

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

METODO MADRE CANGURO: EVIDENCIA EN SEGURIDAD Y BENEFICIOS PARA EL RECIEN NACIDO PREMATURO Y DE BAJO PESO

Autor principal ENCARNA MARIA RODRIGUEZ PEREZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería NeonatológicaPediátrica

Palabras clave Método madre-canguro recién nacido prematuro lactancia materna

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Según la OMS cada año nacen en el mundo alrededor de 20 millones de niños que presentan bajo peso al nacer (RNBP) (< 2.500 gramos), generalmente por prematuridad, es decir, con menos de 37 semanas de gestación. Gracias a los avances neonatales en cuidados intensivos, se ha logrado disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia de los recién nacidos pretérmino. Pero, cada vez más y de forma más frecuente se saca a los prematuros de las incubadoras para ponerlos contacto piel con piel con sus madres; es el denominado método madre canguro (MMC). Representa un paso hacia la humanización de la neonatología ya que estimula el vínculo afectivo con sus progenitores y la lactancia, dos elementos esenciales para la sobrevivencia del RNBP. El objetivo principal de esta investigación consiste en analizar el método canguro y describir los beneficios que reporta para la salud y la seguridad del recién nacido basándonos en la evidencia científica disponible. Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía existente y búsqueda en base de datos tales como: Medline, Cinahl, Cuiden y LILACS, en publicaciones emitidas entre enero de 2002 y febrero de 2014. Los resultados obtenidos exponen que el método canguro es seguro y bien aceptado en las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales ya que cubre las necesidades en materia de la lactancia materna, temperatura corporal, protección

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.

El elevado número de recién nacidos (RN) prematuros o de bajo peso que vienen al mundo hace que se eleven las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal. Gracias a la existencia de una moderna tecnología neonatal y a la especialización de los profesionales se ha conseguido ir disminuyendo estas tasas.

En los países en desarrollo, en los que el acceso a la tecnología y los recursos están más limitados, el método madre canguro (MMC) constituye una técnica eficaz, segura y beneficiosa que permite cubrir las necesidades del RN. Consiste en colocar al RNBP en contacto piel con piel con su madre fomentando su salud y bienestar (1).

Surgió en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (Colombia) en 1979 creado por los Dres. Edgar Rey y Héctor Martínez. Fue desarrollado como alternativa a los insuficientes medios y dotación de incubadoras para prestar cuidados a los recién nacidos que habían superado la fase crítica y que sólo necesitaban alimentarse y crecer. El MMC se comenzó a aplicar una vez lograda la estabilización del RN y el contacto piel a piel se mantuvo prácticamente las 24 horas del día.

En 1991, Gene Anderson realizó revisión de evidencias publicadas principalmente de respuestas y efectos del contacto limitado piel a piel en recién nacidos hospitalizados en países desarrollados. Los resultados arrojaron que la temperatura corporal y la oxigenación eran ligeramente más estables que la que se obtenía en la incubadora, además no había riesgo adicional de infección y la estancia hospitalaria disminuía, con lo cual se reducían los costes hospitalarios, sobre todo en países en vías de desarrollo.

Muchos estudios revelan que el MMC puede contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos.

Este método ha revolucionado el manejo tradicional del prematuro, siendo luego impulsado por UNICEF a nivel mundial como un método eficaz para salvar las vidas. La OMS avala este método y ha editado en 2004 una Guía Práctica para difundir información acerca del Método Madre Canguro (2).

En España uno de los pioneros en implantarlo fue el Dr. Papí Gómez, en el año 1994, en el Hospital San Joan XXIII en Tarragona, coincidiendo con la apertura de una nueva unidad de cuidados intensivos neonatales (3).

Según un estudio intrahospitalario, incluso el personal de enfermería implicado en este método mostró muy buena aceptación del mismo (4). La investigación y la experiencia clínica demuestran que es algo más que una alternativa a los cuidados tradicionales (incubadoras) ya que favorece la humanización neonatal. Los padres valoran muy positivamente el método cuando se han familiarizado con él creciendo el desarrollo de lazos afectivos y la implicación familiar al sentirse colaboradores en la asistencia de sus hijos.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Para dar respuesta al objetivo anteriormente citado, se realizó una revisión sistemática de la literatura y búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas tales como Medline, CUIDEN, Cinahl y LILACS, entre los meses de enero de 2002 y Febrero de 2014, incluyendo bibliografía tanto en español como en inglés.

Para la búsqueda se utilizaron como descriptores prematuridad, recién nacido, método madre canguro y lactancia materna.

protocolos y publicaciones en congresos y se seleccionaron aquellos cuyo contenido estuviera centrado en el método canguro y sus efectos en el cuidado del recién nacido. Se escogieron 18 publicaciones que cumplieran con los requisitos mencionados y se excluyeron 5 artículos.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Podríamos definir el Método de Cuidado Madre Canguro (MMC), según la Fundación Madre Canguro (Colombia, 2007), como: Un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre y que busca transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

En la definición más amplia del MMC se incluye que el niño esté con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y que se intente el alta temprana del hospital. Consiste en colocar al prematuro en contacto directo con su madre, de forma intermitente o continua y puede empezar tanto en etapas tempranas o tardías (5). El momento exacto para iniciarlo debe juzgarse a título individual, teniendo en cuenta la condición y el estado de cada bebé y su madre. La duración diaria del contacto piel a piel debería ir aumentando paulatinamente hasta llegar a ser lo más continuo posible. Se recomienda realizarlo durante no menos de 50 minutos seguidos, siendo preferible extenderlo a más de 2 horas diarias, dado que los cambios frecuentes estresan a los bebés. Evidentemente, requiere una predisposición a hacerlo por parte de la madre o del padre, y un buen estado de salud (la madre debe estar repuesta del parto). Se coloca al recién nacido entre los pechos maternos en posición vertical. La madre no debe llevar sujetador ni ropa que obstaculice la realización del contacto piel con piel. La cabeza, vuelta hacia un lado, se coloca ligeramente extendida para dejar libre la vía aérea y favorecer el contacto visual madre hijo. Así la madre puede amamantar a su bebé en posición canguro, facilitando la lactancia materna.

Es un método seguro ya que en todo momento queda garantizada la monitorización de las constantes vitales, el control de la temperatura corporal y saturación de oxígeno del recién nacido (RN). Precisa de una correcta formación del personal sanitario implicado, un protocolo adecuado de intervención sobre cómo llevarlo a cabo y la aceptación e implicación por parte de los padres.

Los beneficios que reporta el MMC son los siguientes:

1.- El contacto y la posición del RN favorece la lactancia materna en neonatos. Cuanto más temprano sea el comienzo del MMC y el contacto piel a piel, mayores serán sus repercusiones. Ésta debería considerarse en todos los casos una prioridad nutricional debido a la naturaleza biológica de la leche prematura, que se ajusta a la edad gestacional y a las necesidades del RN. También presenta una composición diferente a la de la madre de un recién nacido a término, con mayor cantidad de nutrientes y sustancias inmunológicas que reducen la incidencia de las infecciones nosocomiales. bv

2. Beneficios físicos. Representa una práctica eficaz para mejorar la estabilidad hemodinámica y metabólica ya que permite controlar la temperatura y puede asociarse a la reducción del riesgo de hipotermia. Estabiliza la frecuencia cardíaca y se reducen los episodios de apnea, muy frecuentes en estos bebés, que, en general, respiran mejor, lloran menos y logran relajarse por completo. El sueño es más profundo y estable. Algunos estudios destacan que toleran mejor el dolor de las intervenciones médicas y mejoran el desarrollo psicomotor y neurosensorial. Se observa mejores tasas de crecimiento y reducción de infecciones como neumonía y sepsis.

3.- Favorece el vínculo afectivo de los padres con sus hijos, el conocimiento mutuo e incrementa la confianza y el grado de competencia de los padres. Se sienten más tranquilos y realizados. Este contacto temprano y continuado con sus hijos prematuros permite que se habitúen a su cuidado, no sólo durante el ingreso si no en su casa mejorando el ambiente familiar, hecho que contribuye al alta hospitalaria precoz. Algunos estudios observacionales demostraron que los prematuros manifestaron una buena tolerancia al MMC. La mayoría permaneció con las manos abiertas o sonriendo. Otros autores encontraron que incluso disminuían los períodos de llanto, al ser menos agresivo y basarse en elementos ya conocidos por el bebé como olor de la madre, su voz, los sonidos de su cuerpo, le ofrece una sensación de seguridad que le ayuda a recuperarse con mayor rapidez.

A raíz de lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que el MMC humaniza el cuidado. Permite un mejor uso de los recursos técnicos y

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

No se tiene conocimiento de que se haya publicado ni un solo estudio que arroje un resultado negativo del MMC. Carece de límites y puede aplicarse, de forma precoz, a todos los bebés de todos los países del mundo, siempre y cuando las condiciones fisiológicas y la estabilidad del recién nacido lo permitan.

Los estudios consultados concluyen que: reduce la incidencia de infecciones nosocomiales, morbilidad grave y la mortalidad neonatal, relativamente frecuentes en neonatos prematuros.

A la luz de la evidencia científica disponible, también podemos afirmar que los RNBP y prematuros poseen una mejor evolución si sus padres son integrados en sus cuidados. Consiste en una implicación absoluta de la madre MMC contribuye a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre la madre y el hijo.

Los cuidados madre canguro suponen una ayuda tanto para los recién nacidos como para sus progenitores. Las madres dicen sentirse bastante menos estresadas si se aplican dichos cuidados que si el recién nacido recibe atención convencional. Los padres también dicen sentirse relajados, cómodos y contentos. Si bien consideran que la atención convencional en incubadora permite un mejor control de los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer, reconocen asimismo que dicha atención incrementa el riesgo de contraer infecciones hospitalarias y separa a los recién nacidos de sus madres.

La mayoría de los profesionales sanitarios también considera beneficioso que se dispensen estos cuidados ya que no es necesario más personal

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Podrían ir encaminadas a la elaboración de guías protocolizadas tanto a nivel hospitalario como domiciliario, y a la implementación de un programa de MMC consensuado entre los diferentes profesionales de las unidades neonatales. Así como al estudio de aquellas barreras que pueden dificultar su aplicación, tales como :

- falta de apoyo institucional
- falta de formación profesional
- escasez de centros
- organización
- falta de tiempo
- los horarios restrictivos que limitan las visitas de los padres.

Para ello también sería conveniente profundizar sobre el grado de conocimiento, formación y aceptación del profesional sanitario sobre MMC.

Otra línea de investigación versaría sobre el estudio en profundidad del MMC en países de recursos limitados y en vías de desarrollo dónde se

resultados más significativos.

Así como el estudio, apoyo y el seguimiento ofrecidos a las madres y a las familias tras recibir el alta hospitalaria.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1.-Delgado Guerrero M. El método canguro. BSCP Can Ped 2005; 29(1):17-22.

2.-Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas .Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra ,2004.

3.-Papí, Gómez A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. ActaPediatr Esp. 2007; 65 (6): 286-291.

4.-Arivabene J.C; Rubio Tyrrel M.A. Método Madre Canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev Latino- Am.Enfermagen 2010; 18(2).

5.-Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2):CD003519.