

Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado

Josefa Aguayo Maldonado

Prof. Asociada de Pediatría

Universidad de Sevilla

Médico Adjunto de Neonatología

Hospital Universitario de Valme

Miembro del Comité Español de Lactancia Materna

Sevilla

RESUMEN:

Los grandes avances adquiridos en el área de la Perinatología y los cambios producidos en las estrategias clínicas, no sólo han supuesto una posibilidad de supervivencia en este grupo de niños. Junto con dichos avances, la atención al niño prematuro está cambiando, la práctica de la humanización y de la Neonatología centrada en la familia se ha ido convirtiendo en una herramienta más en el abordaje asistencial diario, y debe ser conocida por los profesionales sanitarios y las organizaciones institucionales que la avalan, estando integrada en los mapas de competencias y de calidad asistencial dentro del área de salud materno-infantil. Ejemplos de dichos cambios son: la lactancia materna en niños prematuros, los cuidados canguros y el contacto piel-piel y las unidades neonatales abiertas a los padres sin restricción de horarios.

Los derechos de los niños prematuros están avalados por diversas declaraciones universales, destacando entre ellas las siguientes: La declaración Mundial de los derechos del niño hospitalizado (1998), La declaración de Barcelona que fue ratificada en el V Congreso Mundial de Medicina Perinatal (2001) y la Iniciativa de la Humanización de los Cuidados Neonatales promovida por el enfoque revolucionario del Prof Levin, que enfatiza en el hecho de que los derechos de los niños prematuros deben ser respetados. El compromiso de atención integral al recién nacido necesita de la participación de todos los que lo atienden, con la inclusión global de los padres como representantes de sus hijos.

Palabras clave: Derechos del niño prematuro, Cuidado Neonatal Centrado en la Familia, Pretérmino, Contacto piel-con-piel, Lactancia materna.

83

ABSTRACT

Advances acquired in the area of Perinatology and changes produced in clinical strategies, have supposed not only a possibility of survival in this group of children. Together with above mentioned advances, attention to premature child is changing, practice of humanization and Family-Centered Neonatal Care has gradually turned to be one more tool into the daily assistance tackle, and must be known by health care professionals and institutional organizations, integrating it in competence maps and quality of life inside the mother-child health area. Examples of above mentioned changes are: breastfeeding in very low birth weight infants, kangaroo mother-care and skin-to-skin contact and neonatal care units opened to parents without restriction of schedules.

Rights of preterm infant are ratified for diverse universal declarations, emphasizing among them the following ones: world declaration of the rights of the hospitalized child (1998), declaration of Barcelona that was ratified in the V World Congress of Perinatal Medicine (2001) and Initiative of the Humanization of Neonatal Care promoted by the revolutionary approach of Prof Levin, who emphasizes the fact that preterm infant rights must be respected.

Integral attention to newborn child needs from the participation from all those who attend him and the global incorporation of the parents as representatives of their child.

Key Words: Rights of preterm infant; Family-Centered Neonatal Care, Preterm infant, Skin-to-skin contact, Breastfeeding.

Los grandes avances adquiridos en el área de la Perinatología y los cambios producidos en las estrategias clínicas, no sólo han supuesto una posibilidad de supervivencia en este grupo de niños, donde la situación en años anteriores suponía una elevada mortalidad sino que también han supuesto un despegue significativo en la mejora de los cuidados médicos de estos pequeños pacientes. En los últimos

años hemos sido testigos de la introducción y perfeccionamiento de técnicas, tales como la aceleración pulmonar fetal, la atención al recién nacido de alto riesgo con excesivo bajo peso al nacimiento, la profilaxis de infecciones graves para el recién nacido y asintomáticas para la madre, como el estreptococo agalactiae, que daban al traste con muchas vidas al nacimiento; las nuevas modalidades de asistencia intensiva

neonatal etc., que han contribuido de forma certera a conseguir estos objetivos, existiendo por tanto, una revolución tecnológica constante y en continuo progreso, que ha planteado, desde hace ya algunos años y en numerosos artículos, el concepto de seguridad a la hora de la introducción de las nuevas tecnologías en medicina perinatal.

Por otra parte, la enorme dedicación que requieren los recién nacidos de alto riesgo, ha llevado, en muchas ocasiones, a los profesionales sanitarios implicados en este área, a priorizar sus esfuerzos en este tipo de pacientes con relación a la atención al recién nacido sano y al binomio madre-hijo en un sentido más amplio; elevando "la agresividad" que se necesita en la asistencia en determinados momentos para un pequeño porcentaje de niños, a "universalizar" algunos criterios que no tienen cabida en un nacimiento de un niño que viene sin problemas y que debe nacer de la forma más natural. En este aspecto, quisiera también realizar una mención especial al proceso natural que supone el embarazo, parto y atención al recién nacido sano y al hecho de que la mayoría de los partos van a tener lugar en instituciones hospitalarias, sin que por ello tengamos que "medicalizar" el proceso natural que supone el nacimiento de un nuevo ser más allá de lo necesario. Pero este tema, no es el que me ha tocado tratar.

Las expectativas abiertas a los futuros padres con las novedosas técnicas de fertilización in vitro, ha hecho realidad la paternidad y maternidad biológica para muchas parejas que antes no podían ni siquiera imaginar. Este gran éxito de la biotecnología y la biomedicina ha llevado de la mano, un cambio en la forma de nacer, para muchos niños, que necesitan llegar al mundo, antes de tiempo y por tanto antes de lo esperado. Dicho cambio de supervivencia, también ha conllevado una transformación en la forma de presentación de la morbilidad en estos niños, que ha supuesto progresivamente una nueva estrategia en las medidas de tipo preventivo y de promoción de la salud en todo el proceso del nacimiento, y que nos ha llevado a plantear nuevas cuestiones tales como las consideraciones en cuanto a la asistencia en los límites de viabilidad fetal, los dilemas éticos y el nivel de recursos sociales, económicos y humanos que requieren la continuidad de la atención en el cuidado de nuestros niños de alto riesgo y que nuestra sociedad pueda, deba y esté dispuesta a asumir.

Estas cuestiones, han sido, en parte, detectadas por los propios profesionales sanitarios y en parte exigidas por los propios usuarios del sistema sanitario, ya que en este periodo de la vida, las expectativas van siempre unidas a esperanzas y a creencias, sentimientos y emociones ligadas a un proceso de acontecimiento natural, humano y de sentimientos positivos, en los que la pareja y la familia, en general, no se encuentra preparada para situaciones de urgencias ni de enfermedades especiales puesto que, en muy contadas ocasiones, es conocido, asumido y esperado previamente la existencia de un acontecimiento negativo en el momento del nacimiento de un ser querido.

La práctica de la humanización y de la Neonatología centrada en la familia se ha ido convirtiendo de forma progresiva en una herramienta más en el abordaje asistencial diario, y debe ser conocida por los profesionales que se encargan del entorno neonatal y por las organizaciones institucionales que la avalan, estando integrada en los mapas de competencias y de calidad de los diferentes hospitales dentro del área materno-infantil.

En Andalucía, el decreto de humanización de la atención perinatal (decreto 101/95) donde se establecieron las bases para tirar las barreras arquitectónicas y empezar a crear unidades de puertas abiertas a las familias y a los padres en las áreas de Maternidad y donde se establecían los derechos de los niños a estar acompañados por sus padres supuso un gran avance como en algunas otras comunidades autónomas; a pesar de ello queda mucho camino por recorrer para realizar el cambio de aptitud que todo ello requiere, siendo uno de los peores obstáculos nuestras dificultades para hacer realidad el cambio de mentalidad que todo ello requiere siendo el peor muro a tirar el "invisible", es decir, aquellas dificultades que somos capaces nada más que de detectar pero no de reconocer.

Igual que durante la formación académica se nos enseña que no se deben tratar síntomas sino enfermos concretos, tampoco se deben buscar "culpables" de pautas pasadas, puesto que siempre se está pensando en lo mejor para el niño; eran otros tiempos donde la asepsia y el miedo a las infecciones hospitalarias nos hizo programar una medicalización exagerada de la asistencia; lo que sí se impone es prevenir y aprender para llegar a un modelo de atención sanitaria, donde además de atender la parte física, atendamos también el contexto emocional y afectivo y ese es el reto que debemos de afrontar "evitar lo evitable" y dar herramientas para "afrontar lo inevitable".

En los últimos años el interés por este tema es creciente. No es fácil atender a niños con enfermedades o saber que pueden seguir padeciendo determinados problemas a lo largo de su vida, dar cabida a la verdad y atender no sólo a la fragilidad de estos pacientes sino también a la situación de vulnerabilidad que vive su familia en estos momentos. Pero sí que creo que en el campo de la Neonatología, la perspectiva profesional ha ido cambiando de manera conjunta y progresiva de la preocupación casi exclusiva de la atención física del neonato hacia un mayor interés por su atención integral, se tiene en cuenta el componente humano de las relaciones que se establecen entre los pacientes, los familiares y los propios profesionales sanitarios, dando lugar a un trabajo multidisciplinar, centrado en el niño y en su relación vinculada a su familiar y por tanto, trabajar teniendo como eje troncal de referencia a la familia como protagonista, y no al profesional sanitario.

En España así como en el resto de muchos de nuestros países vecinos, se considera un derecho el tener las unidades neonatales abiertas a los padres de los niños ingresados y, sin embargo, en escasas instituciones se ha generalizado

esta situación. La terminología de "unidad neonatal abierta" quiere decir abierta las 24 horas del día y esto no se ha asumido todavía por muchos de los profesionales sanitarios. En España sólo el 10% de las unidades neonatales permiten la visita de los padres las 24 horas al día sin ningún tipo de restricción.

Los derechos de los niños prematuros están avalados por varias de las declaraciones universales, destacando entre ellas las siguientes: La declaración Mundial de los derechos del niño hospitalizado (1998), en su artículo 21, recoge lo siguiente: "Se debe hacer todo lo posible para que un niño hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres o padres sustitutos, quienes deben tener alojamiento apropiado, cuando proceda, en el hospital o en sus cercanías, gratuitamente o con costo mínimo, y deben tener la posibilidad de ausentarse de sus trabajos, sin perjuicio para su empleo"; y en el artículo 23: "cuando un niño de corta edad ha sido hospitalizado, su madre debe tener la posibilidad de amamantarlo, a menos que exista una contraindicación médica válida para impedirsele". La declaración de Barcelona que fue ratificada en el V Congreso Mundial de Medicina Perinatal (2001); se recoge, en relación a los derechos de la madre: "Toda mujer tiene el derecho a ser informada de los beneficios de la Lactancia materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto. Sin embargo, la mujer escogerá libremente la forma de lactancia, sin perjuicios sociales o culturales" (art. 10); "Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario y su estado se lo permita" (art 12). Y en relación al recién nacido: "Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada." (art 8).

Por otra parte, el Prof. Adik Levin, uno de los mayores promotores de la filosofía de los derechos de los niños pre-

maturos, inicia un enfoque revolucionario basado en la filosofía de la humanización de los cuidados en Neonatología, partiendo de la premisa de que los derechos de los niños prematuros deben de ser considerados y respetados; pone en marcha la Iniciativa de la Humanización de los Cuidados Neonatales; en los que defiende once pasos para mejorar los cuidados médicos, ya que los pasos de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), que debe de abarcar mucho más que la promoción de la LM, son insuficientes para los recién nacidos que permanecen ingresados por diversos motivos en las unidades neonatales (Tabla I).

Es indudable que existen justificaciones para todos estos cambios en las prácticas neonatales, en las que se debe evitar la separación madre-hijo y favorecer el contacto precoz tanto en el recién nacido sano, como en el que precisa ingreso en las unidades neonatales. Como ejemplo, tomaremos el tema de los cuidados canguros y el contacto piel-piel. Existen múltiples investigaciones referentes al vínculo madre-padre-hijo, el apego y el contacto precoz que avalan la bondad de la técnica del contacto piel-piel en el periodo neonatal y que incluye de manera muy preferente a los niños pretérminos; pese al desarrollo tecnológico, la naturaleza nos ha mostrado un método inigualable y perfecto, basado en el binomio madre-padre-hijo, y llamada cuidados canguros o metodología canguro que consiste en colocar a los niños en contacto piel-piel entre los pechos de su madre (o padre); siendo una técnica segura, fiable y efectiva que brinda el calor necesario, la nutrición adecuada y la estimulación orgánica y afectiva al nuevo ser para hacerlo evolucionar en un medio más natural y humano.

El contacto piel-piel proporciona el calor necesario para mantener una adecuada temperatura corporal. Es una "metodología científica y de alta tecnología", como ha quedado demostrado en múltiples publicaciones, que intensifica la relación madre-hijo, protege la lactancia materna y propi-

Tabla I. Iniciativa de la Humanización de los cuidados en Neonatología*

1. La madre debe poder permanecer con su niño enfermo las 24 horas del día.
2. Cada miembro del equipo de salud debe atender a la madre y al niño, y ser capaz de abordar los aspectos psicológicos.
3. El equipo de salud debe promover la lactancia natural en cada madre, y estar entrenado en las técnicas de extracción de leche materna.
4. El estrés psicológico de la madre debe reducirse durante el periodo de tratamiento.
5. Salvo indicación médica, se debe alimentar a los recién nacidos sólo con leche materna.
6. Si el niño no puede succionar, debe ser alimentado, preferentemente por su madre, con leche materna por sonda.
7. La cantidad de exámenes y análisis de laboratorio deben reducirse al mínimo.
8. El Método Madre Canguro debe ser utilizado tanto como sea posible.
9. Las terapias agresivas deben reducirse al mínimo.
10. La madre y el niño deben ser considerados como un sistema psicosomático cerrado.
11. Se debe autorizar a miembros sanos de la familia (padre, abuelos, otros involucrados) a visitar al recién nacido y su madre durante una hospitalización prolongada.

*Levin A. Humane Neonatal Care Initiative. Acta Pædiatr 1999; 88: 353-5.

cia un mejor desarrollo psicomotor del prematuro, asegurándole una mejor calidad de vida, mejorando la ganancia de peso, los niveles de oxigenación y de frecuencia cardiaca y respiratoria, existiendo múltiples beneficios más difíciles de medir como son las sensaciones de ternura, el reconocimiento de la voz, el tacto y el olor materno entre otros; referente a los padres, disminuye los sentimientos negativos de pérdida, impotencia, culpabilidad y miedo hacia el cuidado de sus hijos. En el año 1998, se realizó la "Declaración del niño canguro" promocionada y avalada por la OMS y UNICEF, promulgándose como una técnica afectiva esencial que debe potenciarse en todas las unidades neonatales.

Una de las actividades más claramente relacionadas en estos últimos años con todo ello es la de procurar las condiciones favorables para que la lactancia materna sea lo más duradera y satisfactoria posible, que conlleva, además de las consabidas ventajas inmunológicas y de nutrición, una manera de crianza favorecedora de la relación vincular madre-hijo. La lactancia materna en casos especiales, cuando el niño debe ser ingresado en la unidad neonatal, bien por prematuridad o por enfermedad asociada, debe estar igualmente protegida, así como el respeto a todos sus derechos, recogidos en los diferentes decretos de atención durante el embarazo, parto y periodo neonatal.

Otro de los aspectos cuidados estos años en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ha sido el respeto al individuo y la respuesta arquitectónica, evitando las manipulaciones frecuentes e innecesarias, agrupando y realizando las estrictamente necesarias, respetando, para ello, los estados de sueño y vigilia y adecuando la luz, los ruidos, las interferencias que pueden provocar una deficiente adaptación en la relación sueño-vigilia de este grupo de niños así como el tratamiento del dolor físico y emocional y el respeto a la pérdida y al duelo. En este último punto, quisiera hacer algunas reflexiones.

La naturaleza humana nos ha previsto del instinto de cuidar a nuestros pequeños seres y de hecho somos una de las especies más desprotegidas al nacimiento. A pesar de que los grandes prematuros representan solamente aproximadamente el 1,5 % de todos los nacimientos, son los responsables del 50% de la mortalidad perinatal y de las alteraciones del desarrollo observadas en la infancia. Por otra parte, los padres, actualmente, esperan mucho de la alta tecnología médica y se piensa que todos los niños van a salir adelante; la espera de estos padres es mucho mejor tolerada con los sueños, las ilusiones y las fantasías sobre la futura vida de nuestros pequeños; pero la realidad a veces, nos juega una mala pasada, entonces comprendemos que no todos los niños salen adelante y los sentimientos se mutan hacia la incredulidad, sensación de vacío, de tiempo detenido, rebelión, culpa, búsqueda de algún culpable, tristeza, abatimiento, desesperación, temor, angustia, etc. La muerte, en general, pero especialmente la de un neonato, ha sido considerada tabú y el niño es símbolo de vida, de futuro y trascendencia; por ello, los padres no quie-

ren ni pueden ni siquiera pensar en la posibilidad de la muerte de sus hijos.

Las personas que trabajan en estas Unidades Neonatales en algunas ocasiones, no se consideran capacitadas para abordar estos temas; tampoco se les enseña a compartir con los pequeños pacientes y sus familiares, los momentos, las horas y los días de dolor, sufrimiento y aflicción que causa la enfermedad grave y la muerte de un ser querido.

Nuestra tarea en esos momentos se debe volcar hacia convertirnos en un apoyo para la superación de sentimientos de impotencia o culpa y en la aceptación de nuestras limitaciones y las de los demás, facilitar la reposición de fuerzas físicas y psicológicas producidas por el stress para evitar el desgaste y frustración, ofrecer espacios dignos para la información y el acompañamiento de la familia. No podemos seguir negando a nuestros pequeños pacientes que no sólo en algunas ocasiones nacen antes de tiempo, sino que se van de nuestro mundo antes de lo esperado, el adecuado entorno humanitario en la dolorosa despedida que supone el salto generacional de unos padres que despiden a su hijo. En este sentido, queremos y debemos seguir trabajando para mejorar el hábitat donde se desenvuelven estos pequeños, en los primeros días y meses de la vida, y ofertar no sólo cuidado sino respeto a cómo los padres quieren llevar a cabo dichos cuidados.

Muchos de los padres que han tenido a sus hijos ingresados en Neonatología muestran agradecimiento al personal sanitario que los atendió, pero es también frecuente que expresen las dificultades que han tenido a la hora de obtener información y muestren descontento por la limitación del tiempo de permanencia al lado de su hijo o por no dejarles tomar una actitud activa en el cuidado y en la toma de decisiones. El hecho de trabajar en la Neonatología centrada en la familia y a favor del vínculo, hace que esta metodología de cuidados, sin olvidar el avance científico-técnico, mejore la relación madre-padre-hijo en nuestras unidades neonatales, donde tenemos que dar cabida a la ternura y a la mejor y más óptima forma de cuidado familiar en esta importante etapa de nuestra vida. En este sentido, deberíamos procurar que los niños ingresados y sus padres, aun cuando todo debe de pasar por un cuidado individualizado, se sintieran "como en casa".

Desde la perspectiva social se debe trabajar no sólo en relación a la provisión de los cuidados de salud, sino también en mantener la igualdad en el acceso a estos cuidados, así como en el control y seguimiento fuera del ámbito hospitalario según las necesidades de cada niño; haciendo una transferencia adecuada y planificando el alta hospitalaria de los neonatos de alto riesgo y el seguimiento programado para mantener una efectividad clínica. Esta forma de trabajar ha hecho posible la implantación de los programas de altas precoces, en unidades neonatales, en la certeza de que al niño se le oferta una continuidad de cuidados y que los padres manejan la situación clínica de su hijo.

Este grupo de pacientes ha repercutido directamente en la sociedad que ha tenido que asumir la atención del recién nacido de alto riesgo como una nueva entidad social que hay que cuidar al ser más vulnerable y frágil en los primeros años de vida. La representación de las asociaciones de padres en el área perinatal comienza a tener un importante peso específico en las diferentes comunidades autónomas como Madrid, Valencia y Barcelona, que ha llevado a la Sociedad Española de Neonatología a la colaboración directa entre profesionales sanitarios y padres para la realización de un trabajo conjunto, dando con ello cabida a la participación ciudadana y a trabajar por el mejor interés del niño, cuando por circunstancias obvias, la autonomía de ellos recae en nuestras manos.

El compromiso de atención integral al recién nacido debe incluir actividades de prevención y promoción de la salud, debe evitar los vacíos asistenciales que se puedan producir con programas de continuidad de atención dirigidos y centrados en la familia; la atención perinatal debe ampliar sus miras a motivar cambios en las pautas organizativas hacia una asistencia eficiente, accesible, comunicativa y más humanizada donde, sin olvidar el peso de los avances científicos, se tengan en cuenta los factores psicológicos y sociales de la familia, favoreciendo la interacción y el contacto precoz madre-padre-hijo y para este proyecto es necesaria la participación de todos, con la inclusión global de los padres como representantes de nuestros niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. NIH Consensus Conference. Effect of corticosteroids for fetal maturation of perinatal outcomes. *JAMA* 1995; 273:413-418.
2. Bancalari, E. Nuevas perspectivas en la ventilación mecánica del recién nacido. *An Esp. Pediatr* 1995; 73 (s):99-101.
3. Clark, RH. The safe introduction of new technologies into neonatal medicine. *Clin Perinatol* 1996 Sep; 23(3):519-27.
4. Guía de atención a la infancia con problemas crónicos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1997.
5. Draper, E; Field, D; James, D. Prediction of survival for preterm births by weight and gestational age: retrospective population based study. *BMJ* 1999;319:1093-1097.
6. Decreto 101/95. BOJA nº 72, 17 de mayo. Derechos de los padres y los niños en el proceso del nacimiento. Junta de Andalucía 1995.
7. Aguayo Maldonado, J; Márquez Rivas, FJ; Bonal Pitz, PP; Casanovas Lax, J; Gutiérrez Benjumea, A; García Arqueza, C. Problemas de relación madre-hijo en la unidad neonatal: su estudio mediante técnicas cualitativas. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50:111-114.
8. <http://www.nichd.nih.gov/cochraneneonatal/>
9. <http://kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm>
10. Charpak, N; Ruiz Peláez, JG; Charpak, Y. Rey-Martínez Kangaroo Mother Program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. *Pediatrics* 1994; 94:804-810.
11. Charpak, N; Calume, Z; Ruiz-Pelaez, JG; Charpak, Y. Kangaroo Mother versus "Traditional" care for newborn infants with birth weight <2000 g. A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 1997; 100:682-688.
12. Berkeley, H. Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. *Pediatrics* (ed Esp) 1993; 36: 297-300.
13. Christensson, K; Cabrera, T; Christensson, E; Uvnas-Moberg, K; Winberg, J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 1995; 84:468-473.
14. Ruiz Extremera, A; Lozano Arrans, E; Ocete Hita, E; Puertas, MC; Robles Vizcaino, C. Equipo neonatal. Metodología de trabajo. Planificación del alta hospitalaria. Pg 29-40. En Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas. ED Comares. Granada. 1997.
15. Britton, JR; Britton, HL; Gronwaldt, V. Early Perinatal Hospital Discharge and Parenting During Infancy. *Pediatrics* 1999; 104, 5: 1070-1076.
16. Anderson, GC; Moore, E; Hepworth, J; Bergman, N: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
17. Manual para padres de niños prematuros. Ed. Fundación del hombre. Foro del niño. Madrid 2001.
18. Aguayo Maldonado, J. Lactancia materna. Ed. Universidad de Sevilla. 2001.
19. Pallás, CR; De la Cruz, J. Antes de tiempo. *Nacer muy pequeño*. Ed Exlibris. 2004.
20. World Medical Association Declaration of Ottawa on the Rights of the Child to Health Care. Adopted by the 50th World Medical Assembly, Ottawa, Canada, 1998.
21. Declaración de Barcelona. Los derechos de la madre y del recién nacido. 5 Congreso Mundial de Medicina Perinatal. Barcelona 2001.
22. Levin, A. Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 353-5.
23. Harrison, H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*. 1993; 92 (5):643-650.