

INGRESO NEONATAL EN ALOJAMIENTO CONJUNTO: EFECTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS 6 PRIMEROS MESES DE VIDA

Rooming-in in the Neonatal Care Unit: Effect on Breastfeeding in the First Six Months of Age

Lorena MIÑONES SUÁREZ^{a-1}; Mercedes FERNÁNDEZ MORALES^{b-2}; Lorena GARCÍA PÉREZ^{a-3}; Alicia HUGUET GORRIZ^{b-4}; Agustina FERNÁNDEZ ROMASANTA^{b-5}; Marta ALDAZ CALVO^{b-6}; Sofía RAMILLETE BANDRÉS^{b-7}

^a Servicio de Pediatría.

Hospital Reina Sofía. Carretera de Tarazona km 3. 31500 Tudela, Navarra. España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Reina Sofía. Carretera de Tarazona km 3. 31500 Tudela, Navarra. España

¹  0000-0001-9277-6436

²  0009-0007-4831-1181

³  0009-0002-9342-6125

⁴  0009-0007-7275-7394

⁵  0009-0001-4340-9418

⁶  0009-0001-0826-9480

⁷  0009-0007-2599-2201

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia: Lorena Miñones Suárez lorenaminones@gmail.com

Fecha de envío: 11/09/2022. Fecha de aceptación: 19/07/2023. Fecha de publicación: 15/01/2024.

Palabras

clave:

*recién nacido;
prematuridad;
lactancia
materna;
alojamiento
conjunto;
cuidados
centrados en
la familia;
habitaciones
familiares*

RESUMEN

Introducción: Mantener a los recién nacidos hospitalizados en alojamiento conjunto con sus padres durante las 24 horas mejora el vínculo, favorece la aplicación del método canguro y puede contribuir al éxito de la lactancia materna.

Material y métodos: Estudio longitudinal y retrospectivo que incluyó 77 recién nacidos ingresados en nuestra unidad neonatal de diseño compartido durante 2016-2017 (grupo preintervención) y 97 hospitalizados en alojamiento conjunto en habitaciones individuales entre 2019-2021 (grupo postintervención). Se compararon el motivo de ingreso, su duración (horas) y el tipo de alimentación al alta y durante los 6 primeros meses entre ambos grupos.

Resultados: 43 recién nacidos (44 %) ingresaron en alojamiento conjunto entre 2019-2021. El mayor porcentaje de recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva se registró entre los recién nacidos ingresados en alojamiento conjunto, tanto al alta (40 % vs 23 %; $p = 0,06$), como a los 6 meses (39 % vs 22 %; $p = 0,14$), si bien las diferencias no fueron significativas. En el grupo de recién nacidos que ingresaron en alojamiento conjunto por ictericia patológica, en comparación con los ingresados en cuidados intermedios, la tasa de lactancia materna fue superior en todos los periodos analizados y alcanzó la significación estadística a los 6 meses de edad (44 % vs 12 %, $p = 0,039$).

Conclusiones: El ingreso neonatal en régimen de alojamiento conjunto se relaciona con un aumento en la proporción de recién nacidos alimentados exclusivamente al pecho, tanto al alta como durante los primeros meses de vida.

Key words:

*newborn;
prematurity;
breastfeeding;
rooming-in;
family-centered
care; single
family rooms*

ABSTRACT

Background: Keeping hospitalised newborns in rooming-in with their parents 24 hours a day improves bonding, promotes kangaroo care and may contribute to successful breastfeeding.

Material and methods: Longitudinal and retrospective study including 77 newborns admitted to our traditional shared design neonatal unit during 2016-2017 (pre-intervention group) and 97 hospitalised in single-family room design for rooming-in between 2019-2021 (post-intervention group). The reason for admission, duration (hours), and type of feeding at discharge and during the first 6 months were compared between the two groups.

Results: 43 newborns (44 %) were admitted to rooming-in between 2019-2021. The highest percentage of exclusively breastfed newborns was recorded among newborns admitted to rooming-in, both at discharge (40 % vs 23 %; $p = 0.06$) and at 6 months (39 % vs 22 %; $p = 0.14$), with no significant differences. Between the newborns admitted for pathological jaundice, compared to those admitted in the neonatal unit, the breastfeeding rate was higher in all periods analysed and reached the statistical significance at six months (44 % vs 12 %, $p = 0.039$).

Conclusions: Neonatal admission to rooming-in is associated with an increase in the proportion of infants exclusively breastfed, both at discharge and during the first months of life.

1. INTRODUCCIÓN

El término alojamiento conjunto se refiere a la práctica hospitalaria mediante la cual los recién nacidos sanos permanecen ingresados tras el parto en la misma habitación que sus madres hasta el momento del alta hospitalaria (1). El alojamiento conjunto, durante las 24 horas del día, entre madre y recién nacido forma parte de los «10 pasos hacia una feliz lactancia natural» publicados en el año 1989 en la Declaración conjunta de OMS-Unicef y constituye un elemento fundamental de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (2).

El alojamiento conjunto es la modalidad de ingreso habitual en el caso de madres y recién nacidos sanos. Sin embargo, los recién nacidos que presentan algún problema médico durante los primeros días de vida suelen permanecer ingresados en las unidades neonatales, implicando una separación de sus progenitores en diferente medida, en función de la configuración de cada unidad neonatal. Esta separación dificulta el establecimiento del vínculo y produce variaciones en el fenotipo del recién nacido que modifican su desarrollo emocional y cognitivo (3). Dada la evidencia científica acumulada durante los últimos años, los Estándares Europeos para el Cuidado de la Salud Neonatal recomiendan que las unidades neonatales opten por diseños que permitan desarrollar la estrategia de cuidados centrados en la familia y favorezcan que los padres se impliquen en los cuidados del recién nacido (4). Por otro lado, un reciente metaanálisis ha concluido que el ingreso neonatal en habitaciones familiares disminuye la incidencia de sepsis nosocomial y aumenta la tasa de lactancia materna, en comparación con las unidades neonatales de puertas abiertas (5).

El hospital donde se desarrolló este estudio dispone de una unidad neonatal de nivel I (6), en la que son hospitalizados recién nacidos pretérmino de más de 33 semanas de edad gestacional y que no precisen soporte respiratorio invasivo. Hasta el año 2018, todos los recién nacidos eran ingresados en dicha unidad, que permitía el acceso a los padres durante las 24 horas. Sin embargo, el espacio era reducido y compartido por todas las familias, por lo que, habitualmente, los padres permanecían en la unidad unas pocas horas durante el día y ninguna en franja nocturna. Con el objetivo de minimizar la separación entre recién nacido y sus progenitores, favorecer la lactancia materna a demanda y familiarizar a los padres con los cuidados del recién nacido, durante el año 2018, se puso en marcha un régimen de hospitalización en habitaciones individuales dentro del área de hospitalización pediátrica. En dichas habitaciones individuales, los padres permanecían al lado del recién nacido durante las 24 horas del día, a la vez que disponían

de intimidad y se facilitaba el descanso, ya que se colocaba una cama junto a la cuna del recién nacido.

El objetivo de este estudio fue estudiar el efecto de implementar una nueva modalidad de ingreso neonatal en habitaciones individuales («alojamiento conjunto») sobre el tipo de alimentación al alta y durante los primeros 6 meses de vida.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

Se diseñó un estudio analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo que incluyó a los recién nacidos que fueron ingresados en la unidad neonatal desde enero de 2016 a diciembre de 2017 y que se denominó «grupo preintervención». El ingreso en el área de hospitalización pediátrica se inició en marzo de 2018 y se estableció este año como periodo de transición, destinado a la adaptación de toda la plantilla. Los recién nacidos ingresados entre enero de 2019 y diciembre de 2021 formaron parte del denominado «grupo postintervención».

2.2. Participantes

Se incluyeron todos los recién nacidos que fueron hospitalizados de forma consecutiva durante el primer semestre de cada uno de los años señalados. Se excluyó a los recién nacidos que, tras ingresar en el centro, fueron trasladados a la unidad neonatal de nivel III del hospital de referencia.

2.3. Medidas

Las variables independientes analizadas fueron el motivo y el régimen de ingreso, empleando el término «alojamiento conjunto» para aquellos recién nacidos que permanecieron en habitaciones individuales dentro del área de hospitalización pediátrica y «cuidados intermedios», para aquellos casos que fueron hospitalizados en la unidad neonatal. Se incluyó también como variable independiente la duración de la hospitalización de forma semicuantitativa en rangos horarios (menos de 6 horas, entre 6 y 24 horas y más de 24 horas). La variable dependiente principal fue el tipo de alimentación al

alta, considerando lactancia materna exclusiva si el recién nacido ingresado sólo había recibido leche materna directa/extraída desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria, lactancia materna suplementada si había recibido leche materna junto con suplementación y lactancia artificial para aquellos casos que solo habían recibido alimentación con fórmula, según las definiciones de la OMS (7). Las variables dependientes secundarias fueron la tasa de alimentación con lactancia materna (sola o en combinación con otros alimentos) al mes, tres y seis meses de vida, que se obtuvieron de los registros informatizados de las consultas de seguimiento del Programa de Salud Infantil en Atención Primaria.

2.4. Análisis de los datos

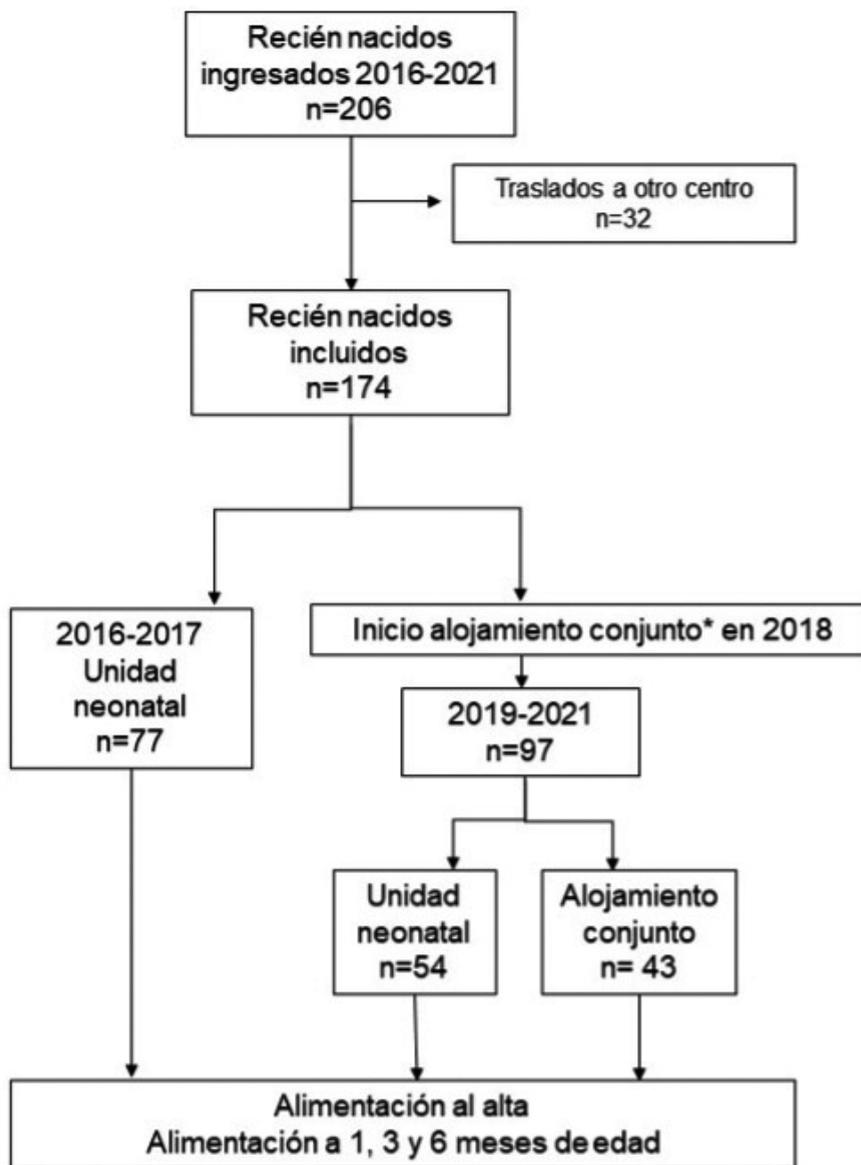
Las variables cuantitativas se han expresado mediante el número total de casos analizados y su correspondiente porcentaje con respecto al total de casos. La asociación entre las variables cualitativas se analizó mediante la Chi cuadrado de Pearson. En aquellos casos en los que las frecuencias esperadas de alguna variable fuesen menores a 5, se aplicó el test exacto de Fisher. Los test se realizaron a dos colas y se consideró para la significación estadística un valor de p menor o igual a 0,05.

2.5. Consentimiento informado y aprobación ética

Se obtuvo el consentimiento informado de los progenitores y la realización del estudio recibió la aprobación del CEIm Navarra (Registro 21058).

3. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 206 recién nacidos. Durante el periodo analizado, 32 (15 %) recién nacidos fueron excluidos por traslado a otra unidad, quedando 174 (85 %) recién nacidos para el análisis. De éstos, 77 (44 %) fueron hospitalizados en el periodo 2016-2017 y formaron el grupo control «preintervención». El grupo postintervención (2019-2021) estaba formado por 97 (56 %) recién nacidos, 43 de los cuales fueron ingresados en régimen de alojamiento conjunto en el área de hospitalización pediátrica, suponiendo un 44 % del total de neonatos ingresados en dicho periodo (Figura 1).



*Alojamiento conjunto: ingreso en habitación individual del área de hospitalización pediátrica

Figura 1. Diagrama de flujo

El motivo de ingreso más frecuente fue la ictericia patológica seguido por el distrés respiratorio. Los grupos «preintervención» y «postintervención» fueron comparables y sus características se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características del grupo preintervención (2016-17) comparadas con las del grupo postintervención (2019-21)

	2016-2017 (n = 77) n(%)	2019-2021 (n = 97) n(%)	p*
Motivo ingreso			
Ictericia	17(22)	27(28)	0,375
Prematuridad/bajo peso	18(23)	20(21)	
Distrés respiratorio	20(26)	21(22)	
Sepsis vertical	7(9)	4(4)	
Social	5(7)	6(6)	
Hipoglucemia	3(4)	6(6)	
Deshidratación	2(3)	6(6)	
Reanimación avanzada	5(6)	3(3)	
Estudio/otros	0(0)	4(4)	
Estancia hospitalaria (horas)			
<6	21(27)	19(20)	0,288
6-24	15(20)	15(15)	
>24	41(53)	63(65)	

* Valor p correspondiente a la prueba Chi cuadrado de Pearson.

El porcentaje de lactancia materna en el momento del alta fue superior en el grupo postintervención, sin que esta diferencia alcanzase la significación estadística. Esta mayor proporción de lactancia materna en el segundo grupo se mantuvo durante los primeros 6 meses de vida (Tabla 2).

Tabla 2. Alimentación, al alta hospitalaria y durante los primeros 6 meses de vida, en el grupo preintervención y el grupo postintervención

	Grupo preintervención (n = 77) n(%)	Grupo postintervención (n = 97) n(%)	p*
Alimentación al alta			
L. materna	18(23)	33(34)	0,308
L. materna suplementada	42(55)	46(47)	
L. artificial	17(22)	18(19)	
Alimentación 1 mes			
L. materna	26(34)	47(48)	0,100
L. materna suplementada	28(36)	23(24)	
L. artificial	23(30)	27(28)	
Alimentación 3 meses			
L. materna	25(32)	40(41)	0,372
L. materna suplementada	16(21)	14(15)	
L. artificial	36(47)	43(44)	
Alimentación 6 meses			
L. materna	17(22)	33(34)	0,131
L. materna suplementada	18(23)	14(14)	
L. artificial	42(55)	50(52)	

* Valor p correspondiente a la prueba Chi cuadrado de Pearson. L = lactancia.

Los recién nacidos que ingresaron en régimen de alojamiento conjunto durante el periodo 2019-21 mostraron tasas de lactancia materna al alta y durante los primeros 6 meses superiores en comparación con los que lo hicieron en la unidad de cuidados intermedios. Las diferencias fueron significativas al mes del alta. Los datos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Alimentación durante los primeros 6 meses de edad, en función del régimen de ingreso neonatal

	Cuidados intermedios 2016-2017 n = 77 n(%)	Alojamiento conjunto 2019-2021 n = 43 n(%)	p*
Alimentación al alta			
L. materna	18(23)	17(40)	0,078
L. materna suplementada	42(55)	22(51)	
L. artificial	17(22)	4(9)	
Alimentación 1 mes			
L. materna	26(34)	25(58)	0,032
L. materna suplementada	28(36)	11(26)	
L. artificial	23(30)	7(16)	
Alimentación 3 meses			
L. materna	25(32)	21(49)	0,209
L. materna suplementada	16(21)	7(16)	
L. artificial	36(47)	15(35)	
Alimentación 6 meses			
L. materna	17(22)	17(39)	0,077
L. materna suplementada	18(23)	5(12)	
L. artificial	42(55)	21(49)	

* Valor p correspondiente a la prueba Chi cuadrado de Pearson. L = lactancia.

El motivo más frecuente de ingreso en alojamiento conjunto fue la ictericia patológica (n = 27; 63 %). El distrés respiratorio fue el motivo principal de ingreso en la unidad neonatal debido a la necesidad de oxigenoterapia y/o establecer medidas de soporte respiratorio que no estaban disponibles fuera de la unidad. Los recién nacidos que ingresaron por ictericia patológica lo hicieron en su totalidad en régimen de alojamiento conjunto, en el periodo 2019-2021, mientras que, en el periodo previo, habían permanecido siempre en la unidad neonatal de cuidados intermedios. En este grupo, la tasa de lactancia materna fue superior en todos los periodos analizados, y

alcanzó la significación estadística a los 6 meses de edad. Los datos se reflejan en la Tabla 4.

Tabla 4. Alimentación de los recién nacidos con ictericia patológica, durante los primeros 6 meses de edad, en función del régimen de ingreso neonatal

	Cuidados intermedios n = 17 n(%)	Alojamiento conjunto n = 27 n(%)	p*
Alimentación al alta			
L. materna	4(23)	12(44)	0,368
L. materna suplementada	11(65)	13(48)	
L. artificial	2(12)	2(8)	
Alimentación 1 mes			
L. materna	6(35)	17(63)	0,165
L. materna suplementada	8(47)	6(22)	
L. artificial	3(18)	4(15)	
Alimentación 3 meses			
L. materna	6(35)	14(52)	0,497
L. materna suplementada	4(24)	6(22)	
L. artificial	7(41)	7(26)	
Alimentación 6 meses			
L. materna	2(12)	12(44)	0,039
L. materna suplementada	7(41)	4(15)	
L. artificial	8(47)	11(41)	

* Valor p correspondiente a la prueba Chi cuadrado de Pearson. L = lactancia.

4. DISCUSIÓN

En este estudio se ha objetivado que el ingreso neonatal en alojamiento conjunto, dentro del área de hospitalización pediátrica, estuvo asociado con un aumento en la proporción de recién nacidos alimentados al pecho no

solamente en el momento del alta hospitalaria, sino también durante los primeros 6 meses de vida. La disponibilidad de los padres facilita la alimentación a demanda, aumenta la frecuencia de las tomas y se relaciona con una mayor proporción de lactancia materna exclusiva al alta (8).

En la mayoría de los recién nacidos hospitalizados, la monitorización y la aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas pueden realizarse de forma adecuada en estas habitaciones individuales durante los primeros días de vida. El ingreso en alojamiento conjunto permite desarrollar un modelo de cuidados centrados en la familia, que se traduce en un aumento en la confianza de los padres en su capacidad para continuar aplicando dichos cuidados tras el alta hospitalaria.

Tras la puesta en marcha del ingreso en alojamiento conjunto, sólo los recién nacidos con distrés respiratorio transitorio, aquellos con situación clínica inestable o que precisaban calentamiento externo en incubadora permanecieron ingresados en la unidad neonatal compartida, hasta que su condición clínica permitió continuar el ingreso en alojamiento conjunto. Hay que tener en cuenta que los recién nacidos que fueron ingresados en algún momento en la unidad neonatal se contabilizaron dentro del grupo de ingreso «cuidados intermedios», por lo que el porcentaje de recién nacidos que permanecieron en algún momento ingresados en alojamiento conjunto es mayor al descrito y las diferencias encontradas en la tasa de lactancia materna al alta entre los dos grupos podrían estar infraestimadas.

La proporción de recién nacidos, en el grupo de alojamiento conjunto, alimentados sólo con leche materna al mes de vida fue superior con respecto al alta, reflejando que la mayoría de los recién nacidos con lactancia mixta durante el ingreso sólo recibían leche materna tras el alta hospitalaria. Por otro lado, el incremento en la proporción de lactantes alimentados al pecho a los 6 meses de vida, dentro del grupo «alojamiento conjunto» y, en general, en el grupo «postintervención» (años 2019-21), respecto al grupo «preintervención» (años 2016-17), se puede atribuir a los avances que se han producido durante los últimos años en el apoyo profesional y en el desarrollo de recursos comunitarios para el apoyo a las madres que amamantan en el área de salud.

En nuestro hospital, durante la pandemia de SARS-CoV-2, se pudo disponer de habitaciones para el ingreso en alojamiento conjunto cuando eran necesarias y ello dio continuidad a este régimen de ingreso. La experiencia ha sido muy positiva, tanto para las familias implicadas como para los profesionales. Se considera que este modelo de ingreso favorece el establecimiento del vínculo y la lactancia materna, repercutiendo en consecuencia de forma muy positiva sobre la salud de madres y recién nacidos, por lo

que podría ofertarse a todos los recién nacidos y llevarse a cabo sin realizar cambios significativos en la infraestructura de los centros.

Numerosos trabajos han señalado los beneficios para la lactancia materna que supone el ingreso en habitaciones familiares y la aplicación de cuidados centrados en la familia en las unidades neonatales de cuidados intensivos (9-11). Sin embargo, se han publicado pocos estudios previos que establezcan cuáles son las implicaciones para los recién nacidos a término y para los pretérminos tardíos, que no precisan cuidados intensivos (12), en los que apoyar el establecimiento del vínculo y la alimentación con lactancia materna son fundamentales. Este estudio proporciona datos que apoyan la hipótesis de que el ingreso en alojamiento conjunto facilita la disponibilidad de las madres durante el periodo de hospitalización, contribuyendo así al éxito de la lactancia materna.

En nuestro estudio se encontró una proporción similar de recién nacidos que habían sido hospitalizados durante un periodo superior a 24 horas, en el grupo pre- y el postintervención. Estos datos contrastan con los aportados por el estudio de Ortenstrand y colaboradores (13), que describe una menor estancia media en los recién nacidos ingresados en habitaciones familiares, aunque tanto las características de los recién nacidos como la complejidad de la patología que motivó su ingreso pueden haber sido diferentes a las de nuestro estudio.

La principal fortaleza de este estudio es que describe un modelo organizativo que puede ser extensible a otros centros, ya que, para llevarlo a cabo, sólo fue necesario realizar una reorganización de tipo administrativo, sin invertir en nuevos equipamientos o incrementar los recursos humanos.

Entre las limitaciones de este trabajo podemos señalar su diseño pre/postintervención, que está sujeto a un posible sesgo de selección. Se entiende que el efecto de dicho sesgo es leve, ya que las características de los grupos eran comparables y, al pertenecer a un solo centro, no existen diferencias significativas entre las prácticas asistenciales que se han aplicado a los dos grupos. Otra limitación supone no haber incluido en el análisis, variables que influyen en la decisión de amamantar (experiencia previa en lactancia de las madres, tipo de parto, aspectos socioeconómicos), que, si fuesen diferentes entre ambos grupos, actuarían como confusores y podrían haber modificado la asociación encontrada entre el ingreso en alojamiento conjunto y la proporción de lactantes alimentados con lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida.

Se considera que es necesario realizar nuevas investigaciones enfocadas en el recién nacido a término y en el pretérmino tardío hospitalizado en unidades neonatales de nivel I y II, mediante el diseño de estudios prospectivos y aleatorizados que permitan determinar el grado de asociación y la

causalidad entre el tipo de ingreso y el éxito de la alimentación con lactancia materna. Incluir variables de estudio relacionadas con la madre (intención, experiencia previa en lactancia, gestación y parto) podría arrojar nuevos datos sobre el efecto del régimen de hospitalización en alojamiento conjunto en esta población concreta, no sólo sobre los recién nacidos, sino también sobre las familias.

5. CONCLUSIONES

La hospitalización de los recién nacidos en régimen de alojamiento conjunto repercute de forma positiva en el éxito de la lactancia materna y se relaciona con una mayor proporción de lactantes alimentados exclusivamente al pecho. La aplicación de estrategias que favorezcan el ingreso del recién nacido en alojamiento conjunto debería ser un objetivo prioritario para las unidades neonatales, con independencia de su nivel de complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Division of Child Health, Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization; 1998.
2. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Wellstart INternational. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 1999.
3. Braun K. The prefrontal-limbic system: development, neuroanatomy, function, and implications for socioemotional development. Clin Perinatol [Internet]. 2011;38(4):685-702. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510811001072>
4. European standards of Care for newborn health [Internet]. EFCNI. 2017 [citado el 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.efcni.org/activities/projects/escnh/>
5. Van Veenendaal NR, van Kempen AAMW, Franck LS, O'Brien K, Limpens J, van der Lee JH *et al*. Hospitalising preterm infants in single family rooms versus open bay units: A systematic review and meta-analysis of impact on parents. EClinicalMedicine [Internet]. 2020;23(100388):100388. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100388>
6. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J *et al*. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2013 [citado el

- 11 de septiembre de 2022];79(1):51.e1-51.e11. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-niveles-asistenciales-recomendaciones-minimos-atencion-articulo-S1695403312004869>.
7. Organización Mundial de la Salud. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [Internet]. Who. int. World Health Organization; 2021 [citado el 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
 8. Grundt H, Tandberg BS, Flacking R, Drageset J, Moen A. Associations between single-family room care and breastfeeding rates in preterm infants. *J Hum Lact* [Internet]. 2021;37(3):593-602. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334420962709>
 9. Domanico R, Davis DK, Coleman F, Davis BO. Documenting the NICU design dilemma: comparative patient progress in open-ward and single family room units. *J Perinatol* [Internet]. 2011;31(4):281-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/jp2010120>
 10. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L *et al*. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013;13(Suppl 1):S12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-s1-s12>
 11. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2013;60(1):31-48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395512001575>
 12. Gómez A, Ballesteros R, Arjona JF, Salido MC, Del Pilar Montes Colorado M, Del Moral Chaneta MV *et al*. Mantenimiento del vínculo madre-hijo/a en recién nacidos hospitalizados a través del alojamiento conjunto. Puesta en marcha y experiencia en el Hospital Virgen de La Victoria. *Revista de Enfermería Docente*. 2018. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/933df0d3d843348e3aec25533a255b29706f4acc>
 13. Örtenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Åkerström S, Brune T *et al*. The Stockholm neonatal family centered care study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics* [Internet]. 2010;125(2):e278-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-1511>