



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013 - 2014**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO:**

**Beneficios del Método Madre  
Canguro (MMC) en los recién  
nacidos prematuros**

**Autora: Silvia Suárez Manso**

**Tutora: Carolina González Hernando**

## RESUMEN

Cada año nacen en el mundo cerca de 15 millones de niños prematuros, en Europa más de 500.000 y solo en España cerca de 31.000, cifra que se ve en aumento año tras año. De estas cifras cerca de un millón a nivel mundial fallece, pudiéndose evitar la mayoría con los cuidados y tratamientos adecuados. Por esta razón ha sido necesario desarrollar y fomentar el Método Madre Canguro (MMC) por el que se favorece el contacto precoz piel con piel con la madre desde el momento del parto y en los meses siguientes, y gracias al cual se reduce la estancia hospitalaria del recién nacido y la madre, disminuyen los gastos hospitalarios, se favorece la relación madre – hijo, la lactancia materna y el desarrollo cognitivo del prematuro, quedando esto demostrado gracias a numerosos estudios.

Actualmente, a pesar de la necesidad social de reducir gastos y de favorecer el vínculo afectivo y con ello, evitar posibles problemas futuros, este método está siendo aplicado en muy pocas salas de parto, debido al desconocimiento por parte de la mayoría del personal sanitario de las ventajas que ofrece y la facilidad de llevarlo a cabo; así como desconocimiento por parte de las madres para poder solicitarlo.

**Palabras clave:** recién nacido, prematuro, método madre canguro, lactancia, Enfermería

## ABSTRACT

Every year it is born in the world close to 15 million of premature baby, only in Europe more than 500.000 and only in Spain close to 31.000, number that is seeing growing year each year.

Of those numbers, around one million worldwide pass away, being able to avoid most with the appropriate care and treatments.

For this reason it has been necessary developing and promoting the Kangaroo Mother Care (KMC) which is favored the early contact skin by skin with the mother since delivery moment and the following months.

This method (KMC) reduces the baby's born and mother hospital stay, it decreases hospital expenses, it is favored the relationship mother-baby, breastfeeding and the preemie baby's cognitive development, this being shown by numerous studies.

At present, in spite of the social need of reducing costs and favoring emotional bond and with it, avoiding possible future problems, this method is being applied in very few delivery rooms, due to ignorance by the majority of health workers of the advantages that it can offer and the easy of carrying it out, also the ignorance by the mothers to apply this

**Keywords:** newborn, premature baby, kangaroo mother care, breastfeeding, nurse

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN .....	pág. 5
2. OBJETIVOS .....	pág. 6
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO .....	pág. 6
4. DESARROLLO DEL TEMA:	
4.1. Introducción:	
4.1.1 Reseña histórica sobre el MMC .....	pág. 7
4.1.2 Necesidad de introducir el MMC en la sociedad .....	pág. 7
4.1.3 Evolución del concepto a lo largo del tiempo .....	pág. 7
4.2. El recién nacido	
4.2.1 Necesidades del recién nacido a término .....	pág. 8
4.2.2 Necesidades del recién nacido prematuro .....	pág. 10
4.3. Aspectos sociales	
4.3.1 Conocimientos acerca del MMC .....	pág. 11
4.3.2 Conocimiento del profesional sanitario del método y su aplicación .....	pág. 11
4.4. Método madre canguro (mmc)	
4.4.1 Concepto de MMC .....	pág. 12
4.4.2 Aplicación y ventajas del MMC .....	pág. 12
4.4.3 Realización correcta del método .....	pág. 15
4.4.4 Inconvenientes del MMC .....	pág. 19
4.5. Mujer mastectomizada	
4.5.1 ¿Cómo realizar este método? .....	pág. 19
5. OPINIÓN PERSONAL BASADA EN LA OBSERVACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICA .....	pág. 20

6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	pág. 21
7. BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 23
8. ANEXO I: Tríptico informativo sobre el MMC.....	pág. 28

## 1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:

La prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles. En España, la tasa de prematuros es del 9,5% del total de nacimientos<sup>1</sup>.

El Método Madre Canguro (MMC) es la atención prestada a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel con piel con su madre de la forma más precoz posible, de forma continua y prolongada, favoreciendo la lactancia materna, haciendo que ambos se beneficien (La madre se sentirá más segura e implicada en los cuidados del recién nacido y el recién nacido se adaptará mejor al medio desde el primer momento y conseguirá periodos de descanso más largo y favorecerá su crecimiento). Es un proyecto que lleva aplicándose varias décadas, pero a pesar de eso, su aplicación en países desarrollados sigue siendo mínimo, debido al desconocimiento acerca del método, así como no estar a favor de realizarlo, considerando más efectivo el tratamiento tradicional en el recién nacido (incubadoras). Esto se debe a que en sus orígenes se utilizó como medida de protección para los recién nacidos prematuros ante el elevado número de infecciones hospitalarias y el bajo número de incubadoras que poder utilizar, por lo que se daba el alta de forma precoz para continuar con los cuidados en casa<sup>2</sup>.

Así mismo existen estudios que demuestran que la aplicación de este método en la sala de parto, colocando directamente al recién nacido sobre el vientre de la madre, tiene grandes ventajas tanto para la madre como para el recién nacido<sup>3</sup>.

Según la OMS cada año nacen en el mundo aproximadamente 15 millones de bebés prematuros (es decir, antes de las 37 semanas gestacionales), lo que supone más de uno por cada 10 nacimientos, y cada año esta cifra se ve en aumento<sup>4</sup>. De esta cantidad, más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto, de las cuales, tres cuartas partes podrán evitarse con intervenciones eficaces sin necesidad de recurrir a los servicios de cuidados intensivos neonatales. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos

El propósito de este Trabajo Fin de Grado es hacer una revisión bibliográfica para comprobar la evidencia científica sobre las ventajas acerca de la utilización del Método Madre Canguro. Se harán propuestas para que sea utilizado en las unidades neonatales por los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios del área materno-infantil, quienes enseñaran a los padres cómo realizarlo.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1** Objetivo general:

- Describir las ventajas de la utilización del método madre canguro sobre los recién nacidos prematuros

### **2.2** Objetivos específicos:

- Contrastar las ventajas de este método frente al tratamiento convencional con incubadoras
- Proponer que el personal sanitario pueda informar a las futuras madres sobre la existencia del método y su posible elección en el momento del parto
- Plantear la necesidad de utilizar protocolos consensuados, tanto en hospital como en centros de salud, sobre el método canguro para una promoción de la salud en los recién nacidos prematuros

## **3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO**

Se trata de un estudio de investigación a través de una revisión bibliográfica sobre el Método Madre Canguro (MMC), abordando aspectos tanto técnicos a la hora de ponerlo en marcha, como sociales, teniendo en cuenta ventajas y repercusiones en la sociedad y en el personal sanitario.

Para ello se ha buscado información en las bases de datos de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española de Pediatría (AEPED) y Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Además se han realizado búsquedas a través de buscadores como Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Scopus y Google Académico.

## 4. DESARROLLO DEL TEMA

### 4.1 Introducción:

#### 4.1.1 Reseña histórica sobre el MMC

El Método Madre Canguro (MMC)<sup>2</sup> se utiliza por primera vez en el año 1979 en Bogotá, por la pareja de médicos Martínez y Rey, quienes adoptaron esta medida como un tratamiento alternativo para aquellos recién nacidos que habían nacido de forma prematura y necesitaban ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales para someterles al tratamiento en incubadora.

#### 4.1.2 Necesidad de introducir el MMC en la sociedad

La situación de los hospitales a finales de los años 70, con una sobrepoblación y aun aumento del porcentaje de las enfermedades nosocomiales, hace que sea necesario cambiar las actuaciones y se recomienda el alta precoz hospitalaria a las madres y recién nacidos para evitar dichas infecciones<sup>2-5</sup>. Además el número de incubadoras era limitado, por lo que fue necesario sustituir el uso de las mismas por el MMC. Se enseñó a las madres como debían realizar estos cuidados en el hogar.

#### 4.1.3 Evolución del concepto a lo largo del tiempo

Con el paso de los años y gracias a numerosas investigaciones este método se ha ido perfeccionando y aplicando en diversas situaciones, incluyendo tanto a los recién nacidos prematuros, recién nacidos con bajo peso o recién nacidos a término<sup>3</sup>.

Actualmente, la mayoría de países de América del Sur y América Central utilizan este método en las salas de parto desde finales de los años 80 y cada vez se fomenta más en los países europeos, pero sigue existiendo cierto recelo a utilizarlo, prefiriendo el tratamiento con los métodos convencionales (incubadoras)<sup>6</sup>.

En España uno de los precursores de este método y del que se puede obtener mucha información es el neonatólogo Adolfo Gómez Papí.



En otros países, como Haití, este método se utilizaba anteriormente con cierta frecuencia, pero debido a la catástrofe que les asoló en 2010 se vieron obligados a realizarlo, ya que la mayoría de los hospitales se vieron derruidos y por tanto no contaban con instalaciones en las que tratar a los prematuros y desde entonces se ha implantado en todo el territorio de forma constante, definiendo a la madre como una “incubadora humana”<sup>7</sup>

## **4.2 El recién nacido**

### 4.2.1 Necesidades del recién nacido a término

Se considera recién nacido a término aquellos que tienen un peso superior a 2500 gramos y el parto se produce a partir de la 37 semana de gestación y antes de las 42 semanas<sup>8</sup>.

Durante la gestación, todas las embarazadas siguen un control y seguimiento del embarazo, que incluye anamnesis, controles de peso, tensión arterial y auscultación fetal, y solicitud de analíticas y ecografías para prevenir complicaciones en la madre y el feto. Para ello, se tiene en cuenta la historia personal de la madre y los antecedentes familiares, así como el tratamiento farmacológico o el consumo de sustancias (alcohol, drogas, tabaquismo) que puede provocar defectos congénitos o un parto prematuro.

Desde el momento del nacimiento, los niños se encuentran vulnerables al entorno, por lo que son los padres los que deben velar por su seguridad desde el primer día.

En el paritorio, ya se realiza la primera valoración del recién nacido para comprobar que éste se encuentra en un estado óptimo de salud y si es posible se realizará en contacto piel con piel. Se realiza el test de Apgar en el primer minuto de vida, a los 5 y 10 minutos y recogida de sangre del cordón para realizar una gasometría y comprobar posibles incompatibilidades de Rh entre el recién nacido y la madre.

A pesar de ser un recién nacido a término, algunos aspectos físicos no están consolidados (como puede ser el correcto funcionamiento del hígado o la presencia de las fontanelas abiertas en la cabeza). Por ello al nacimiento se debe realizar una profilaxis antihemorrágica (administración intramuscular de 1

mg de vitamina K)<sup>9</sup>. Además se administra la vacuna antihepatitis B en caso de que los padres estén de acuerdo y profilaxis oftálmica para evitar infecciones al pasar por el canal del parto.

De forma rutinaria y hasta su caída se realizarán los cuidados oportunos del cordón umbilical con una cura en seco si no presenta signos de infección o con un antiséptico en caso de que lo presente. Además, se pesará, tallará y medirá el perímetro cefálico para comprobar su desarrollo.

A esto, hay que sumarle que el niño se va a sentir indefenso al cambiar de ambiente y puede sentirse más irritable con la luz o los ruidos, por lo que hay que mantener un ambiente tranquilo.

Si la madre desea realizar lactancia materna exclusiva, es importante haber realizado anteriormente el contacto precoz piel con piel, pues aumenta las posibilidades de realizar una toma espontánea y favorecerá la lactancia materna en el futuro. Esto se debe al aumento de las cantidades de oxitocina y prolactina.

Existe evidencia científica de la importancia de una adecuada educación para la salud a los padres para evitar errores o confusiones en el futuro, enseñándoles cómo deben realizar las curas del cordón umbilical (actualmente cura en seco, con una gasa alrededor de éste, sin necesidad de aplicar ningún antiséptico) vigilancia de deposiciones y micciones, vigilar la temperatura corporal (ya que se tiende a tapar en exceso a los niños) y los cuidados de la piel (aplicando cremas en caso de piel seca, pero evitándolas si no fuese así, ya que pueden provocarse futuras alergias)<sup>10</sup>.

Antes del alta hospitalaria se debe haber realizado a todos los recién nacidos las pruebas metabólicas para detección de enfermedades congénitas y el cribado de hipoacusia<sup>11</sup>.

En los meses siguientes el niño puede seguir sintiéndose vulnerable ante el desconocido entorno, por lo que el método canguro resuelve la mayoría de estos problemas, ya que al sentir el contacto de su madre, su olor, voz y latido de corazón, el bebé se sentirá de nuevo como en el vientre de la madre, sintiéndose más tranquilo y seguro.

#### 4.2.2 Necesidades del recién nacido prematuro

Los recién nacidos prematuros son aquellos que presentan un peso inferior a los 2500 gramos y que el parto se produce antes de las 37 semanas de gestación<sup>12</sup>. Así mismo, dentro de esta clasificación se pueden distinguir 3 tipos de parto prematuro:

- Prematuro moderado o tardío: de 32 a 37 semanas gestacionales
- Muy prematuro: de 28 a 32 semanas gestacionales
- Extremadamente prematuro: Menor de 28 semanas gestacionales

Esto puede traducirse en grandes problemas, tanto para el recién nacido como para la madre.

Recientemente, según los datos de la OMS del 2011, en España se producen aproximadamente 31.000 partos prematuros (lo que supone uno de cada 13 partos) y estos neonatos suponen el 75% de los ingresos en las unidades de neonatología<sup>13</sup>.

Actualmente no se ha llegado a una conclusión de por qué se produce un parto prematuro, aunque existen diversas razones que lo pueden provocar<sup>14</sup>, como por ejemplo: hipertensión durante el embarazo, tabaquismo, parto prematuro anterior, embarazo múltiple, infecciones, etc.

En estas circunstancias siempre se pretende alargar el embarazo lo máximo posible y se administra corticoides a la madre para favorecer la maduración pulmonar del feto durante el embarazo. En caso de que se produzca antes de las 34 semanas gestacionales los pulmones no se encuentran desarrollados, por lo que necesitaran tratamiento urgentemente, existiendo un alto grado de mortalidad.

A esto hay que sumarle el riesgo de padecer diversas enfermedades dada la extrema prematuridad. Entre ellas podemos diferenciar algunas tales como: Displasia broncopulmonar, distes respiratorio, parálisis cerebral infantil, ductus arterioso, hemorragia cerebral, sordera, retinopatía, hipoglucemia o trastornos cognitivos<sup>15, 16</sup>

Al igual que los recién nacidos a término, en estos bebés también hay que realizar las medidas profilácticas oportunas, contando además con el factor extra de tener un sistema inmune más débil.

Por norma general y hasta hace pocos años, los neonatos se encontraban en las incubadoras, restringiendo las visitas a los padres y el poder tocarlos. En los últimos años y gracias a los estudios realizados sobre el método canguro esto está cambiando, favoreciendo las visitas de los padres, y que puedan cogerle en brazos, haciendo que el niño se encuentre más tranquilo y evolucione mejor<sup>17</sup>.

Así mismo, esto también supone una ventaja para la madre, ya que se sentirá más tranquila al poder coger a su hijo en brazos y contribuir en su evolución.

### **4.3 Aspectos sociales**

#### **4.3.1 Conocimientos acerca del MMC.**

Actualmente y a pesar de las tecnologías de la comunicación e información, que suponen una gran cantidad de información a la que poder acceder, existe un gran desconocimiento acerca del método, debido a la poca información y poca publicidad que se hace del tema.

La mayoría del personal no sanitario que conoce el método son las mujeres embarazadas que acuden a las clases de educación maternal en los centros de atención primaria, a las que se les habla superficialmente de éste método y del porteo.

Por tanto sería recomendable aumentar las actividades grupales de educación para la salud dirigidas a las mujeres embarazadas, explicando con más detalle el método, en qué consiste y las ventajas (anexo I) así como facilitar esta información en el momento del parto y dar la oportunidad de realizarlo desde el primer momento.

#### **4.3.2 Conocimiento del profesional sanitario del método y su aplicación**

En cuanto al personal sanitario, existe desconocimiento de este método en un porcentaje considerable de los trabajadores<sup>18</sup>. Esto se debe a haber realizado

estudios anteriores a que el método estuviese en auge o bien por no estar de acuerdo a las ventajas que este ofrece y por tanto no profundizar en el tema.

En el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH) se ofrece la posibilidad de realizar el método piel con piel a las madres que acaban de parir, pero, por observación propia durante las prácticas hospitalarias, igualmente la valoración de pediatría se realiza fuera del contacto de la madre, lo que supone una incorrecta realización del método, por lo que no se obtendrán todos los beneficios descritos.

Es importante dar a conocer este método entre los diferentes profesionales (matronas, ginecólogos, pediatras, neonatólogos, enfermeras de atención hospitalaria y enfermeras de atención primaria) para fomentarlo entre todos y conseguir plenamente los beneficios.

#### **4.4 Método madre canguro**

##### **4.4.1 Concepto de MMC**

“El Método Madre Canguro (MMC) es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre”<sup>5</sup>. Esto se traduce en un contacto y estimulación precoz del recién nacido y debe complementarse con la lactancia materna.

El MMC se basa en la observación de los canguros y como transportan a sus crías en el marsupio tras nacer prácticamente en un estado fetal y poco desarrollado, por lo que reptan hasta esta bolsa, pegada a las glándulas mamarias hasta completar su desarrollo extrauterino<sup>2</sup>.

##### **4.4.2 Aplicación y ventajas del MMC**

En un principio este método se utilizaba en recién nacidos prematuros estables, fortaleciendo de esta forma el vínculo con la madre y favoreciendo la primera toma de leche materna, así como una termorregulación eficaz<sup>19</sup>.

Según han ido avanzando las investigaciones referentes a este método se ha ido aplicando a recién nacidos a término, comprobando que presenta las

mismas ventajas que en los prematuros; así como en prematuros con patologías, que permiten la aplicación de este método de forma intermitente<sup>20</sup>.

Esto se aplica desde el momento del nacimiento, preferiblemente de forma continuada para lograr sus beneficios hasta la semana 40 postparto<sup>21</sup>. Por ello, es necesario realizar una educación para la salud adecuada, informando a la madre acerca del método y cómo realizarlo en casa. En el momento del parto, ya sea natural o por cesárea, el recién nacido debe depositarse junto al pecho de la madre, estando continuamente en contacto. Esto debe mantenerse durante las primeras 2 horas de vida del recién nacido sin interrupciones y posteriormente tanto tiempo como se pueda y quiera.

Posteriormente, en los bebés prematuros se aconseja realizar este método con una duración no inferior a los 60 minutos, ya que puede ocasionar cierto grado de estrés la manipulación y el traslado del bebé desde la incubadora al pecho de la madre.

Por tanto, se puede dividir en dos etapas, dependiendo de cuando se realice. Así, se distingue una etapa intrahospitalaria, nada más nacer y durante el ingreso del recién nacido, en el que los padres tomarán el primer contacto con el método y lo realizarán de forma gradual hasta que tanto ellos como el bebé se adapten.

La otra fase existente es la ambulatoria, siendo esta desde el momento del alta y hasta que la aplicación de este método llega a su fin. La duración en esta fase puede variar, ya que existen numerosos factores que lo puedan condicionar. Durante esta fase los padres ya han alcanzado más soltura y conocimiento acerca del tema, pero igualmente deberán ser controlados por la enfermera de atención primaria<sup>22</sup>.

Este método ofrece numerosas ventajas, tanto para la madre, para el recién nacido y para la institución de hospitalización<sup>23</sup>.

1. Beneficios para el recién nacido<sup>5, 24</sup>:

- Favorece una termorregulación eficaz, adecuando la temperatura corporal de la madre, para ayudar a controlar la del recién nacido, evitando tanto las hipotermias como hipertermias.

- Disminuye la probabilidad de padecer infecciones nosocomiales y mejorar su sistema autoinmune
- Control de la frecuencia cardíaca y respiratoria, acompañándose al ritmo de la madre en los primeros minutos tras el nacimiento
- Disminuye la posibilidad de padecer episodios de apnea
- Acelera la adaptación metabólica
- Favorece las horas de sueño y que este sea de mejor calidad
- Facilita la lactancia materna, haciendo que la succión se produzca mejor, y por tanto el calostro suba con mayor rapidez, evitando posibles pérdidas de peso importantes o hipoglucemias
- Ofrece mayor tranquilidad para el bebé, ya que está en contacto continuo con la madre, sintiéndose como dentro del útero
- Aumenta el umbral del dolor del bebé, por lo que se recomienda realizar los procedimientos dolorosos que sean oportunos en esta posición.
- Disminución de la estancia hospitalaria
- Su utilización tras el alta ha demostrado mejores coeficientes intelectuales en los niños

## 2. Beneficios para la madre<sup>25</sup> y el padre:

- Favorece la lactancia materna, haciendo que la primera toma (calostro) suba con mayor rapidez
- Ayudar en la involución uterina hasta su tamaño normal, causado por la segregación de hormonas
- Aumenta el ánimo de la madre, sintiéndose más involucrada en el cuidado (o recuperación) de su hijo.
- Mejora el descanso y disminuye la ansiedad de la madre y el padre, al tener periodos de sueño más largos
- Favorece la involucración del padre en el desarrollo de su hijo, (aspecto que anteriormente había quedado descuidado e infravalorado), pudiendo complementar el método cuando la madre no pueda realizarlo, alcanzando los beneficios antes citados.

### 3. Beneficios para la institución de hospitalización:

- Al suponer una menor estancia hospitalaria y no necesitar incubadora supone un ahorro considerable para el hospital.
- Menor índice de infecciones nosocomiales
- Mayor preparación del personal, para poder realizar la educación para la salud oportuna al alta.

#### 4.4.3 Realización correcta del método

Se deberá iniciar en el hospital, desde el momento del nacimiento y se prolonga hasta el domicilio. Es importante enseñar adecuadamente como realizar el método, y cómo sujetar al bebé, ya que supondrá el éxito y obtención de los beneficios de realizarlo<sup>5, 26</sup>.

No es necesario excluir a aquellos bebés que presentan un estado menos estable o que se encuentran monitorizados, ya que puede seguir controlado en el pecho de la madre<sup>27</sup>.

No existe una edad determinada para dejar de aplicarlo. Cuando el bebé no necesita de más cuidados de madre canguro se notará tenso, ansioso y llorará mientras se aplica el método, por lo que se irá reduciendo paulatinamente. Esto no significa que en un futuro no pueda cogerse en brazos al bebé, ya que en ciertas situaciones se encontrará más cómodo y seguro entre los brazos de la madre o padre.

Posición madre canguro. Pasos a seguir<sup>5, 21, 28</sup>:

1º: La madre y padre se situarán en un ambiente tranquilo e íntimo para las primeras sesiones, sintiéndose así más seguros al realizarlo y no sintiéndose observados o criticados. Esto es importante, ya que si ellos no están cómodos, transmitirán la inseguridad a su hijo y éste estará incómodo.

2º: Se vestirá al bebe únicamente con un gorro, pañal y calcetines. La madre deberá llevar puesto una camiseta elástica y un poco amplia para poder albergar cómodamente al bebé en su pecho (Figura 1). Además, durante el tiempo que se lleve al bebé no debe llevar sujetador, ya que puede alterar el olor de la madre, sentido por el que se guía el bebé.



3º La madre se colocará al bebé o la ayudarán a colocársele en el centro del pecho verticalmente. La posición en la que éste debe quedar es con las caderas flexionadas y los brazos flexionados hacia fuera, recordando esta posición a la de una rana (Figura 2). Del mismo modo, la cabeza deberá estar ligeramente inclinada hacia arriba, permitiendo sin ninguna dificultad la respiración del bebe y permitiendo que durante la realización del método éste pueda alimentarse del pecho sin necesidad de cambiar de posición.

4º: Se colocará la faja alrededor de madre e hijo, procurando ejercer una presión adecuada, para que éste no pueda caerse y permitiéndole cierta amplitud de movimiento. Hay que procurar que la faja quede a la altura del epigastrio de la madre, coincidiendo con el pecho del bebé.

5º: Una vez colocado y asegurado que no hay peligro de que se caiga, la madre puede realizar cualquier actividad, ya que tiene las dos manos libres para ello (Figuras 3 y 4)



**Figura 1:** Posición del recién nacido para colocarlo junto a la madre (Fuente: OMS, El método canguro, guía práctica, 2004)



**Figura 2:** Posición del recién nacido en el pecho de la madre  
(Fuente: OMS, El método canguro, guía práctica, 2004)



**Figura 3:** Madre realizando tareas domésticas mientras realiza el MMC  
(Fuente: OMS, El método canguro, guía práctica, 2004)



**Figura 4:** Madre cocinando mientras realiza MMC  
(Fuente: OMS, El método canguro, guía práctica, 2004)

Igualmente, este método está indicado en gemelos, colocándose uno a cada lado del pecho y siguiendo los mismos pasos que los explicados anteriormente (Figura 5). En cuanto a la lactancia durante la aplicación del método, se puede realizar sin ningún problema, mamando cada bebé de uno de los pechos de la madre.



**Figura 5:** Madre dando de mamar a gemelos a la vez

(Fuente: Lactancia materna Alba, Posturas y posiciones para amamantar)

En las ocasiones en las que la madre quiera o deba descansar de éste método, o simplemente no se encuentre en condiciones para realizarlo, el padre puede continuar con ello, creando los mismos beneficios para el bebé que la madre (Figura 6).

Además, este método permite dormir con el bebé en esta posición, siempre y cuando la madre quiera, ya que en ocasiones pueden presentar dudas al respecto, frente al temor de girarse dormida y aplastarle. Por ello, se recomienda dormir en una posición semi – Fowler (Figura 7) y de semi – lado, ya que así es imposible apoyar el abdomen en la cama y ocasionar daños al bebé.



**Figura 6:** Realización del MMC por parte del padre

(Fuente: OMS, El método canguro, guía práctica, 2004)



**Figura 7:** Madre descanso mientras realiza el MMC  
(Fuente: OMS, El método canguro, guía práctica, 2004)

#### 4.4.4 Inconvenientes del MMC

En cuanto a inconvenientes físicos o psíquicos, tanto por parte de la madre como del bebé no se ha descrito ninguno, ni existen estudios que lo demuestren. De todas formas, se recomienda comenzar con el método con aquellos bebés ya estabilizados hasta que el personal sanitario adquiera los conocimientos y el manejo oportuno para realizarlo con los demás bebés<sup>17, 29</sup>.

Ocasionalmente este método puede presentar inconvenientes en cuanto al ámbito social, ya que sigue existiendo cierto recelo sobre la opinión de llevar “en brazos” continuamente a los bebés a partir de cierta edad o darles el pecho.

### **4.5 Mujer mastectomizada**

#### 4.5.1 ¿Cómo realizar este método?

Este método intenta abarcar a todas aquellas madres que pretendan realizarlo, aunque estas puedan presentar alguna enfermedad, como es haber sido intervenida para realizar una mastectomía.

Por tanto, parece importante destinar un apartado a las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía y que posteriormente han decidido tener un hijo y ser una madre canguro.

Estas mujeres pueden sentirse incapaces de realizar con normalidad su rol materno, por lo que desde el primer momento es necesario empatizar con ellas y adaptar el método a su situación<sup>30</sup>.

Según varios estudios, el haber padecido anteriormente un cáncer de mama no supone ningún problema para poder alimentar al bebé con lactancia materna y utilizarse el método canguro<sup>31</sup>.

Por otro lado, existe poca información sobre el método canguro aplicado en mujeres mastectomizadas, ya que el porcentaje de mujeres que tiene un hijo tras esto es bajo.

Los pasos a seguir para colocarse el bebé son los mismos que para cualquier mujer, pero la cabeza del niño quedará orientada hacia el pecho sano para que pueda amamantarse mientras está en contacto con su madre.

## **5. OPINIÓN PERSONAL BASADA EN LA OBSERVACIÓN TRÁS LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS**

Tras la realización de prácticas en la unidad de maternidad, pediatría y paritorio del Hospital Universitario Río Hortega he podido comprobar que existen protocolos de implementación del método canguro y piel con piel, pero que a la hora de la práctica, la mayoría del personal de enfermería no le da importancia, pensando erróneamente, que el tener mucho tiempo a los bebés en brazos puede volverles consentidos y difícil de consolar cuando lloran al estar siempre en contacto con la madre.

Del mismo modo, hay enfermeras que gracias a haberse reciclado están informadas sobre el MMC y conocen sus ventajas, por lo que procuran recordárselo a la madre en cada turno para que lo lleven a cabo.

En mi opinión, esto puede crear confusión en las madres, porque reciben información contradictoria, por un lado se les dice que el bebé debe estar en contacto con el pecho de la madre el mayor tiempo posible, y por otro, que el recién nacido esté mejor en su cuna.

Otro aspecto a destacar es la existencia de protocolos para las diferentes pruebas que se realizan al bebé (como la realización de las pruebas metabólicas o extracción de sangre) que recomiendan realizarlos si es posible realizando el MMC, ya que el bebé sufrirá menos, pero las enfermeras rara vez lo hacen así, ya que resulta más cómodo colocarle en la mesa para hacerlo y no sienten la presión de la madre al observarlas.

## **6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

- Se puede concluir que existe gran número de investigaciones que demuestran las ventajas y los beneficios del MMC frente al tratamiento convencional con las incubadoras, llegando a afirmar que las madres son “las incubadoras humanas” y que este contacto desde el primer momento condiciona el resto de la vida, influyendo en características físicas (un mejor desarrollo); psíquicas (mejor desarrollo cognitivo y mayor coeficiente intelectual) y psicológicas (mejor relación entre el niño y la madre).
- Se ha comprobado que a pesar de existir protocolos de actuación en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH), este no se realiza correctamente, dando más importancia a la facilidad y comodidad para el personal sanitario a la hora de realizar diferentes técnicas o tratamientos en los neonatos, que la comodidad del niño y su bienestar. Por ello, se hacen propuestas de formación a los profesionales de enfermería, la necesidad de concienciar a todo el personal del área materno-infantil y de la importancia de realizar éste método correctamente.
- Con el MMC se obtienen beneficios para ambas partes, tanto para el recién nacido por disminuir la estancia de hospitalización, como para el complejo asistencial por disminuir los gastos originados al darse el alta hospitalaria precozmente.

En cuanto a la implicación que esto supone para enfermería, la información que se tiene del MMC y sus ventajas, supone un enriquecimiento del conocimiento,

así como un mejor desempeño de su labor, pudiendo contribuir en el mejor desarrollo de todos aquellos recién nacidos que lo requieran.

Además, se mejorará la idea de humanización sobre el recién nacido, como una persona que al igual que un adulto puede sufrir dolores y estrés por la situación en la que se encuentra, y no como un mero recién nacido al que todo se le olvidará y no recordará el dolor sufrido.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. González NL, Medina V, Jiménez A, Gómez J, Ruano A, Perales A, et al. Base de datos perinatales nacionales 2004. Prog Obstet Ginecol. 2006;49:645-55
2. Delgado Guerrero M. El método canguro. Tenerife; Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Departamento de Pediatría; 2005. BSCP Can Ped Volumen 29, nº 1. P. 17 – 22.
3. Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Batiste Fernández MT, Marca Gutiérrez M<sup>a</sup>M, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. Anales españoles de pediatría, medicina fetal y neonatología [Internet]. 1998; 48(6) [Citado el 6 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-6-12.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Página web de la OMS. Nacimientos prematuros [Internet]; 2013 [Citado el 1 de Mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Método madre canguro, guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas [Internet]. 2004 [Citado el 8 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf>
6. Urquizo Aréstegui R. El Método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé”. Paediatrica, Asociación de Médicos Residentes del Instituto de Salud del Niño. [Internet]. 2002 Abril – Diciembre Volumen 4, N° 3. 2002 [Citado el 6 de febrero de 2014]. P. 41 – 46. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Paediatrica/v04\\_n3/pdf/metodo\\_canguro.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Paediatrica/v04_n3/pdf/metodo_canguro.pdf)
7. Suh S. Página web de UNICEF. [Internet]; 2012. [Citado el 2 de Mayo del 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/haiti\\_66377.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/haiti_66377.html).



8. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Tenerife: Facultad de medicina. Universidad de La laguna, Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias [Internet]; 2008 [Citado el 1 de Mayo del 2014]. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2\\_2.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf)
9. Martín Castillo M, Alonso Benedit AM, de Pedro Picazo B, Ramón Arbues E. Cuidados del recién nacido en la sala de partos. Revista de enfermería. [Internet]. 2011 Diciembre; 5(3). [Citado el 30 de abril del 2014]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/32/27>
10. Junta de Andalucía, Conserjería de igualdad, salud y políticas sociales. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía [Internet]; 2014 [Citado el 26 de abril del 2014]. Disponible en: [http://www.enfermeriazamora.com/articulopdf/guias/guia\\_preparacion\\_al\\_nacimiento\\_2014.pdf](http://www.enfermeriazamora.com/articulopdf/guias/guia_preparacion_al_nacimiento_2014.pdf)
11. Junta de Castilla y León. Portal de Salud de Castilla y León [Internet]. [Citado el 2 de Mayo del 2014] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-enfermedades-congenitas>
12. Organización Mundial de la Salud. Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. Resumen ejecutivo. [Internet]; 2012 [Citado el 2 de mayo del 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon\\_execsum\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf)
13. Asociación Española de Pediatría (AEPed). Nota de prensa sobre niños prematuros. [Internet]; 2013 [Citado el 2 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/noticias/nota-prensa-sobre-ninos-prematuros>
14. Rellán Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéutico, Asociación Española de Pediatría [Internet]; 2008 [Citado el 2 de mayo del 2014]. Disponible en:

[http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf)

15. Prats Cedó M. Fortalecer el vínculo madre – hijo en unidades neonatales: parámetros para su evaluación. Tesis doctoral. [Internet] Hospital universitario Vall d'Hebron; 2012. [Citado el 27 de abril del 2014]. Disponible en:  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/96436/mpc1de1.pdf?sequence=1>
16. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. Perú: Dirección general de salud de las personas [Internet]; 2007. [Citado el 28 de abril del 2014]. Disponible en:  
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Guia-Atencion-Recien-Nacido.pdf>
17. Ministerio de sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]; 2010 [Citado el 26 de abril del 2014]. Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
18. Márquez Bazán FB. Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del instituto especializado materno perinatal acerca del método canguro 2004 – 2005 [Internet]. Perú. 2006 [Citado el 27 de febrero de 2014]. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/510/1/marquez\\_bf.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/510/1/marquez_bf.pdf)
19. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Revista Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 Marzo; 18(2) [Citado el 10 de febrero de 2014]; 18(2): [07 pantallas]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf)
20. Lawn J, Mwansa-Kambafwile J, Horta B, Barros F, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. The international journal of Epidemiology. [Internet]; 2010;

- 39(1) [Citado el 6 de mayo de 2014]. Disponible en:  
[http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl\\_1/i144.short](http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i144.short)
21. Bergman N. Los mil primeros minutos de vida determinan la existencia. La vanguardia. 2014. Abril
22. Padilla I, Durán V, Osorno J. Contacto canguro. Colombia: Fundación valle del Lili [Internet]; 2013 septiembre [Citado el 28 de abril del 2014]. Disponible en:  
<http://www.valledellili.org/sites/default/files/files/CARTA%20DE%20LA%20SALUD%20SEPTIEMBRE.pdf>
23. Gómez Papí A. El método de la madre canguro; Hospital Universitario de Tarragona Joan XXII, Unidad Neonatal. [Internet]; [Citado el 15 de febrero de 2014]; P. 23 – 27; Disponible en:  
<http://www.obstare.com/varios/revistas/m%C3%A9todo%20madre%20canguro%20pap%C3%AD.pdf>
24. Gómez Papí A, Pallas Alonso C, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. [Internet] Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría; 2007. P. 38 – 43. [Citado el 4 de abril del 2014]. Disponible en:  
[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/campa%C3%B1a%20naucisneonatos/estudio\\_mmc\\_gomezpapi\\_2006.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/campa%C3%B1a%20naucisneonatos/estudio_mmc_gomezpapi_2006.pdf)
25. Shewta J. The effect or birth kangaroo care on maternal and neonatal outcome: a randomizes, controlled trial. Singhgad Journal of Nursing. [Internet] 2012 Diciembre; 28(18) [Citado el 27 de abril del 2014]. Disponible en: [http://www.sinhgad.edu/SinhgadNursingCollegeJournal/Vol\\_II\\_Issue\\_II/Author\\_4.pdf](http://www.sinhgad.edu/SinhgadNursingCollegeJournal/Vol_II_Issue_II/Author_4.pdf)
26. Charpak N, Figueroa Z. Método madre canguro, guías de manejo. [Internet]. Colombia: Fundación Canguro. [Citado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>
27. Ludington – Hoe S. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks´ postmenstrual age.

- Advances in neonatal care. [Internet] 2008; 8(3) [Citado el 27 de abril del 2014]. Disponible en:  
[http://www.neoforce.com/downloads/Kangaroo\\_Guidelines.pdf](http://www.neoforce.com/downloads/Kangaroo_Guidelines.pdf)
28. Thurkeal A, Chawla D, Agarwal R, Deorari A, Vinod P. Kangaroo mother care an alternative to conventional care. India institute of Medical of Medical Sciences, department of pediatric, division of neonatology [Internet]; 2008. [Citado el 28 de abril del 2014]. Disponible en:  
[http://www.newbornwhocc.org/pdf/Kangaroo\\_Mother\\_%20Care050508.pdf](http://www.newbornwhocc.org/pdf/Kangaroo_Mother_%20Care050508.pdf)
29. Charpak N, Ruiz J, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatrica: nurturing the child [Internet]; 2005 mayo; 94 (5). [Citado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01930.x/abstract;jsessionid=FA71918F1AEC8B7496DA780EEB726C5D.f03t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
30. Blanco Sánchez R. Cáncer de mama y maternidad. Enfermería global [Internet] 2011 Abril; (22). [Citado el 26 de abril de 2014]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/clinica1.pdf>
31. De la Cueva Barrao P. Lactancia en situaciones especiales. Medicina naturista [Internet] 2006; (10) [Citado el 26 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.quenoosseparen.info/documentos/Lactanciadificiles.pdf>

## 8. ANEXO I: Tríptico informativo sobre el MMC

### He tenido un bebé prematuro ¿Y ahora qué?

#### ¿Qué es un RN prematuro?

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación y por ello todavía no ha terminado de desarrollarse correctamente, por lo que requerirá un mayor tiempo de hospitalización.

Un RN prematuro no supone un gran problema siempre y cuando se tenga la información adecuada y cómo debemos tratarlo.

Mientras esté en el hospital, su hijo estará dentro de una incubadora, pero verle y cogerle siempre que quiera, ya que se favorecerá el vínculo y mejorará su situación

#### ¿Es bueno cogerle mientras está en la incubadora?

Si, es bueno cogerle y tocarle mientras está hospitalizado. De esta forma se favorece el vínculo afectivo y se desarrollará mejor, permitiendo que el tiempo de hospitalización disminuya. A esto se le llama: **MÉTODO MADRE CANGURO**

#### ¿Qué se consigue con esto?

Se han descrito numerosos beneficios, tanto para la madre como para el neonato. Entre ellas cabe destacar, el favorecer la lactancia materna y la mejora del desarrollo

psicomotor y cognitivo del pequeño

#### ¿Cómo debe realizarse?

Para realizarlo hay que ponerse ropa amplia y colocar al RN en pecho de la madre con la cabeza inclinada, para favorecer la lactancia.

Esto se mantendrá todo el tiempo posible y con una duración superior a la hora para evitar el estrés del niño desde la incubadora al pecho de la madre.

En casa también se puede realizar hasta que el niño no se sienta cómodo en esta posición.

(Fuente: Elaboración propia)