienen muchas oportunidades para pasar tiempo piel a piel y para la “práctica” de la lactancia materna. Durante cada oportunidad de dar el pecho, los niveles de beta-endorfina materna y neonatal se incrementan, “gratificar y reforzar las interacciones de madre e hijo” (Buckley, 2014). Durante décadas, los investigadores han informado que las madres que tienen alojamiento conjunto con sus bebés obtienen mejores resultados en las pruebas que miden la confianza de ser madre, y los bebés que se alojan junto con sus madres tienen un sueño más tranquilo que aquellos que están separados de sus madres (Keefe, 1988; Keefe, 1987; Yamauchi y Yamanouchi, 1990).

El alojamiento conjunto hace que la lactancia sea más fácil. Las mujeres en alojamiento conjunto con sus recién nacidos producen más leche y producen un suministro de leche más copioso más rápidamente, amamantan durante más tiempo y son más propensas a amamantar exclusivamente en comparación con las mujeres que están separadas de sus recién nacidos (Bystrova et al, 2009; Zenkner et al., 2013). El alojamiento conjunto parece tener un efecto dosis-respuesta. Fue más probable que las mujeres en alojamiento conjunto con sus bebés estuvieran amamantando exclusivamente al salir del hospital en comparación con las mujeres con alojamiento conjunto parcial (Zuppa et al., 2009). El cuidado piel a piel, mientras se está en alojamiento conjunto reduce el estrés fisiológico y los sentimientos depresivos maternos después del alta hospitalaria, lo que puede ayudar a potenciar a la mujer en su papel de madre. La duración de la lactancia materna en las madres que tuvieron contacto frecuente piel a piel, mientras estuvieron en alojamiento conjunto fue más larga en comparación con las madres que pasaron menos tiempo piel a piel con sus bebés durante los primeros 5 días después del nacimiento (Bigelow et al., 2014). La investigación también sugiere que el cuidado piel a piel, mientras estén en alojamiento conjunto también puede ser una intervención eficaz para las madres que tienen dificultades en la lactancia y están, por tanto, en riesgo de abandonar el hábito de la lactancia materna (Chiu, Anderson, y Burkhammer, 2008).

Pocos ensayos controlados aleatorios o cuasi-aleatorios se han llevado a cabo para comparar la separación de madres y bebés después del nacimiento con el alojamiento conjunto (Jaafar, Lee, y Ho, 2012). Las preocupaciones éticas de la realización de ensayos controlados, a la luz de la fuerte evidencia de los estudios menos rigurosos, apoyan dejar a las madres y a los bebés juntos para mejorar la eficacia de la madre, el descanso, y los resultados de la lactancia materna (Ball, Ward-Platt, Heslop, Leech, y Brown, 2006; Bystrova et al, 2009; Keefe, 1988; Keefe, 1987)

### **Oportunidades Ilimitadas para la Lactancia Materna: Por Qué Importa**

La evidencia muestra que mantener a las madres y a los bebés juntos durante y después del nacimiento mejora los resultados de la lactancia materna, y la lactancia materna es el método óptimo para la salud infantil y la salud materna. Se ha demostrado que la sustitución de la leche materna con fórmula infantil tiene un impacto negativo en los niños a corto y a largo plazo, y en la salud materna (Academia Americana de Pediatría Sección de Lactancia Materna, 2012; ACOG sobre la Práctica de Obstetricia y el Comité de Cuidados de la Salud para los Sub-servidos, 2007 [Reafirmado en 2013]; Asociación Americana de Salud Pública, 2007, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2011; Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2003).

La lactancia materna exclusiva durante 6 meses es una de las estrategias más importantes para mejorar la salud infantil y reducir las enfermedades y la mortalidad en la infancia. Basado en décadas de investigación, el aumento de la lactancia materna exclusiva es esencial para reducir la mortalidad infantil prevenible y para mejorar la salud a largo plazo del niño y su bienestar.

Los niños que no son amamantados de manera óptima están en mayor riesgo de enfermedades a corto y a largo plazo como la diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores, el síndrome de muerte súbita del bebé, diabetes tipo 1 y 2, obesidad, colesterol elevado, neumonía y leucemia (Ip et al, 2007; Ip, Chung, Raman, Trikalinos, y Lau, 2009). Estos riesgos aumentan considerablemente para los niños prematuros y los prematuros tardíos y para los niños nacidos en países subdesarrollados. Los riesgos asociados con la lactancia materna insuficiente para las mujeres incluyen una mayor incidencia de cáncer de mama y de ovario, diabetes tipo 2, peso gestacional retenido, síndrome metabólico, e infarto al miocardio (Ip et al, 2007; Ip et al, 2009; Stuebe, 2009). La lactancia materna también puede mitigar la depresión posparto

(Bigelow et al, 2012;. Dennis y McQueen, 2009; Stuebe, 2009)

Para una salud óptima, la lactancia materna debe continuar después de los primeros 6 meses de vida, con alimentos adicionales culturalmente apropiados ricos en hierro. Los expertos en salud de los Estados Unidos (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2010) recomiendan que la lactancia continúe durante al menos 1 año y los expertos internacionales de salud recomiendan al menos 2 años (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Todos los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética de promover, apoyar y proteger la lactancia materna y de ser competentes en la atención y los servicios para la lactancia materna (Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos, 2010). Educar a las mujeres acerca de las prácticas saludables para el nacimiento, incluyendo mantener a madres y bebés juntos, son una estrategia importante para mejorar el inicio de la lactancia materna, su duración y exclusividad. Asegurar las políticas de maternidad basadas en la evidencia que facilitan la «no separación» es una responsabilidad esencial para todos los profesionales de la salud.

### **Implicaciones**

Cada uno tiene un papel para mantener a las madres y a los bebés juntos después del nacimiento. Las mujeres que tienen a su bebé en un centro de maternidad u hospital pueden elegir una configuración de maternidad que sea *Amigable para el Bebé* o que esté trabajando para certificarse como Amigable para el Bebé. Pueden elegir una partera que apoye sus deseos del contacto inmediato piel a piel y para estar con su bebé durante las horas y días que le siguen. Si la cesárea está médicamente indicada, las mujeres pueden discutir con el equipo de atención médica su deseo de comenzar el cuidado piel a piel en la sala de operaciones. Las mujeres pueden comunicar sus decisiones a su familia y pedir apoyo. Los educadores para el parto pueden discutir la evidencia para mantener a madres y bebés juntos, la importancia del cuidado inmediato ininterrumpido piel a piel y la lactancia materna exclusiva. Los que cuidan a las mujeres antes y durante el parto, incluyendo parteras, enfermeras, médicos, y doulas, pueden asegurarse de que las mujeres sepan sobre los beneficios de alegría y salud al estar con su bebé. Pueden trabajar para eliminar las rutinas y procedimientos que interfieren con la mujer y la necesidad fisiológica de su bebé de estar juntos.

### **Conclusiones**

Lo que las madres y los bebés necesitan más que nada después del nacimiento es el uno al otro, con oportunidades ilimitadas para el contacto piel a piel y la lactancia materna. Cuando los profesionales de la salud respetan, honran, y apoyan la necesidad fisiológica que las madres y los bebés tienen el uno del otro después del nacimiento, también mejoran los resultados de salud a corto y a largo plazo para las madres y los bebés. Prevenir la separación, excepto por indicación médica de peso, es una práctica esencial para el parto seguro y saludable y una responsabilidad ética de los profesionales de la salud.

### **Reconocimiento**

Me gustaría dar las gracias a Elizabeth H. Winslow, PhD, RN, FAAN, por su experta retroalimentación sobre este manuscrito; y a mi marido Henry (mi crítico favorito) por dar ideas creativas, sutiles y no tan sutiles para ser una mejor escritora.

### **Referencias**

- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. doi:10.1542/peds.2011-3552 [doi]
- American College of Obstetrics and Gynecologists Committee [ACOG] on Obstetrics Practice and Committee on Health Care for Underserved. (2007 [Reaffirmed 2013]). Special report from ACOG. Breastfeeding: Maternal and infant aspects. *ACOG Clinical Review*, 12(Suppl.1), 1S-16S. American Public Health Association. (2007). *A call to action on breastfeeding: A fundamental public health issue*. Tomado de: <http://www.apha.org/advocacy/policy/Policysearch/default.htm?id=1360>
- Baby-Friendly USA. (2010). *Guidelines and evaluation criteria for facilities seeking Baby-Friendly designation [Revised 2011]*. Albany, NY: Baby-Friendly USA.
- Ball, H. L., Ward-Platt, M. P., Heslop, E., Leech, S. J., & Brown, K. A. (2006). Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Archives of Disease in Childhood*, 91(12), 1005-1010. doi:10.1136/adc.2006.099416
- Bergman, J., & Bergman, N. (2013). Whose choice? Advocating birthing practices according to baby's biological needs. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 8-13. doi:<http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.1>
- Bergstrom, A., Okong, P., & Ransjo-Arvidson, A. (2007). Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatrica*, 96(5), 655-658. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00280.x

- Bigelow, A. E., Powers, M., Gillis, D. E., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2014). Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infants' first three months. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 51-62. doi:http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21424
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin to skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(3), 369-382. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x
- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of early skin-to skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130-137.
- Buckley, S. J. (2014). *The hormonal physiology of childbearing*. Manuscript submitted for publication.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Widstrom, A. M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction 1 year later. *Birth*, 36(2), 97-109.
- Chiu, S., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2008). Skin-to-skin contact for culturally diverse women having breastfeeding difficulties during early postpartum. *Breastfeeding Medicine*, 3(4), 231-237. doi:10.1089/bfm.2008.0111
- Crenshaw, J. T., Cadwell, K., Brimdyr, K., Widstrom, A., Svensson, K., Champion, J. D., Winslow, E. H. (2012). Use of a video ethnographic Intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin to skin care and breastfeeding rates. *Breastfeeding Medicine*, 7(2), 69-78. doi:10.1089/bfm.2011.0040
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751. doi:10.1542/peds.2008-1629 [doi]
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A. M. (2013). Influence of skin-to- skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310-336. doi:10.1177/1054773812468316; 10.1177/1054773812468316
- Gabriel, M., Llana Martin, I., Lopez Escobar, A., Fernandez Villalba, E., Romero Blanco, I., & Touza Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin to skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* 99(11), 1630-1634. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Lau, J. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries [Evidence Report/Technology Assessment No. 153]*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine*, 4(Suppl 1), S17-S30.
- Jaafar, S. H., Lee, K. S., & Ho, J. J. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming in for increasing the duration of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews [Issue 9. Art no.: CD006641]*, doi:10.1002/14651858.CD006641.pub2.
- Keefe, M. R. (1988). The impact of infant rooming in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 17(2), 122-126.
- Keefe, M. R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nurse versus rooming-in environments. *Nursing Research*, 36(3), 140-144.
- Maayan-Metzger, A., Schushan-Eisen, I., Lubin, D., Moran, O., Kuint, J., & Mazkereth, R. (2014). Delivery room breastfeeding for prevention of hypoglycaemia in infants of diabetic mothers. *Fetal and Pediatric Pathology*, 33(1), 23-28.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003519, doi:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 67-72. doi:http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001
- Sobel, H. L., Silvestre, M. A. A., Mantaring III, J. B. V., Oliveros, Y. E., & Nyunt-U, S. (2011). Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(8), 1127-1133. doi:DOI:10.1111/j.1651-

2227.2011.02215.x

- Stuebe, A. (2009). The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(4), 222-231.
- Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M., & Kawabe, T. (2011). Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*, 87(3), 151-157  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2020: Improving the health of Americans*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *The Surgeon General's call to action to support breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. Retrieved from <http://www.surgeongeneral.gov>
- UNICEF. (2011). *How to implement Baby Friendly standards: A guide for maternity settings*. London, England: UNICEF UK Baby Friendly Initiative.
- United States Breastfeeding Committee. (2010). *Core competencies in breastfeeding care and services for all health professionals (Revised Ed.)*. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee.
- Widstrom, A., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllof, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100, 1-7. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x
- World Health Organization. (2010). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html>
- World Health Organization & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Tomado de:  
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html>
- World Health Organization & UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Tomado de:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf)
- Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 79(11), 1017-1022.
- Zenkner, J. R. G., Miorim, C. F. B., Cardoso, L. S., Ribeiro, J. P., Cezar-Vaz, M. R., & Rocha, L. P. (2013). Rooming-in and breastfeeding: Reviewing the impact on scientific production of nursing. *Revista De Pesquisa Cuidado E Fundamental Online*, 5(2), 3808-3818. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n2p3808
- Zuppa, A. A., Sindico, P., Antichi, E., Carducci, C., Alighieri, G., Cardiello, V., Romagnoli, C. (2009). Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming-in. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(9), 801-805. doi:10.1080/14767050902994499

#### BIOGRAFÍA DE LA AUTORA

Jeannette T. Crenshaw. Su trabajo profesional se enfoca en promover un liderazgo basado en evidencia, maternidad, y prácticas de ayuno preoperativo. Ha consultado en China y el Medio Oriente sobre la implementación de prácticas de maternidad basadas en evidencia. Sus puestos de liderazgo incluyen Tesorera del Comité de la Lactancia Materna de los Estados Unidos y antigua Presidenta de Lamaze International.

Correspondencia sobre este artículo deberá ser dirigida a Jeannette T. Crenshaw, DNP, RN, NEA-BC, IBCLC, FAAN, LCCE, FACCE, 2629 Ashglen Drive, Garland, TX 75043. E-mail: [Jeannette.Crenshaw@ttuhsc.edu](mailto:Jeannette.Crenshaw@ttuhsc.edu)