



Document de poziție global

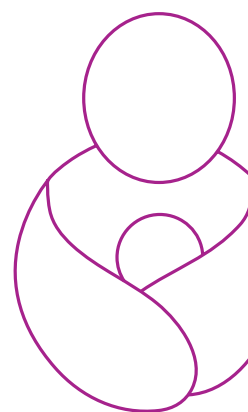
# Îngrijirea de tip cangur

O inovație transformatoare  
în domeniul sănătății



World Health  
Organization

European Region



**Imaginea de pe copertă (de sus în jos, în sensul acelor de ceasornic):** ©Spitalul Safdarjung/Harish Chellani; © Kangaroo Foundation, Columbia; ©WHO/PAHO; ©Kangaroo Foundation, Columbia; ©WHO/PAHO; ©Kangaroo Foundation, Columbia; © Kangaroo Foundation, Columbia; ©WHO/PAHO

---

# Îngrijirea de tip cangur

O inovație transformatoare  
în domeniul sănătății

Numărul documentului:

WHO/EURO:2025-6146-45911-79199 (PDF)

WHO/EURO:2025-6146-45911-79200 (versiune tipărită)

© World Health Organization 2025

Unele drepturi rezervate. Lucrarea este disponibilă sub licența Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0GO (CC BY-NC-SA 3.0GO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Conform termenilor licenței, este permisă copierea, redistribuirea și ajustarea lucrării în scopuri necomerciale, cu condiția ca aceasta să fie citată în mod corespunzător, după cum este indicat mai jos. În orice utilizare a lucrării, nu este permisă nicio sugestie că OMS susține vreo organizație, produs sau serviciu specific.

Utilizarea emblemei OMS nu este permisă. Dacă ajustați lucrarea, aceasta trebuie licențiată sub aceeași licență sau o licență echivalentă Creative Commons. Dacă traduceți lucrarea, adăugați următoarea declinare de responsabilitate împreună cu citatul sugerat: „Această traducere nu a fost realizată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). OMS nu este responsabilă pentru conținutul sau acuratețea acestei traduceri. Ediția originală în limba engleză este ediția obligatorie și autentică: Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper. Geneva: World Health Organization; 2023”.

Orice mediere legată de litigiile apărute în baza licenței va fi efectuată în conformitate cu regulile de mediere ale Organizației Mondiale a Proprietății Intelectuale.

**Citare sugerată.** Organizația Mondială a Sănătății. Îngrijirea de tip cangur — O inovație transformatoare în domeniul sănătății. Copenhaga: Biroul Regional OMS pentru Europa; 2025. Licență: CCBYNC- SA 3.0 IGO.

**Date de catalogare în publicație (CIP).** Datele CIP sunt disponibile la <http://apps.who.int/iris>.

Vânzări, drepturi și licențiere. Pentru a cumpăra publicațiile OMS, consultați <http://apps.who.int/bookorders>. Pentru a trimite solicitări de utilizare comercială și întrebări privind drepturile și licențierea, consultați <http://www.who.int/about/licensing>.

**Materiale terță parte.** Dacă doriți să refolosiți materialul din această lucrare atribuit unei terțe părți, precum tabelele, figurile sau imaginile, este responsabilitatea dvs. să stabiliți dacă este necesară permisiunea pentru refolosirea respectivă și să obțineți permisiunea deținătorului drepturilor de autor. Riscul de revendicare ce rezultă din încălcarea oricărei componente deținute de terți în lucrare revine exclusive utilizatorului.

**Declinări de responsabilitate generale.** Denumirile folosite și prezentarea materialului în publicația dată nu implică sub nicio formă exprimarea opiniei Organizației Mondiale a Sănătății privind statutul juridic al țărilor, orașelor sau zonelor, sau al autorităților acestora, sau cu privire la delimitarea frontierelor sau hotarelor acestora. Liniile punctate și interminente indicate pe hărți reprezintă hotarul aproximativ, pentru care s-ar putea să nu existe încă un acord deplin.

Menționarea unor companii sau produse nu implică aprobarea sau recomandarea acestora de către OMS în detrimentul altor companii similare care nu sunt menționate. Cu excepția erorilor și omiterilor, denumirile produselor proprietare sunt evidențiate prin majusculă.

OMS a întreprins toate măsurile rezonabile de precauție pentru verificarea informației din această publicație. Totuși, materialul publicat este distribuit fără garanții explicite sau implicite. OMS nu va fi responsabilă pentru pagubele apărute în urma folosirii acestuia. Opiniile exprimate de către autori, editori sau experți nu reprezintă în mod necesar deciziile sau politicile declarate ale OMS.

Numai autorii menționați sunt responsabili pentru opiniile exprimate în această publicație.

Design și culegere: Green Ink Publishing Service Ltd.

---

# Cuprins

<b>Mulțumiri</b>	<b>v</b>
Grupul de lucru pentru îngrijirile de tip cangur - Grupul consultativ strategic și tehnic de experți (STAGE) privind sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului (MNCAH&N)	
<b>Abrevieri</b>	<b>vii</b>
<b>Glosar</b>	<b>viii</b>
<b>1. Introducere</b>	<b>1</b>
1.1 Ce este îngrijirea de tip cangur?	2
1.2 Justificarea adoptării unui document de poziție global privind îngrijirea de tip cangur	3
1.2.1 Impact potențial	3
1.2.2 Necesitatea de a transpune dovezile în practică	3
1.2.3 Disponibilitatea soluțiilor de eliminare a obstacolelor în calea implementării	4
1.3 Scopul documentului de poziție global privind îngrijirea de tip cangur	4
1.4 Publicul-țintă pentru documentul de poziție global	4
1.5 Procesul de elaborare a documentului de poziție global	5
<b>2. Context</b>	<b>7</b>
2.1 Povara și consecințele nașterii premature sau ale greutății mici la naștere	7
2.2 Îngrijirea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere în vederea îmbunătățirii evoluției acestora	7
2.3 Istoria îngrijirii de tip cangur	8
2.4 Stadiul actual al implementării îngrijirii de tip cangur la nivel mondial	9
2.4.1 Obiective globale	9
2.4.2 Politici naționale	9
2.4.3 Stadiul actual al implementării: acoperire și calitate	10
<b>3. Îngrijirea de tip cangur: dovezi disponibile în prezent</b>	<b>13</b>
3.1 Eficacitatea îngrijirii de tip cangur în îmbunătățirea stării de sănătate a nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere	13
3.1.1 Comparație între îngrijirea de tip cangur și îngrijirea convențională	13
3.1.2 Aplicarea îngrijirii de tip cangur imediat după naștere	14

3.2	Eficacitatea îngrijirii de tip cangur în îmbunătățirea pe termen lung (în perioada de sugar și ulterior) a sănătății nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere	15
3.3	Avantaje pentru mame	15
3.4	Avantaje pentru tați sau parteneri și familii	16
3.5	Perspectivile și experiențele părinților	16
3.6	Avantajele îngrijirii de tip cangur pentru nou-născut și mecanismele științifice care stau la baza acestora	17
3.7	Intervenții în sistemul de sănătate pentru a obține o acoperire ridicată a îngrijirii de tip cangur la nivelul populației	18
3.8	Rentabilitatea și costurile suplimentare ale extinderii îngrijirii de tip cangur	19
<b>4.</b>	<b>Recomandările OMS privind îngrijirea de tip cangur (actualizate în 2022)</b>	<b>21</b>
<b>5.</b>	<b>Îngrijirea de tip cangur ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi și un apel la acțiune</b>	<b>25</b>
5.1	Viziune	25
5.2	Apel la acțiune	26
5.2.1	Guverne naționale/ministere ale sănătății și finanțelor	26
5.2.2	Asociații profesionale	26
5.2.3	Părinți, organizații de părinți și societatea civilă	27
5.2.4	Parteneri de dezvoltare multilaterali și bilaterali	27
5.2.5	Organizații donatoare	27
5.2.6	Mediul academic	27
5.2.7	Sectorul privat	27
<b>6.</b>	<b>Concretizarea acestei viziuni în cadrul programelor de sănătate maternă și neonatală</b>	<b>29</b>
6.1	Implementarea îngrijirii de tip cangur la scară globală	29
6.2	Elaborarea unei strategii pentru implementarea îngrijirii de tip cangur la scară globală	30
<b>7.</b>	<b>Concluzie</b>	<b>33</b>
<b>8.</b>	<b>Referințe bibliografice</b>	<b>34</b>

---

# Mulțumiri

OMS își exprimă aprecierea sinceră față de Grupul de lucru pentru îngrijirea de tip cangur convocat de Grupul consultativ strategic și tehnic de experți (STAGE) al OMS privind sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului (MNCAH&N), menționat mai jos. Toate organizațiile participante au avizat documentul de poziție.

## Grupul de lucru pentru îngrijirea de tip cangur – Grupul consultativ strategic și tehnic de experți (STAGE) privind sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului (MNCAH&N)

**Președinți:** Gary Darmstadt, Centrul de Cercetare a Prematurității, Catedra de Pediatrie, Facultatea de Medicină a Universității Stanford, Stanford, California, Statele Unite ale Americii; Betty Kirkwood, Facultatea de Igienă și Medicină Tropicală din Londra (LSHTM), Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

**Directori de programe naționale pentru sănătatea mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului (MNCAH):** Queen Dube, Ministerul Sănătății, Malawi; Sumita Ghosh, Ministerul Sănătății, India.

**Organizații bilaterale:** Meena Gandhi, Biroul pentru afaceri externe, Commonwealth și dezvoltare al Regatului Unit (UK-FCDO); Lars Gronseth, Agenția norvegiană de cooperare pentru dezvoltare (NORAD); Aya Hasegawa și Keiko Osaki, Agenția japoneză de cooperare internațională (JICA); Lily Kak, Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID).

**Organizații donatoare:** Sufia Askari și Mihretab Salasibew, Children's Investment Fund Foundation (CIFF); Maneesh Batra și Hema Magge, Fundația Bill & Melinda Gates; Tore Laerdal, Laerdal Foundation.

**Asociații profesionale și organizații neguvernamentale:** Nathalie Charpak, Kangaroo Foundation, Columbia; Elizabeth Franklin, Confederația internațională a moașelor (ICM); Bo Jacobsson, Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică (FIGO); Janna Patterson, Academia Americană de Pediatrie (AAP); Roberta Petrucci, Médecins sans Frontières (MSF) (internațional), Elveția; Nalini Singhal, Asociația internațională de pediatrie (IPA); Karen Walker, Consiliul internațional al asistenților neonatali (COINN); Steve Wall, Save the Children

**Grupuri și organizații de părinți:** Tasmin Bota (Premie Connect), Africa de Sud; Viviana Fernandez, Fundación para Padres de Niños Prematuros (FUNDAPREMA), Costa Rica; Silke Mader, Fundația europeană pentru îngrijirea nou-născuților (EFCNI), Germania.

**Agenții ONU:** Kim Dickson, Tedbabe Degefie Hailegebriel și Luwei Pearson (UNICEF); Rajiv Bahl și Shuchita Gupta (OMS; a asigurat secretariatul grupului de lucru); Mickey Chopra (Grupul Băncii Mondiale).

**Instituții specializate/parteneriate:** Teesta Dey, Parteneriatul pentru sănătatea mamei, nou-născutului și copilului (PMNCH)

**Experți și oameni de știință internaționali:** Ebuloluwa Adejuyigbe, Universitatea Obafemi Awolowo, Ile-Ife, Nigeria; Zulfiqar Bhutta, Centrul pentru sănătatea globală a copilului, Canada și Universitatea Aga Khan, Pakistan; Harish Chellani, Colegiul Medical Vardhman Mahavir și Spitalul Safdarjung, India; Nicholas Embleton, pediatru neonatal, Newcastle Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord; Abiy Seifu Estifanos, Facultatea de Sănătate Publică din cadrul Universității Addis Abeba, Etiopia; Joy Lawn, LSHTM; Jan Lucas Ket, medic pediatru și fost director al Rotary International; Sarmila Mazumder, Society for Applied Studies, India; Peter Waiswa, Makerere University School of Public Health, Uganda; Dilys Walker, University of California, San Francisco, SUA; Bjorn Westrup, Karolinska Institutet, Suedia.

Shuchita Gupta (OMS) a supervizat redactarea documentului, cu sfaturi și contribuții importante privind redactarea și revizuirea din partea lui Rajiv Bahl (OMS), Gary Darmstadt și Betty Kirkwood. Linda Vesel (consultant) a contribuit la pregătirea primei versiuni.

Membrii Grupului consultativ strategic și tehnic de experți al OMS privind sănătatea și nutriția mamei, a nou-născutului, a copilului și a adolescentului au oferit contribuții și au revizuit și aprobat documentul final în nume propriu sau în numele organizației lor. Multe alte părți interesate care au participat la reuniunile periodice ale Grupului consultativ strategic și tehnic de experți, precum și Anayda Portela (OMS), au adus, de asemenea, contribuții valoroase la conținut.

Dr. Ognean Maria Livia, medic primar neonatologie, a contribuit la revizuirea tehnică a versiunii în limba română a acestui document.



*Profesioniști din domeniul sănătății în timpul unei sesiuni de formare la un spital din Mongolia.*

---

# Abrevieri

24/7	24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână
ENAP	Plan de acțiune pentru sănătatea nou-născuților [Every Newborn Action Plan]
II	Interval de încredere
MNCAH&N	sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului [maternal, newborn, child and adolescent health and nutrition]
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
STAGE	Grupul consultativ strategic și tehnic de experți [WHO Strategic and Technical Advisory Group of Experts]
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
USAID	Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională

# Glosar

## Planul de acțiune pentru sănătatea nou-născuților (ENAP)

*Planul de acțiune pentru sănătatea nou-născuților (ENAP)* este un cadru global menit să pună capăt deceselor materne și neonatale care pot fi prevenite, precum și nașterii de feți morți. Planul stabilește un program de acțiune și de evaluare care urmează să fie integrat în planurile naționale pentru sănătatea nou-născuților, pe baza celor mai recente informații epidemiologice, a dovezilor și a cunoștințelor la nivel mondial și național. Acesta a fost elaborat luând în considerare opiniile experților și partenerilor, sub conducerea OMS și UNICEF, precum și rezultatele mai multor consultări cu numeroase părți interesate. Planul final a fost avizat de 194 de state membre în cadrul celei de-a 67-a Adunări Mondiale a Sănătății din mai 2014, care s-au angajat să pună în practică măsurile recomandate. Directorului general al OMS i s-a cerut să monitorizeze progresele înregistrate în direcția îndeplinirii obiectivelor globale și să raporteze periodic Adunării Mondiale a Sănătății până în 2030 (1).

## Sistem informatic utilizat în domeniul sănătății

Un sistem informatic utilizat în domeniul sănătății este un sistem de colectare, prelucrare, raportare, analiză și utilizare a datelor de rutină în unitățile sanitare și în comunitate. Acesta furnizează informații esențiale factorilor de decizie la nivel național, responsabililor de sănătate de la nivel regional, managerilor de unități sanitare și personalului medical la toate nivelurile sistemului de sănătate și constituie coloana vertebrală a programelor naționale de furnizare a serviciilor de sănătate (2).

## Îngrijirea de tip cangur

Îngrijirea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere în contact continuu și prelungit piele-pe-piele (adică între 8 și 24 de ore pe zi, cât mai mult timp posibil), începând imediat după naștere, cu excepția cazului în care nou-născutul este grav bolnav, cu sprijin pentru alăptarea exclusivă sau hrănirea cu lapte matern (3). O altă caracteristică a îngrijirii de tip cangur, atunci când sunt aplicate în unitățile sanitare, este externarea la timp din unitatea de terapie intensivă neonatală sau de îngrijiri speciale la un nivel inferior în aceeași unitate sau acasă, cu contact continuu piele-pe-piele și monitorizare atentă (4).

## Nou-născut cu greutate mică la naștere

Nou-născut cu o greutate la naștere mai mică de 2.500 g, indiferent de vârsta gestațională.

## Mortalitatea neonatală

Decesul unui nou-născut în primele 28 de zile de la naștere. Aceasta se calculează ca rată a mortalității neonatale (adică decesele nou-născuților în primele 28 de zile de la naștere, la 1.000 de nou-născuți vii).

## Nou-născut prematur

Nou-născut cu vârsta de gestație mai mică de 37 de săptămâni.

## Nou-născut bolnav

Un nou-născut care are nevoie de îngrijiri medicale.

## Îngrijirea nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi

Toate serviciile spitalicești furnizate în unitatea sanitară nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, inclusiv gestionarea complicațiilor legate de prematuritate și/sau greutate mică la naștere și gestionarea infecțiilor neonatale (septicemie, meningită, pneumonie și cauze de diaree) (5).

## Îngrijirea nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi (continuare)

Nivel	Tip de îngrijiri furnizate	Standarde de îngrijire și intervenții bazate pe dovezi
Primar	Îngrijiri esențiale pentru nou-născuți	Îngrijirile imediate oferite nou-născutului (uscarea completă, contactul piele-pe-piele al nou-născutului cu mama, întârzierea clampării cordonului ombilical, îngrijirea igienică a cordonului ombilical); resuscitarea neonatală (pentru cei care au nevoie de ea); inițierea timpurie și sprijin pentru alăptare exclusivă; îngrijiri de rutină (vitamina K, îngrijirea ochilor și vaccinări, cântărire și examinări clinice); prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt; evaluarea, gestionarea și trimiterea către specialist a cazurilor de infecții bacteriene, icter și diaree, probleme de alimentație, malformații congenitale și alte probleme; precum și sfaturi înainte de externare privind îngrijirea și monitorizarea mamei și a copilului.
Secundar	Îngrijiri speciale pentru nou-născuți	Protecția termică; confortul și gestionarea durerii; îngrijirea de tip cangur; hrănirea asistată pentru o nutriție optimă (hrănirea cu pahar și prin sondă nazogastrică); administrarea în siguranță a oxigenului; prevenirea apneei; depistarea și gestionarea infecțiilor neonatale; depistarea și gestionarea hipoglicemiei, icterului, anemiei și encefalopatiei neonatale; gestionarea convulsiilor; administrarea în siguranță a lichidelor intravenoase; depistarea și trimiterea către specialist a cazurilor de malformații congenitale.  Tranziția în terapia intensivă: presiune pozitivă continuă în căile respiratorii; exsangvino transfuzie; detectarea și gestionarea enterocolitei ulcero-necrotice; monitorizarea specializată a nou-născuților cu risc ridicat (inclusiv a nou-născuților prematuri).
Terțiar	Îngrijire neonatală intensivă	Asistență avansată pentru alimentație (de exemplu, nutriție parenterală); ventilație artificială/asistată, inclusiv intubație; depistarea și tratamentul retinopatiei de prematuritate; terapie de substituție cu surfactant; depistarea și gestionarea malformațiilor congenitale; chirurgie pediatrică; servicii genetice.

## Mic pentru vârsta gestațională

Un nou-născut a cărui greutate la naștere se situează sub percentila 10 pentru vârsta gestațională. Un nou-născut mic pentru vârsta gestațională se poate naște prematur sau la termen și poate avea o greutate mică la naștere sau o greutate normală la naștere (1).

## Grupul consultativ strategic și tehnic de experți (STAGE) al OMS privind sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului (MNCAH&N)

Un grup consultativ extern de experți tehnici care oferă consultanță strategică și tehnică pentru OMS în probleme legate de sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și a adolescentului. Domeniul său de activitate include prioritățile globale și problemele emergente pentru care trebuie să se elaboreze sau actualizeze politici, strategii, recomandări și intervenții, cu scopul de a ajuta statele membre să atingă țintele relevante ale Obiectivelor de dezvoltare durabilă. Grupul este subordonat direct directorului general al OMS (6).

## Referințe pentru glosar

1. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/127938>).
2. Every newborn progress report 2019. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund (UNICEF); 2019 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/every-newborn-progress-report-2019/>).
3. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183037>).
4. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 1997;100(4):682–8. doi:10.1542/peds.100.4.682
5. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326495>).
6. Strategic and Technical Advisory Group of Experts (STAGE). Handbook on maternal, newborn, child, adolescent health & nutrition. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/stage/stage-mncahn-handbook-final.pdf>).



*Să porți doi copii în poziția „cangur” nu este deloc ușor, dar Ruth o face cu încredere; deja îi iubește din toată inima pe cei doi fii ai săi, Gilles și Joseph. Spitalul La Quintinie, Douala, Camerun.*

# 1

---

# Introducere

Mortalitatea neonatală rămâne principala cauză de deces la copiii sub cinci ani la nivel mondial; aceasta a reprezentat aproape jumătate (46%) din totalul deceselor la copiii cu vârsta de sub cinci ani în anul 2019 (1). Complicațiile legate de nașterea prematură au produs aproximativ 36% din aceste decese ale nou-născuților (1). Țările și contextele care au redus ratele ridicate ale mortalității neonatale au reușit să facă acest lucru prin investiții într-un pachet cuprinzător de servicii clinice și funcții ale sistemului de sănătate necesare în cadrul îngrijirilor esențiale ale tuturor nou-născuților și al îngrijirilor speciale acordate nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, mamelor și familiilor acestora. Furnizarea acestor servicii este necesară, dar insuficientă pentru a asigura cel mai înalt standard de sănătate și bunăstare posibil tuturor mamelor și nou-născuților. Țările cu venituri mici și medii, în special, și uneori chiar și cele cu numeroase resurse, raportează adesea niveluri inacceptabil de ridicate ale mortalității neonatale, ceea ce sugerează faptul că nu toți factorii determinanți ai mortalității evitabile, în ansamblul lor, sunt luați în considerare (2, 3). Inegalitățile de gen sunt prezente peste tot în majoritatea mediilor și sunt adesea reflectate, consolidate și perpetuate în modul în care sunt structurate sistemele de sănătate și sunt furnizate serviciile de sănătate. Sub pretextul îmbunătățirii eficienței, a siguranței și a rezultatelor demonstrabile în materie de sănătate, majoritatea sistemelor de sănătate sunt concepute pentru confortul actorilor din sistemul de sănătate și nu pentru femeile însele. Există din ce în ce mai multe dovezi că numeroase sisteme de sănătate și mecanisme de furnizare a serviciilor, deși concepute cu bune intenții, au marginalizat femeile și le-au împiedicat să participe mai activ la îngrijirea lor și a copiilor lor (4).

Îngrijirea de tip cangur reprezintă o intervenție care permite mamei să joace un rol central în îngrijirea sa și a nou-născutului, inversând astfel transferul de putere între mamă și furnizorii de servicii medicale sau sistemele de sănătate. Metoda umanizează îngrijirea maternă și neonatală prin capacitatea și implicarea celor care au cea mai mare grijă de nou-născut, în loc să se concentreze în primul rând pe soluții tehnologice. În acest fel, îngrijirea de tip cangur poate deveni un punct de plecare pentru o reamenajare mai amplă a sistemului de sănătate și o transformare a furnizării de servicii de îngrijiri maternelor și neonatale; poate servi, de asemenea, drept model a ceea ce se poate realiza atunci când părțile interesate care contează cu adevărat au posibilitatea de a-și asuma rolul lor natural în îngrijirea nou-născuților. Conceptul acestei îngrijiri este aliniat la abordarea asistenței medicale primare în ceea ce privește sănătatea și bunăstarea, care dă posibilitatea persoanelor, familiilor și comunităților să își asume responsabilitatea pentru propria sănătate. Ar trebui să fie considerată o parte esențială a acoperirii universale cu servicii de sănătate, prin care toate persoanele - inclusiv nou-născuții - au acces la asistența medicală de care au nevoie fără a întâmpina dificultăți financiare. Punerea în aplicare a acestui concept poate oferi o fundație solidă pentru sisteme de sănătate foarte eficiente, care au la bază comunitățile pe care le deservește și care se concentrează nu numai pe prevenirea și tratarea bolilor, ci și pe îmbunătățirea bunăstării și a calității vieții.

În acest document de poziție global prezentăm o nouă viziune în care mamele, nou-născuții și familiile formează o unitate indivizibilă, în jurul căreia se organizează întreaga furnizare de servicii maternelor și neonatale, iar îngrijirea de tip cangur pentru toți nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere constituie baza îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi. Inversarea inegalităților de lungă durată din domeniul asistenței medicale va necesita un efort susținut. Extinderea îngrijirii de tip cangur ca serviciu esențial pentru toate mamele și pentru nou-născuții lor prematuri sau cu greutate mică la naștere, precum și ca o componentă esențială a acoperirii universale cu servicii de sănătate poate fi un important punct de pornire.



**Îngrijirea de tip cangur reprezintă o intervenție care permite mamei să joace un rol central în îngrijirea ei și a nou-născutului, asigurându-se astfel că ea deține puterea de decizie și că personalul medical sprijină și răspunde nevoilor ei și ale nou-născutului.**

---

## 1.1 Ce este îngrijirea de tip cangur?

Îngrijirea de tip cangur se referă la îngrijirile acordate nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, sub forma unui contact continuu și prelungit piele-pe-piele (adică 8-24 de ore pe zi, cât mai mult timp posibil), inițiat imediat după naștere<sup>a</sup>, cu sprijin pentru alăptare exclusivă sau hrănire cu lapte matern (5). O altă caracteristică a acestei îngrijiri, atunci când este aplicată în unitățile sanitare, este externarea neîntârziată din unitatea de terapie intensivă neonatală sau unitatea de îngrijiri speciale către un nivel inferior de îngrijire în cadrul unității sanitare sau înapoi la domiciliu, cu contact piele-pe-piele continuu și monitorizare atentă (6). Plasarea nou-născutului în contact piele-pe-piele are loc, în general, înainte ca nou-născutul să fie pus la sân și este una dintre cele mai eficiente modalități de pregătire a mamei și nou-născutului pentru inițierea și continuarea alăptării (7). Utilizarea formulelor ar trebui să fie luată în considerare numai în circumstanțe excepționale. Mamele ar trebui, ori de câte ori este posibil, să ofere îngrijire de tip cangur și ar trebui încurajate să facă acest lucru, respectându-le totodată libertatea de alegere. În plus, tații/partenerii și alți membri ai familiei pot, de asemenea, să ofere îngrijire de tip cangur și să acționeze ca promotori ai schimbării în ceea ce privește îngrijirea și sănătatea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, asigurându-se că aceștia beneficiază de aceste îngrijiri cât mai mult timp posibil din cele 24 de ore ale unei zile. Implicarea tatălui/partenerului și a membrilor familiei este deosebit de importantă atunci când mama nu este stabilă din punct de vedere medical sau se recuperează în urma unei intervenții chirurgicale.

Îngrijirea de tip cangur nu trebuie confundată cu contactul obișnuit piele-pe-piele la naștere, care este recomandat tuturor nou-născuților în prima oră de la naștere pentru a asigura căldura și o inițiere timpurie a alăptării (8). De fapt, îngrijirea de tip cangur constă în asigurarea unui contact piele-pe-piele prelungit și de durată pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere, precum și în sprijinirea alimentației exclusive cu lapte matern (alăptare sau hrănire cu lapte matern colectat și administrat cu ajutorul unei sonde de alimentație, al unei lingurițe sau cănițe) (5).



**Îngrijirea de tip cangur este diferită de contactul obișnuit piele-pe-piele recomandat pentru toți nou-născuții în prima oră de la naștere. Aceasta se referă la contactul piele-pe-piele:**

- **în cazul nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, sănătoși sau bolnavi;**
- **continuu și prelungit (cel puțin opt ore pe zi);**
- **însoțit de sprijin pentru alăptare exclusivă sau hrănire cu lapte matern;**
- **monitorizat îndeaproape în cazul în care nou-născutul este externat acasă, unde va continua îngrijirea de tip cangur.**



*Fetiță născută cu 8,5 săptămâni înainte de termen, pusă imediat în poziția cangur, Centrul NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.*

a După primele îngrijiri acordate la naștere, în cazul nașterilor care au loc în unitățile sanitare, cu excepția situației în care nou-născutul nu poate respira spontan nici după resuscitare, este în stare de șoc sau necesită ventilație mecanică, precum și imediat după naștere, în cazul nașterilor care au loc la domiciliu, cu excepția situației în care nou-născutul prezintă semne că se află în pericol sau necesită îngrijiri medicale fiindcă se află sub valoarea-prag națională pentru vârsta gestațională sau greutatea la naștere și îndeplinește criteriile de internare într-o unitate de îngrijire nou-născuți.

## 1.2 Justificarea adoptării unui document de poziție global privind îngrijirea de tip cangur

### 1.2.1 Impact potențial

Îngrijirea de tip cangur pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere reprezintă o intervenție de mare impact ce reduce semnificativ riscul de mortalitate și morbiditate neonatală. O analiză Cochrane din 2016 a estimat că metoda reduce cu 40% mortalitatea la nou-născuții cu greutate mică la naștere la externare sau la 40-41 de săptămâni de vârstă postmenstruală (9). Conform modelării, dacă îngrijirea de tip cangur ar fi implementată în mod universal în unitățile sanitare la nou-născuții stabili cu o greutate de până la 2 kg<sup>b</sup>, ar putea salva viețile a 125.680 de nou-născuți pe an (10). De asemenea, se estimează că implementarea universală a acestui tip de îngrijire la nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi<sup>c</sup>, ar salva viețile a 747.000 de nou-născuți pe an (11). În prezent, sunt disponibile mai multe dovezi cu privire la eficacitatea îngrijirii de tip cangur în reducerea mortalității neonatale. S-a demonstrat că inițierea îngrijirii de tip cangur la domiciliu (aplicarea metodei în comunitate) în termen de 72 de ore de la naștere pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere, de cel puțin 1,5 kg și fără semne de pericol, indiferent de locul nașterii (adică la domiciliu sau într-o unitate sanitară, dacă îngrijirile nu au început să fie aplicate deja încă din unitate), reduce riscul de mortalitate neonatală cu 30% (12) și poate contribui la aplicarea mai extinsă a acestor îngrijiri. În plus, aplicarea imediată a îngrijirii de tip cangur (adică inițierea îngrijirii de tip cangur cât mai repede după naștere) pentru nou-născuții cu o greutate la naștere între 1,0 și 1,799 kg (adică cei care îndeplinesc criteriile de internare într-o unitate de îngrijire nou-născuți), indiferent de stabilitatea clinică, reduce mortalitatea infantilă cu 25% (13). Având în vedere că mai mult de jumătate dintre decesele infantile au loc în primele trei zile de la naștere (14), inițierea îngrijirii de tip cangur imediat după naștere (indiferent dacă nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere sunt sau nu stabili din punct de vedere clinic) oferă o oportunitate critică de a salva viața acestora. Ghidurile OMS actualizate care includ aceste noi dovezi au extins domeniul de aplicare al îngrijirii de tip cangur. În prezent, se recomandă ca îngrijirile să fie aplicate tuturor nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, în spital sau la domiciliu, și să fie puse în aplicare imediat după naștere, cu excepția cazului în care nou-născutul este grav bolnav, adică nu poate respira spontan după resuscitare, este în stare de șoc sau necesită ventilație mecanică (5). Sunt șanse ca extinderea domeniului de aplicare a îngrijirii de acest tip să ducă la creșterea semnificativă a numărului de nou-născuți salvați.

### 1.2.2 Necesitatea de a transpune dovezile în practică

Transpunerea noilor dovezi în politici și practici necesită o schimbare de paradigmă de la așa-numitul model clasic de îngrijire a nou-născuților, care separă mama și nou-născutul atunci când sugarul are o greutate mică la naștere și/sau este bolnav și necesită internare într-o unitate de îngrijire nou-născuți. Accesul în unitatea de îngrijire nou-născuți este adesea restricționat; mamele li se permite să intre doar ocazional, ca orice alt vizitator, pentru a oferi lapte matern sau pentru a alăpta, de exemplu. Dacă mama se simte bine, deseori este externată, indiferent dacă nou-născutul mai are nevoie de îngrijiri medicale; dacă are nevoie de îngrijiri medicale, este îngrijită într-o secție separată a spitalului, având contact ocazional cu copilul. Noul model impune eliminarea tuturor obstacolelor, astfel încât mama și nou-născutul să poată rămâne împreună de la naștere, cu excepția cazului în care unul sau celălalt este grav bolnav. Coordonarea între furnizorii de îngrijiri materne și furnizorii de îngrijiri neonatale oferă garanția că mama și copilul primesc toate îngrijirile de care ar putea avea nevoie împreună, într-un singur loc. Acest nou model impune o schimbare profundă a organizării actuale a furnizării de servicii de îngrijiri materne și neonatale, inclusiv a infrastructurii, astfel încât mama să rămână împreună cu nou-născutul prematur sau cu greutate mică la naștere în unitatea de îngrijire nou-născuți, dacă este necesar. Prin urmare, este important să se elaboreze ghiduri și să se ajungă la un consens, astfel încât autoritățile, managerii de programe și furnizorii de servicii de îngrijiri materne și neonatale să înțeleagă ce este necesar sau ce trebuie făcut și să fie pregătiți să pună în aplicare schimbările necesare pentru a oferi îngrijiri de tip cangur într-un mod armonizat, pentru un impact ridicat la nivel global.

---

b Acoperire de 99% în 127 de țări cu venituri mici și medii; analiză LiST pe 12 luni cu valoarea de referință din 2019.

c Acoperirea cu 95% a îngrijirii nou-născuților bolnavi și cu greutate mică (nivel 2) plus presiune pozitivă continuă în căile aeriene și îngrijire de tip cangur în 81 de țări în cadrul inițiativei „Countdown to 2030”; analiză LiST cu anul de referință 2016, anul final 2030.



**Este esențial ca mamele și nou-născuții să rămână împreună. Aceștia ar trebui să rămână împreună după naștere, cu excepția cazului în care există circumstanțe excepționale. Astfel, atât mama, cât și sugarul vor beneficia de îngrijire optimă și bazată pe respect.**

### 1.2.3 Disponibilitatea soluțiilor de eliminare a obstacolelor în calea implementării

Atingerea unui grad înalt de acoperire a îngrijirii de tip cangur în contextele programatice este o provocare continuă, deși există o bază de dovezi solide și cunoscute privind impactul pozitiv al acesteia asupra sănătății mamei și a nou-născutului, ghiduri OMS și multiple organizații care o promovează. Au fost identificate diverse bariere în calea punerii în aplicare (15-17) și doar câteva țări au implementat cu succes îngrijirea de tip cangur în contexte programatice (18-20). Cu toate acestea, sunt disponibile în prezent noi dovezi rezultate din cercetări privind implementarea la scară largă. Acestea oferă informații cu privire la strategiile eficiente care pot contribui la extinderea acestor îngrijiri (21).

## 1.3 Scopul documentului de poziție global privind îngrijirea de tip cangur

Scopul acestui document este acela de a prezenta poziția și viziunea comună a unui grup de lucru de experți la nivel mondial, format din mai multe părți interesate, cu privire la punerea în aplicare a îngrijirii de tip cangur pentru toți nou-născuții prematuri și cu greutate mică la naștere, ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi în cadrul programelor de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului, și de a încuraja acțiunile de colaborare la nivel mondial. Obiectivele specifice ale documentului sunt următoarele:

- să precizeze poziția grupului de lucru global privind îngrijirea de tip cangur;
- să sintetizeze informațiile generale, dovezile și justificarea aplicării îngrijirii de tip cangur la fiecare nou-născut prematur sau cu greutate mică la naștere;
- să prezinte viziunea comună a grupului de lucru global privind punerea în aplicare a îngrijirii de tip cangur pentru toți nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere, ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi în cadrul programelor de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului;
- să încurajeze colaborarea dintre comunitatea internațională pentru sănătatea mamei, nou-născutului și copilului și familiile nou-născuților prematuri în vederea promovării aplicării îngrijirii de tip cangur în cazul tuturor nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere cu scopul de a îmbunătăți sănătatea și bunăstarea tuturor acestor nou-născuți, a mamelor și familiilor lor.

## 1.4 Publicul-țintă pentru documentul de poziție global

Acest document de poziție se adresează factorilor de decizie (adică celor responsabili de politicile naționale, de elaborarea ghidurilor și de alocarea bugetului), partenerilor de dezvoltare, directorilor de programe, conducerii personalului medical, medicilor practicieni, liderilor societății civile (de exemplu, organizații de părinți și organizații profesionale) și cercetătorilor/organizațiilor de cercetare implicați în cercetarea privind implementarea îngrijirii de tip cangur.

## 1.5 Procesul de elaborare a documentului de poziție global

Acest document de poziție a fost elaborat de OMS în colaborare cu un grup de lucru desemnat pentru îngrijirea de tip cangur, convocat de Grupul consultativ strategic și tehnic de experți (STAGE) al OMS privind sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului (MNCAH&N). (Pentru mai multe detalii privind componența grupului de lucru, consultați capitolul Mulțumiri).

În conformitate cu procedurile OMS privind declarația de interese, toți experții externi care au acționat în nume propriu au fost rugați să declare în scris orice conflict de interese (academic, financiar sau de altă natură), utilizând formularul standard dedicat al OMS. Secretariatul OMS a examinat toate formularele pentru a verifica dacă există conflicte de interese. În contextul acestei lucrări, niciunul dintre experți nu a declarat un conflict de interese care ar putea prezenta un risc pentru procesul de elaborare a documentului sau ar putea limita credibilitatea acestuia.

Experți independenți de renume mondial au fost numiți președinți, iar OMS a asigurat secretariatul grupului de lucru. Au avut loc sesiuni de brainstorming și consultări online cu toți membrii pentru a elabora prima versiune preliminară, care a beneficiat de sinteze ale dovezilor existente din revizuirile sistematice comandate pentru ghidurile OMS privind îngrijirea nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere (5). Au fost comandate și alte revizuri sistematice, după caz. Președinții și toți membrii grupului de lucru au analizat și comentat schița și conținutul versiunii preliminare a documentului. Orice diferențe de opinie au fost discutate între membrii grupului de lucru în cadrul unor reuniuni online regulate. Au avut loc reuniuni suplimentare cu membrii individuali și cu președinții grupului de lucru pentru a aborda preocupări specifice, după caz. Scopul reuniunilor a fost acela de a ajunge la un consens asupra conținutului, inclusiv asupra terminologiei și a declarației de poziție. Secretariatul a sistematizat comentariile tuturor membrilor și a finalizat conținutul documentului. Reprezentanții organizațiilor au discutat documentul în cadrul structurii lor și au oferit perspectivele și validarea proprie. Adoptarea finală a conținutului documentului s-a făcut prin consens, definit ca fiind un acord final deplin între toți membrii grupului de lucru.

Documentul de poziție a fost avizat de toate organizațiile participante și de Grupul consultativ strategic și tehnic de experți al OMS în domeniul sănătății și nutriției mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului, care este subordonat direct directorului general al OMS.





# 2

*Samuelsson, o fetiță născută cu nouă săptămâni înainte de termen, prin cezariană, în contact direct piele-pe-piele cu tatăl ei, poziție în care și-a petrecut primele două ore din viață, Centrul NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.*

---

# Context

## 2.1 Povara și consecințele nașterii premature sau ale greutateii mici la naștere

Nou-născuții cu greutate mică la naștere îi includ pe cei născuți prematur (înainte de 37 de săptămâni complete de sarcină) și pe cei care au o greutate mică pentru vârsta gestațională (greutate sub percentila 10 pentru vârsta gestațională). La nivel mondial, 20,5 milioane de sugari au o greutate mică la naștere (14,6% din totalul nașterilor) și 14,8 milioane de copii se nasc prematur (10,6% din totalul nașterilor) în fiecare an, cu reduceri limitate în ultimii 20 de ani (22, 23). Peste 90% dintre nașterile soldate cu copii cu greutate mică sunt concentrate în țările cu venituri mici și medii, în principal în Asia de Sud (48%) și în Africa Subsahariană (24%), unde apar, de asemenea, majoritatea deceselor neonatale (1, 22). Mai mult de 80% din decesele neonatale la nivel mondial se înregistrează la nou-născuții cu greutate mică la naștere, dintre care două treimi sunt prematuri și o treime sunt mici pentru vârsta gestațională (22). Probabilitatea ca nou-născuții prematuri să moară în timpul perioadei neonatale este de șapte ori mai mare în comparație cu copiii născuți la termen; probabilitatea ca nou-născuții mici pentru vârsta gestațională să moară în timpul perioadei neonatale este de două ori mai mare în comparație cu nou-născuții cu greutate normală pentru vârsta gestațională. Cei născuți prematur și cu o greutate mică pentru vârsta gestațională au o probabilitate de 15 ori mai mare de a muri în timpul perioadei neonatale decât cei născuți la termen și cu o greutate normală pentru vârsta gestațională (24). În plus, nou-născuții cu greutate mică la naștere prezintă un risc mai mare de a contracta infecții și alte morbidități acute, de a avea întârzieri de creștere (adică deficit statural, deficit ponderal și subponderabilitate), întârzieri de dezvoltare neurologică pe termen scurt și lung, rezultate școlare slabe și probleme comportamentale mai târziu în viață (25-28). Este important de remarcat faptul că evoluția în cazul nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere are implicații majore pentru deficiențele ulterioare din cursul vieții, care, la rândul lor, contribuie în mod semnificativ la povara bolilor netransmisibile și la pierderea de capital uman (29, 30).

## 2.2 Îngrijirea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere în vederea îmbunătățirii evoluției acestora

Există multe intervenții bazate pe dovezi menite să îmbunătățească supraviețuirea nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere. Recent, OMS a publicat recomandări actualizate pentru îmbunătățirea îngrijirii acestor sugari (5). Ghidul include recomandări actualizate privind îngrijirea de tip cangur, care este acum indicată pentru îngrijirea de rutină a tuturor nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere, atât în unitățile sanitare, cât și la domiciliu; aceste îngrijiri ar trebui aplicate imediat după naștere, indiferent de stabilitatea clinică, cu excepția cazului în care nou-născutul este grav bolnav. Ghidul recomandă ferm implicarea familiei în îngrijirea de rutină a nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere în unitățile sanitare, hrănirea cu laptele propriei mame, adoptarea alimentației enterale cât mai devreme posibil în prima zi după naștere, alăptarea exclusivă la sân în primele șase luni de viață, presiunea pozitivă continuă în căile aeriene (CPAP) pentru nou-născuții prematuri care prezintă semne clinice de sindrom de detresă respiratorie și cofeina pentru tratamentul apneei la prematuri. În plus, OMS și-a actualizat recomandarea privind utilizarea corticosteroizilor prenatali la femeile cu o probabilitate mare de naștere prematură între săptămânile 24 și 34 de sarcină (31) și privind utilizarea tocoliticelor (nifedipină) pentru tratamentul tocolitic acut și de întreținere la femeile cu o probabilitate mare de naștere prematură (32). Toate aceste intervenții esențiale ar trebui să facă parte din îngrijirea de rutină pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere, împreună cu îngrijirea de tip cangur.

## 2.3 Istoria îngrijirii de tip cangur

Dovezile, politica și punerea în aplicare a îngrijirii de tip cangur au evoluat în decursul unei perioade de aproximativ 40 de ani. Îngrijirea de tip cangur a fost introdusă pentru prima dată la Instituto Materno-Infantil de Santa Fe din Bogota (Columbia) în 1978 pentru a face față penuriei de incubatoare, creșterii ratelor de infecții neonatale și abandonului nou-născuților în spital de către părinți (33). În 1993, în Columbia a fost înființată Fundația Kangaroo cu scopul de a produce dovezi și de a disemina această nouă practică. De atunci, fundația a oferit cursuri de formare în acest tip de îngrijiri unui număr de peste 80 de echipe din peste 35 de țări cu venituri mici și medii (34). Îngrijirea de tip cangur a fost prezentată oficial în cadrul unei conferințe internaționale în 1995, fapt ce a încurajat punerea ei în aplicare de către promotori individuali în anumite unități de asistență medicală terțiară (35). În 2003, OMS a publicat un ghid practic al îngrijirii de tip cangur pentru personalul medical (36), în prezent în curs de revizuire pentru a include noi dovezi. În 2012, îngrijirea de tip cangur a fost prezentată ca fiind o intervenție vitală pentru nou-născuții prematuri în raportul „Born too soon” supervizat de ONU, a devenit o prioritate globală, bucurându-se astfel de o atenție deosebită din partea mass-media și de asimilarea la nivel de politici (37). Ulterior, în 2013, o reuniune a părților interesate implicate în acest tip de îngrijire, provenind din organizații guvernamentale, neguvernamentale și ONU, a lansat un apel la acțiune pentru a accelera adoptarea îngrijirii de tip cangur și a înființat Parteneriatul de accelerare a adoptării acestei metode, adică „KMC Acceleration Partnership”. În apelul la acțiune s-a stabilit un obiectiv ambițios de acoperire de 50% în rândul nou-născuților prematuri până în 2020 (20). În 2014, OMS și partenerii săi au inclus aceste îngrijiri de tip cangur în Planul de acțiune pentru sănătatea nou-născuților (ENAP), ca o intervenție eficientă din punct de vedere al costurilor și cu impact ridicat asupra îmbunătățirii sănătății și supraviețuirii nou-născuților (38). În 2020, grupul de elaborare a ghidurilor OMS a prezentat îngrijirea de tip cangur drept recomandare-cheie care trebuie actualizată ca parte a noilor ghiduri OMS privind îngrijirea nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere. În 2021, Grupul consultativ strategic și tehnic de experți al OMS privind sănătatea și nutriția mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului a recomandat convocarea unui grup de lucru global care să reunească toate părțile interesate-cheie în scopul de a facilita consensul asupra strategiilor de punere în aplicare și acceptarea acestora, astfel încât toate guvernele și partenerii să poată acționa în mod armonizat pentru a maximiza impactul îngrijirii de tip cangur (39). Ulterior a fost înființat grupul de lucru care a elaborat acest document.



*O mamă oferă îngrijire de tip cangur la scurt timp după naștere, în timp ce bunica privește. Spitalul Central Queen Elisabeth, Malawi.*

## 2.4 Stadiul actual al implementării îngrijirii de tip cangur la nivel mondial

### 2.4.1 Obiective globale

În 2014, ENAP a stabilit un obiectiv intermediar de aplicare a îngrijirii de tip cangur de peste 50% până în 2020 și de peste 75% până în 2025 pentru nou-născuții eligibili, reprezentând un pas spre atingerea obiectivului de acoperire universală până în 2030 (38). Acest obiectiv este în concordanță cu obiectivul recent al ENAP (2020) pentru îngrijirea nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi conform căruia 80% din unitățile administrativ-teritoriale ar trebui să dețină cel puțin o unitate spitalicească (de nivel 2) de îngrijire a nou-născuților care necesită suport respirator și aplică îngrijirea de tip cangur pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere până în 2025 (40). În plus, a fost propus un indicator de proces care să evalueze numărul de unități care dispun de spațiu pentru punerea în aplicare a metodei și unde cel puțin un cadru medical a fost instruit în acest sens în ultimii doi ani (41). Cu toate acestea, în ultimii opt ani s-au înregistrat puține progrese în direcția atingerii acestor obiective din cauza lipsei de investiții, a lipsei de armonizare privind detaliile specifice ale acestei practici și numitorul comun de interes, precum și a constrângerilor legate de identificarea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere. Un studiu recent, ENBIRTH (*Every Newborn-Birth Indicators Research Tracking in Hospitals*), oferă informații privind măsurarea utilizării metodei în sistemele informatice standard utilizate în domeniul sănătății. Studiul ENBIRTH a comparat datele din registrele de rutină ale spitalelor și din rapoartele de sondaj în rândul femeilor cu observarea clinică directă ca standard de referință pentru validarea utilizării metodei în unități sanitare și a calității îngrijirii (42). În cazul îngrijirii de tip cangur, registrele și anchetele din spitale au surprins cu exactitate internarea pentru îngrijiri (un indicator al contactării serviciilor), dar au fost identificate lacune în ceea ce privește calitatea îngrijirii, în special legate de durata și sprijinul oferit pentru hrănirea sugarului (43). Aceste constatări sugerează că datele din registrele pentru nou-născuții internați în secțiile de îngrijire tip cangur pot fi agregate în sistemele informatice utilizate în domeniul sănătății pentru a monitoriza gradul de acoperire. În prezent se lucrează la definirea unui indicator privind acoperirea îngrijirii de tip cangur, indicator ce poate fi inclus și măsurat în cadrul sistemelor informatice standard utilizate în domeniul sănătății în vederea monitorizării progreselor (42). Cu toate acestea, sunt necesare eforturi suplimentare pentru a evalua fluxul și calitatea datelor la diferite niveluri ale sistemelor informatice utilizate în domeniul sănătății și pentru a măsura calitatea furnizării îngrijirii de tip cangur și experiența de îngrijire.



**Până în 2025, cel puțin 80% din unitățile administrativ-teritoriale ale unei țări (sau unitățile subnaționale echivalente) ar trebui să dețină cel puțin o unitate spitalicească de nivel 2 pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, cu suport respirator, inclusiv presiune pozitivă continuă în căile aeriene (CPAP) și îngrijire de tip cangur.**

### 2.4.2 Politici naționale

La nivel național, existența unei politici sau a unui ghid actualizat privind îngrijirea de tip cangur este principalul indicator al atingerii obiectivului referitor la calitatea îngrijirii, așa cum este definit de ENAP (18). În 2014, Raportul „*Countdown to 2015*” referitor la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (44) a constatat că 33 dintre cele 75 de țări incluse în număratoarea inversă până în 2015 (care însumau peste 95% din povara globală a mortalității materne, neonatale și infantile) aveau o politică națională ce recomanda îngrijirea de tip cangur pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere. Începând cu 2014, s-au înregistrat progrese constante în ceea ce privește adoptarea de politici în favoarea îngrijirii de tip cangur; cu toate acestea, în 2018, doar 28 dintre cele 90 de țări raportoare ENAP (Planul de acțiune pentru sănătatea nou-născuților) aveau o politică sau un ghid actualizat (45). În timp ce doar 12 dintre cele 34 de țări cu cea mai mare povară au o politică în favoarea îngrijirii de tip cangur, 6 din cele 10 țări cu cele mai mari reduceri ale mortalității neonatale au introdus astfel de politici (45). În țările în care au fost disponibile suficiente informații privind eforturile de punere în aplicare a îngrijirii de tip cangur pe scară largă (de exemplu, Bangladesh, Brazilia, Columbia, India, Malawi, Filipine și Africa de Sud), printre factorii-cheie care au determinat elaborarea politicilor se numără un mediu politic favorabil, inclusiv adoptarea îngrijirii de tip cangur în politicile și ghidurile naționale sau subnaționale (19).

### 2.4.3 Stadiul actual al implementării: acoperire și calitate

Deși numărul țărilor care au adoptat îngrijirea de tip cangur ca parte a politicilor lor naționale a crescut, disponibilitatea serviciilor corespunzătoare este limitată la un număr mic de spitale centrale sau universitare în aproape toate țările. În 2015, o analiză a 12 din cele 33 de țări din Studiile „Countdown to 2015” care au raportat existența unei politici/unui ghid național privind îngrijirea de tip cangur a arătat că 10 dintre aceste 12 țări nu dispuneau de finanțare adecvată sau de strategii de furnizare a serviciilor pentru a pune în aplicare și a extinde metoda (17). Monitorizarea gradului de acoperire și a calității îngrijirii de tip cangur a fost împiedicată de lipsa unui indicator global convenit și de lipsa datelor naționale din sistemele informatice standard utilizate în domeniul sănătății. Aceasta este o prioritate absolută pentru a îmbunătăți punerea în aplicare și a asigura echitatea. Între timp, au fost realizate estimări aproximative ale acoperirii actuale și ale calității îngrijirii de tip cangur pe baza raportării existenței politicilor la nivel de țări și a implementării instrumentului de monitorizare ENAP, utilizat în prezent de peste 90 de țări. În 2017, 18 dintre cele 25 de țări ENAP din Asia, Africa și Orientul Mijlociu care au beneficiat de sprijin din partea UNICEF au inițiat implementarea îngrijirii de tip cangur, deși detaliile privind această practică sunt puțin cunoscute (18). Până în 2018, punerea în aplicare a progresat, iar o cincime dintre țări (18 din 90; 20%) aveau în sistemul lor informatic utilizat în domeniul sănătății un indicator de monitorizare a numărului de nou-născuți care beneficiază de îngrijire de tip cangur (44). UNICEF a ajutat țările prin derularea de acțiuni de susținere și promovare, cursuri și îndrumări generice și specifice privind îngrijirea de tip cangur, precum și prin acordarea de sprijin în vederea înființării de servicii dedicate, inclusiv modernizarea infrastructurii, furnizarea de materiale și de echipamente (18). Cu toate acestea, metoda a fost aplicată mai des în spitalele de nivel superior sau terțiar decât în asistența secundară (de exemplu, la nivel de unitate administrativ-teritorială) sau în asistența primară (de exemplu, în centrele de sănătate). Prin urmare, datele privind gradul de acoperire a îngrijirii de tip cangur sunt limitate și nu sunt comparabile între țări (18, 45). Multe țări care au înregistrat progrese în implementarea programatică a îngrijirii de tip cangur au un indicator specific integrat în sistemul lor informatic utilizat în domeniul sănătății. Însă, nu toate aceste țări (vorbitoare și nevorbitoare de limba engleză) au un tablou de bord pentru date, o monitorizare sau raportare a îngrijirii de tip cangur în cadrul unității de îngrijire a nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi în sistemul lor informatic utilizat în domeniul sănătății (39, 44, 45).



**Ceea ce se măsoară, se realizează. Țările trebuie să includă indicatorii conveniți la nivel mondial pentru îngrijirea de tip cangur în sistemele informatice standard utilizate în domeniul sănătății și să îi monitorizeze în mod regulat pentru a îmbunătăți acoperirea și calitatea.**



O mamă în unitatea de îngrijire tip cangur, după ce și-a stabilizat copilul. Spitalul Central Queen Elisabeth, Malawi



Fotografie realizată de către Asociația Română pentru Nou-născuții Îndelung Spitalizați - ARNIS în Secția Terapie Intensivă Neonatală a Spitalului Clinic Județean de Urgență Sibiu cu ocazia Zilei Internaționale a Prematurității 2023.



*Persson Pettersen, la o săptămână după naștere, alimentație prin sondă. Persson s-a născut cu nouă săptămâni înainte de termen și a beneficiat de îngrijirile de tip cangur imediat după naștere și în mod continuu timp de șapte zile consecutive, fără întrerupere, părinții asigurând pe rând toate îngrijirile, cu sprijinul personalului, Centrul NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.*

# 3

# Îngrijirea de tip cangur: dovezi disponibile în prezent

## 3.1 Eficacitatea îngrijirii de tip cangur în îmbunătățirea stării de sănătate a nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere

### 3.1.1 Comparație între îngrijirea de tip cangur și îngrijirea convențională

Revizuirea sistematică Cochrane din 2016 a arătat că, în comparație cu îngrijirea convențională, aplicarea îngrijirii de tip cangur în unitățile sanitare după stabilizarea clinică a nou-născuților cu greutate mică la naștere a redus mortalitatea neonatală cu 40% la externare sau la 40 de săptămâni de vârstă postmenstruală și cu 33% la cea mai recentă monitorizare (9). O revizuire sistematică recentă care a inclus nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere, precum și studii efectuate în unități sanitare și în comunitate sugerează că, în comparație cu îngrijirea neonatală convențională, îngrijirea de tip cangur este asociată cu o reducere cu 32% a mortalității la externarea din unitatea sanitară sau la 40 de săptămâni de vârstă postmenstruală, sau la 28 de zile după naștere, precum și cu o reducere cu 25% a mortalității la vârsta de șase luni (46). Proporția reducerii mortalității a fost similară pentru copiii născuți la cel mult 34 de săptămâni de sarcină și pentru cei născuți între săptămânile 34 și 36 de sarcină, pentru copiii cu o greutate mai mică sau egală cu 2 kg și pentru copiii cu o greutate între 2 kg și 2,5 kg la naștere sau la inițierea îngrijirii de tip cangur, precum și pentru o durată zilnică a îngrijirii de tip cangur de 8 până la 16 ore pe zi și peste 16 ore pe zi (46). Îngrijirea de tip cangur a fost asociată, de asemenea, cu o reducere cu 15% a riscului de infecție gravă/septicemie până la cea mai recentă monitorizare, cu o reducere cu 68% a riscului de hipotermie la externare sau la 28 de zile după naștere și cu o creștere cu 48% a alăptării exclusive la externare sau la 40 de săptămâni de vârstă postmenstruală (46).

În țările cu venituri mici și medii, unde povara nașterilor soldate cu copii cu greutate mică și a deceselor neonatale este mai mare, iar resursele sunt limitate, impactul îngrijirii de tip cangur asupra sănătății nou-născuților a fost deosebit de semnificativ (9, 46). S-a sugerat că durata îngrijirii de tip cangur are un impact direct asupra creșterii sugarului, duratele mai lungi favorizând creșteri mai mari (47), însă nu există suficiente date în acest sens. Dovezile sugerează că durata îngrijirii de tip cangur ar trebui să fie dictată de nou-născut și ar trebui întreruptă atunci când nou-născutul nu mai este dispus să rămână în aceeași poziție (de exemplu, devine neliniștit, plânge, transpiră sau este agitat) (36, 48).





**Îngrijirea de tip cangur reduce cu 32% riscul de mortalitate la 40 de săptămâni de vârstă postmenstruală sau la 28 de zile după naștere. Proporția reducerii mortalității este similară pentru diferite vârste gestaționale (sub 34 săptămâni și între 34 și 36 săptămâni) și diferite categorii de greutate la naștere (sub 2.000 g și între 2.000 g și 2.500 g) pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere, pentru unitățile sanitare și mediile comunitare și la o durată zilnică a îngrijirii de tip cangur de cel puțin opt ore pe zi.**

### 3.1.2 Aplicarea îngrijirii de tip cangur imediat după naștere

Până de curând, nu erau disponibile date privind efectul aplicării îngrijirii de tip cangur cât mai curând posibil după naștere, fără a aștepta ca nou-născuții să se stabilizeze. De exemplu, revizuirea sistematică Cochrane din 2016 a identificat și inclus un singur studiu care a comparat îngrijirea de tip cangur timpurie (aplicată cât mai curând posibil în decurs de 24 de ore de la naștere) cu îngrijirea de tip cangur tardivă (adică aplicarea îngrijirii după stabilizarea completă, în general la cel puțin 24 de ore de la naștere) la nou-născuți relativ stabili (9). Această lacună de cercetare a fost acoperită de un studiu randomizat și controlat efectuat în mai multe unități administrativ-teritoriale, coordonat de OMS și denumit „*Immediate Kangaroo Mother Care*” (i-KMC) (13). Studiul a fost realizat în cinci spitale din Ghana, India, Malawi, Nigeria și Republica Unită Tanzania și a arătat că nou-născuții cu o greutate la naștere cuprinsă între 1,0 kg și 1,799 kg, indiferent de vârsta lor gestațională (toți necesitând internare în unitatea de îngrijiri nou-născuți), care au beneficiat imediat de îngrijire tip cangur au avut următoarele caracteristici: mortalitate cu 25% mai mică la 28 de zile de la naștere, o incidență cu 35% mai mică a hipotermiei până la externare și o suspiciune cu 18% mai mică de septicemie. Compararea s-a făcut cu nou-născuții care au beneficiat de îngrijire de tip cangur mai târziu (de exemplu, metoda a fost aplicată după 24 de ore, după ce nou-născutul și-a revenit din complicațiile asociate nașterii premature). Cu alte cuvinte, decesul unui nou-născut ar putea fi evitat prin acordarea imediată de îngrijire de tip cangur la doar 27 de nou-născuți prematuri sau cu greutate mică la naștere. Riscul de deces în primele trei zile de la naștere a fost cu 23% mai mic în rândul nou-născuților care au primit imediat îngrijire de tip cangur, deși acest lucru nu este semnificativ din punct de vedere statistic.

În acest studiu, punerea imediată în aplicare a îngrijirii de tip cangur a însemnat că mamele și sugarii au rămas împreună imediat după naștere și au primit îngrijiri ca un tot unitar. Astfel, unitatea de îngrijire pentru nou-născuți a fost reorganizată prin adăugarea unui pat pentru mamă pentru a-i permite acesteia să stea cu nou-născutul 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână. S-a creat o colaborare strânsă între furnizorii de îngrijiri obstetricale și furnizorii de îngrijiri neonatale pentru a răspunde simultan nevoilor medicale ale mamei și ale nou-născutului. În plus, s-au asigurat facilități adecvate pentru îmbăiere, utilizarea toaletei, apă potabilă și hrană pentru a garanta o îngrijire decentă pentru mame. În acest nou cadru al unității de îngrijire pentru nou-născuți, nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere pot fi îngrijiți împreună cu mamele lor 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, în toate unitățile sanitare care oferă îngrijire neonatală de nivel 2 și superior, completată de o îngrijire postnatală adecvată pentru mame. În acest tip de unitate, mama nu este un simplu vizitator: ea are un pat în interiorul unității de îngrijiri speciale pentru nou-născuți sau de îngrijire intensivă și devine un îngrijitor pe deplin implicat în îngrijirile continue ale copilului (49). Sunt necesare amenajări inovatoare pentru a adapta unitățile de îngrijire pentru nou-născuți existente și pentru a înființa noi unități de îngrijire care să găzduiască mamele. Există multe modele și adaptări care pot fi aplicate în diferite contexte. De exemplu, sălile de așteptare pentru mame aflate lângă unitățile de îngrijire pentru nou-născuți ar putea fi combinate într-o singură încăpere mare în care paturile pentru mame sunt plasate lângă mese radiante/incubatoare, există o stație centrală pentru alăptare și o toaletă adiacentă, baie, zonă pentru depozitarea laptelui matern extras și sterilizarea echipamentului de hrănire asistată (de exemplu, câniță tip paladai, câniță și lingură), zonă de examinare a mamei. Prin operaționalizarea noului cadru, menținerea mamei și a copilului împreună în unitatea de îngrijire pentru nou-născuți atunci când nou-născuții necesită îngrijiri speciale sau îngrijiri intensive poate simplifica infrastructura și furnizarea de servicii pentru îngrijirea combinată a mamei și a nou-născutului și poate contribui la promovarea introducerii imediate a îngrijirii de tip cangur.

O revizuire sistematică recentă care a comparat inițierea timpurie (în termen de 24 de ore de la naștere) cu inițierea tardivă (după 24 de ore de viață) a îngrijirii de tip cangur, care a inclus studiul iKMC și alte trei studii, sugerează că îngrijirea imediată de tip cangur este asociată cu o reducere cu 23% a mortalității neonatale, o reducere cu 15% a septicemiei nozocomiale, o reducere cu 26% a hipotermiei la externare și o creștere cu 12% a alăptării exclusive la externare (46).



**Îngrijirea de tip cangur ar trebui inițiată imediat după naștere la toți nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere, cu excepția cazului în care aceștia sunt grav bolnavi. Mamele, părinții și familiile ar trebui să fie sprijinite pentru a participa în mod activ la îngrijirea de rutină a sugarilor în timpul șederii lor în spital (5).**

### 3.2 Eficacitatea îngrijirii de tip cangur în îmbunătățirea pe termen lung (în perioada de sugar și ulterior) a sănătății nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere

Îngrijirea de tip cangur este asociată cu o mai bună dezvoltare și funcționare cognitivă și motorie, în special în rândul sugarilor cu risc crescut de deficite neurologice la scurt timp după naștere, precum și cu rezultate sociale și comportamentale mai bune pe termen lung (50-52). Charpak și colegii săi au urmărit sugari născuți cu greutate mică la naștere (sub 1,8 kg), care au fost înrolați într-un studiu controlat randomizat în Columbia, 20 de ani mai târziu. Astfel, au constatat că cei care au beneficiat de îngrijire de tip cangur au raportat rezultate neurologice anormale mai puțin severe, rezultate școlare mai bune, un comportament mai calm și mai rațional, șanse mai slabe de a deveni antisociali și reducerea abandonului școlar, comparativ cu copiii care nu au beneficiat de îngrijire de tip cangur (50, 51). Mai recent, aceeași echipă a observat că nou-născuții prematuri care au primit îngrijire de tip cangur după naștere au prezentat o maturizare cerebrală mai bună (de exemplu, în ceea ce privește inteligența, atenția, memoria și coordonarea), comparativ cu cei îngrijiți în incubator; aplicarea îngrijirii de tip cangur pe o perioadă mai lungă de timp a accentuat această asociere (52).

### 3.3 Avantaje pentru mame

Pe lângă avantajele pe termen scurt și lung pentru sănătatea nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere, îngrijirea de tip cangur are o valoare inegalabilă prin prisma beneficiilor pe care le aduce sănătății fizice și psihice a mamelor. Metoda facilitează îngrijirea maternă respectuoasă și transformă proaspetele mame în furnizori responsabili de asistență primară (53, 54). Aceasta joacă un rol decisiv în consolidarea încrederii și a priceperii mamelor în îngrijirea copiilor lor, mamele fiind mai mulțumite de această metodă de îngrijire a nou-născuților care consolidează atașamentul mamă-nou-născut (9). Mamele care practică această metodă au un risc cu 24% mai mic de simptome depresive moderate sau severe, probabil datorită responsabilizării lor ca îngrijitori principali și proprietăților fiziologice ale atașamentului sporit dintre mamă și copil (55).

În plus, s-a demonstrat că prin contactul piele-pe-piele imediat după naștere, se reduce durata celei de-a treia etape a travaliului (56) și a hemoragiei postpartum (57, 58). Sănătatea mintală a mamei în perioada postpartum contribuie la povara globală a bolilor și are consecințe negative asupra mamei însăși, a sugarului ei și a familiei sale (59). Îngrijirea de tip cangur, oferită ca parte a îngrijirii postnatale esențiale pentru fiecare nou-născut cu greutate mică la naștere, are potențialul de a îmbunătăți sănătatea mintală și fizică a mamei.

### 3.4 Avantaje pentru tați sau parteneri și familii



**Implicarea tăților sau a partenerilor și a familiilor este esențială deoarece ajută mamele să ofere îngrijire de tip cangur atât în unitatea sanitară, cât și acasă, după externare. Implicarea tăților și a familiei este deosebit de importantă atunci când mama este instabilă din punct de vedere medical sau se recuperează după o intervenție chirurgicală.**

Tății și partenerii își doresc să fie încurajați și susținuți în îngrijirea de rutină pe care o oferă bebelușilor lor, inclusiv în cazul îngrijirii de tip cangur (60). Tății, partenerii și alți membri ai familiei care joacă un rol activ în îngrijirea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, obțin multe beneficii de pe urma acestor îngrijiri de tip cangur. Datorită acestora, îngrijitorii se pot implica direct în protejarea și îngrijirea nou-născutului și sugarului; această implicare are un impact de durată asupra structurii familiei și a mediului obișnuit în care este crescut copilul (9, 61). În plus, tății sau partenerii și alți membri ai familiei care oferă îngrijire de tip cangur resimt o legătură și un atașament sporit cu sugarul, empatie față de acesta, sunt mai încrezători în rolul lor de îngrijitor și au o mai bună sănătate mintală și bunăstare (61, 62). De asemenea, s-a demonstrat că îngrijirea de tip cangur reduce depresia paternă și problemele de relaționare și îmbunătățește interacțiunile tată/partener – sugar (55, 61, 62).



### 3.5 Perspectivele și experiențele părinților

O revizuire sistematică recentă a constatat că părinții doresc să fie implicați activ în îngrijirea copiilor lor și consideră că îngrijirea de tip cangur este atât o oportunitate de a oferi îngrijire, cât și o ocazie de a trăi experiența de părinte (60). Cu toate acestea, deși metoda este o experiență reparatoare pentru părinți într-un mediu în care beneficiază de susținere, este oboșitoare dacă mediul reprezintă un obstacol, de exemplu, din cauza lipsei de intimitate (63). Printre factorii determinanți ai percepțiilor, practicilor, atitudinilor și valorilor familiei cu privire la îngrijirea de tip cangur se numără: cunoașterea de către îngrijitori a beneficiilor metodei; sprijinul oferit de personalul medical, de familie și de comunități; responsabilitățile de la locul de muncă sau de acasă care nu permit aplicarea metodei; teama de a afecta sănătatea copilului și starea de sănătate a mamei (64, 65). Printre elementele care vor facilita aplicarea îngrijirii de tip cangur de către părinți și alți îngrijitori se numără: consilierea pentru părinți sau familie, sprijin din partea personalului medical, a familiei și a societății; ore de vizită nerestricționate pentru părinți în unitățile sanitare; disponibilitatea unui spațiu privat și liniștit pentru a oferi îngrijire de tip cangur; îmbunătățirea politicilor de concediu de maternitate și sprijin pentru cazare în spital cu îngrijire adecvată (64-66).



O mamă îi oferă îngrijire de tip cangur unuia dintre gemenii ei la scurt timp după naștere. Ife-Ife, Nigeria.

### 3.6 Avantajele îngrijirii de tip cangur pentru nou-născut și mecanismele științifice care stau la baza acestora

O serie de mecanisme științifice explică multitudinea de beneficii observate la îngrijirea de tip cangur. Contactul imediat, continuu și prelungit piele-pe-piele și alăptarea stimulează secreția de oxitocină, ceea ce duce la o creștere a producției de lapte matern și la alăptare exclusivă care, la rândul ei, reduce hipoglicemia și îmbunătățește creșterea. Îngrijirea de tip cangur sporește/stimulează funcția imunitară a nou-născutului datorită transferului microbiotei protectoare de pe pielea mamei și a efectelor imunoregulatorie ale eliberării de oxitocină (de exemplu, dezvoltarea limfocitelor T și suprimarea citokinelor inflamatorii). Contactul piele-pe-piele imediat după naștere duce la reglarea stresului prin reducerea nivelului de cortizol și eliberarea de oxitocină. De asemenea, ajută la stabilizarea ritmului cardiac, reglarea excitației și o creștere în greutate mai mare și mai rapidă, prin intermediul unei creșteri a tonusului vagal care modulează ritmul cardiac și axa intestin-creier. Eliberarea de oxitocină îmbunătățește, de asemenea, interacțiunile dintre mamă și nou-născut și consolidează legătura, ceea ce ar putea favoriza dezvoltarea comportamentului social și a atașamentului sigur. Îngrijirea de tip cangur poate contribui, de asemenea, la maturizarea sistemului somatosenzorial și a conectivității funcționale, ceea ce duce la îmbunătățirea procesării senzoriale și a funcției cognitive. În plus, contactul timpuriu piele-pe-piele activează sistemele mezocorticolimbice dopaminergic și opioidergic endogene care promovează dezvoltarea circuitelor neuronale implicate în procesele cognitive sociale (67, 68).

În plus față de mecanismele neuroendocrine, îngrijirea de tip cangur limitează manipularea nou-născutului de către diferite cadre medicale, reducând astfel riscul de infecție și îmbunătățind calitatea generală a îngrijirii, sub supravegherea atentă a mamei și a personalului medical.

### 3.7 Intervenții în sistemul de sănătate pentru a obține o acoperire ridicată a îngrijirii de tip cangur la nivelul populației

În contextul punerii în aplicare a îngrijirii de tip cangur, Bergman și colegii săi au sintetizat dovezile privind intervențiile, strategiile și abordările sistemului de sănătate care asigură o acoperire ridicată a acestui tip de îngrijire pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere (69). Aceștia au constatat că studiile care au pus în aplicare intervenții de mare intensitate în mai multe componente ale sistemului de sănătate au condus la o creștere mai mare a acoperirii de îngrijire de tip cangur. Tipurile de intervenții implementate de studiile care au favorizat creșterea semnificativă a acoperirii au fost următoarele:

- Conducerea și guvernanta/politica
  - Mobilizarea la nivel înalt a liderilor (factori de decizie și directori de programe la nivel național, provincial, județean și personal de conducere, inclusiv personalul pediatric/neonatal și de obstetrică).
  - Politici de sprijinire a îngrijirii de tip cangur (eliminarea barierelor sistemice care împiedică mamele să fie alături de copiii lor, standarde de acreditare pentru unitățile sanitare, formare inițială pentru medici și asistenți medicali, zile suplimentare de concediu parental și indemnizații suplimentare pentru nașteri premature).
- Personalul medical
  - Personal de asistență medicală adecvat, cu abilități și motivație sporite de promovare a îngrijirii de tip cangur.
  - Implicarea organizațiilor profesionale și a promotorilor îngrijirii de tip cangur; colaborarea între personalul din maternitate și cel din neonatologie.
- Finanțarea domeniului sănătății
  - Integrarea în planurile și bugetele naționale a costurilor de înființare a unităților de îngrijire a mamei și nou-născuților și a serviciilor de îngrijire tip cangur, a resurselor umane și a costurilor de funcționare.
  - Extinderea asigurărilor de sănătate la nou-născuții cu greutate mică.
- Furnizarea de servicii
  - Unități de îngrijire a mamei-nou-născutului și secții pentru îngrijire de tip cangur cu un mediu propice (infrastructură, sprijin și consiliere; mâncare și băutură adecvate din punct de vedere cultural; toalete/săli de baie), cu sprijin pentru aplicarea imediată a îngrijirii de tip cangur în sălile de travaliu și în sălile de operație.
  - Sprijin pentru continuarea îngrijirii de tip cangur după externare la domiciliu, inclusiv monitorizarea sugarului prin vizite la domiciliu.
  - Mobilizarea comunității în promovarea îngrijirii de tip cangur.
  - Identificarea timpurie și facilitarea transferului nou-născuților cu greutate mică la naștere.
- Sisteme informatice informatice utilizate în domeniul sănătății
  - Înregistrarea îngrijirii tip cangur (registre clinice) în sistemele de date de rutină, folosind indicatori specifici.
- Materiale
  - Paturi, scaune și haine dedicate îngrijirii tip cangur.

De asemenea, s-a remarcat faptul că un grad de acoperire ridicat nu poate fi atins numai prin abordarea componentelor referitoare la forța de muncă din domeniul sănătății și la furnizarea de servicii. Extinderea aplicării îngrijirii de tip cangur presupune și vizarea unor componente precum conducerea și guvernanta, finanțarea domeniului sănătății și sistemele informatice.



**Sunt necesare intervenții ferme în mai multe componente ale sistemului de sănătate pentru a extinde în mod echitabil îngrijirea de tip cangur cu contact piele-pe-piele timp de cel puțin opt ore pe zi, integrată în îngrijirea nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi.**

### 3.8 Rentabilitatea și costurile suplimentare ale extinderii îngrijirii de tip cangur

Îngrijirea de tip cangur este mai eficientă decât îngrijirea convențională în privința îmbunătățirii stării de sănătate a nou-născuților, iar costul pe care îl presupune aplicarea îngrijirii de tip cangur într-o unitate sanitară este mai mic decât costul îngrijirii neonatale convenționale. Prin urmare, îngrijirea de tip cangur este mai rentabilă decât îngrijirea neonatală convențională. Există estimări ale costurilor pe care le presupune aplicarea îngrijirii de tip cangur în unități sanitare din țări precum Brazilia, Columbia, India, Republica Islamică Iran și Nicaragua. Deși acestea variază din cauza metodologiilor diferite, toate studiile raportează în mod sistematic costuri mai mici cu îngrijirea de tip cangur, în comparație cu îngrijirea convențională (70-75). S-a estimat că raportul cost/utilitate suplimentar al aplicării îngrijirii de tip cangur în unități sanitare, inclusiv urmărirea până la vârsta de un an, este cu 1.546 USD mai mic pe an de viață suplimentar ajustat pentru calitatea vieții câștigat, ceea ce înseamnă că îngrijirea de tip cangur este mai puțin costisitoare și mai eficientă decât îngrijirea convențională (70).

Cu toate acestea, din perspectiva extinderii la nivel global, este important să se cunoască nivelul costurilor de implementare a îngrijirii de tip cangur în așa fel încât să se obțină o acoperire ridicată la nivelul populației sau al unității administrativ-teritoriale, pentru a permite țărilor să planifice implementarea programatică. Grupul de studiu al OMS privind extinderea îngrijirii de tip cangur (76) a făcut o estimare a costului suplimentar al extinderii acestora (și anume costul îngrijirii de tip cangur în plus față de celelalte componente ale îngrijirii nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi) pentru fiecare nou-născut viu eligibil pentru acest tip de îngrijire în populația studiată. Costurile suplimentare totale ale extinderii au fost de 59 USD în locațiile etiopiene și 72 USD în locațiile indiene, pentru fiecare nou-născut eligibil din populație. Cele mai multe dintre aceste costuri au fost recurente; costurile de pornire anualizate pentru un nou-născut eligibil au reprezentat între 12% și 25% din costurile totale în Etiopia și între 9% și 16% din costurile totale în India. Resursele umane sunt principalul factor de cost, urmate de formarea inițială și continuă, de consumabile și de costurile de comunicare. Costurile suplimentare de infrastructură au reprezentat doar între 2% și 6% din costurile totale în ambele țări (76).

Deși aceste costuri pot fi considerate accesibile pentru sistemul de sănătate, guvernele trebuie să le includă în bugetul programelor de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului pentru a sprijini extinderea cu succes a îngrijirii de tip cangur. În plus, estimările trebuie reevaluate în contextul reconfigurării furnizării de servicii pentru mamă și nou-născut, necesară pentru a permite mamei și copilului să rămână împreună de la naștere. Această reevaluare va integra costurile de infrastructură pentru găzduirea mamei în unitatea de îngrijire nou-născuți, dacă este necesar, cu furnizarea de îngrijiri adecvate și respectuoase pentru mamă și copil ca un tot unitar. Deși ar putea fi necesară o investiție inițială pentru a pune în aplicare aceste modele de îngrijire respectuoasă și combinată a mamei și a nou-născutului, eficiența care rezultă din acestea, precum și calitatea și rezultatele îmbunătățite, cu o dependență redusă de sistemele de înaltă tehnologie care presupun utilizarea multor resurse, au toate șansele să fie foarte eficiente din punct de vedere al costurilor pe termen lung, din perspectiva programatică. În cazul unităților neonatale nou înființate, acest nou concept ar trebui să fie pus în aplicare încă de la început.



**Costurile de extindere cu succes a îngrijirii de tip cangur sunt accesibile. Sunt necesare costuri suplimentare pentru reconfigurarea furnizării de servicii care să permită o îngrijire combinată și respectuoasă pentru mamă și nou-născut, precum și aplicarea imediată a îngrijirii de tip cangur. Guvernele trebuie să includă aceste costuri în bugetele programelor de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului.**



Fotografie realizată de către Asociația Română pentru Nou-născuții Îndelung Spitalizați - ARNIS în Secția Terapie Intensivă Neonatală a Spitalului Clinic Județean de Urgență Sibiu cu ocazia Zilei Internaționale a Prematurității 2023.

# Recomandările OMS privind îngrijirea de tip cangur (actualizate în 2022)

## Recomandarea A1a: îngrijirea de tip cangur (5)

Îngrijirea de tip cangur este recomandată ca parte a îngrijirii de rutină pentru toți nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere. Aceasta poate fi pusă în aplicare în unitatea sanitară sau la domiciliu și ar trebui să dureze între 8 și 24 de ore pe zi (cât mai multe ore posibil).

*(Recomandare puternică, bazată pe dovezi cu grad ridicat de încredere privind reducerea mortalității, dovezi cu grad moderat de încredere privind reducerea infecțiilor și a hipotermiei și dovezi cu grad scăzut de încredere privind îmbunătățirea creșterii în greutate).*

### Observații

- Îngrijirea de tip cangur poate fi aplicată la domiciliu sau într-o unitate sanitară.
- Nou-născuții care beneficiază de îngrijire de tip cangur trebuie ținuti ferm pe pieptul mamei, folosind un sistem de purtare care să nu blocheze căile respiratorii.
- Ori de câte ori este posibil, mama ar trebui să ofere îngrijire de tip cangur. În cazul în care mama nu este disponibilă, tații sau partenerii și alți membri ai familiei pot, de asemenea, să ofere această îngrijire.
- Nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere care au nevoie de îngrijire intensivă ar trebui să fie îngrijiți în unități speciale, unde mamele, tații, partenerii și alți membri ai familiei pot sta 24 de ore pe zi.

## Recomandarea A.1b: aplicarea îngrijirii de tip cangur imediat după naștere (5)

În cazul nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, îngrijirea de tip cangur trebuie aplicată cât mai curând posibil după naștere.

*(Recomandare puternică, bazată pe dovezi cu grad ridicat de încredere privind reducerea mortalității și a hipotermiei și pe dovezi cu grad scăzut de încredere privind reducerea infecțiilor și îmbunătățirea creșterii în greutate).*

### Observații

- La domiciliu, nou-născuții care nu prezintă semne de pericol trebuie să primească imediat îngrijire de tip cangur.
- În unitățile sanitare, aplicarea imediată a îngrijirii de tip cangur poate fi începută înainte ca nou-născutul să fie stabil din punct de vedere clinic, cu excepția cazului în care acesta nu poate respira spontan după resuscitare, se află în stare de șoc sau necesită ventilație mecanică. Starea clinică a nou-născutului (inclusiv ritmul cardiac, respirația, culoarea, temperatura și saturația de oxigen, dacă este posibil) trebuie monitorizată.



În plus față de publicarea recomandărilor revizuite ale OMS privind îngrijirea de tip cangur, care pledează pentru o punere în aplicare mai rapidă și mai extinsă, noile recomandări ale OMS privind îngrijirea centrată pe familie (de exemplu, implicarea și sprijinul familiei în îngrijirea nou-născuților prematuri și cu greutate mică la naștere) (5) oferă acum o platformă fundamentală pentru introducerea îngrijirii de tip cangur și un punct de pornire pentru stimularea și îmbunătățirea punerii în aplicare a acesteia. Extinderea la scară largă a îngrijirii de tip cangur nu va fi posibilă fără o reconfigurarea a furnizării de servicii, care să se concentreze pe îngrijirea combinată a mamei și a nou-născutului ca un tot unitar, într-o singură locație, cu sprijinul taților sau partenerilor și al familiilor.



**Toate țările ar trebui să analizeze modalitățile de conversie sau de adaptare, după caz, a unităților de îngrijire a nou-născuților existente, astfel încât să permită mamei să rămână alături de copiii lor 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, chiar și atunci când aceștia sunt bolnavi și au nevoie de îngrijire în cadrul unității de îngrijire pentru nou-născuți. Țările care înființează noi unități de îngrijire pentru nou-născuți ar trebui să ofere, de la început, secții combinate de îngrijiri medicale și de sprijin respectuos pentru toate mamele și nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere.**





*Persson Pettersen, născut cu opt săptămâni înainte de termen, a primit îngrijire de tip cangur în prima săptămână de viață, Centrul NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.*



Mame și sugari cu greutate mică la naștere în unitatea de îngrijire tip cangur, Spitalul Memorial Dr. Jose Fabella. Manila, Filipine.

# 5

# Îngrijirea de tip cangur ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi și un apel la acțiune

## 5.1 Viziune

Această viziune asupra îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi și a mamelor lor implică faptul că mama și copilul, de la naștere, rămân împreună, sunt îngrijiți împreună și că barierele care împiedică apropierea lor sunt eliminate la toate nivelurile de îngrijire, în unitățile sanitare și în comunități. Aplicarea îngrijirii de tip cangur imediat după naștere va fi standardul de îngrijire în această abordare, împreună cu alte intervenții salvatoare de viață, pentru toate mamele și nou-născuții lor prematuri și cu greutate mică la naștere în mediile cu venituri mici, medii și mari, astfel încât mamele și copiii din toate țările să poată supraviețui și să se poată dezvolta.



**Noua viziune privind îngrijirile materne–neonatale are în vedere un model de furnizare de servicii în care mamele, nou-născuții, părinții și familiile formează o unitate indivizibilă în jurul căreia se organizează întreaga furnizare de servicii pentru mame–nou-născuți, în strânsă colaborare cu toți furnizorii de servicii medicale.**



*Un tată oferă îngrijire de tip cangur copilului său prematur în Spitalul Setthathirath din Vientiane, Republica Democrată Populară Laos.*

## 5.2 Apel la acțiune

Prezentul document de poziție invită următorii actori să ia măsurile indicate, în vederea realizării viziunii menționate mai sus.



### 5.2.1 Guverne naționale/ministere ale sănătății și finanțelor

- Să recunoască și să se angajeze să extindă utilizarea îngrijirii de tip cangur ca standard de îngrijire pentru toate mamele și nou-născuții lor prematuri sau cu greutate mică la naștere, la toate nivelurile de îngrijire spitalicească și comunitară.
- Să includă îngrijirea de tip cangur în politicile, ghidurile și bugetele naționale dedicate îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, ca parte a unor programe mai ample de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului. Costurile de punere în aplicare a îngrijirii de tip cangur, ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică și/sau bolnavi ar trebui să fie integrate în planurile naționale de acoperire universală cu servicii de sănătate.
- Să acorde prioritate îngrijirii de tip cangur pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi prin reforme de reglementare și legislative (de exemplu, politici de neimpozitare a serviciilor, prelungirea concediului parental și alocații pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere), prin finanțare (de exemplu, extinderea asigurărilor de sănătate pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere) și promovarea participării sectorului privat la efortul de extindere.
- Să înființeze în fiecare unitate administrativă-teritorială unități de îngrijire dedicate pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, cu un mediu propice îngrijirii centrate pe familie, pe baza îngrijirii de tip cangur, prin reconfigurarea sau adaptarea infrastructurii de asistență medicală în așa fel încât să permită mamei și nou-născutului să rămână împreună de la naștere și să primească îngrijirea de care au nevoie ca un tot unitar, într-un singur loc.
- Să includă indicatori privind îngrijirea de tip cangur în sistemele informatice standard utilizate în domeniul sănătății, în supravegherea demografică și a sănătății și/sau în anchetele pe grupe cu indicatori multipli astfel încât să monitorizeze în permanență acoperirea și calitatea și să fundamenteze măsurile corective.



### 5.2.2 Asociații profesionale

- Să dea un exemplu prin demonstrarea schimbărilor în practică.
- Să accepte, să aprobe și să pună în aplicare o politică prin care să garanteze că toate barierele sunt eliminate, că mamele și nou-născuții rămân împreună de la naștere (chiar și atunci când nou-născuții au o greutate mică la naștere și/sau sunt bolnavi) și sunt îngrijiți împreună ca un tot unitar. Să propună îngrijirea de tip cangur ca standard de îngrijire pentru toți nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere și pentru mamele acestora, atât în sectorul public, cât și în cel privat.



Solomon, în vârstă de 32 de ani, și soția sa Agere, în vârstă de 28 de ani, în contact piele-pe-piele cu gemenii lor prematuri în unitatea de îngrijire de tip cangur a Spitalului Felege Hiwot din Bahir Dar, Etiopia.

- Să stabilească și să mențină o strânsă colaborare interdisciplinară între organizațiile de îngrijire maternă și neonatală sau pediatrică. Să elaboreze ghiduri și protocoale comune pentru îngrijirea combinată mamă-nou-născut, să organizeze sesiuni comune de învățare și de formare pentru personalul medical și să se angajeze în eforturi continue de diseminare a cunoștințelor, de învățare reciprocă și de sensibilizare.
- Să dezvolte capacitatea și să susțină motivația și spiritul de inițiativă al personalului medical prin diseminarea de dovezi, educație medicală continuă, formare și sensibilizare.
- Să încurajeze personalul medical să monitorizeze toți nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere cel puțin în primul an de la naștere și să asigure o îngrijire ulterioară adecvată în vederea îmbunătățirii creșterii și dezvoltării și a reducerii mortalității și morbidității infantile.



### 5.2.3 Părinți, organizații de părinți și societatea civilă

- Să educe familiile și comunitățile astfel încât aceștia să recunoască și să aprecieze îngrijirea de tip cangur ca pe un drept fundamental al pacientului și să ceară ca mama și copilul să poată rămâne împreună de la naștere și să primească îngrijirea de care au nevoie în același loc, în orice moment.
- Să încurajeze tații/partenerii și familiile să capaciteze și să sprijine mamele în efortul de a furniza îngrijire de tip cangur în cadrul unității sanitare și la domiciliu după externare.
- Să se angajeze într-un dialog activ cu diverși actori din sistemul de sănătate pentru a sublinia importanța participării și a sprijinului familiei în îngrijirea de rutină a nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere în unitățile sanitare; să ofere feedback constructiv pentru îmbunătățirea calității.
- Să contribuie la înlăturarea miturilor culturale și a concepțiilor greșite despre nașterea prematură și îngrijirea de tip cangur.



### 5.2.4 Parteneri de dezvoltare multilaterali și bilaterali

- Să lucreze în parteneriat cu guvernele naționale în eforturile lor de a pune în aplicare și de a extinde îngrijirea de tip cangur ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, prin furnizarea de asistență tehnică și financiară (de exemplu, împrumuturi, granturi sau credite) și prin promovarea investițiilor străine și din sectorul privat.



### 5.2.5 Organizații donatoare

- Să furnizeze fonduri pentru studiile privind implementarea în vederea dezvoltării unor modele adaptate la context, în care mamele și nou-născuții pot rămâne împreună de la naștere și pot primi îngrijirea de care au nevoie, ca un tot unitar, într-un singur loc.
- Să sprijine îngrijirile integrate pentru mamă-nou-născut la scară națională, precum și crearea sau îmbunătățirea unităților de îngrijiri speciale sau de îngrijire intensivă pentru îngrijirea combinată mamă-nou-născut.



### 5.2.6 Mediul academic

- Să promoveze învățarea continuă prin cercetarea și documentarea experiențelor de implementare a îngrijirii de tip cangur.
- Să evalueze perspectivele economice și sociale și să insiste ca mamele și nou-născuții lor să rămână împreună după naștere și să primească îngrijire combinată într-un singur loc, îngrijirea de tip cangur fiind un standard de îngrijire în cadrul formării personalului medical (de exemplu, formarea inițială și continuă pentru îngrijirea maternă, perinatală și neonatală) și pentru îngrijirea nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi.



### 5.2.7 Sectorul privat

- Să recunoască și să pună în practică menținerea mamei și a nou-născutului împreună după naștere, ca un tot unitar, cu îngrijire combinată într-un singur loc, îngrijirea de tip cangur fiind standardul de îngrijire.
- Să sensibilizeze părinții și familiile cu privire la beneficiile îngrijirii de tip cangur, pentru a-i ajuta să o considere drept integrantă a unei îngrijiri neonatale de înaltă calitate.



6

Fotografie realizată de către Asociația Română pentru Nou-născuții Îndelung Spitalizați - ARNIS în Secția Terapie Intensivă Neonatală a Spitalului Clinic Județean de Urgență Sibiu cu ocazia Zilei Internaționale a Prematurității 2023.

# Concretizarea acestei viziuni în cadrul programelor de sănătate maternă și neonatală

## 6.1 Implementarea îngrijirii de tip cangur la scară globală

Implementarea îngrijirii de tip cangur la scară globală necesită un angajament din partea liderilor politici de nivel înalt și a managerilor de programe prin care să se asigure că mamele și nou-născuții lor rămân împreună după naștere și primesc îngrijire combinată, ca un tot unitar și într-un singur loc, folosind îngrijirea de tip cangur ca bază a îngrijirii pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi. Aceasta presupune o schimbare de paradigmă în privința îngrijirii mamei și a nou-născutului, cu o schimbare de politică la nivel național și subnațional, ceea ce ar asigura un buget dedicat pentru punerea în aplicare a îngrijirii de tip cangur ca parte a extinderii îngrijirii pentru nou-născuții cu greutate mică și/sau bolnavi, reconfigurarea sistemelor de furnizare de servicii pentru mame și nou-născuți, monitorizarea practicii de a ține mama și nou-născutul împreună și de a-i îngriji după naștere într-un singur loc precum și includerea indicatorilor de calitate și de acoperire cu această metodă în sistemele informatice standard utilizate în domeniul sănătății.

Agențiile Națiunilor Unite și alte părți interesate cheie din domeniul sănătății mamei, nou-născutului, copilului și adolescentului ar trebui să lanseze o mișcare globală de promovare care să vizeze liderii politici și managerii de programe naționale. Această mișcare ar trebui să includă apeluri scrise adresate șefilor de stat și de guvern, cu o promovare solidă și documentată a investițiilor, urmate de un angajament ferm între birourile regionale și naționale și ministerele sănătății și finanțelor pentru a încuraja guvernele să extindă îngrijirea de tip cangur ca bază a furnizării de servicii de sănătate pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi. Resursele pot fi mobilizate prin încheierea de memorandumuri de înțelegere între guvernele naționale, parteneri și donatori, prin promovarea includerii în bugetele naționale de sănătate a unui plan de reorganizare a furnizării de servicii materne și neonatale, cu un accent deosebit pe îngrijirea de nivel 2 pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, cu presiune pozitivă continuă în căile aeriene și îngrijire de tip cangur, prin combinarea investițiilor globale și ale sectorului privat pentru a sprijini eforturile de punere în aplicare la nivel local. Beneficiile reciproce ale îngrijirii de tip cangur pentru mame și sugari ar trebui să fie scoase în evidență în așa fel încât să determine comunitățile pentru sănătatea maternă și neonatală să își unească forțele pentru a încuraja consolidarea capacităților, punerea în aplicare și promovarea. Mediile caracterizate de o povară mare, în special cele în care sistemele de sănătate sunt perturbate sau slabe (inclusiv cele care se confruntă cu crize umanitare), pot necesita investiții mai mari pentru a accelera progresul în privința învățării și a celor mai bune practici de punere în aplicare a îngrijirii de tip cangur; într-adevăr, provocările și barierele cunoscute pot fi exacerbate în aceste medii și noi probleme pot apărea sau se pot concretiza. Deși partenerii care lucrează în aceste contexte au identificat pe bună dreptate îngrijirea de tip cangur ca având un impact ridicat, trebuie să li se acorde o mai mare prioritate pentru a promova operaționalizarea acestora și aplicarea lor în mediile cel mai slab deservite.

În cele din urmă, ar trebui elaborat un cadru de monitorizare și evaluare care să stabilească indicatori de intrare, de acoperire, de calitate și de impact pentru o monitorizare sistematică. Indicatorii ar trebui apoi testați și perfecționați pentru a măsura și evalua punerea în aplicare și calitatea îngrijirii de tip cangur la nivel subnațional, național și internațional. Țările ar trebui să integreze acești indicatori în sistemele informatice standard utilizate în domeniul sănătății, în anchetele demografice și de sănătate sau în anchetele de grup cu indicatori multipli. Datele privind acoperirea și calitatea îngrijirii de tip cangur ar trebui să fie colectate ca parte a monitorizării îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi și a obiectivelor ENAP, iar apoi utilizate pentru a îmbunătăți accesul și echitatea, în vederea maximizării impactului.



**Îngrijirea de tip cangur ar trebui să fie implementată în cadrul programelor naționale de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului ca bază de îngrijire pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, alături de toate intervențiile esențiale, bazate pe dovezi, pentru nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere.**

## 6.2 Elaborarea unei strategii pentru implementarea îngrijirii de tip cangur la scară globală

Menținerea mamei și a sugarului împreună este o recomandare pentru actorii din sistemul de sănătate; scopul este acela de a schimba norma privind separarea sugarilor și a părinților cu una în care sistemele de furnizare a serviciilor de sănătate sunt reorganizate în așa fel încât nevoile mamelor și ale sugarilor sunt abordate împreună. Această recomandare se bazează pe dovezile care arată ce este cel mai bine pentru acești sugari și respectă, de asemenea, drepturile femeilor și ale nou-născuților lor. Conform acestei recomandări, personalul medical trebuie să asculte și să intre în dialog cu mamele și familiile și să elaboreze un plan care să permită continuarea îngrijirii de tip cangur, respectând întotdeauna autonomia femeilor și conștientizând faptul că îngrijirea trebuie să fie întotdeauna adaptată nevoilor fiecărui pacient în parte. Îngrijirea de tip cangur ar trebui să fie pusă în aplicare ca parte integrantă a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, mai degrabă decât ca un program de sine stătător. Această nuanță este importantă și garantează faptul că nou-născuții prematuri sau cu greutate mică la naștere beneficiază de toată gama de intervenții esențiale, împreună cu îngrijirea de tip cangur, ca parte a unui pachet cuprinzător de îngrijiri care să le îmbunătățească supraviețuirea și bunăstarea.

Cu toate acestea, diversele părți interesate înțeleg în mod diferit îngrijirea de tip cangur și modalitatea de implementare a acesteia. Au existat, de asemenea, variații în ceea ce privește mecanismele prin care îngrijirea de tip cangur au fost introdusă și extinsă în diferite contexte naționale, iar guvernele au utilizat diverse abordări programatice pentru punerea acesteia în aplicare. Se observă o variabilitate între țări în ceea ce privește pachetele de servicii și mecanismele de furnizare, practicile, calitatea îngrijirii și monitorizarea la diferite niveluri de îngrijire (77). Prin urmare, este important să se creeze o înțelegere comună și un consens cu privire la strategia de punere în aplicare astfel încât întreaga comunitate care se ocupă de sănătatea mamei, a nou-născutului, copilului și adolescentului să fie pe aceeași lungime de undă. De asemenea, trebuie să contribuim la alinierea eforturilor de punere în aplicare în vederea obținerii unei acoperiri universale cu îngrijire de tip cangur ca bază a îngrijirii de înaltă calitate pentru nou-născuții cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi.

Grupul de lucru pentru îngrijirea de tip cangur a elaborat Strategia globală de implementare cu scopul de a oferi orientări privind aplicarea metodei în unități sanitare de diferite niveluri și la domiciliu, atât la nivel național, cât și subnațional. Această strategie poate fi adaptată diferitelor contexte naționale (77). OMS actualizează, de asemenea, Ghidul practic al îngrijirii de tip cangur, care a fost elaborat pentru prima dată în 2003 pentru a oferi personalului medical îndrumări cu privire la practicarea acesteia (36).



**Accesul la asistență medicală de înaltă calitate fără a întâmpina dificultăți financiare este un drept fundamental. Îngrijirea de tip cangur și în special aplicarea acesteia imediat după naștere poate servi drept bază solidă pentru furnizarea de servicii materne și neonatale foarte eficiente. Aceasta necesită investiții, dar va accelera progresul către o acoperire echitabilă cu servicii de sănătate vitale.**



*Gemenii Norvik, născuți cu patru săptămâni înainte de termen, au primit multe ore de îngrijire tip cangur în fiecare zi. Aici, la o săptămână după naștere, sunt alimentați prin sondă și alăptați. Centrul NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.*



© LLD Photography / Idowu Olanide

7

*Stephen Blessing, în vârstă de 29 de ani, cu copilul său în poziția cangur, în secția combinată de îngrijiri materno-neonatale a Spitalului Universitar Obafemi Awolowo, Ile-ife, Nigeria.*

# Concluzie

Posibilitatea de a participa la îngrijirea propriei sănătăți și a sănătății copilului este un drept fundamental al omului pentru toate mamele, toți tații sau partenerii și toate familiile. Îngrijirea de tip cangur îmbunătățește supraviețuirea, sănătatea și dezvoltarea nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, permite părinților să devină agenți puternici ai schimbării modului de îngrijire a sugariilor și determină creșterea nivelului lor de satisfacție în legătură cu îngrijirea lor și a sugariilor lor. Acestea presupun reconfigurarea și reorganizarea îngrijirii materne și neonatale, astfel încât mama și nou-născutul să rămână împreună după naștere, indiferent de orice boală, și să primească îngrijire combinată ca un tot unitar, într-un singur loc.

În prezent există dovezi solide în favoarea îngrijirii de tip cangur pentru îngrijirea de rutină a tuturor nou-născuților prematuri sau cu greutate mică la naștere, atât în unitățile sanitare, cât și la domiciliu, imediat după naștere. Aceste dovezi ne arată și cum se poate obține o acoperire ridicată a acestei metode la nivelul populației în sistemele de sănătate de rutină. Îngrijirea de tip cangur ar trebui să fie implementată la nivel național în cadrul programelor de sănătate a mamei, nou-născutului și copilului ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi, incluzând toate intervențiile esențiale bazate pe dovezi pentru supraviețuirea și bunăstarea acestor sugari. Au rămas mai puțin de opt ani pentru a atinge Obiectivele de Dezvoltare Durabilă 2030, prin urmare este imperativ să se depună urgent eforturi dedicate în direcția extinderii acestei intervenții vitale care sporește bunăstarea și care va contribui semnificativ la realizarea acest obiectiv.

Prezentul document de poziție face apel la comunitatea globală pentru sănătatea mamei, nou-născutului și copilului, la liderii politici și la managerii de programe naționale, precum și la familii, să sprijine îngrijirea de tip cangur ca bază a îngrijirii nou-născuților cu greutate mică la naștere și/sau bolnavi în toate contextele.



*Este rândul bunicii să aibă grijă de bebeluș. (Sunt aceeași bunică și același bebeluș ca la pagina 8). Spitalul Central Queen Elisabeth, Malawi.*

## 8. Referințe bibliografice<sup>1</sup>

1. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106–15. ([https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00311-4)).
2. Brownell M, Enns J. Reducing child mortality in high-income countries: where to from here? *Lancet*. 2018;391(10134):1968–9. doi:10.1016/s0140-6736(18)30938-3.
3. McKinnon B, Harper S, Kaufman JS, Bergevin Y. Socioeconomic inequality in neonatal mortality in countries of low and middle income: a multicountry analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(3):e165-73. doi:10.1016/S2214-109X(14)70008-7.
4. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 2019;393(10190):2535–49. doi:10.1016/S0140-6736(19)30648-8.
5. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183037>).
6. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de C Z, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 1997;100(4):682–8. doi:10.1542/peds.100.4.682.
7. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11):CD003519.
8. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>).
9. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2017(8):CD002771.
10. Minckas N, Medvedev MM, Adejuyigbe EA, Brotherton H, Chellani H, Estifanos AS et al. Preterm care during the COVID-19 pandemic: a comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to SARS-CoV-2 infection. *EClinicalMedicine*. 2021 Mar;33:100733. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100733.
11. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326495>).
12. Mazumder S, Taneja S, Dube B, Bhatia K, Ghosh R, Shekhar M et al. Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low birthweight: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;394(10210):1724–36. doi:10.1016/S0140-6736(19)32223-8.
13. WHO Immediate KMC Study Group, Arya S, Naburi H, Kawaza K, Newton S, Anyabolu CH et al. Immediate “kangaroo mother care” and survival of infants with low birth weight. *N Engl J Med*. 2021;384(21):2028–38. doi:10.1056/NEJMoa2026486.
14. Dol J, Richardson B, Bonet M, Langlois EV, Parker R, Scott H et al. Timing of maternal and neonatal mortality and morbidity in healthy women and newborns during the postnatal period: a systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. 2021;19(3):629–43. doi:10.11124/JBIES-20-00036.
15. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(10):1466–75. doi.org/10.1093/heapol/czx098.
16. Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E, Myslinski S, Cairns-Smith S, Mulligan B et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. *PloS One*. 2015;10(5):e0125643. doi:10.1371/journal.pone.0125643.

17. Vesel L, Bergh AM, Kerber KJ, Valsangkar B, Mazia G, Moxon SG et al. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2(S2):S5. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S5.
18. Hailegebriel TD, Bergh AM, Zaka N, Roh JM, Gohar F, Rizwan S et al. Improving the implementation of kangaroo mother care. *Bull World Health Organ*. 2021;99(1):69–71. doi:10.2471/BLT.20.252361.
19. Bergh A-M, Gupta S, Rao S. Programmatic implementation of kangaroo mother care: a systematic synthesis of grey literature. medRxiv 2023.04.05.23288153. doi:10.1101/2023.04.05.
20. Torres LM, Mazia G, Guenther T, Valsangkar B, Wall S. Monitoring the implementation and scale-up of a life-saving intervention for preterm and small babies: facility-based kangaroo mother care. *J Glob Health*. 2021;11(14001):14001. doi:10.7189/jogh.11.14001.
21. Mony PK, Tadele H, Gobezaayehu AG, Chan GJ, Kumar A, Mazumder S et al. Scaling up kangaroo mother care in Ethiopia and India: a multi-site implementation research study. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e005905. doi:10.1136/bmjgh-2021-005905.
22. Blencowe H, Krusevec J, de Onis M, Black RE, An X, Stevens GA et al. National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(7):e849–60. doi:10.1016/S2214-109X(18)30565-5.
23. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37–46. doi:10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
24. Katz J, Lee AC, Kozuki N, Lawn JE, Cousens S, Blencowe H et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet*. 2013;382(9890):417–25. doi:10.1016/S0140-6736(13)60993-9.
25. Christian P, Lee SE, Donahue Angel M, Adair LS, Arifeen SE, Ashorn P et al. Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational age and preterm birth in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol*. 2013;42(5):1340–55. doi:10.1093/ije/dyt109.
26. Allotey J, Zamora J, Cheong-See F, Kalidindi M, Arroyo-Manzano D, Asztalos E et al. Cognitive, motor, behavioural and academic performances of children born preterm: a meta-analysis and systematic review involving 64 061 children. *BJOG*. 2018;125(1):16–25. doi:10.1111/1471-0528.14832.
27. Upadhyay RP, Naik G, Choudhary TS, Chowdhury R, Taneja S, Bhandari N et al. Cognitive and motor outcomes in children born low birth weight: a systematic review and meta-analysis of studies from South Asia. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):35. doi:10.1186/s12887-019-1408-8.
28. Sacchi C, Marino C, Nosarti C, Vieno A, Visentin S, Simonelli A. Association of intrauterine growth restriction and small for gestational age status with childhood cognitive outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020;174(8):772–81. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1097.
29. de Mendonça ELSS, de Lima Macêna M, Bueno NB, de Oliveira ACM, Mello CS. Premature birth, low birth weight, small for gestational age and chronic non-communicable diseases in adult life: a systematic review with meta-analysis. *Early Hum Dev*. 2020;149(105154):105154. doi:10.1016/j.earlhumdev.2020.105154.
30. Mericq V, Martinez-Aguayo A, Uauy R, Iñiguez G, Van der Steen M, Hokken-Koelega A. Long-term metabolic risk among children born premature or small for gestational age. *Nat Rev Endocrinol*. 2017;13(1):50–62. doi:10.1038/nrendo.2016.127.

31. WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363131>).
32. WHO recommendation on tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363128>).
33. Manejo racional del niño prematuro. In: Proceedings of the Conference 1 Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Bogota, Colombia: Fundacion Vivar; 1981.
34. Charpak N, Ruiz JG. Latin American Clinical Epidemiology Network Series – Paper 9: The kangaroo mother care method: from scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *J Clin Epidemiol.* 2017;86:125–8. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.05.019.
35. Bergh A-M, de Graft-Johnson J, Khadka N, Om’Iniabohs A, Udani R, Pratomo H et al. The three waves in implementation of facility-based kangaroo mother care: a multi-country case study from Asia. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016;16(1):4. doi:10.1186/s12914-016-0080-4.
36. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42587>).
37. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44864>).
38. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/127938>).
39. Report of the third meeting of the WHO strategic and technical advisory group of experts for maternal, newborn, child and adolescent health and nutrition, 27–29 April 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/stage/final-report-of-the-third-meeting-of-the-who-strategic-and-technical-advisory-group-of-experts-for-mncah-nutrition.pdf>, accessed 21 April 2023).
40. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030: moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020–2025. Geneva and New York: World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2020 July (<https://www.unicef.org/reports/ending-preventable-newborn-deaths-stillbirths-quality-health-coverage-2020-2025>).
41. Moxon SG, Ruysen H, Kerber KJ, Amouzou A, Fournier S, Grove J et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15 Suppl 2(S2):S8. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S8.
42. Moran AC, Requejo J. Count every newborn: EN-BIRTH study improving facility-based coverage and quality measurement in routine information systems. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(Suppl 1):227. doi:10.1186/s12884-20-03427-4.
43. Salim N, Shabani J, Peven K, Rahman QSU, Kc A, Shamba D et al. Kangaroo mother care: EN-BIRTH multi-country validation study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(Suppl 1):231. doi:10.1186/s12884-20-03423-8.
44. Countdown to 2015: maternal, newborn & child survival: fulfilling the health agenda for women and children. The 2014 report. New York and Geneva: United Nations Children’s Fund and World Health Organization; 2014 (<https://data.unicef.org/resources/countdown-to-2015-maternal-newborn-child-survival-fulfilling-the-health-agenda-for-women-and-children-the-2014-report/>, accessed 30 November 2022).
45. Every newborn progress report 2019. Geneva: World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://iris.who.int/handle/10665/368723>).
46. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health.* 2023.
47. Charpak N, Montealegre-Pomar A, Bohorquez A. Systematic review and meta-analysis suggest that the duration of kangaroo mother care has a direct impact on neonatal growth. *Acta Paediatr.* 2021;110(1):45–59. doi.org/10.1111/apa.15489.
48. Montealegre-Pomar A, Charpak N. Individual factors determine how long infants born preterm or with a low birth weight need to be kept in the kangaroo position. *Acta Paediatr.* 2022;111(2):305–6. doi:10.1111/apa.16168.
49. Chellani H, Arya S, Mittal P, Bahl R. Mother-newborn care unit (MNCU) experience in India: a paradigm shift in care of

- small and sick newborns. *Indian J Pediatr.* 2022;89(5):484–9. doi:10.1007/s12098-022-04145-9
50. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics.* 2017;139(1):e20162063. doi:10.1542/peds.2016-2063.
  51. Ropars S, Tessier R, Charpak N, Uriza LF. The long-term effects of the kangaroo mother care intervention on cognitive functioning: results from a longitudinal study. *Dev Neuropsychol.* 2018;43(1):82–91. doi:10.1080/87565641.2017.1422507.
  52. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Uriza F, Hernandez JT, Cortes D et al. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr.* 2022;111(5):1004–14. doi:10.1111/apa.16265.
  53. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reprod Health.* 2017;14(1). doi:10.1186/s12978-017-0326-1.
  54. Rao SPN, Minckas N, Medvedev MM, Gathara D, Prashantha YN, Seifu Estifanos A et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences. *BMJ Glob Health.* 2021;6(3):e004347. doi:10.1136/bmjgh-2020-004347.
  55. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effect of kangaroo mother care for low-birth-weight and preterm infants on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Org.* 2023 (<https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977>).
  56. Karimi FZ, Heidarian Miri H, Salehian M, Khadivzadeh T, Bakhshi M. The effect of mother-infant skin to skin contact after birth on third stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health.* 2019;48(4):612–20. doi:10.18502/ijph.v48i4.982.
  57. Fouly H. Assess the effectiveness of using kangaroo mother care on reducing postpartum bleeding among laboring women: a randomized control trial. *Women Health Care and Issues.* 2021;4(6):1–9. doi:10.31579/2642-9756/092.
  58. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: results of a cohort study. *Midwifery.* 2015;31(11):1110–7. doi:10.1016/j.midw.2015.07.008.
  59. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting, Geneva, Switzerland, 30 January – 1 February, 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43975>).
  60. Hurt L, Odd D, Mann M, Beetham H, Dorgeat E, Isaac TCW et al. What matters to families about the healthcare of preterm or low birth weight infants: a qualitative evidence synthesis. *bioRxiv.* 2022. doi:10.1101/2022.06.22.22276770.
  61. Tessier R, Charpak N, Giron M, Cristo M, de Calume ZF, Ruiz-Peláez JG. Kangaroo mother care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatr.* 2009;98(9):1444–50. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x.
  62. Dong Q, Steen M, Wepa D, Eden A. Exploratory study of fathers providing kangaroo care in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2022. doi:10.1111/jocn.16405.
  63. Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Tingvall M, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – part 2: a qualitative meta-synthesis. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2014;9(1):24907. doi:10.3402/qhw.v9.24907.
  64. Smith ER, Bergelson I, Constantian S, Valsangkar B, Chan GJ. Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatr.* 2017;17(1):35. doi:10.1186/s12887-016-0769-5.
  65. Lewis TP, Andrews KG, Shenberger E, Betancourt TS, Fink G, Pereira S, McConnell M. Caregiving can be costly: a qualitative study of barriers and facilitators to conducting kangaroo mother care in a US tertiary hospital neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):227. doi:10.1186/s12884-019-2363-y.
  66. Mu P-F, Lee M-Y, Chen Y-C, Yang H-C, Yang S-H. Experiences of parents providing kangaroo care to a premature infant: a qualitative systematic review. *Nurs Health Sci.* 2020;22(2):149–61. doi:10.1111/nhs.12631.
  67. Carozza S, Leong V. The role of affectionate caregiver touch in early neurodevelopment and parent-infant

- interactional synchrony. *Front Neurosci.* 2020;14:613378. doi:10.3389/fnins.2020.613378.
68. Moberg KU, Handlin L, Petersson M. Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact – with a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant Behav Dev.* 2020;61(101482):101482. doi:10.1016/j.infbeh.2020.101482.
  69. Nils Bergman, Kvinnor och Barns Hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, personal communication.
  70. Ruiz JG, Charpak N, Castillo M, Bernal A, Ríos J, Trujillo T et al. Latin American Clinical Epidemiology Network Series – Paper 4: Economic evaluation of kangaroo mother care: cost utility analysis of results from a randomized controlled trial conducted in Bogotá. *J Clin Epidemiol.* 2017;86:91–100. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.10.007.
  71. Broughton EI, Gomez I, Sanchez N, Vindell C. The cost-savings of implementing kangaroo mother care in Nicaragua. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(3):176–82.
  72. Sharma D, Murki S, Oleti TP. Study comparing “kangaroo ward care” with “intermediate intensive care” for improving the growth outcome and cost effectiveness: randomized control trial. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(22):2986–93. doi:10.1080/14767058.2017.1359832.
  73. Jannati A, Vahidi R, Bayan H, Ghoddoosi-Nejad J, Gholipour K, Hosseini M. Cost and effectiveness analysis of kangaroo mother care and conventional care method in low birth weight neonates in Tabriz 2010-2011. *J Clin Neonatol.* 2014;3(3):148. doi:10.4103/2249-4847.140401.
  74. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr.* 2000;20(1):22–6. doi:10.1080/02724930092020.
  75. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr.* 1998;87(9):976–85. doi:10.1080/080352598750031653.
  76. WHO KMC Scale Up Study Group. Incremental costs of scaling up kangaroo mother care: results from implementation research in Ethiopia and India. *Acta Paediatr.* 2022. doi:10.1111/apa.16490.
  77. Kangaroo mother care: implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts. Geneva: World Health Organization; 2023. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://iris.who.int/handle/10665/367625>).



## Biroul Regional al OMS pentru Europa

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este o agenție de specialitate a Organizației Națiunilor Unite fondată în 1948, având ca responsabilitate principală problemele internaționale de sănătate și sănătatea publică. Biroul Regional al OMS pentru Europa este unul dintre cele șase Birouri Regionale din întreaga lume, fiecare cu propriul program bazat pe condițiile de sănătate specifice ale țărilor pe care le deservește.

### Statele membre

Albania	Letonia
Andorra	Lituania
Armenia	Luxemburg
Austria	Macedonia de Nord
Azerbaidjan	Malta
Belarus	Monaco
Belgia	Muntenegru
Bosnia și Herțegovina	Norvegia
Bulgaria	Polonia
Cehia	Portugalia
Cipru	Regatul Țărilor de Jos
Croația	Republica Moldova
Danemarca	România
Elveția	San Marino
Estonia	Serbia
Federația Rusă	Slovacia
Finlanda	Slovenia
Franța	Spania
Georgia	Suedia
Germania	Tadjikistan
Grecia	Turcia Turkmenistan
Irlanda	Țările Regatului Unit
Islanda	Ucraina
Israel	Ungaria
Italia	Uzbekistan
Kazahstan	
Kârgâzstan	



WHO/EURO:2025-6146-45911-79199 (PDF);  
WHO EURO:2025-6146-45911-79200 (print)

### Organizația Mondială a Sănătății Biroul Regional pentru Europa

UN City, Marmorvej 51,  
DK-2100 Copenhagen Ø, Danemarca

TEL	+45 45 33 70 00
FAX	+45 45 33 70 01
EMAIL	eurocontact@who.int
WEB	www.who.int/europe