

Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal

Estrella Valle Torres:

Enfermera neonatal, UCI neonatos Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

M^a Isabel Amat Giménez:

Enfermera neonatal, UCI Neonatos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Resumen

El principal objetivo de la perinatología es evitar la prematuridad. Todos los órganos del niño prematuro deben madurar en un ambiente que no es el más adecuado. La investigación sobre la nutrición perinatal confirma que la leche humana, y en concreto la leche de la propia madre, es la más adecuada y específica para alimentar a estos bebés. Una de las actividades relacionadas con la humanización en los cuidados de estos niños es procurar las condiciones más favorables para que la lactancia materna sea lo más duradera y satisfactoria posible. La lactancia materna proporciona a los niños prematuros una nutrición óptima y adecuada, y favorece el vínculo madre/hijo. Éste debe protegerse con mayor interés en los niños más vulnerables. Así, no se pueden separar la lactancia materna de los cuidados método canguro. Éste favorece un adecuado desarrollo neurológico y psicomotor de los prematuros, la organización de sus conductas, ciclos de sueño y vigilia y calidad del sueño, su termorregulación, reducción de episodios de apnea, menor riesgo de infecciones, mayor ganancia de peso. También es el momento para los padres de reconocer al niño como hijo propio, y pasan a ser los auténticos protagonistas del cuidado de sus bebés.

Palabras clave:

Prematuro, Lactancia Materna, Método Canguro, CCD (Cuidados Centrados en el Desarrollo).

Resum

El principal objectiu de la Perinatologia és evitar la prematuritat. Tots els òrgans del nen prematur han de madurar en un ambient que no és el més adequat. La investigació sobre la nutrició perinatal confirma que la llet humana, i en concret la llet de la pròpia mare, és la més adequada i específica per alimentar a aquests nadons. Una de les activitats relacionades amb la humanització de les cures d'aquests nens és procurar les condicions més afavoridores per a què l'alletament matern sigui el més llarg en el temps i satisfactori possible. La llet materna proporciona als nens prematurs una nutrició òptima i adequada, i afavoreix el vincle mare/fill. Aquest s'ha de protegir amb molt més interès en els nens més vulnerables. Així doncs, no es poden separar l'alletament matern i les cures mètode cangur. Aquest últim afavoreix un adequat desenvolupament neurològic i psicomotor dels prematurs, la organització de les seves conductes, cicles de son i vigília, i qualitat del son, la seva termoregulació, reducció dels episodis d'apnea, menor risc d'infeccions, més augment de pes. També és el moment per a què els pares reconeixin al nen com el seu propi fill i passin a ser els autèntics protagonistes de les cures dels seus nadons.

Paraules clau:

Prematur, Alletament Matern, Mètode Cangur, CCD (Cures Centrades en el Desenvolupament)

Abstract

The main objective in Perinatology is to prevent prematurity. All organs of the premature infant should mature in an environment that is not the most appropriate. Research on perinatal nutrition confirms that human milk, and in particular the mother's own milk, is the most suitable and specified to feed these babies. One of the activities related to the humanization in caring for these children is to ensure the most favorable conditions for breastfeeding is the most enduring and successful as possible. Breastfeeding provides optimal nutrition for premature infants and appropriate and promote the attachment. The attachment must be protected by greater interest in children more vulnerable. You can not separate the breastfeeding of kangaroo care method. This promotes proper neurological and psychomotor development of preterm infants, the organization of their behavior, sleep-wake cycles and sleep quality, its thermoregulation, reduction of episodes of apnea, lower risk of infection, greater weight gain. It is also time for parents to recognize the child as his own, and become the authentic protagonists of the care of their babies.

Key words:

Premature, breastfeeding, kangaroo method, CCD (Centered Care Development).

Método Canguro y Lactancia Materna en una UCI neonatal

Uno de los comportamientos esenciales para la supervivencia del mamífero es el amamantamiento.

El recién nacido humano a término tiene la necesidad de estar en su hábitat natural, es decir con su madre y en el lugar adecuado para mamar, es decir, contra el pecho de su madre.

Cuando mama, el recién nacido respira mejor, se calienta mejor y está protegido. La lactancia permite que todas las necesidades del niño sean satisfechas de manera óptima.

La necesidad que tiene el bebé prematuro de su hábitat natural es aún mayor que la del bebé a término, porque su cerebro está preparado para seguir desarrollándose en el vientre de su madre, en definitiva por la fragilidad que supone un sistema nervioso inmaduro pero en rápido crecimiento.

Hasta hace unos años el paradigma de los cuidados en neonatología consideraba la incubadora como el hábitat del prematuro y al biberón como su medio de alimentación. Hoy en día reconocemos el papel central que ocupa la madre como hábitat que el bebé necesita y replanteamos nuestros servicios y sus cuidados para darle el apoyo que le permita ayudar a su hijo a cubrir sus necesidades. Paralelamente, la investigación sobre la nutrición perinatal confirma que la leche humana, y en concreto la de la propia madre, es sin duda la más adecuada y específica para alimentar a los prematuros.

Por otra parte, el progreso de la tecnología perinatal ha incrementado la supervivencia de incluso los neonatos más prematuros y frágiles; sin embargo, la preocupación sobre la salud a largo plazo y el desarrollo de estos supervivientes ha impulsado el interés por la identificación de intervenciones y estrategias que puedan promover un desarrollo normal y un bienestar general del bebé y la familia.

Se han propuesto medidas para reducir el estrés del entorno de la unidad de cuidados intensivos neonatales, para reducir el dolor asociado a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos invasivos, y para facilitar la participación

de los padres en el cuidado de su recién nacido. Al conjunto de todas estas estrategias las conocemos como **Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD)**.

Debemos a la **Dra. Hals** la teoría sinactiva del desarrollo del bebé que busca la integración de los subsistemas neurológicos y su interacción con el ambiente. Esta teoría nos ofrece un marco para el cuidado individualizado de estos bebés, identificando conductas de prematuros que envuelven un lenguaje corporal que comunica el estrés.

Proporcionar el cuidado del desarrollo al bebé es encontrar maneras para ayudarle a desarrollarse tan normalmente como sea posible durante su estancia.

El cuidado del desarrollo se diseñó para:

- Prevenir que el cerebro sea dañado por la estimulación intensa y dolorosa.
- Proveerle las experiencias cotidianas que, en la medida de lo posible, le ayudarán a desarrollarse normalmente en las cinco áreas (fisiológica, motora, estado sueño / insomne, atención, autorregulación) que son la base de su desarrollo motor, mental y social.

El **NIDCAP** (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) es un programa de intervención, conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo basado en observaciones formalizadas del niño antes, durante y después de los procedimientos de cuidado. El observador valora la capacidad del niño para organizar y modular los cinco subsistemas, y anota los signos de bienestar y autorregulación, así como sus señales de estrés y sensibilidad.

Así pues tenemos como **objetivos** de los CCD:

- Reducir los factores ambientales estresantes.
- Estructurar las actividades de cuidado en respuestas a las claves de conducta del niño.
- Implicación de la familia.

Y como *estrategias* de intervención para conseguirlos:

- Modificaciones ambientales (disminución de la luz, ruido etc.).
- Cuidados posturales.
- Concentración de las actividades.
- Manejo del dolor.
- Intervención de los padres.

Vamos a centrar nuestra atención en aquellas estrategias que consiguen implicar a los padres y que les van a ayudar a poder interactuar con sus hijos:

El Método Madre Canguro (MMC) y la Lactancia Materna (LM).

El Método Madre Canguro

El método se planteó inicialmente en Bogotá en el año 1979, por los Dres. Rey y Martínez, que preocupados por la falta de incubadoras y la alta incidencia de infecciones hospitalarias iniciaron un programa de cuidados que en síntesis planteaba el contacto piel con piel entre los pechos de su madre, la alimentación con leche materna y el alta precoz continuando con estos cuidados en el domicilio. Después de esta experiencia y de haber demostrado claros beneficios para los niños, familias y los hospitales, el método fue adoptado en numerosas unidades de neonatología de países desarrollados.

Después de más de dos décadas, parece claro que el MMC debería ofrecerse a todos los niños prematuros, o recién nacidos a término enfermos dado que es efectivo para el control de la temperatura, favorecer la lactancia materna, y fortalecer la vinculación madre/padre-hijo.

Desde el año 2003 la OMS dispone de una guía para implementar los CMM, ésta es fruto del estudio de múltiples grupos de trabajo e investigación, uno de los cuales es la Fundación Canguro, con la Dra. N. Charpak al frente. Dicha fundación se encuentra en Bogotá y en ella se guarda la filosofía original ideada por el Dr. Rey y que actualmente se dedica a evaluar científicamente la intervención y formar profesionales en este método.

Técnicas

Actualmente existen al menos dos formas diferentes de aplicar el cuidado tipo canguro. El cuidado intermitente y el continuo.

En la mayoría de las unidades neonatales españolas en las que está implantado este cuidado se hace de forma *intermitente*. El niño sale con la madre o con el padre durante un tiempo más o menos prolongado, no es fijado a la madre, y simplemente se le coloca sobre la piel entre los pechos y se cubre con la propia ropa de los padres o con un cobertor. La cabeza del niño debe volverse hacia un lado y es aconsejable mantenerla en una posición levemente extendida para que la vía respiratoria quede libre y se permita el contacto visual entre la madre y el niño. La posición en la que queda el niño es similar a la de una rana. La respiración de la madre ayudará a estimular la respiración del niño. El bebé debe estar desnudo con pañal y gorrito, con buena parte de su cuerpo en contacto piel con piel con su madre/padre. El tiempo mínimo estimado, para que el método ofrezca ventajas, es de 90-120 minutos. Así compensamos el estrés que supone para el niño, inicialmente, salir de la incubadora.

En otros países como Colombia, Suecia o Sudáfrica el método se ofrece como una alternativa al cuidado en la incubadora cuando el equipo que atiende al niño considera que el bebé está preparado. El objetivo del cuidado canguro *continuo* es que el niño permanezca ingresado en el hospital en contacto piel con piel las 24h del día, preferiblemente con su madre, ya que lo alimenta, pero ayudada por el padre y por otros familiares.

Aquellos casos en que el bebé y la familia cumplan los criterios adecuados se dará un alta domiciliaria para seguir con los cuidados en casa y se establecerá un seguimiento casi diario en un centro de salud preparado para ello.

En nuestra unidad se empezó a utilizar el CMM aproximadamente hace 8 años, se fue haciendo de manera progresiva hasta que en la actualidad podemos decir que en la UCI neonatal salen a CMM intermitente todos los niños que están estables a nivel hemodinámico sin tener en cuenta la edad gestacional ni el peso.

Se disponen hoy en día de numerosos estudios que abordan el cuidado canguro desde múltiples perspectivas y que nos permiten evidenciar todas estas *ventajas* para el prematuro:

- Mejora la termorregulación.
- Acelera la adaptación metabólica.
- Reduce los episodios de apnea.
- Permite y favorece la lactancia materna.
- Menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales).
- Mayor ganancia de peso.
- Aumento de la confianza de las madres en el cuidado de los hijos.
- Padres: se sienten protagonistas del cuidado de sus hijos.
- Reduce la estancia hospitalaria.

La posición canguro favorece la recepción de una serie de estímulos positivos que van a facilitar la adecuada organización cerebral y mejorar la evolución posterior.

Recordando el desarrollo sensorial del feto durante la gestación podemos entender el calibre del impacto positivo que representa para el prematuro el cuidado tipo canguro.

Aquí podemos ver todo este impacto:

Oído	Voz materna.
20-24 semanas	Los sonidos próximos se amortiguan en la ropa y la piel de la madre.
Gusto	Situación del bebé sobre el tórax materno: estimulación vestibular cinestésica.
12-15 semanas	Estimulado a través del gusto de la leche materna.
Tacto	Proximidad al cuerpo de la madre: estimulación olfativa.
8-20 semanas	Posición en flexión de las extremidades y limitación de movimientos.

Olfato	Contacto piel con piel permanente: estimulación táctil.
20 semanas	Visión de la cara y el cuerpo maternos: estimulación visual.

Vista	Modificación de la exposición estresante al ambiente de las UCIN.
24-40 semanas	Reducción de la separación madre-hijo.

Sabemos por los estudios de Benoit Schaal que el feto intraútero percibe el olor del líquido amniótico, lo reconoce, lo prefiere a otros olores y tiene una clara preferencia por el de su madre.

Durante el tiempo que el bebé permanece en cuidado canguro se ha comprobado la estabilización de los parámetros fisiológicos (frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de O₂), así como la prolongación y mejoría de los periodos de reposo. Es necesario que respetemos los ciclos de sueño del bebé y para ello se aconseja que permanezca en cuidado canguro de 90 a 120 minutos como mínimo.

La revisión Cochrane sobre el impacto del método canguro en la morbilidad y mortalidad describe menor riesgo de infección nosocomial, enfermedad grave y de infecciones de vías respiratorias bajas a los 6 meses de edad, mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva y de ganancia ponderal al alta, y ausencia de diferencias significativas en mortalidad.

Beneficios para los padres

En un estudio, realizado por neonatólogos del Hospital 12 de Octubre de Madrid, sobre las percepciones de los padres de niños prematuros ingresados en las unidades neonatales españolas, se recogieron sus impresiones de cómo habían vivido la experiencia canguro y concluyeron que:

- El contacto físico estrecho facilita el reconocimiento del niño como **hijo propio**.
- Aumenta el sentimiento de **competencia** en el cuidado.

- Disminuye la ansiedad y la angustia.
- “Devolvemos al prematuro a sus padres”.

Como hemos visto hasta ahora los cuidados tipo canguro resultan una intervención sumamente adecuada para lograr algunos de los objetivos que nos plantean los CCD. Integramos al bebé en el núcleo familiar, le proporcionamos un contacto estrecho con la madre, con todas las ventajas que ya hemos visto y le acercamos a su mejor fuente de nutrición, la leche materna, contribuyendo así al éxito de la lactancia.

Lactancia Materna en prematuros

¿Por qué es la leche materna la mejor fuente de nutrición para un bebé pre-término?

- Por su composición nutricional específica, con componentes de mayor biodisponibilidad.
- Por su capacidad protectora única.

La interrupción prematura del embarazo detiene la nutrición feto placentaria así como la deglución de ciertas cantidades diarias de líquido amniótico que ayudan al feto a madurar su sistema digestivo.

Los elevados requerimientos nutricionales de estos niños fuera del útero, unido a la inmadurez de sus sistemas hacen muy complicada la alimentación por vía digestiva. El intestino del niño prematuro es permeable a las macromoléculas, hipersensible a los estímulos proinflamatorios y vulnerable a los patógenos.

La leche de las madres de los niños prematuros es diferente a la de los niños nacidos a término. Se adapta específicamente a las necesidades del prematuro y posee un mayor efecto protector.

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino.

El calostro humano es la leche que se segrega durante los 4 días después del parto, es un fluido denso y de escaso volumen.

Su composición varía de la leche más tardía, tiene menor contenido energético, es decir menos grasas totales pero más proteínas, vitaminas y minerales

que ésta. Tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas, factores defensivos que protegen de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración del sistema inmune. Sus abundantes inmunoglobulinas cubren el endotelio digestivo evitando la adherencia de los patógenos y facilitan la colonización de éste por lactobacilos.

En el calostro de la madre del niño prematuro encontramos concentraciones más altas de inmunoglobulinas, factor de activación de plaquetas, factores de crecimiento, factores antiinflamatorios y antiinfecciosos que en el niño a término.

Sabemos que a las 27 semanas de gestación el calostro tiene más concentración de factores protectores que en ningún otro momento.

Podemos concluir que el calostro debe ser el primer alimento que reciba cualquier bebé y especialmente el prematuro y que no debe ser substituido por la leche de fórmula a menos que no haya otra alternativa.

En nuestra unidad y desde hace dos años no se utiliza leche de fórmula en la alimentación de los bebés prematuros. Es decir, por debajo de 32 semanas o con un peso inferior a 1500 g todos los bebés son alimentados con leche humana sea de sus madres o de donante. Hoy en día disponemos de Bancos de leche que procesan la leche de madres donantes para usar en los casos de bebés prematuros o con patologías digestivas.

Las madres que tienen un parto prematuro producen después del calostro y durante el primer mes, una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro.

Esta leche, en términos generales y en comparación con la leche a término, tiene un mayor contenido de proteínas, la concentración de lípidos es similar en cantidad y calidad. Su digestibilidad es muy buena y la absorción de éstos, en prematuros de menos de 1500 g es del 90%. Algunos de estos ácidos grasos presentes en la leche humana son componentes fundamentales de las membranas celulares y precursores de sustancias importantes para conseguir una buena función retiniana y un buen desarrollo neurológico.

En cuanto a factores inmunomoduladores (factores antiinflamatorios y antioxidantes) se encuentran en mayor concentración en la leche de madre de prematuro frenando la respuesta inflamatoria intestinal.

Ventajas que supone la leche materna en los recién nacidos prematuros o de bajo peso

- Nutrientes en cantidades fisiológicas.
- Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Protección frente a la NEC.
- Protección frente a infecciones nosocomiales .
- Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
- Menor incidencia ROP.
- Mejora el desarrollo cognitivo.

A pesar de ello el aporte de calorías, proteínas y minerales de la LM es insuficiente para cubrir las necesidades incrementadas de los prematuros de muy bajo peso, y en ocasiones es preciso enriquecer con suplementos, que añadidos a la leche de la propia madre aportan fundamentalmente, proteínas, calcio, fósforo y un aporte calórico extra.

Beneficios de la LM en las madres de prematuros

Las ventajas para las madres son más difíciles de medir pero igual de importantes. A las ventajas que supone para cualquier mujer la lactancia se suman éstas derivadas de su especial situación:

- La oxitocina que es segregada durante la lactancia disminuye la respuesta al estrés.
- La lactancia ejerce un importante papel para el desarrollo del vínculo.
- Tras el final prematuro de la gestación, el poder amamantar a su bebé puede ayudar a completar el ciclo biológico y aumentar así la autoestima de la madre.
- Aporta el consuelo que supone poder ayudar a su bebé prematuro de una forma que sólo ella puede hacer.

La lactancia materna para estos niños y sus madres puede resultar una verdadera terapia.

A pesar de todo lo expuesto, nos encontramos que la alimentación con sucedáneos es más frecuente en los niños y niñas prematuros que en los niños nacidos a término. Muchas madres desconocen la importancia de la leche materna o muestran preocupación por si la calidad o volumen de su leches es adecuado para su bebé. Por otra parte el bebé prematuro no va a poder ponerse al pecho para mamar hasta la semana 32-34. Es por todo ello que será necesario asesorar a esas madres para que la provisión de su leche sea una parte importante del cuidado de su hijo sin causarles estrés añadido. Podríamos resumir que hay factores que nos ayudarán a que estos bebés y sus madres consigan una lactancia satisfactoria:

- Subida de la leche.
- Succión eficiente.
- Producción adecuada >500ml/día.

Es preciso un asesoramiento individual de cada bebé para valorar su buena disposición para comenzar y para que los primeros pasos nos lleven hacia un amamantamiento satisfactorio. Desde el establecimiento de un suministro de leche materna hasta el momento que se pone al bebé al pecho, los padres dependen de los profesionales de la unidad de Neonatología para obtener información, instrucción y apoyo emocional.

Para conseguir una adecuada subida de leche lo ideal es empezar a sacar la leche en las seis horas después del parto y seguir con extracciones-estimulaciones cada 3-4 h. Proporcionaremos a la madre un sacaleches eléctrico que resulte cómodo y eficaz.

El **Método Canguro**, en este momento, nos va a facilitar también que se produzca una subida de leche adecuada.

La frecuencia en la extracción de la leche en las dos primeras semanas determinará el posterior éxito en el mantenimiento de una producción a largo plazo. La idea es imitar la conducta de un bebé saludable. De esta forma la madre debe sacarse leche al menos ocho veces al día para conseguir aproximada-

mente un rango de entre 500-750cc de leche al día. Esto nos facilita, en primer lugar, establecer una alimentación exclusiva de LM y en segundo lugar, que la transferencia de la leche al mamar sea mucho más fácil.

Succión No Nutritiva (SNN)

Para el bebé prematuro, alimentarse es un acto aprendido que supone la coordinación de estructuras anatómicas complejas, de reflejos y de factores sociales. Los bebés aprenden el proceso de succión-deglución intraútero con el líquido amniótico. Dicho aprendizaje se inicia a las 16 semanas de gestación con el reflejo de deglución y se completa a las 20 semanas con la aparición del reflejo de succión. La coordinación de ambos se produce a las 32 semanas.

Se estima que los bebés prematuros están preparados fisiológicamente para empezar a comer por vía oral entre las 32 y las 34 semanas de edad gestacional. Para que sea eficaz, tienen que coordinar succión-deglución-respiración. Hasta que el bebé no alcanza esta coordinación, la alimentación se suele administrar por sonda gástrica para evitar apneas y atragantamientos.

Durante este proceso vamos a utilizar la Succión no Nutritiva (SNN) para facilitar el paso de sonda a succión directa y para ayudar a madurar la succión adecuadamente.

Existen varias **maneras** para que **ejercite la SNN**:

- Succión no nutritiva al pecho (pecho vacío).
- Utilizando chupete o el dedo cuando no esté la madre.
- SNN durante la alimentación por sonda.
- Es conveniente que deguste y huela la leche, independientemente de la edad gestacional.

Por otra parte, las **dificultades** que nos vamos a encontrar son:

- Inmadurez en la coordinación S/D/R.
- Microaspiraciones frecuentes.
- Inmadurez y desorganización neurológica.

- Sobreestimulación.
- Aversión oral por estímulos constantes no placenteros.
- Tono y posturas anómalas que le desestabilizan.
- Poco volumen gástrico y vaciamiento lento.
- Poca succión y disminución de la fuerza o debilidad.
- Disfunción a otros niveles (pulmonar, cardiaco...).
- Largas hospitalizaciones, distintos cuidadores, diferentes formas de alimentarse, etc.

¿Cuándo puede comenzar a mamar el bebé prematuro?

- Cuando presente estabilidad cardio-respiratoria.
- A las 32 semanas de gestación dependiendo del nivel de maduración.
- Independientemente del peso.

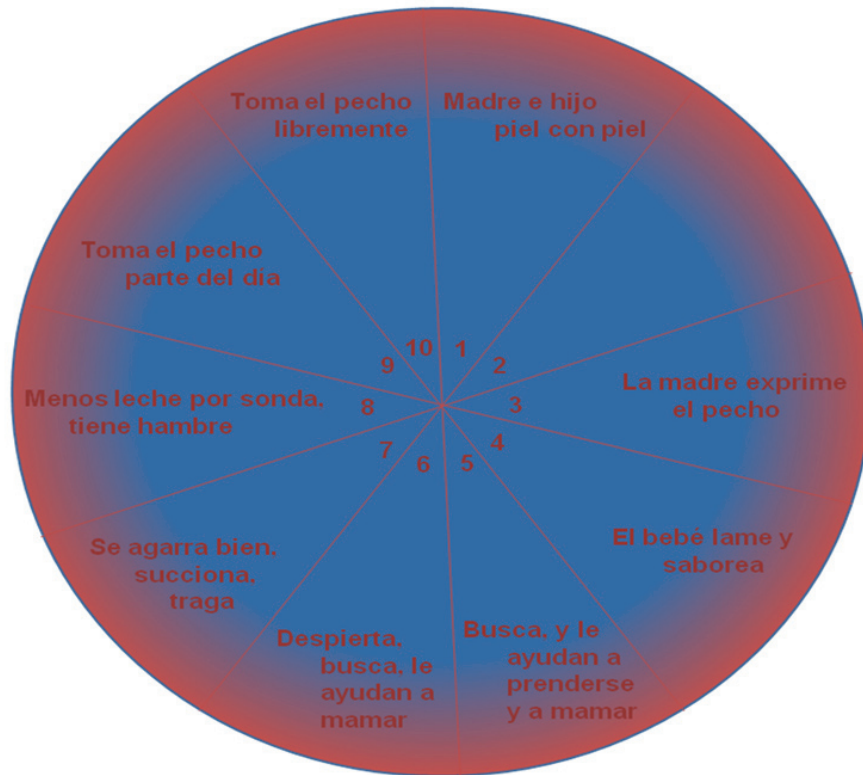
¿Qué vamos a observar en el momento de ponerlo al pecho?

- Comprobar que sea el momento adecuado (alerta tranquila).
- Presencia de reflejo de búsqueda (Semana 30-34).
- Cómo maman, coordinación S/D/R.
- Cuánto tiempo permanecen succionando.
- Posición correcta, que sujete la cabeza y el cuello.
- Exprimir el pecho si es necesario.

Facilitar el vaciamiento después de la toma para mantener la producción de leche y prevenir mastitis.

Toda esta información es la que nos ayudará a valorar qué tipo de transferencia ha hecho el bebé, si ha mamado o no y nos ayudará a decidir cómo y cuánto vamos a suplementar. Esta información la podemos completar con doble pesada en algún caso.

En la gráfica n°1 podéis ver una rueda basada en la idea de Person para resumir el proceso por el que va a ir pasando nuestro bebé prematuro.



Habilidades que nos van a ayudar en el proceso

Para:	Podemos:
Escuchar	Dar muestras de empatía
Entender	Aceptar lo que la madre siente
Reforzar	Usar comunicación no verbal útil
Dar apoyo	Evitar prejuicios
	Hacer sugerencias y no dar órdenes
	Elogiar a la madre y al bebé

Hay que pensar que es un camino lento y lleno de dificultades para las madres y un reto para nosotros los profesionales. Que precisa un derroche de paciencia en cuanto al cuidado de la transición de la sonda al pecho.

Es un proceso que hay que hacer paso a paso, sin impacientarnos, los bebés y sus madres suelen ser más competentes de lo que a menudo creemos.

Para concluir:

El MMC debería ofrecerse a todos los recién nacidos ingresados, ya que es efectivo para el control de temperatura, favorece la lactancia materna, reduce el riesgo de infecciones y favorece el proceso de vinculación.

Con la instauración del Cuidado Canguro en las unidades neonatales, los niños y niñas que nacen antes de tiempo ven respetados todos sus derechos, se integran en su propio núcleo familiar desde el nacimiento y reciben la mejor alimentación, la leche materna.

Establecer una política de puertas abiertas, disponer de sillas al lado de las incubadoras y entrenar al personal sanitario en lactancia materna para prematuros y en la posición canguro es todo lo que se necesita para implementar el Cuidado Canguro.

Finalmente hacemos nuestra la frase de la Dra N. Charpak cuando dice que:

“Todos los recién nacidos, independientemente de cuál sea su lugar de nacimiento, tienen derecho a beneficiarse de la mejor calidad posible en su asistencia, en el ámbito médico, tecnológico, psicológico, humano y afectivo”.

Aguayo Maldonado, J.; Gómez Papí, A.; Pallás Alonso, C.R.: “La Lactancia Materna en el recién nacido prematuro”. En: *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Artículo 39. Panamericana, Madrid, 2008, pág. 345.

Aguayo Maldonado, J.; Gómez Papí, A.; Pallás Alonso, C.R.: “La Lactancia Materna en recién nacidos muy prematuros”. En: *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Artículo 39^a. Panamericana, Madrid, 2008, pág. 346.

Aguayo Maldonado, J.; Gómez Papí, A.; Pallás Alonso, C.R.: “Prematuros y método de la madre canguro”. En: *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Artículo 39^b. Panamericana, Madrid, 2008, pág. 354.

Alba, C.: “Recién nacido prematuro y a término”. En: *Lactancia materna en prematuros. III Curso de lactancia materna*. Sant Joan de Deu. Barcelona, 12 y 13 de diciembre 2008. (papel).

Als, H.: “A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Theoretical Framework. The High-Risk Neonatal: Developmental Therapy Perspectives”. En: *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, Vol. 6, (3-11), 1986.

Charpak, N.: *Bebés canguros*. Gedisa, S.A., España, 2010.

Charpak, N.; Figueroa Z.: *Técnica madre canguro. Guías de manejo*. Fundación canguro, Bogotá, 2003.

Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. N°5*. Ergon, Madrid, 2004.

Ferdenzi, C.; Holley, A.; Schaal, B.: “Impacts de la déficience visuelle sur le traitement des odeurs”. En: *Voir, Journal de la Ligue Braille*, 28-29, 2004, págs. 126-143.

Gómez Papí, A.; Pallás Alonso, C.R.; Aguayo Maldonado, J.: “El método de la madre canguro”. En: *Acta pediátrica*, 65(6). Mayo S.A, España, 2007.

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, O.M.S. *Método madre canguro. Guía práctica*. Autor. Ginebra, 2004.

Mateo Prieto, A. I.: “Una alternativa a planes de cuidado estandarizados”. En: *Tribuna Sanitaria*, 16, 2003, págs. 13-16.

NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) <http://www.nidcap.org/default.aspx>

Nylander, G.: *Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los seis meses*. Editorial Granica, 2004, pág 113.

Rey Sanabria, E.; Martínez Gómez, E.: “Manejo racional del niño Prematuro”. En: *I Curso de Medicina Fetal y Neonatal*. Fundación Vivir. Santa Fé de Bogotá, Colombia, 1983, págs. 137-151.