

Participación de la familia en el cuidado hospitalario de un recién nacido

RESUMEN DO NOT HARM

Cada año, 15 millones de niños nacen prematuros¹ y muchos otros padecen afecciones que ponen en riesgo sus vidas y que requieren hospitalización. La participación de la familia en el cuidado hospitalario de los recién nacidos pequeños y enfermos conduce a mejores resultados en materia de salud y desarrollo, una mejor experiencia de cuidado para el paciente y la familia, mayor satisfacción del médico y el personal y una asignación más inteligente de los recursos. Por otro lado, la falta de apoyo sistémico para la participación parental puede resultar en daño no intencional tanto para los recién nacidos como para sus familias. Involucrar a las familias como cuidadores activos durante la atención del recién nacido hospitalizado requiere adaptación específica al contexto y flexibilidad.

Un enfoque global para asegurarse de que los recién nacidos no solo sobrevivan sino que lleguen a la adultez ha aumentado la apreciación del valor de la participación de la familia en el cuidado hospitalario. Crear colaboraciones recíprocas entre las familias y los proveedores rápidamente se está convirtiendo en la norma para la planificación y la prestación de la atención sanitaria en todo el ciclo de vida. Los principios centrales del cuidado centrado en la familia son: 1) dignidad y respeto; 2) intercambio de información; 3) participación; y 4) colaboración.² Si bien hay muchos modelos de participación familiar para el recién nacido hospitalizado (consulte la nota sobre terminología a continuación), todos comparten la visión común de que el bebé, los padres/cuidadores principales y los proveedores de atención sanitaria son una unidad de cuidado. Integrar a los padres como cuidadores durante el período de hospitalización puede mejorar el bienestar a corto y largo plazo del recién nacido. Es más, proporcionar apoyo emocional, educativo y práctico a las familias de los recién nacidos es una responsabilidad importante de los proveedores y los sistemas de salud, que requieren capacitación y recursos.^{3,4}



¿Por qué es importante la participación de la familia en el cuidado del recién nacido hospitalizado?

El período de recién nacido es un período sensible en que los padres y sus hijos forman vínculos saludables unos con otros. Al establecer un lazo de por vida entre padres e hijos es esencial para el desarrollo saludable de un niño, así como para la salud emocional de todos los miembros de la familia. Sin embargo, cuando un bebé nace pequeño o enfermo, la separación del recién nacido de los padres durante la hospitalización puede interrumpir este proceso de unión. Integrar a los padres al cuidado de su recién nacido durante la hospitalización puede mantener la unidad entre infante y padre, promover el cuidado en materia de desarrollo y facilitar la formación de un vínculo estable y seguro. Los padres pueden realizar contribuciones únicas para la atención de su recién nacido pequeño y enfermo ya que podrán monitorizar y proporcionar atención básica bajo la supervisión y la tutoría del personal de atención sanitaria. (Consulte la Tabla 1 para ejemplos específicos). Con el apoyo a la lactancia, la mayoría de las madres pueden ofrecer leche materna para estimular la supervivencia, el crecimiento y las facultades cognitivas del recién nacido. Al involucrarse con las familias como parte del equipo de atención sanitaria, los proveedores pueden reforzar la confianza y la competencia de los padres a medida que hacen la transición al rol de cuidador principal. El empoderamiento puede promover una mayor adaptación emocional materna y paterna a la vez que mejora

las capacidades parentales para estos frágiles niños recién nacidos. Mediante su colaboración con el equipo de atención sanitaria, los miembros de la familia obtienen conocimiento sobre la salud y aprenden a leer las señales de sus bebés, lo que mejora las comunicaciones entre padres y proveedores y la toma de decisiones. Esta colaboración puede llevar a un mayor cumplimiento luego del alta del plan de seguimiento del recién nacido y a un mayor uso del cuidado preventivo.

¿Cómo puede dañar la falta de participación familiar?

Cuando los recién nacidos requieren atención hospitalaria, la resultante interrupción del proceso de apego puede tener consecuencias devastadoras y perdurables tanto en los padres como en los niños. Por ejemplo, las madres y los padres de los pequeños enfermos experimentan mayor ansiedad, depresión y trastornos de estrés agudo o postraumático en comparación con los padres de bebés saludables.⁶ Es posible que los padres tengan que lidiar con diversos factores estresantes como la dificultad para hacer frente a los gastos que surgen (en relación con el cuidado de su recién nacido) con salarios reducidos por las horas de trabajo perdidas.⁷

Cuando no se aborda el sufrimiento psicológico de los padres, esto puede afectar de manera negativa los resultados cognitivos, sociales y sanitarios de sus hijos para pasar a la adolescencia.⁸ Por ejemplo, los problemas de sanidad mental de los padres podrían contribuir a que se ignore o se abuse de los recién nacidos, quienes podría tener efectos perjudiciales perdurables en sus facultades cognitivas, su desarrollo y su socialización.⁶

Nota sobre terminología

Este resumen utiliza las frases "participación familiar" y "compromiso familiar" de manera intercambiable para describir la participación de los padres y demás cuidadores familiares en la atención hospitalaria de sus recién nacidos. Algunos ejemplos de modelos específicos de participación familiar incluyen Cuidado Participativo de la Familia, Cuidado Centrado en la Familia, Cuidado Basado en la Familia, Cuidado Integrado Familiar, Cuidado de los Padres, Unidad Continua de Bebé y Padres y Colaboración en el Cuidado.

EVERY
PREEMIE
SCALE



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



GLOBAL ALLIANCE TO PREVENT
PREMATURITY AND STILLBIRTH



With women, for a lifetime®

La separación del recién nacido de sus padres durante la atención hospitalaria también hace que sea más difícil proporcionar apoyo esencial para el desarrollo del recién nacido, como proteger el sueño, promover la interacción sensorial adecuada (es decir, olor, tacto, sonido), controlar y manejar el dolor y el estrés, y crear un ambiente sanador.⁹ Además, la falta de cercanía entre los padres y los hijos puede inhibir la extracción de la leche materna.¹⁰

Juntos, estos factores de estrés y la separación pueden hacer que sea más difícil para los padres asumir el rol de cuidador principal una vez que su recién nacido está en casa debido a la falta de confianza y autoeficacia.¹¹ Cuando los padres no están bien preparados para el alta, es más probable que su bebé vuelva a ser hospitalizado.¹²

¿Cuáles son las mejores prácticas actuales basadas en evidencia?

Hay cada vez más pruebas de países de altos y medianos ingresos que evidencian que la participación familiar en el cuidado de recién nacidos hospitalizados lleva a un mayor bienestar para miembros de la familia, recién nacidos y proveedores de atención sanitaria.¹³ Por ejemplo, un ensayo aleatorio grupal multicéntrico en Canadá, Australia y Nueva Zelanda informó que integrar a miembros de la familia al cuidado mejora el aumento de peso del bebé, aumenta la frecuencia de alimentación exclusiva con leche materna luego del alta y mejora los indicadores de salud mental de los padres.¹⁴ La participación familiar también puede beneficiar a los proveedores de atención sanitaria ya que aumenta la satisfacción del personal, mejora la toma de decisiones, se emplean los recursos de manera más eficiente, se reducen los litigios y se promueve un cuidado de mayor calidad.⁵

El movimiento hacia una mayor participación familiar en la atención hospitalaria puede verse como una progresión que requiere una implementación flexible. Es posible que existan barreras reales o aparentes en la implementación de este enfoque, como falta de espacio, falta de personal, riesgo de infección, infraestructura inadecuada, consideraciones de seguridad, interferencia con el flujo de trabajo, preocupaciones sobre los cambios de tareas y la incapacidad de participar o la falta de interés por parte de los miembros de la familia. Por lo tanto, la ejecución de estas prácticas requiere adaptaciones específicas del contexto a fin de ser apta para diferentes entornos.

En la Tabla 1 se detallan los enfoques promisorios junto con una breve sinopsis de sus potenciales beneficios.

Estudio de caso: Cuidado centrado en la familia en la India

El hospital Ram Manohar Lohia (RML) en Nueva Delhi y la Iniciativa de Colaboración entre Noruega y la India creada para probar el impacto de un modelo adaptado de participación familiar en cinco unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Los resultados del ensayo de control aleatorizado mostraron un aumento estadísticamente significativo en las tasas de lactancia materna previas al alta sin cambios en las tasas de infección nosocomial.¹⁵ Según el impacto, la viabilidad y la aceptabilidad del programa,^{15,16} el gobierno de la India decidió expandir este modelo a todas las UCIN del país.



Tabla 1: Enfoques clínicos basados en evidencia para promover la participación familiar

Enfoque	Potenciales beneficios
Políticas de visitas de amistades del bebé o de la familia	La cercanía física temprana y la interacción entre padres e infantes es esencial para la salud emocional del recién nacido y puede mejorar el desarrollo cerebral de un bebé. ¹⁷
Contacto piel con piel/Método de madre canguro (KMC por sus siglas en inglés)	El KMC puede reducir la mortalidad neonatal y el riesgo de infección. ¹⁸ Hay evidencia de que la práctica del método de madre canguro puede reducir el dolor, mejorar la saturación de oxígeno, ayudar en la regulación de la temperatura, aumentar la circunferencia de la cabeza y estimular el suministro de leche materna. El contacto piel con piel entre un recién nacido y el cuidador es la base del KMC y es la forma más básica de cuidado neuroprotector.
Participación materna en el cuidado básico	La participación de las madres en las actividades de cuidado de rutina (es decir, cambiar pañales, tomar la temperatura, amamantar o proporcionar leche materna) reduce la ansiedad y estimula la solución de problemas maternos. ¹⁹ La participación materna también está asociada con mayores tasas de consumo de leche humana del recién nacido. ¹⁴
Participación de los hombres en el cuidado	Involucrar a los padres o a otros miembros masculinos de la familia puede mejorar las conductas saludables adecuadas, reforzar la comunicación del vínculo y la toma de decisiones mutua, y promover un mejor cuidado dentro de un entorno hogareño. ²⁰
Cuidado que favorece el desarrollo	El cuidado del desarrollo puede reducir la incidencia de enterocolitis necrotizante y la enfermedad pulmonar entre moderada y grave a la vez que minimiza el estrés de los padres. ²¹
Educación parental y planificación del alta	Los programas de educación que se centran en resultados tanto de la madre como del bebé pueden reducir la depresión y el estrés de los padres a la vez que mejoran el conocimiento, las actitudes y el cuidado parental. ²² Preparar a los padres para el alta educándolos sobre la mejor forma de proporcionar atención al recién nacido puede mejorar las interacciones entre padres y niños y aumentar la autoeficacia y la competencia de atención de los padres. ²²
Apoyo a la lactancia	Una orientación oportuna y práctica sobre la extracción de leche puede ayudar a la lactancia materna que puede tener un abanico de beneficios que promueven la salud y el desarrollo cognitivo. ²³
Apoyo psicosocial	Una variedad de actividades de apoyo psicosocial que incluye creación de diarios, psicoterapia y prácticas de concientización han demostrado ser útiles para mejorar la adaptación y la salud mental de los padres. Los grupos de ayuda a la familia a cargo de profesionales de la salud han mejorado las comunicaciones del personal con las familias así como la confianza de los padres. ^{22, 24}
Participación de los padres en el manejo de la comodidad y la reducción del estrés/dolor	Involucrar a los padres en el manejo del dolor/estrés y la comodidad del infante puede reducir el sufrimiento neonatal y mejorar el desarrollo cerebral. ²⁵ El cuidado piel con piel podría aliviar el dolor del recién nacido cuando se practica durante procedimientos menores como pinchazos en el talón. ^{26, 27}
Programas de ayuda de pares	Además de fortalecer el estado de ánimo de los cuidadores, los grupos de ayuda a cargo de padres pueden promover un mejor entorno hogareño. ^{14,22}
Visitas en la casa	Las visitas en la casa para proporcionar educación y ayuda pueden reducir en gran medida el estrés de los padres y mejorar el cuidado en casa. ²⁸

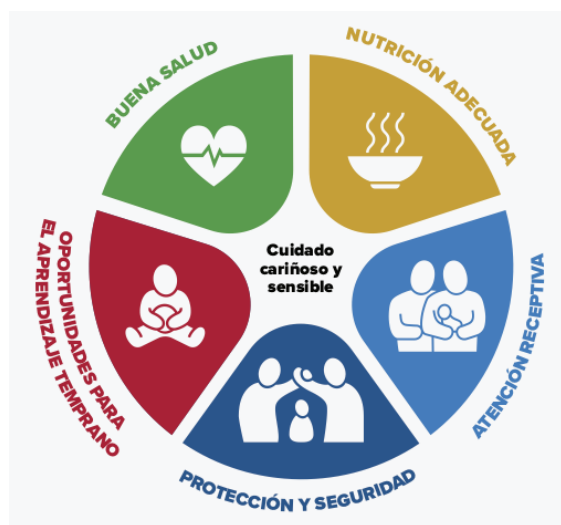
¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS para la participación de la familia?

Las recomendaciones y las pautas clínicas actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) abordan varios aspectos de la participación de las familias en el cuidado de recién nacidos hospitalizados.

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó el marco de Servicios de Sanitarios Integrados Centrados en las Personas (SSICP) en 2016.²⁹ Este marco abarca los principios de la cobertura sanitaria universal (CSU) a fin de promover un enfoque centrado en las personas para la prestación de la atención sanitaria. Los SSICP proponen cinco estrategias interdependientes que incluyen: (1) facultar e involucrar a las personas y a las comunidades; (2) fortalecer la gestión y la responsabilidad; (3) reorientar el modelo de cuidado; (4) coordinar los servicios dentro y entre los diferentes sectores; y (5) crear un entorno propicio. El marco de SSICP reconoce que los miembros de la familia desempeñan un papel fundamental en la prestación de atención sanitaria entre grupos de pacientes de todas las edades y afirma la necesidad de empoderar e involucrarlos como socios. Esto es particularmente importante para los bebés recién nacidos que requieren cuidados intensivos para satisfacer sus necesidades básicas y proteger sus derechos.

Un Marco para el Cuidado y la Crianza, publicado por la OMS y sus socios en 2018, abarca el papel de los cuidadores y de los miembros de la familia en el desarrollo infantil temprano de los niños menores de tres años.³⁰ (Figura 1) El marco propone que el sistema de salud tiene una posición única para iniciar las colaboraciones multisectoriales que se requieren para asegurarse de que todos los niños que están en riesgo reciban el apoyo que necesitan para salir adelante.

Figura 1: Marco para un cuidado enriquecedor

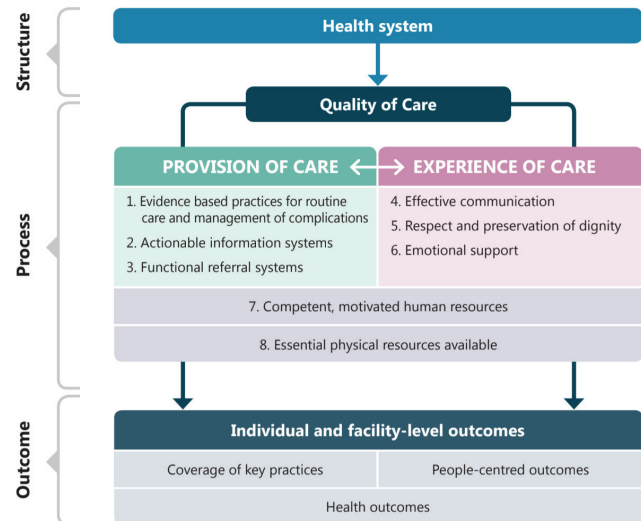


Quality, Equity, Dignity: A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn, and Child Health también ofrece un marco conceptual que destaca la importancia de la participación de la familia durante la prestación de atención sanitaria.³¹ (Figura 2) Este marco respalda la idea de que los servicios sanitarios equitativos y centrados en las personas son una parte esencial de la atención de calidad. Reconoce que las familias y las comunidades necesitan participar del proceso para generar confianza, tener acceso y demandar servicios sanitarios de calidad para madres, recién nacidos y niños, y pone igual énfasis en la prestación de atención, la experiencia de la atención, el capital

humano y la disponibilidad de los recursos físicos.

Por último, el método de madre canguro y el contacto de piel con piel para el cuidado térmico (que requiere participación de la familia) es una de las diez pautas de las *recomendaciones de la OMS sobre intervenciones que mejoran los resultados del nacimiento prematuro*.³²

Figura 2: Marco conceptual para el cuidado de calidad de la madre y el recién nacido (en inglés)



Requisitos del sistema para la participación positiva de la familia

Un cambio hacia un modelo de atención sanitaria que adopte la participación de la familia en el cuidado del recién nacido requiere inversiones razonables en los sistemas de salud y debe variar según el contexto. Las personas encargadas de las políticas y los planificadores de programas pueden evaluar primero el estado de la participación familiar. Este conocimiento puede informar sobre el establecimiento de caminos necesarios e inversiones relacionadas según la existencia de colaboración entre proveedores y familias, recursos disponibles, políticas y legislación. Las mejoras necesarias pueden incluir:

- Un compromiso sólido y formal de parte de las personas encargadas de las políticas y del sector de liderazgo de las instalaciones sanitarias;
- Trabajadores de atención sanitaria formados que comprendan la evidencia de integrar a los miembros de las familias en el cuidado de un recién nacido hospitalizado;
- Instalaciones para el cuidado del recién nacido abiertas que respalden las visitas de cuidado de la familia las 24 horas del día, todos los días;
- Acceso a comida, agua, sanitarios y cuartos para dormir para padres dentro o cerca de las instalaciones de atención sanitaria;
- Espacio o apoyo al lado de la cama del infante para que los padres puedan brindar cuidado directo;
- Ayuda para amamantar y un lugar privado para bombear o amamantar;
- Infraestructura y políticas que promueven, protegen y ayudan a la lactancia materna;
- Capacitación para trabajadores de la atención sanitaria y para familias sobre los principios y las acciones del cuidado del desarrollo de los recién nacidos;
- Disponibilidad de los servicios psicosociales para proporcionar ayuda emocional para familias; e
- Ingresos de accionistas y de la comunidad para la prestación de atención hospitalaria de alta calidad para recién nacidos y servicios de atención de seguimiento luego del alta.

¿Qué acciones se pueden llevar a cabo para mejorar la participación de la familia y los resultados de salud relacionados?

A continuación encontrará las principales acciones que se requieren de los accionistas para garantizar la participación de la familia.

Personas a cargo de las políticas

- Impulsar políticas, legislación y reglamentaciones que afirmen la participación adecuada de las familias en el sistema de salud, particularmente en el cuidado hospitalario del recién nacido.
- Reconocer e involucrarse con los grupos de apoyo a cargo de padres
- Desarrollar y respaldar leyes que apoyen la licencia parental pagada (que debería extenderse a madres y padres con recién nacidos hospitalizados)
- Promover la adopción de la cobertura sanitaria universal para que las familias puedan obtener el cuidado que requieren sin una carga financiera excesiva

Planificadores/implementadores de programas

- Establecer un programa de capacitación de toda la unidad para el personal y materiales educativos para los miembros de la familia sobre las mejores prácticas para la colaboración en el cuidado
- Desarrollar o adaptar los indicadores de participación familiar a fin de monitorear y evaluar el progreso
- Promover la colaboración con los miembros de la familia afectados a fin de mejorar la calidad del programa

Gestores/administradores/líderes de las instalaciones

- Crear políticas, procedimientos e infraestructura que afirmen la unidad de los padres con el recién nacido y la participación familiar, incluido el acceso abierto a los recién nacidos durante el período de cuidado hospitalario
- Hacer un compromiso explícito de respaldar las prácticas de participación familiar basadas en evidencias
- Facilitar el desarrollo de consejos de asesoramiento familiar y grupos de apoyo entre pares
- Desarrollar bucles de retroalimentación para que se pueda monitorear, informar y tomar acción sobre la experiencia familiar en forma regular
- Proporcionar estaciones de lavado de manos y espacios para que los padres proporcionen cuidados a sus hijos recién nacidos durante la hospitalización
- Ofrecer apoyo para la lactancia materna/lactancia que incluya comodidades (por ejemplo, tazas para la extracción manual) y privacidad

Proveedores de atención sanitaria (médicos, enfermeras, parteras, personal auxiliar)

- Adoptar los componentes centrales de participación familiar y colaboración de cuidado
- Infundir los enfoques clínicos basados en evidencias en la práctica médica y de enfermería de rutina, alentar los equipos de atención interdisciplinarios para recién nacidos y participar en las iniciativas de mejora de calidad
- Formar a los miembros de la familia sobre la contribución única que proporcionan en el cuidado de su recién nacido; capacitar a los miembros de la familia acerca de la importancia de su participación en la lactancia materna, higiene de manos, cuidado que favorece el desarrollo y la toma de decisiones
- Proteger las oportunidades para crear vínculos entre padres e infantes y para la participación familiar en el cuidado de rutina
- Proporcionar apoyo psicosocial básico, incluida la detección y la derivación de padres en riesgo a los servicios de salud mental adecuados

Familias

- Mantenerse activo e informado sobre el cuidado mientras el recién nacido se encuentra en un entorno hospitalario, en cuidado de seguimiento o en el entorno hogareño
- Crear y participar de los grupos de apoyo a cargo de padres (como consejos de asesoramiento para familias) y las redes de apoyo a pares

Reconocimientos

La serie técnica Do No Harm se preparó mediante un equipo editorial liderado por James A. Litch (Every Preemie-SCALE/Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth [GAPPS]), Judith Robb-McCord (Every Preemie-SCALE/Project Concern International [PCI]), y Lily Kak (USAID). Nos gustaría dar nuestro reconocimiento por el desarrollo de este resumen a Amialya E. Durairaj (Little Octopus), James A. Litch (Every Preemie-SCALE/GAPPS) y Judith Robb-McCord (Every Preemie-SCALE/PCI). Los expertos que proporcionaron revisiones fueron Ruth Davidge (Departamento de salud de Kwa-Zulu), Linda Franck (Universidad de California, Escuela de Enfermería de San Francisco), Lily Kak (USAID/Washington), Mary Kinney (Saving Newborn Lives/Save the Children),

Ornella Lincetto (Organización Mundial de la Salud), Silke Mader (Fundación Europea para el Cuidado de Recién Nacidos e Infantes), Arti Maria (Dr. Ram Manohar Lohia Hospital), Susan Niermeyer (USAID/Washington) y la Universidad de Colorado Escuela de Medicina/Hospital Infantil de Colorado), Karel O'Brien (Mount Sinai Hospital/Universidad de Toronto), Annie Portela (Organización Mundial de la Salud), Nicole Thiele (Fundación Europea para el Cuidado de Recién Nacidos e Infantes), Patrice White (Every Preemie-SCALE/Colegio Estadounidense de Enfermeros y Parteras) y Nabila Zaka (UNICEF). Foto de la página de cubierta de Arti Maria (Dr. RML Hospital, Nueva Delhi, India). Foto de la página 2 de Judith Robb-McCord (Every Preemie-SCALE/PCI).

Referencias

- Blencowe H, Cousens S, Chou D, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* 2013; 10; 1: 1-14.
- Johnson BH, Abraham MR. Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012. <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Hall SL, Cross J, Selix NW, et al. Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *J Perinatol* 2015; 35; 1: S29-36.
- Craig JW, Glick C, Phillips R, et al. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol* 2015; 35; 1: S5-8.
- Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2012; 129: 394-404.
- Spittle A, Treyvaud K. The role of early developmental intervention to influence neurobehavioral outcomes of children born preterm. *Semin Perinatol* 2016; 40; 8: 542-548.
- Hodek JM, von der Schulenburg JM, Mittendorf T. Measuring economic consequences of preterm birth - Methodological recommendations for the evaluation of personal burden on children and their caregivers. *Health Econ Rev* 2011; 1; 6: 1-10.
- Stein A, Pearson R, Goodman S, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 38; 9956: 1800-19.
- Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *JAN* 2009; 65; 10: 2239-2248.
- McInnes RJ, Chambers J. Infants admitted to neonatal units--interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990-2007. *Matern Child Nutr* 2008; 4; 4: 235-63.
- Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2012; 26; 1: 81-87.
- Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *J Perinatol* 2013; 33; 6: 415-21.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med* 2017; 45; 1: 103-128.
- O'Brien K, Robson K, Bracht M, et al. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2; 4: 245-254.
- Verma A, Maria A, Pandey RM, et al. Family-Centered Care to Complement Care of Sick Newborns: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatr* 2017; 54: 455-459.
- Maria A, Litch JA, Stepanchak M. Assessing the feasibility and acceptability of a Family Centered Care framework implemented at RML Hospital in New Delhi, India. (In Press)
- Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr* 2012; 101; 10: 1032-1037.
- Boundy E, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 2015-2238.
- Çakmak E, Karaçam Z. The correlation between mothers' participation in infant care in the NICU and their anxiety and problem-solving skill levels in caregiving. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 31; 1; 21-31.
- Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, et al. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE* 2018; 13; 1: e0191620.
- Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2; 2: CD001814.
- Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open* 2011; 1: e000023.
- WHO. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in health facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breast-feeding-facilities-maternity-newborn/en/>
- Weich MG, Halperin MS, Austin J, et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Arch Womens Ment Health* 2016; 19; 1: 51-61.
- Milgrom J, Newnham C, Anderson PJ, et al. Early sensitivity training for parents of preterm infants: Impact on the developing brain. *Pediatr Res* 2010; 67; 3: 330-335.
- Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 23; 1: 1-82.
- Franck LS, Oulton K, Bruce E. Parental involvement in neonatal pain management: an empirical and conceptual update. *J Nurs Scholarsh* 2012; 44; 1: 45-54.
- Goyal NK, Teeters A, Ammerman RT. Home visiting and outcomes of preterm infants: a systematic review. *Pediatrics* 2013; 132; 3: 502-16.
- WHO. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization, 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
- WHO, UNICEF, World Bank. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization, 2018. <http://www.who.int/maternal-child-adolescent/child/nurturing-care-framework-rationale/en/>
- WHO. Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization, 2017. http://www.quality-of-care-network.org/sites/default/files/A%20monitoring%20and%20evaluation%20framework_0.pdf
- WHO. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1