



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Beneficios del Método Madre Canguro

Estudiante: Ana Bacigalupe Martínez

Tutelado por: Isabel Carrero Ayuso

Soria, 31 de mayo de 2017

“Los niños son el recurso más importante del mundo y la mejor esperanza para el futuro”.

John Fitzgerald Kennedy

RESUMEN

Introducción. El Método Madre Canguro es el medio natural por el cual se realizan atenciones y cuidados a los bebés prematuros y a los que presentan bajo peso al nacer. Consta de dos pilares fundamentales, la lactancia materna y el contacto piel con piel. Constituye una técnica eficaz, fácil de realizar, económica, además de cubrir las necesidades del niño y de ser una alternativa óptima al cuidado en la incubadora. Se inicia tras el parto, dejando al neonato sobre el pecho de su madre, lo que promoverá que el niño busque el pecho de la madre para amamantarse.

Objetivos. Valorar la eficacia del MMC en prematuros o bebés con bajo peso al nacer.

Resultados. Con la aplicación del MMC encontramos ventajas como la mejora de la termorregulación o la reducción de episodios de apnea; también favorece la lactancia materna, reduce el riesgo de infección, permite una mayor ganancia de peso, reduce la estancia hospitalaria, etc. Pero no solo encontramos ventajas para el neonato, también las madres y los padres se ven beneficiados ya que con el empleo del MMC y la instauración precoz de la lactancia materna se favorece la involución uterina tras el parto (al aumentar el tono del útero), se reduce el riesgo de cáncer de mama y, siempre que la lactancia sea exclusiva, se prolonga la fertilidad ya que se impiden la ovulación y la menstruación. Además, aumenta la confianza de los padres en el cuidado de sus hijos.

Conclusión. Según la bibliografía consultada, el neonato prematuro o con bajo peso al nacer, va a obtener con la aplicación de este método una serie de beneficios que están suficientemente demostrados.

Palabras clave: *Método Madre Canguro, prematuro, bajo peso al nacer, lactancia materna.*

ABSTRACT

Introduction. The Kangaroo Mother Method (KMM) is the natural means by which attentions and care are given to premature babies and those with low birth weight. It consists of two fundamental pillars, breastfeeding and skin-to-skin contact. Apart from being an effective, economical and easy to carry out technique, it covers the needs of the child and is an optimal alternative to the care in the incubator. It begins with the baby being left on the breast of his mother, which will encourage the child to seek the breast of the mother to breastfeed.

Objective. To assess the effectiveness of KMM in preterm infants or low birth weight infants.

Results. With the application of KMM, there are some advantages such as improved thermoregulation, reduction of apnea episodes, breastfeeding, lower risk of infection, greater weight gain, reduced hospital stay, etc. Nevertheless, not only we find advantages for the neonate, mothers and fathers also benefit because KMM and early breastfeeding favor the uterine involution after childbirth, as it increases the tone of the uterus, reduce the risk of breast cancer and, if exclusive, prolongs fertility since it prevents ovulation and menstruation. In addition, it increases the confidence of parents in the care of their children.

Conclusions. According to the bibliography consulted, the premature or low birth weight neonate's benefits with this method are sufficiently tested.

Key words: *Kangaroo-Mother Care Method, premature, low birth weight, breast-feeding.*



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Campus Universitario Duques de Soria



ÍNDICE

1. Introducción.....	2
2. Justificación.....	4
3. Competencias.....	5
4. Objetivos.....	6
5. Metodología.....	7
6. Desarrollo del tema.....	9
6.1. Descripción del bebé prematuro.....	9
6.2. Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	10
6.3. Cuidados del prematuro.....	11
6.4. Método Madre Canguro y lactancia materna.....	12
7. Discusión.....	18
8. Conclusiones.....	21
9. Bibliografía.....	22

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Proceso de selección de artículos.....	7
Figura 1. Posición canguro.....	14
Figura 2. Posición canguro al dormir.....	15
Figura 3. Ausencia de la madre, continuación del método.....	15

1. INTRODUCCIÓN

Durante siglos, y formando parte de los usos y costumbres de la mayoría de las culturas para proteger al recién nacido, y como primera muestra de cariño, afecto y reconocimiento mutuo entre madre y bebé, se establecía el método piel con piel entre ambos, pero las prácticas extendidas de hospitalización de las madres para poder tener sus hijos de una manera más segura y en unos entornos más proclives a las atenciones, cuidados y vigilancia de los neonatos han reducido drásticamente este contacto piel con piel¹.

Dependiendo del momento de su nacimiento, los bebés se pueden clasificar en:

- Prematuro, cuando tienen entre 21 y 37 semanas de gestación. El 15% de los nacimientos prematuros corresponde a embarazos múltiples, como gemelos o trillizos fundamentalmente.
- A término, cuando el momento del nacimiento está entre las 37 y las 42 semanas de gestación.
- Posttérmino, o postmaduro, cuando el bebé nace después de las 42 semanas de gestación².

Aunque se considera como bebé prematuro a aquel que tiene menos de 37 semanas de gestación, cabe la posibilidad de que los bebés prematuros tardíos, que cumplen entre las 35 y las 37 semanas, no sean considerados como tales².

Se considera como neonato de bajo peso, independientemente de su edad gestacional, a aquel que al nacer tiene un peso inferior a 2500 gramos. Esto puede ser debido tanto a la prematuridad como a anomalías durante el crecimiento intrauterino³.

Tanto los niños prematuros como los de bajo peso al nacer presentan normalmente ciertas dificultades para controlar su temperatura, para respirar y, en determinados casos, hasta para alimentarse. Nacen con inmadurez en sus órganos y en sus sistemas y presentan mayor vulnerabilidad ante las enfermedades, además de ser más sensibles a los agentes externos como la luz o el ruido⁴.

El Método Madre Canguro (MMC) es el medio natural por el cual se realizan atenciones y cuidados a los recién nacidos prematuros y a los que presentan bajo peso al nacer, manteniéndolos piel a piel con su madre³. Constituye una técnica eficaz, fácil de realizar, económica, además de cubrir las necesidades del niño y de ser una alternativa óptima al cuidado en la incubadora⁵.

El MMC tiene tres componentes, posición, nutrición y control clínico, que, respectivamente, hacen referencia a la colocación del bebé en posición vertical en el pecho de su madre, a la lactancia materna exclusiva y a los controles y consultas programadas⁶.

Con este sencillo método se consiguen cubrir todas las necesidades del bebé en materia de lactancia materna, calor, seguridad y amor³; disminuye el riesgo de infecciones, se acelera la adaptación metabólica y mejora la termorregulación⁷; también favorece la vinculación padres-hijo devolviendo a los primeros el protagonismo en el cuidado de sus hijos en sus primeras semanas⁵.

En España, la prematuridad alcanza un 10% de los nacimientos⁸. Según la OMS, anualmente se producen en el mundo unos 20 millones de nacimientos de niños que presentan bajo peso al nacer. Es en los países menos desarrollados donde nos encontramos la mayoría de estos nacimientos antes de término. Los factores que intervienen como causas fundamentales para que esto sea así son: la raza, un corto intervalo entre embarazos, el tabaquismo, una situación socioeconómica baja, la falta de educación e información, un irregular apoyo familiar, etc.⁹.

El nacimiento de un bebé prematuro es en sí un factor estresante que incide directamente en la sensibilidad y en la habilidad de las madres y en sus cuidados, máxime si estos bebés son hijos de madres adolescentes. El 11% de los nacimientos mundiales son de niñas adolescentes y el 95% de estos embarazos se producen en países con bajos ingresos y en vías de desarrollo. En comparación con los países desarrollados la tasa de embarazo adolescente en los países subdesarrollados es cinco veces mayor. El embarazo adolescente lleva aparejados serios riesgos para la madre y el niño, teniendo para la madre probabilidades de mortandad⁶.

La falta de incubadoras y la alta incidencia de infecciones hospitalarias determinaron que, a finales de los años 70 del s. XX, los doctores colombianos Rey y Martínez comenzaran un programa que planteó el contacto piel con piel entre los pechos de la madre⁷.

No es casualidad que el MMC se planteara inicialmente en Colombia dado que este país muestra unas cifras preocupantes en mortalidad neonatal, siendo estas el 57% de todas las muertes en el primer año de vida⁹.

El MMC debe contribuir a apoyar el papel protector y reducir el estrés de la madre, y a ayudar a organizar los sistemas motor y fisiológico para alcanzar la tranquilidad del niño¹⁰.

2. JUSTIFICACIÓN

Considerando el proceso de gestación como un sistema único, cerrado e inseparable entre la madre y el niño⁵, se entiende que, una vez producido el parto, el contacto físico entre madre y recién nacido debe mantenerse por todos los beneficios que conlleva, independientemente de todos los factores externos que influyen tanto en el nacimiento como en los cuidados del recién nacido y de la madre, así como del estado y patologías de ambos.

El MMC se utiliza en niños prematuros o recién nacidos a término con bajo peso al nacer³. Teniendo en cuenta que el recurso más importante para realizar el MMC es la madre, además de la formación del personal en las unidades neonatales, es curioso que en España solo en la mitad de las unidades que atienden a niños con un peso inferior a 1500 gramos está implantado el MMC⁵.

El equipo de enfermería actúa como un recurso imprescindible y sirve de eslabón fundamental y transmisión del conocimiento hacia los padres, para el desarrollo y la correcta realización del método.

Se necesitaría la realización de ensayos para avalar los beneficios de este método en la prevención de infecciones, la participación e implicación de la familia en su aplicación, la formación y educación del personal enfermero como conductor de esta práctica así como, una unidad de neonatología de puertas abiertas para facilitar el libre acceso a los padres que no limite ni las visitas, ni los horarios, ni la duración de las mismas, disponiendo y facilitando la intimidad y la comodidad en la aplicación de este método⁸.

3. COMPETENCIAS

3.1. Transversales

- Capacidad para aplicar el razonamiento crítico.
- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad para planificar y evaluar.
- Capacidad para desarrollar la creatividad.
- Capacidad para desarrollar habilidades de gestión de la información.

3.2. Específicas

- Según la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio:

Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud

4. OBJETIVOS

4.1. General

- Valorar la eficacia del MMC en prematuros o bebés con bajo peso al nacer.

4.2. Específicos

- Detectar las necesidades tanto de las familias como de los propios niños prematuros o con bajo peso al nacer.
- Conocer las diferentes actividades enfermeras que pueden llevarse a cabo para ayudar tanto a las familias como a los niños.
- Analizar los beneficios de la lactancia materna.
- Favorecer la adquisición de conocimientos a los padres de estos niños.

5. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la que se han consultado diversas bases de datos, páginas web, revistas electrónicas y libros especializados.

Entre las bases de datos utilizadas destacamos, tanto a nivel nacional como internacional, las siguientes:

- SciELO: biblioteca virtual cuyo fin es proporcionar acceso libre y universal a revistas científicas especializadas en salud pública relacionadas con los países de Iberoamérica.
- PubMed: base de datos estadounidense que contiene más de 27 millones de referencias biomédicas de Medline, revistas científicas y libros en línea.
- CUIDEN: es una base de datos de origen latinoamericano específica en enfermería que pertenece a la fundación Index. En ella se engloban diversas producciones de carácter científico como libros, revistas científicas, monografías y documentos no publicados.

Asimismo, uno de los pilares del marco teórico del trabajo ha sido la información extraída de la guía práctica que ofrece el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el MMC.

En cuanto a los demás recursos electrónicos utilizados, señalar que se accedió a ellos a través de Google académico. Para ello, las palabras clave que se emplearon fueron: “Método Madre Canguro”, “*Kangaroo-Mother Care Method*”, “beneficios del Método Madre Canguro”, “prematuro”, “*premature*”, “lactancia materna”, “*breast feeding*”, “bajo peso al nacer”, “*low birth weight*”.

Respecto a los criterios de inclusión, tomamos como válida la información que se ajustase a una serie de características. Por un lado, que se tratase de textos gratuitos escritos en inglés y castellano, con una antigüedad no superior a 10 años, con la condición de que los artículos hablasen sobre este método en humanos, excluyendo a lo animales. No obstante, mencionar que la búsqueda de información para la elaboración de este trabajo se inició a finales de 2016 y, por tanto, la antigüedad de estos escritos se determinará a partir de dicho año. Por otro lado, y en relación a la guía práctica de la OMS, aclarar que su última actualización data del año 2004, por lo que se entiende que es una guía válida y vigente. Finalmente, se ha buscado que la información recabada se adecuase y diera respuesta a los objetivos establecidos al inicio del trabajo, priorizando la variedad en su contenido.

En la Tabla 1 se recogen los datos de la selección de artículos.

Tabla 1. Proceso de selección de artículos.

MOTOR DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE ARTÍCULOS INICIALES	NÚMERO TRAS LA APLICACIÓN DE FILTROS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
SCIELO	38	21	3
PUBMED	286	66	2

CUIDEN	66	8	2
GOOGLE ACADÉMICO	4310	63	10

Fuente: Elaboración propia

6. DESARROLLO DEL TEMA

6.1. Descripción del bebé prematuro

El aspecto que presenta un prematuro es un físico pequeño, generalmente con pesos inferiores a 2500 gramos; apariencia de fragilidad; piel delgada y fina, brillante, lisa y rosada, incluso casi transparente, y a través de ella pueden apreciarse los vasos sanguíneos. También presentan un pelo corporal suave, el lanugo, que poco a poco irá desapareciendo de la mayor parte de su cuerpo a medida que vaya creciendo⁴. Igualmente tienen menor grasa corporal y menos musculatura que los bebés a término².

En algunos casos la cabeza parece desproporcionada frente al tamaño del cuerpo, aspecto que adquirirá las proporciones adecuadas conforme el bebé cumpla sus siguientes semanas de vida⁴. Si el bebé es muy prematuro puede tener los párpados fusionados en el momento del parto, sus orejas poco desarrolladas y el cartílago del oído muy delicado².

En cuanto a los órganos sexuales, puede que en los varones los testículos aún no hayan descendido y en las niñas puede aparecer un clítoris agrandado^{2,4}.

Dado que no tienen desarrollado su nivel de respuesta y que la coordinación no es madura, frecuentemente lo poco que se muevan será de una manera brusca⁴.

En la medida en que el bebé normalice su sueño y su peso a través de una ingesta adecuada, todos los aspectos comentados irán desapareciendo y cada vez se parecerá más a los bebés a término⁴.

Los recién nacidos pretérmino presentan una inmadurez funcional y tienen complicaciones y desórdenes asociados a los sistemas respiratorio, circulatorio, nervioso, digestivo, urinario, e incluso desórdenes visuales^{4,11}.

Los desórdenes del sistema nervioso central producen una baja coordinación de los reflejos, lo que obliga a alimentar a estos niños a través de sondas. También pueden tener, debido a la inmadurez del sistema respiratorio, apneas como consecuencia de obstrucciones hipofaríngeas e incluso pueden sufrir infartos o hemorragias cerebrales⁴.

Debido a la colocación de catéteres intravasculares y sondas en zonas de erosión cutánea, las infecciones son cuatro veces más frecuentes en los bebés prematuros que en los nacidos a término⁴.

Para estos bebés resulta complicada la regulación de la temperatura debido a la relación descompensada entre la superficie corporal y su masa, estando desproporcionado el tamaño del niño respecto a la superficie que ocupa; además, su delgadez propicia la proximidad del interior con la piel por lo que cuando están expuestos a temperaturas inferiores a la corporal pierden calor con mucha rapidez⁴.

Por todas estas razones, el equipo médico que se encuentre ante un parto prematuro debe prepararse para un nacimiento de alto riesgo en el que el recién nacido pasará bruscamente de un ambiente tranquilo a un entorno hostil, enfrentándose al reto de la adaptación para sobrevivir¹¹.

Una vez se produce el nacimiento, los bebés son colocados dentro de una incubadora que controlará la temperatura del aire además de monitorizar al niño indicando su frecuencia cardiaca, respiración y nivel de oxígeno en la sangre².

Hay una serie de factores generales que se encuentran asociados a la condición clínica del bajo peso al nacer que, a su vez, es un riesgo sustancial de morir catorce veces mayor para los bebés, como son: pobreza, bajo nivel de escolaridad de los padres, malas praxis en la alimentación de la madre, tabaquismo, enfermedades durante el embarazo, antecedentes de aborto, infecciones, embarazos adolescentes... Además, también hay una relación inversa de reducción del peso del recién nacido conforme al incremento de la edad materna⁹.

6.2. Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

En el desarrollo del embarazo, si no hay complicaciones o antecedentes que indiquen lo contrario, los padres están esperando un bebé normal y sano, además de un desarrollo completo de la gestación. En general, no están preparados para afrontar un resultado diferente. Un bebé prematuro que necesite el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) provoca una situación de ansiedad en los padres que se van a enfrentar a una situación completamente novedosa y llena de factores estresantes y van a verse, por tanto, emocionalmente afectados. Los padres van a tener que convivir con situaciones que, además de desconocidas y poco familiares, no pueden controlar. A esto le tenemos que sumar la sensación de pérdida de un niño sano que puede llegar a provocar, incluso, una sensación de culpabilidad¹².

Dentro de la relación de los padres con el neonato, se pueden encontrar hasta cinco etapas: impacto del nacimiento-ingreso en la UCIN, negación de la realidad, enojo con la vida, tristeza-interacción con el hijo real y, finalmente, reequilibrio¹³.

Dentro de los factores que pueden estresar emocionalmente a los padres, nos encontramos con factores sensitivos relacionados con lo que ven y oyen, con el aspecto de su hijo y su comportamiento, con el tratamiento y los cuidados realizados por los médicos y con el comportamiento de todo el personal sanitario. Aparte de esto está la sensación de aparente pérdida del papel de padres que pueda suponer el ingreso en la UCIN, además de la distancia y separación de su hijo que lógicamente conlleva la hospitalización¹².

En situaciones como esta es muy importante el rol enfermero tanto para los cuidados y atenciones que pueda aportar al recién nacido, como para la comunicación con los padres trasladando a estos la máxima información para que ellos puedan, en la medida de sus posibilidades, realizar los cuidados y las atenciones que tendrán que proporcionar a su hijo. En este aspecto es muy conveniente animar a los padres al contacto directo con el recién nacido y es el personal enfermero quien debe enseñar la forma correcta de realizarlo sin alterar en modo alguno el estado ni el comportamiento del neonato¹².

El personal enfermero está preparado para ser plenamente conocedor de las deficiencias que los padres tienen sobre cómo deben actuar con su hijo. También son conocedores de que los padres esperan de ellos todo ya que piensan que controlan el cuerpo del bebé, son los más cercanos a él, saben cómo tocarlo, cómo ayudarlo y tienen todo el conocimiento sobre los aparatos que le ayudan a respirar y sobrevivir¹³.

Un ingreso en la UCIN puede provocar en los padres un sentimiento de frustración y miedo y son los profesionales de Enfermería los que deben proporcionar los cuidados, no solo al bebé sino también al resto de la familia estableciendo una ayuda terapéutica efectiva, ayudando a los padres a adaptarse al difícil proceso de la hospitalización y enseñándoles la mejor forma de cuidar a su hijo¹².

En todo este proceso en el que juegan un papel muy importante el niño, los padres y el personal enfermero, todos en conjunto, es cuando puede entrar en acción el Madre Método Canguro.

6.3. Cuidados del prematuro

El cuidado enfermero se enfrenta cada vez con mayor frecuencia a pacientes prematuros, siendo la prematuridad una prioridad en el ámbito de la salud, además de un gran reto al llevar aparejadas graves consecuencias individuales, familiares, sociales y asistenciales¹⁴.

El acceso al recién nacido prematuro debe realizarse de una manera poco agresiva y con una duración de tiempo mínima indispensable. La higiene debe ser extrema y todo el material tiene que estar debidamente preparado con el fin de reducir el tiempo de la intervención al mínimo imprescindible⁴.

El personal de enfermería debe prestar atención y cuidados al recién nacido prematuro sobre⁴:

- Signos vitales. Se controlan cada cuatro horas.
- Control de la temperatura. Es importante que el bebé no sufra de hipotermia ni de estrés por frío y hay que hacer todo lo posible para que no se deshidrate.
- Control de la humedad. Debido a las altas pérdidas de agua por evaporación, hay que mantener a los bebés con una humedad por encima del 75% y, para evitar condensaciones, habrá que programar la humedad.
- Posturas. Es importante realizar cambios posturales. La colocación en prono es la ideal para el bebe ya que favorece la flexión y la oxigenación.
- Control de peso. Debe realizarse diariamente.
- Cuidados de la piel.
- Luz y ruido. Es necesario evitar luces intensas y brillantes, así como ruidos bruscos.
- Lavado de catéteres.
- Compresión vesical. No debe realizarse sino que debe introducirse un catéter en el caso de que el niño no orine.
- Oxigenoterapia. Hay que monitorizar la saturación, las frecuencias cardiaca y respiratoria y la presión arterial.
- Manejo de las apneas. Mediante pequeñas estimulaciones

- Hipotensión.
- Administración de medicamentos.
- Ictericia. Se controla a través de fototerapia.
- Contacto con los padres. El personal enfermero debe propiciar y fomentar el afecto de los padres por el niño explicando las necesidades de su hijo y estimulando el contacto físico.

Cuando el niño tiene un peso cercano a los 2000 gramos, es capaz de regular determinadas funciones vitales y, además, se alimenta con normalidad y no precisa tratamiento es el momento del alta hospitalaria⁴. A pesar de esto, el niño no está todavía maduro neurológicamente y es posible que aun teniendo hambre o sueño no emita señales que lo identifiquen. Además, puede tardar varias semanas en obtener las rutinas para dormir y comer¹⁴.

Con el fin de poder comprobar los efectos beneficiosos de las intervenciones realizadas a los neonatos, y que los resultados contribuyan a la evaluación y mejora del cuidado enfermero, es importante implementar programas de seguimiento cuya finalidad sea el estudio del prematuro una vez ha obtenido el alta hospitalaria¹⁴.

6.4. Método Madre Canguro y lactancia materna

Básicamente, lo que diferencia a los mamíferos del resto de especies es el proceso de amamantamiento, siendo este uno de los comportamientos vitales para su supervivencia⁷. Desde el momento del nacimiento existe un comportamiento definido de los mamíferos que es su necesidad de alimentarse mediante la lactancia lo que produce, en consecuencia, un instinto de vigilancia y cuidados por parte de la madre¹⁵.

El recién nacido tiende a ocupar el lugar adecuado para mamar en el pecho de su madre. Cuando se produce la lactancia el bebé se encuentra protegido, siente el calor materno y su respiración mejora. Curiosamente, la fragilidad del prematuro conlleva una mayor necesidad de encontrar el pecho y la proximidad de la madre que la de un bebé a término, dado que su cerebro aún no está listo para subsistir fuera del vientre de su madre⁷.

Hoy más que nunca, reconocemos el papel de la madre como hábitat de lo que el bebé necesita y, paradójicamente, los avances de los cuidados en el interior de una incubadora parecen haber quedado atrasados, o al menos poco desarrollados, en el intento de sustituir el hábitat materno. Lo mismo ocurre con la leche humana, su condición nutricional perinatal es la más apropiada para la alimentación del prematuro sin sustitutos artificiales. De todas formas, y sin ninguna duda, el gran progreso tecnológico enfocado hacia los prematuros ha producido un incremento en la supervivencia de todos los neonatos, incluidos los más frágiles⁷.

Fue la falta de incubadoras, y la alta incidencia de infecciones hospitalarias, lo que hizo que se planteara por primera vez en Bogotá en el año 1979 un programa de cuidados basado en el contacto piel con piel denominado el Método Madre canguro⁷.

El MMC tiene dos pilares fundamentales, la lactancia y el ya citado contacto piel con piel. El contacto piel con piel es el hábitat ideal para el recién nacido, al cual, una vez

producido el parto, se deja sobre el pecho de la madre sin ser molestado y así, de una forma espontánea y sin ayuda, tomará el pecho de la madre para amamantarse¹⁵.

Este método es fácil de aplicar y eficaz, y promueve la salud y el bienestar de los neonatos ya sean a término o no. Las principales características del MMC son³:

- Contacto piel con piel. De una manera temprana, continua y prolongada entre el recién nacido y la madre.
- Lactancia materna y, si es posible, exclusiva.
- Debe iniciarse en el hospital y puede prolongarse en casa, una vez recibida el alta hospitalaria.
- Los neonatos pequeños pueden ser dados de alta en un plazo breve.
- En el hogar las madres precisarán de apoyo y un seguimiento adecuado.
- Es un método eficaz, complaciente, que favorece la intimidad y se aleja del ruido y ajeteo que habitualmente se genera en salas de pediatría ocupadas por bebés prematuros.

Algunos autores identifican nueve etapas instintivas en el contacto piel con piel: llanto, relajación, despertar, actividad, descanso, arrastre, familiarización, succión y sueño. Todas estas fases las realiza el bebé de una manera innata e instintiva y él mismo se va acomodando a su nuevo hábitat natural externo, se familiarizará con la piel, el calor y el olor de su madre y tomará la leche que precise en función de sus propias necesidades¹⁵.

Existen dos maneras diferentes de aplicar este tipo de cuidado: intermitente y continuo. Mientras que en el intermitente el niño y la madre estarán en contacto un tiempo que rondará entre 90 y 120 minutos, el continuo ofrece el contacto piel con piel las 24 horas del día, preferiblemente con su madre, mientras el niño permanezca ingresado⁷.

Son numerosos los estudios que plantean el MMC y que permiten resaltar las siguientes ventajas de la utilización de este cuidado para el bebé prematuro^{1, 5,7,9,12}:

- Mejora la termorregulación.
- Acelera la adaptación metabólica.
- Reduce los episodios de apnea.
- Permite y favorece la lactancia materna.
- Se asocia con menos riesgo de infección.
- Existe una mayor ganancia de peso.
- Se aumenta la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos.
- En general, los padres se sienten protagonistas de los cuidados de sus hijos.
- Reduce la estancia hospitalaria.

Pero los beneficios no son solo para los bebés, como hemos mencionado, también hay ventajas para los padres. En un estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre de Madrid se

consideraron los siguientes beneficios de los padres: el contacto físico estrecho facilita el reconocimiento del niño como hijo propio, aumenta el sentimiento de competencia en el cuidado del bebé, disminuyen la ansiedad y la angustia, y “se devuelve el prematuro a sus padres”⁷.

Para poder llevar a cabo este método es necesario contar con la madre, con un personal, médicos y enfermeras, capacitado y con formación en lactancia materna y en el MMC, y con un entorno adecuado³.

El MMC debería iniciarse tras el parto, siempre que el estado de la madre y el bebé lo permitan. Cualquier madre podría emplear el MMC, para ello, es preciso que cuente con toda la información necesaria para llevarlo a cabo. Debería de ir instaurándose poco a poco, de una manera progresiva, con periodos no inferiores a 60 minutos, hasta llegar a ser continuo³.

Una vez que el método va a iniciarse, se le indicarán a la madre los pasos que tiene que seguir y se le permitirá llevarlos a cabo, recalándole la importancia que tiene el contacto piel con piel para mantener la temperatura del bebé. La posición canguro (Figura 1) consiste en colocar al bebé entre los pechos de la madre con la cabeza hacia un lado y parcialmente extendida, permitiendo así la permeabilidad de la vía aérea y la visualización madre e hijo, de manera vertical, sujetándolo con una faja a la altura de la oreja. La postura de cadera y piernas se parecerá a la postura de una rana, estando las piernas extendidas y la cadera flexionada³.



Figura 1. Posición canguro. Fuente: Guía práctica de la OMS³.

En cuanto a la ropa se refiere, la madre podrá llevar la ropa que ella desee siempre que se adecue a la temperatura, posibilite acomodarse al niño y permita el contacto piel con piel³.

La madre deberá conocer que la aplicación de este método no le limitará a la hora de realizar actividades diarias. En cuanto a dormir y descansar, el niño podrá dormir en posición canguro, siempre que la madre duerma reclinada, para ello podrá ayudarse con la colocación de almohadas, esto ayudará a que el niño no sufra apneas del sueño, y se evitará la asfixia gracias a la sujeción de la faja que ya hemos nombrado³ (Figura 2).



Figura 2. Posición canguro al dormir. Fuente: Guía práctica de la OMS³.

Cuando la madre deba ausentarse, también otros miembros de la familia podrán llevar a cabo el MMC continuando con el contacto piel con piel, sintiéndose parte importante del cuidado del niño³ (Figura 3).



Figura 3. Ausencia de la madre, continuación del método. Fuente: Guía práctica de la OMS³.

El MMC se abandonará una vez que el niño haya cumplido la semana 40.^a “de gestación”, semana prevista de parto, ya que el tamaño del bebé y las necesidades físicas de sus movimientos hacen incómoda esta postura. La aplicación del método se dejará de una manera paulatina, no así la lactancia materna³.

La OMS recomienda la alimentación de leche materna exclusiva desde el parto y hasta los 6 meses de vida, ya que esto disminuye las posibles enfermedades respiratorias, las gastrointestinales y la otitis¹⁶.

Es imprescindible que las mujeres conozcan la cantidad de ventajas que conlleva la lactancia materna, para ello se hace necesario un proceso de formación del personal cualificado. Es importante que conozcan que la lactancia materna favorece la involución uterina ya que aumenta el tono del útero, reduce el riesgo de cáncer de mama, y, siempre que sea exclusiva, prolonga la fertilidad ya que impide la ovulación y la menstruación¹⁶.

Independientemente de que el recién nacido sea prematuro o presente bajo peso al nacer, la leche materna es el alimento perfecto, ya que se ajusta a las necesidades del prematuro³, gracias a su composición, presencia de enzimas, factores de crecimiento y hormonas¹³. La madre podrá dar de mamar en posición canguro, mantener al niño en esta postura estimula la producción de leche materna. A pesar de que el bebé prematuro tenga que alimentarse a través de una sonda nasogástrica podrá ser con leche materna y en posición canguro³.

Los beneficios de la alimentación con leche materna exclusiva son múltiples, entre ellos encontramos beneficios nutricionales, ya que la leche humana va variando a lo largo de las semanas aportando al niño los nutrientes que va necesitando, encontramos también beneficios para los sistemas renal y gastrointestinal, ya que favorece la motilidad intestinal y ello ayuda en la eliminación fecal. A nivel inmunológico, la rápida toma de calostro está relacionada con un bajo registro de infecciones; además los componentes que encontramos en la leche humana estimulan las defensas¹³.

La cantidad y la frecuencia de leche que debe tomar un bebé irán en función de la cantidad que este tolere por toma. En prematuros, la cantidad de leche deberá ir aumentándose día a día hasta llegar al día decimocuarto; el bebé tiene que ingerir 200 mL/kg/día, garantizando así un crecimiento paulatino³.

En ocasiones, los recién nacidos pueden no tolerar la lactancia materna por lo que es necesario recurrir a métodos de alimentación alternativos. Para ello el personal debe estar cualificado y enseñar a la madre a extraerse la leche del pecho de una forma manual o con la ayuda de sacaleches, estos últimos son idóneos para las madres que deben extraerse leche varias veces al día durante un espacio de tiempo largo, para, después, continuar con la lactancia con la ayuda de una cucharilla, una sonda o una jeringa. En los bebés prematuros en los que no esté aconsejada la lactancia materna se deberá de disponer de preparados adecuados³.

Es primordial favorecer que la madre pase el mayor tiempo posible cerca de su hijo dentro de la UCIN, y ofrecer una sala en la que pueda extraerse la leche y encuentre un espacio cómodo para ello¹³. En España sólo el 10% de las Unidades Neonatales permiten el acceso de los padres sin restricciones las 24 horas del día⁵.

Es importante que el niño no utilice ni biberones ni chupetes ya que con ellos el niño succiona de una manera diferente a lo que lo hace en el pecho y le podría llevar a equívoco y mamar de una forma menos eficaz, produciéndole a la madre grietas en los pezones, mastitis y falta de leche a la larga, ya que se ha demostrado que la succión del bebé es la que estimula la producción de leche¹⁶.

En cuanto el bebé sea capaz de mantener su temperatura en posición canguro, aumente de peso progresivamente, no presente enfermedades y esté alimentándose adecuadamente y la lactancia materna esté establecida, se le dará el alta. Después, deberá asistir a revisiones diarias al inicio, para convertirse en semanales y, más tarde, mensuales. En estas revisiones se observará la ganancia de peso y se medirán la estatura así como el perímetro craneal. En el caso de que el niño no esté ganando peso de una manera ponderada

se analizará la manera en que la madre da el pecho a su hijo, así como la frecuencia y el tiempo de las tomas³.

Una vez recibida el alta hospitalaria, la madre tendrá que involucrarse en todos los aspectos, será ella la que tenga que observar los parámetros que antes eran tomados en el hospital, entre ellos la temperatura corporal del bebé así como observar la respiración sabiendo identificar la apnea, y abordar los problemas que puedan surgir emprendiendo las acciones precisas³.

El artículo 21 de la Declaración Mundial de los Derechos del Niño Hospitalizado dice: *“se debe hacer todo lo posible para que un niño hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres o padres sustitutos, quienes deben tener alojamiento apropiado, cuando proceda, en el hospital o en sus cercanías, gratuitamente o con un coste mínimo, y deben tener la posibilidad de ausentarse de sus trabajos, sin perjuicio para su empleo”*. Este es uno de los muchos derechos articulados que se registran en las diferentes Declaraciones de Organizaciones Humanitarias promotoras de los derechos de los niños prematuros, incluso hay una iniciativa de la humanización de los cuidados neonatales que sugiere ir más allá de las recomendaciones y promociones de la lactancia materna que declara la iniciativa de hospitales Amigos de los Niños y propone once pasos para mejorar los cuidados asistenciales, entre ellos está la utilización del MMC tanto como sea posible⁵.

Si bien un examen de las pruebas disponibles indica que el MMC no mejora el índice de supervivencia ni tampoco lo reduce, se debería seguir investigando sobre la aplicación de este método antes de la estabilización³.

7. DISCUSIÓN

El MMC es materia objeto de estudio de muchos artículos y estudios. Constituye un método promovido mundialmente por UNICEF como procedimiento eficiente para salvar vidas, y está avalado por la OMS, que creó una Guía Práctica, así como por otras asociaciones como la *American Academy of Pediatrics* y la *American Heart Association*¹⁷.

En una investigación realizada en el “Hospital 12 de Octubre” de Madrid se afirmaba que la aplicación del MMC producía un retraso en las actividades de rutina del colectivo enfermero, pero paulatinamente, y con la preceptiva educación, este colectivo se convirtió en defensor de la aplicación de esta técnica¹⁷.

Es primordial que el colectivo enfermero conozca el MMC, su manera de aplicación, la forma de transmitir y comunicar con las familias, los efectos o beneficios que este aporta, tanto para los neonatos como para madres y padres. El personal de enfermería debería ser capaz de detectar las necesidades de estos bebés y de sus padres, así como de disipar las posibles dudas o miedos que puedan tener. Es muy importante la labor de comunicación en la transmisión de información a los padres sobre los beneficios de este método para conseguir una buena aplicación y una mejora de la confianza.

Si comparamos los diferentes artículos y estudios revisados, encontramos una multitud de ventajas comunes y muy pocas desventajas, la mayoría de los autores abogan por las bondades del método siendo muy pocos los que, de alguna manera, recogen inconvenientes o desventajas en su aplicación, e incluso para estas no está demostrado que sean producidas por los propios cuidados del MMC, de ahí la importancia de seguir investigando sobre este tema, por los beneficios que aporta.

Entre los efectos beneficiosos para el recién nacido, encontramos los ya indicados anteriormente como el apego a la lactancia y la reserva de energía que permite la termorregulación que conlleva el MMC, menor riesgo de infección, la estabilización en la frecuencia cardiorrespiratoria y la disminución del llanto¹⁷.

De los diferentes estudios realizados, se puede concluir que hay determinados efectos positivos atribuidos a este método y que han sido comprobados científicamente como son: una mayor duración de la lactancia materna, un mayor periodo de sueño, mejor regulación de la temperatura, una óptima alternativa al cuidado estándar, una disminución de los días de ingreso en el centro hospitalario, la disminución del nivel de cortisol medido en saliva como indicador de estrés en el recién nacido, la relación madre-hijo más estrecha¹. Incidiendo en los beneficios encontrados en el MMC además de los anteriormente mencionados, otros estudios nos hablan de la disminución del dolor, del confort que obtiene el bebé derivado de los estímulos táctil y olfativo que le aporta la piel de la madre, y de episodios de sueños profundos¹⁷.

La aplicación de este método en los niños puede tener un impacto altamente positivo en su desarrollo motor, el conocimiento y la percepción, como así lo demuestran algunos estudios que concluyen puntuaciones más altas en las escalas de audición y habla, personal-social y ejecución respecto a los niños que solo reciben cuidados en incubadora⁶.

Además, este método muestra otros indicadores positivos como contribuir a una mejor organización del sistema del comportamiento del niño, del control de sus emociones y del ciclo del sueño; a una mejor regulación de las emociones negativas, así como de su estado emocional, y a una mayor atención en el momento de explorar objetos⁶.

El contacto piel con piel y el amamantamiento temprano están directa y significativamente asociados con la ausencia de factores depresivos postparto. En una investigación realizada por Dois et al., en el año 2013, con un total de 393 mujeres en el puerperio (“Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico”) y publicada en la Revista Chilena de Pediatría se concluía que el 71% de esas mujeres no mostraba síntomas depresivos postparto. A este beneficio se le puede sumar la liberación de oxitocina endógena que favorece la contractibilidad y la involución uterinas, previene la hemorragia postparto, estimula la producción de calostro y el incremento de la temperatura de las mamas (favoreciendo el aporte de alimento y calor al bebé), reduce la ansiedad, aumenta el afecto social y la satisfacción de la percepción del parto¹⁷.

Un ensayo clínico llevado a cabo desde mayo de 2008 hasta septiembre de 2009 en la Universidad de Medicina de Chandigarh (India) muestra que el dolor de la reparación de la episiotomía experimentado por la madre, que fue registrado por el propio investigador usando una escala numérica, es menor en las madres que habían adoptado el MMC¹⁹. Otro estudio avala que la frecuencia de la orina durante las 24 primeras horas de vida es superior en niños que han recibido el MMC temprano; este aumento en la producción de orina se debe probablemente a una lactancia materna más frecuente y/o a una mejor transferencia de leche durante la lactancia materna¹⁸.

Una investigación efectuada en Bogotá (Ortiz et al. 2006) desvela que en la comparación entre las madres adolescentes con bebés a término y las madres adolescentes con bebés prematuros que tuvieron la aplicación del MMC, estas últimas mostraron una puntuación significativamente mayor en términos de sensibilidad materna. El mismo estudio apoya la idea del papel protector del cuidado madre canguro. En la muestra de madres adolescentes de población de alto riesgo, las madres que aplicaron el MMC ofrecían puntuaciones en la calidad del cuidado a sus bebés similares a las puntuaciones obtenidas por las madres que tuvieron sus bebés a término⁶.

También podemos destacar ventajas en cuanto a la interacción entre madre-hijo-padre relacionadas con el fortalecimiento de los vínculos, relaciones afectivas, comunicación y autoestima. Por ello es importante que los padres adquieran de mano de los profesionales de la salud los conocimientos suficientes necesarios para su correcta aplicación.

Las madres que participan en el MMC estimulan más a sus bebés en el conocimiento y se perciben más sensibles, además de promover interacciones entre el niño y sus padres. Muestran un mejor ajuste en las relaciones sociales mama-bebé y reducen la conducta intrusiva⁶.

La OMS recomienda encarecidamente el uso del MMC, además de como tratamiento térmico en los recién nacidos prematuros, por su efecto de apoyo a la vinculación entre padres e hijos que conlleva una mayor estabilidad emocional y que incluye un afianzamiento de la

autoestima, de las relaciones sociales y de la calidad de vida en la edad adulta, dado que cada vez hay más pruebas de que los problemas mentales y de comportamiento de los nacidos prematuramente perduran hasta la edad adulta^{17,19}. Y además, los profesionales lo consideran un método seguro y fácil de implementar, disminuye costos, aumenta la satisfacción familiar, favorece la humanización del cuidado al fomentar la no separación de la madre y el niño, y es un gran aporte a la práctica clínica de enfermería¹.

Aunque son muchas las ventajas y beneficios encontrados en la práctica del contacto piel a piel, también hemos encontrado artículos donde se indican algunas desventajas como los posibles eventos letales, como parada cardiorrespiratoria, en las primeras dos horas tras el parto que, si bien no son habituales, pueden llegar a ser muy graves, por lo que es importante vigilar a las madres primíparas, a los niños en posición prono y a las madres que se encuentran solas una vez que han dado a luz ya que estos son los principales factores de riesgo. Por ello, es importante la vigilancia las dos primeras horas de vida del bebé¹⁷. Sin embargo, no encontramos una relación directa entre la desventaja y la aplicación del método en sí.

Una vez leídas las desventajas encontradas en los diferentes estudios, hay que indicar que este método se llevará a cabo con aquellos niños que nazcan sin ningún problema de salud ya que en el caso contrario deberían ser atendidos para solucionar esos problemas antes de iniciar el uso del MMC y evitar así situaciones de alto riesgo.

En general encontramos múltiples beneficios por los cuales las madres que dan a luz a niños prematuros o con bajo peso deberían informarse e iniciar el MMC de una manera temprana.

De igual manera, es importante animar a las madres que han dado a luz por cesárea programada a que también implanten el MMC ya que en estos casos se ha llegado a afirmar que los bebés inician con los padres la comunicación aproximadamente 15 minutos después del parto¹⁷.

8. CONCLUSIONES

Las causas del nacimiento de un bebé prematuro son múltiples y muchas veces están relacionadas con las bajas condiciones económicas de la madre o de su entorno, la falta de educación o de cultura, o su baja preparación ante un embarazo y ante un parto. Esto implica que muchas veces nos vamos a encontrar con personas, padres o madres, que no tienen preparación emocional, económica, cultural, ni social y que pertenecerán a un entorno tanto familiar como profesional falto de recursos. El MMC nos va a permitir, de una manera económicamente asequible y fácil de conseguir, cubrir muchas de las deficiencias que el prematuro va a tener tras el parto.

Según la bibliografía consultada:

- El neonato prematuro, o con bajo peso al nacer, va a obtener con la aplicación del MMC una serie de beneficios y ventajas que en la mayoría de los estudios y artículos comentados están suficientemente demostrados.
- La vinculación padres-hijos se verá reforzada con la utilización y el desarrollo de este método que va a incidir muy positivamente en el fortalecimiento de los lazos familiares, así como en las relaciones de afecto sociales además de familiares.
- El papel de los profesionales de enfermería, pero también de las instituciones clínicas en sí, es fundamental en el fomento del método piel con piel; primero mediante la labor educativa del colectivo enfermero y el papel de este en el desarrollo de las tareas y actividades del método, así como en la educación y ayuda a las familias; segundo, mediante la implicación de los centros hospitalarios para que dispongan de los recursos necesarios, por ejemplo, salas de 24 horas para facilitar a las familias la realización del MMC.
- El MMC supone una ayuda tanto para los bebés como para las madres y padres que lo llevan a cabo, ya que se sienten parte activa del cuidado de sus hijos aumentando así su autoestima y confianza.
- En España hay un alto conocimiento para la aplicación de este método, sin embargo hay un bajo uso del mismo debido a lo inadecuado de las infraestructuras y los horarios.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* [online]* 2012 octubre-diciembre [acceso 20 de abril de 2017]; 21(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007
2. MedlinePlus, Bebe prematuro [sede web]*. Bethesda: National Library of Medicine; 2014[actualizada el 9 de mayo de 2017; acceso 15 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001562.htm>
3. Organización Mundial de la Salud. Guía práctica: método madre canguro. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2004.
4. Cruz Cabrera I, Serrano Martín D, Guede Cid MT. Enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro. *Hygia*. 2013; (83): 26-31.
5. Gómez Papi A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método madre canguro. *Acta Pediatr (Esp)*. 2007;65(6):286-291.
6. Carbonell OA, Plata SJ, Peña PA, Cristo M, Posada G. Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Universitas Psychologica*. [revista en internet]* 2010 septiembre-diciembre. [Acceso 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/849/10874>
7. Valle Torres E, Amat Giménez MA. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *Desenvolupa*. 2012; (33): 2-11.
8. Lizarazo Medina JP, Ospina Diaz JM, Ariza Riaño NE. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Rev. Salud Pública*. 2012; 14(2): 32-45.
9. Fernández Medina IM. Infección nosocomial y método madre canguro. *Revisión de evidencias. ENE*. 2013; 7(3).
10. Collados Gómez L, Aragonés Corral B, Contreras Olivares I, Garcia Feced E, Vila Piqueras MA. Impacto del cuidado en el estrés del neonato. *Elsevier* [revista en internet]* 2011 marzo-abril. [acceso 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110002093>
11. Taborda Ortiz AR. Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. *CUIDARTE*. 2013; 4(1): 540-543.
12. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Gómez Prats S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integral*. 2012; (98): 36-40.
13. Malerba MC. El rol educador de enfermería en el fomento de la lactancia materna en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Enfermería neonatal*.
14. Mata Méndez M, Salazar Barajas ME, Herrera Pérez LR. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Rev Enferm*. 2009; 17(1): 45-54.
15. Madero Noguerras M, Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene* [online]* 2016 agosto. [acceso 4 de abril de 2017]; 10(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200003
16. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. *AMC* [online]* 2010 marzo-abril. [acceso 4

de abril de 2017]; 14(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009

17. Martínez Martínez T, Damian Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Elsevier [revista en internet]* 2014. [acceso el 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/reu/11pdf/06166.pdf>

18. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. Journal List. 2016; 16(3): 790-797

19. Kristoffersen L, Stoen R, Rygh H, Sognaes M, Follestad T, Mohn HS, Nissen I, Bergseng H. Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. Journal List. 2016; 17 .