



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Escuela de Ciencias de la Salud**

## ***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO  
**EL MÉTODO CANGURO: UNA LABOR DE ENFERMERÍA**

**Autora:** Cristina Lausín Lahuerta

**Tutora:** Ana Gascón Catalán

**Cotutora:** Carmen Aguirre-Gomozcorta

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	Página 3
2. INTRODUCCIÓN .....	Páginas 4 - 7
3. OBJETIVOS .....	Página 7
4. METODOLOGÍA .....	Páginas 8 - 9
5. DESARROLLO .....	Páginas 10 - 15
5.1 Instauración del método canguro	
5.2 Posición	
5.3 Transferencia del niño de la incubadora a la madre/padre	
5.4 Duración	
5.5 Supervisión de las sesiones	
5.6 Lactancia materna	
6. CONCLUSIÓN .....	Página 16
7. BIBLIOGRAFÍA .....	Páginas 17 - 20

## **1. RESUMEN**

El método canguro (MC) se basa en la colocación del recién nacido (RN) desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso, también desnudo, de la madre, e idealmente en el primer minuto de vida. Por sus numerosos beneficios, tanto para el RN como para sus padres, está especialmente indicado para bebés prematuros. Es un método seguro y fácil de aplicar, que además de humanizar los cuidados que se les ofrece a estos niños, permite involucrar a los padres en el cuidado de su hijo.

El principal objetivo de este trabajo es desarrollar un protocolo del MC dirigido al personal de enfermería de las unidades neonatales, en el que se expliquen pautas como la duración del método, la forma de transferir al niño de la incubadora a sus padres, la alimentación basada en la lactancia materna o la posición del bebé durante las sesiones. La existencia de un protocolo consensuado, el registro de las actividades que se realizan en estas unidades y la adecuada formación del personal, permitiría unificar criterios, optimizar resultados y mejorar la calidad de esta práctica.

## 2. INTRODUCCIÓN

El Método Canguro (MC) o contacto piel con piel se basa en la colocación del recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso, también desnudo, de la madre, e idealmente en el primer minuto de vida (Figura 1) (1,2). Un pilar básico del MC es la nutrición basada en la lactancia materna como alimento exclusivo o casi exclusivo (2-5). Esta práctica se puede llevar a cabo tanto con bebés prematuros o de bajo peso que estén clínicamente estables, como con recién nacidos a término en los que se busque un fortalecimiento de los lazos afectivos (3). Los bebés prematuros o pretérminos son aquellos que nacen antes de la semana 37 de gestación (6, 7), y se consideran de bajo peso al nacer a aquellos con un peso inferior a los 2.500g (4-6, 8).



**Figura 1. Posición canguro (6).**

El concepto de "Método Madre Canguro" se desarrolló en Bogotá (Colombia) en el año 1979, como alternativa a los cuidados en incubadoras para neonatos prematuros sin complicaciones, debido a la falta de recursos económicos (1, 3, 4, 9, 10). En la actualidad, es considerado por los países industrializados como un pilar básico de los cuidados centrados en el desarrollo, y está basado en la evidencia científica y avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1, 11). Además, el MC es una de las medidas no farmacológicas recomendadas por la Sociedad Canadiense

de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría para reducir el dolor asociado a los procedimientos realizados en las UCIs neonatales (10).

La importancia del MC reside en que es un método seguro, fácil de aplicar y muy bien aceptado por padres y personal sanitario (fundamentalmente enfermería), pero sobre todo destaca por los numerosos beneficios que le aportan tanto al recién nacido prematuro como a sus padres (1, 2, 9, 12, 13). Algunos de estos beneficios son (1-3, 10-19, 23):

- La separación del RN de su madre, le produce una situación de estrés que ocasiona varios problemas, llegando incluso a requerir intervención médica. El bebé libera cortisol (que incrementa la frecuencia cardíaca y respiratoria) y somatostatina (que reduce la absorción de los alimentos y, por lo tanto, retrasa el crecimiento), hormonas que van a permanecer elevadas durante la separación e incluso en los 30 minutos tras iniciar el contacto. Además, al estar separado de su madre, va a comenzar a llorar, por lo que su ritmo cardíaco y presión sanguínea en el cerebro van a aumentar, favoreciendo así los derrames cerebrales (frecuentes en bebés prematuros). Realizando el MC inmediatamente tras el parto, la mayor parte de estos problemas podrían evitarse.
- Mejora el vínculo afectivo de la madre/padre con su hijo, y aumenta la autoconfianza de los padres en su cuidado. Además, disminuye el sentimiento de angustia por tener un hijo hospitalizado.
- Los bebés se estabilizan más rápidamente tras el parto (en comparación a cuando se tienen en la incubadora), en lo que se refiere a niveles de oxígeno, respiración, frecuencia cardíaca, glucemia...
- Los niños criados con el MC engordan más rápido, por lo que se reduce el tiempo de estancia en el hospital y, con ello, el gasto sanitario y la posibilidad de contraer infecciones nosocomiales.
- El MC favorece un sueño más profundo y menos fragmentado, lo que contribuye a una mayor maduración del SNC.

- El efecto positivo más importante del MC probablemente sea el desarrollo de la lactancia materna, favoreciendo el inicio, la duración, la cantidad y la calidad de la misma.
- Estimulación cutánea (por la posición, la madre tiende a acariciar a su bebé) que favorece un incremento de la hormona de crecimiento.
- En los partos por cesárea, el MC mejora la percepción de la madre hacia su parto, favoreciendo el establecimiento de la LM y reduciendo las depresiones post-parto, más frecuentes en las cesáreas.
- Algunos autores defienden que el MC reduce el dolor que ocasionan determinados procedimientos realizados en las unidades neonatales, aunque se tiende a no realizarlos durante el MC para respetar el descanso del bebé mientras está en posición canguro.

En los últimos años, la utilización del MC en las unidades neonatales ha aumentado progresivamente, sobre todo en países que cuentan con un número insuficiente de incubadoras y/o personal sanitario. En la actualidad, no es considerado como una alternativa a la incubadora, sino como un complemento de utilidad que, además de ofrecer prácticamente las mismas ventajas que una incubadora, favorece el desarrollo del vínculo paterno-filial (1, 4, 20).

Cada año nacen en el mundo unos 20 millones de niños con bajo peso, y en países no desarrollados este problema está presente en el 90% de los nacimientos, por lo que es considerado un gran problema de salud pública. En las últimas 4 décadas, los avances en neonatología han permitido reducir la mortalidad y aumentar las expectativas de vida, todo ello gracias a unas unidades con un entorno tecnológico muy bien equipado pero, a la vez, caracterizado por un ambiente muy diferente al útero materno. Por ello, el MC es una forma de humanizar los cuidados que se les ofrece a estos niños, a la vez que permite involucrar a los padres en su cuidado (4, 6, 8, 10-12).

Además, aunque es una práctica conocida en muchos hospitales españoles, es escasa su protocolización, y pocos profesionales lo realizan de forma correcta o se sienten seguros haciéndolo, por lo que este cuidado se suele aplicar a RN con cuidados medios, y escasas veces en aquellos que

requieran cuidados intensivos o semiintensivos (11). Por todo ello, el objetivo de este trabajo es desarrollar un protocolo del MC dirigido a profesionales de enfermería, en el que se exponen las pautas para la correcta realización del método, facilitando su puesta en práctica y fomentando su utilización también en los neonatos más críticos.

### **3. OBJETIVOS**

- Describir las características y beneficios más importantes de la aplicación del Método Canguro en el recién nacido.
- Desarrollar un protocolo del Método Canguro dirigido a los profesionales de enfermería de las unidades neonatales que les ayude a realizarlo de forma correcta y fomentar su práctica.

#### 4. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se han consultado las siguientes bases de datos: Science Direct, Dialnet, Cuiden Plus, PubMed, Scielo y la Biblioteca Cochrane Plus. Las palabras clave empleadas en cada una de ellas, los artículos revisados y cuáles de ellos han sido utilizados queda reflejado en la Tabla 1:

**Tabla 1: Bases de datos, palabras clave, artículos revisados y utilizados**

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>ARTÍCULOS REVISADOS</b>	<b>ARTÍCULOS UTILIZADOS</b>
Science Direct	Metodo canguro	32	1
	Canguro enfermería	15	1
	Contacto piel con piel	5	3
	Lactancia materna enfermeria	16	1
Dialnet	Metodo canguro	11	2
	Lactancia materna canguro	5	1
Scielo	Metodo canguro	20	2
Cuiden Plus	Metodo canguro	30	2
PubMed	Kangaroo mother care preterm	5	1
La Biblioteca Cochrane Plus	Madre canguro	1	1
	Kangaroo mother care	15	1



Además, se han utilizado diversas revistas biomédicas on-line como E.ducare21, Metas de Enfermería, Colombia Médica o Medicina Fetal y Neonatología, y páginas web como Fundación Canguro, el buscador Google Académico o AEPED (Asociación Española de Pediatría). También se ha consultado el Protocolo del Método Canguro del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido: Método canguro, piel con piel, canguro enfermería, kangaroo mother care, kangaroo mother care preterm, skin to skin, lactancia materna canguro, lactancia materna enfermería. Los artículos, revistas y libros utilizados para la realización de este trabajo se fechan entre 1998 y 2013, 17 de ellos son de los últimos 5 años. De todos los artículos encontrados, se han seleccionado aquellos que estaban más relacionados con los objetivos planteados.

A continuación se va a desarrollar un Protocolo del Método Canguro dirigido al personal de enfermería de las unidades neonatales, en el que se describe la actuación del personal tanto con el recién nacido como con los padres del mismo, para garantizar la correcta realización de la práctica, involucrar a los padres en el cuidado de su hijo y fomentar su utilización, no sólo con RN a término sino también con aquellos que requieran cuidados intensivos neonatales.

## **5. DESARROLLO**

El Método canguro está considerado como un cuidado enfermero, es por eso que este protocolo va dirigido al personal de enfermería de las unidades neonatales. Según la bibliografía consultada, es de gran importancia que las unidades neonatales cuenten con protocolos de actuación que describan, entre otras cosas, la forma correcta para la transferencia del neonato de la incubadora a sus padres (1, 4, 10, 21). Así, la realización de este protocolo, permite promocionar este beneficioso método, a la vez de promover y reforzar la formación de los profesionales de enfermería.

Es importante conocer cuáles son las situaciones que favorecen el desarrollo del MC en una unidad neonatal, para poder actuar sobre ellas y fomentar la práctica (3, 11, 12, 22):

- Unidad de puertas abiertas que facilite el acceso libre a los padres, sin limitaciones de horarios
- Espacios amplios y sillones adecuados para la realización del MC
- Profesionales sanitarios formados en la LM y en los cuidados que requieren los RN pretérminos
- Informar a los padres acerca del MC antes de dar a luz, durante la estancia en el hospital y después del alta
- Seguimiento de la práctica en el hospital

### **5.1 Instauración del método canguro**

La decisión de comenzar esta práctica es únicamente de los padres, una vez que el personal haya decidido que el bebé está en condiciones de comenzar con el MC y tras haberles informado adecuadamente acerca de este método (posición, alimentación, atención que va a recibir en la unidad, ventajas...) y solucionarles todas sus dudas (4, 6). Además informaremos que antes de iniciar el contacto, la madre/padre se tiene que lavar las manos, llevar las uñas cortas y las manos calientes.

El momento de inicio del MC va a depender de cada caso concreto, en función de las condiciones tanto del niño como de su madre, por lo que en los bebés más prematuros su inicio puede retrasarse hasta transcurridas

varias semanas tras el parto. Además, el bebé debe respirar espontáneamente (6, 8). Antes de comenzar el MC tenemos que comprobar que el bebé esté clínicamente estable, por lo que habrá que posponerlo en las siguientes situaciones (21, 23):

- Escasa tolerancia a la manipulación (bradicardia, hipoxia, apnea).
- Asistencia respiratoria en alta frecuencia o con óxido nítrico.
- Postoperatorio inmediato de cirugía mayor.
- Cuadros quirúrgicos que requieran inmovilización y manipulaciones cuidadosas.

## **5.2 Posición**

El MC se desarrolla colocando al niño desnudo sobre el pecho de su madre, dejándole únicamente el pañal, un gorro para evitar la pérdida de calor, con la cabeza entre los pechos, girada hacia un lado y con el cuello en ligera extensión para dejar libre la vía respiratoria y favorecer el contacto visual madre-hijo (3, 4, 10, 21-23). La madre llevará una ropa cómoda que permita poner al bebé en su interior, evitando prendas como el sujetador que obstaculicen el contacto (4, 6, 23). El borde superior de la prenda con la que se cubre el niño no debe rebasar la mitad de la oreja del bebé, y la nariz tiene que estar permeable. En caso de que el bebé sea muy prematuro o de peso muy bajo, se pueden realizar contactos breves con la madre para empezar a establecer el vínculo hasta que el RN se estabilice clínicamente. Es importante dejar que el niño busque espontáneamente el pezón para empezar a succionar (1, 3, 10).

## **5.3 Transferencia del niño de la incubadora a la madre/padre**

La madre, ya sentada y acomodada, recibirá a su hijo de manos de la enfermera. En los casos en que el niño respire espontáneamente o tenga más de 30 semanas de edad gestacional, pueden ser los padres los que cojan directamente a su hijo, una vez enseñados y siempre bajo supervisión del personal. En niños con asistencia respiratoria se requieren dos profesionales para facilitar la transferencia, uno para guiar los cables y otro para transferir al niño (23). Para introducir al bebé en el interior de la ropa de la madre, la enfermera sujetará al bebé con una mano colocada

detrás del cuello y sobre la espalda, de forma que los dedos queden ligeramente apoyados bajo la mandíbula (para evitar que la cabeza se incline hacia abajo y se puedan obturar las vías respiratorias) y con la otra mano debajo del trasero del bebé (Figura 2) (6).



**Figura 2. Cómo coger al bebé para introducirlo dentro de la ropa de la madre/padre. (6)**

#### **5.4 Duración**

No hay un acuerdo acerca de la duración ideal del MC, pero los artículos revisados coinciden en que debería estar como mínimo entre los 50-120 minutos de forma ininterrumpida (ya que los cambios frecuentes provocan estrés en los neonatos) (1, 6, 9, 12, 21, 23). Si el tiempo supera los 50 minutos, la probabilidad de realizar una toma espontánea es 8 veces mayor (1, 18, 21). Los bebés pueden recibir la mayor parte de los cuidados en posición canguro, a excepción del cambio de pañal, la higiene, el cuidado del cordón umbilical o la exploración clínica.

#### **5.5 Supervisión de las sesiones**

Durante las sesiones de MC, se continuara monitorizando los signos vitales del neonato (frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de O<sub>2</sub> y temperatura), y la asistencia del personal de enfermería será la misma que si estuviese en la incubadora (4, 10, 21). Los electrodos se pueden colocar

en la espalda del neonato para evitar que molesten (23). El control de la temperatura se realizará antes, durante y después de cada sesión, y se recomienda que la temperatura ambiente de la unidad oscile entre los 23-25°C (4). A pesar de ser un método beneficioso y seguro, es de gran importancia contar con un personal entrenado capaz de reconocer tanto las conductas que indican una buena tolerancia al MC (sueño profundo, que tenga las manos abiertas, la sonrisa o un estado de alerta tranquila) como los signos de alarma precoces en el RN (hipotonía o hipertonía, los cambios de coloración, la respiración irregular o ausente...) para prevenir posibles riesgos (2, 4, 12, 13, 24). El personal deberá formar a los padres en este aspecto, para que ellos puedan reconocer cualquier signo de alerta, y de esta forma los involucramos también en el cuidado de su hijo.

#### **5.6 Lactancia materna:** (6, 22, 25, 26)

La lactancia materna es uno de los pilares básicos del MC. La leche materna es la mejor fuente de nutrición para un bebé, y ofrece ventajas tanto para los prematuros (nutrientes en cantidades fisiológicas, protección frente a infecciones nosocomiales, maduración más rápida del aparato digestivo, mejora el desarrollo cognitivo...) como para sus madres (fortalece el vínculo, mejora la autoestima...), por lo que supone una terapia para ambos. Además, la posición canguro favorece la producción de leche.

Hay que tener en cuenta que hasta la semana 32-34, no existe una buena coordinación succión-deglución-respiración en el niño, por lo que hasta este momento, se llevará a cabo la "succión no nutritiva", es decir, la madre se extraerá la leche con ayuda de un sacaleches (previamente la enfermera le habrá explicado su funcionamiento) y se le administrará por sonda nasogástrica (SNG), así el bebé succionará el pecho sin extraer nada, aunque se le pueden poner unas gotitas de leche en el pezón para que se vaya adaptando al sabor y reconozca el olor. De esta forma, se facilita el paso de la alimentación por SNG a succión directa.

Una vez que se inicie la succión directa y hasta que el bebé madure, la madre se estimulará el pecho extrayendo una pequeña cantidad de leche,

para no fatigar tanto al prematuro. En el momento de ponerlo al pecho, observaremos:

- Si es el momento adecuado (estado de "alerta tranquila": Despierto, con la mirada atenta, receptivo a la estimulación recibida, con ritmo cardíaco y respiratorio normal y organizado conductualmente.)
- Haya reflejo de búsqueda y buena coordinación succión-deglución-respiración
- Tiempo que succionan
- Posición correcta de la madre, sujetando cabeza y cuello del bebé
- Supervisión de cada toma para identificar signos de estrés: alteración de la frecuencia cardíaca o respiratoria, incremento de las necesidades de oxígeno, agitación, llanto, vómitos... Si aparecen, dejar descansar un tiempo al bebé y, si no desaparecen, continuar la alimentación por sonda.



**Figura 3. LM durante el MC. (6)**

La instauración de la lactancia materna es un proceso complicado tanto para las madres como para los profesionales, y para facilitar este proceso, el personal de enfermería se encuentra en una posición privilegiada para ayudar al establecimiento de la LM. La enfermera será la encargada de informar a las madres de los beneficios de la LM, además de ayudar con sencillas conductas como mostrar apoyo, empatía, paciencia, sugerir sin dar órdenes y felicitar el mínimo avance.

El MC continuará mientras que la madre y el niño se encuentren cómodos, generalmente se prolonga hasta que el niño alcanza las 40 semanas de edad gestacional o los 2500 g de peso (6).

Junto al desarrollo de protocolos en las unidades neonatales, para garantizar la correcta aplicación del método, los profesionales de enfermería también deberían registrar este cuidado, es decir, todas las actividades que se realicen con los neonatos durante el MC (número de veces que se lleva a cabo la práctica durante la estancia del bebé en el hospital, tiempo que dura cada sesión de MC, educación sanitaria a los padres, complicaciones o incidencias que surjan y la evolución del niño).

## **6. CONCLUSIÓN**

El método canguro es una práctica segura, fácil de aplicar y que aporta numerosos beneficios tanto a los bebés prematuros como a sus padres, ya que permite involucrarlos en el cuidado de su hijo. Además no precisa más personal, tan sólo que los profesionales de las unidades neonatales estén lo suficientemente formados tanto en el cuidado canguro como en la lactancia materna.

Es el personal de enfermería el encargado de esta práctica, y para que ésta se desarrolle adecuadamente, es necesaria la elaboración de protocolos en estas unidades. Así, la existencia de un Protocolo consensuado en las unidades neonatales, el registro de las actividades y la adecuada formación del personal, permitiría unificar criterios, optimizar resultados y mejorar la calidad de esta práctica.

Está en manos de los enfermeros fomentar esta práctica tan beneficiosa para todas las partes implicadas, y que aporta al recién nacido prematuro un ambiente natural dónde poder enfrentarse a esta difícil etapa de su vida.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martín Castillo M, Alonso Benedí AM. Método canguro, aplicación temprana en la sala de partos. Educare21. Jun 2012 [citado 2 Mar 2013]; 10(6). Disponible en:  
[http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com\\_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=620843&task=verArticulo&anyo=2012&numPublica=4&numRevista=87&volRevista=10](http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=620843&task=verArticulo&anyo=2012&numPublica=4&numRevista=87&volRevista=10)
2. Bueno Montero E. Piel con piel tras el nacimiento. Educare21. Nov 2012 [citado 2 Mar 2013]; 10(9). Disponible en:  
[http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com\\_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=620914&task=verArticulo&anyo=2012&numPublica=4&numRevista=90&volRevista=10](http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=620914&task=verArticulo&anyo=2012&numPublica=4&numRevista=90&volRevista=10)
3. Merino Navarro D, Palomar Gallardo C, González Rodríguez A. El método canguro como intervención enfermera. Metas de Enferm. Nov 2003; 6(60): 12-15.
4. Delgado Guerrero M. El método canguro. BSCP Can Ped. Ene-Abr 2005; 29(1): 17-22.
5. Conde-Agudelo A, Belizán J, Diaz-Rossello J. Atención de madres canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en lactantes de bajo peso al nacer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771
6. Organización Mundial de la Salud. Método madre canguro guía práctica. Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2004. 56p.
7. Iriarte Roteta A, Carrión Torre M. Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. Metas de Enferm. Mar 2013; 16(2): 20-25

8. Torres J, Palencia D, Sánchez DM, García J, Rey H, Echandía CA. Programa madre canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Colomb Med.* Abr-Jun 2006; 37(2): 96-101.
9. Gómez Papí A, Baiges Nogués M<sup>a</sup> T, Batiste Fernández M<sup>a</sup> T, Marca Gutiérrez M<sup>a</sup> del M, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr.* 1998; 48 (6): 631-633.
10. Jefferies AL; Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health.* Mar 2012; 17(3): 141-143.
11. Estrany Cuéllar S, Fernández Lalueza C, Galdeano Escuder P. Situación actual del método canguro en España. *Metas de Enferm.* Abr 2009; 12(3): 50-54.
12. Collados Gómez L, Aragonés Corral B, Contreras Olivares I, García Feced E, Vila Piqueras ME. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. *Enferm Clin.* 2011; 21(2): 69-74.
13. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé M<sup>a</sup> del M, Martínez Martínez M<sup>a</sup> J, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *An Esp Pediatr.* 1998; 49(5): 495-498.
14. Lucchini Raies C; Márquez Doren F; Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm.* 2012; 21(4): 209-213.
15. Odent Michel. El bebé es un mamífero. 2<sup>a</sup> Ed. Santa Cruz de Tenerife: Ob Stare; 2007
16. Charpak Nathalie. Bebés canguro. 1<sup>a</sup> Ed. Barcelona: Gedisa; 2006

17. De Sousa Freire NB, Santos Garcia JB, Carvalho Lamy Z. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*. 2008; 139: 28–33.
18. Romero C de A. Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término. *An Pediatr Contin*. 2013; 11(1):51-3.
19. Tessier España E, Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, Hernández García JM, Vellido Coteló R, De la Hera Lázaro C et al. Cesárea humanizada. *Prog Obstet Ginecol*. 2013; 56(2): 73-78.
20. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Mar-Abr 2010; 18(2).
21. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de publicaciones; 2010. 106p.
22. Valle Torres E, Amat Giménez M<sup>a</sup> I. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *L`Associació catalana d`atenció precoç*. 2012; (33): 1-11.
23. Protocolo Método Madre Canguro, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Jul 2009.
24. Melchor Marcos JC. Contacto piel con piel en la sala de partos y muerte súbita del recién nacido. Una llamada de atención. *Prog Obstet Ginecol*. 2011; 54(2):53-54.
25. Borrero Pachón M<sup>a</sup> del P, Olombrada Valverde AE. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enferm Clin*. 2010; 20(2): 119–125.

26. Charpak N, Figueroa Z. Método madre canguro: guías de manejo.  
Bogotá: Fundación Canguro; 1998. 54p.