



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/021.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Método canguro e hijos prematuros. Educación sanitaria para padres adolescentes**

Autores **María Mercedes Huertas Pérez, Beatriz Lozano López, Elisa Hernández Llorente, Sofía Irene Valladolid Benayas, Alicia Rodríguez Rivera, Laura Marco Gil**

Centro/institución Hospital Torrecárdenas.

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail yeyeshuertas@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El embarazo en madres adolescentes se considera un problema de salud pública ya que conlleva resultados negativos tanto para la madre como para el futuro hijo¹.

Los niños prematuros o nacidos antes de las 37 semanas de gestación que nacen al año alcanzan cifras elevadas, estimándose en unos 20 millones², siendo el 90 % de estos nacimientos en países en vías de desarrollo³; lo que provoca un incremento de las tasas de morbilidad neonatal en el primer año de vida. Esto sucede como consecuencia de partos prematuros, por problemas de crecimiento intrauterino del feto o bien, por anomalías en el desarrollo prenatal⁴⁻⁵.

Entre las madres adolescentes, sobre todo en las menores de 15 años, existe mayor riesgo de nacimiento de hijos prematuros presentando estos más morbi-mortalidad que los hijos nacidos de madres adultas⁶.

Es común, que asociado al bebé prematuro encontremos inmadurez y bajo peso al nacer (BPN)⁵. Este último término se utiliza cuando un niño pesa menos de 2.500 gr después de su nacimiento^{7- 8}.

Las morbilidades más comunes en un recién nacido (RN) pretérmino son las infecciones, la hemorragia intracraneal y la hiperbilirrubinemia^{3, 9}. Además, presentan un alto riesgo de padecer trastornos del comportamiento y aprendizaje, problemas de integración social en la vida adulta y anomalías auditiva, visuales y neurológicas⁵.

Por tanto, la atención sanitaria a estos RN conlleva un gran gasto sanitario⁵, siendo un problema de salud pública^{2, 10}.

Hoy en día, los embarazos se tienen más controlados y además, existen tecnologías más específicas para los cuidados de los RN prematuros con profesionales más cualificados. Sin embargo, en muchas ocasiones hay familias que no tienen acceso a estas nuevas tecnologías, más aún cuando se trata de padres adolescentes con bajo nivel socio-cultural o debido al número elevado de RN prematuros, los recursos hospitalarios resultan insuficientes provocando una atención sanitaria poco eficaz⁴.

Por ello, se ha de tener en cuenta el método canguro como un procedimiento para el cuidado y tratamiento del RN pretérmino. Esta técnica es económica, fácil de realizar y eficaz, además de cubrir las necesidades del RN aportándole calor, favoreciendo la lactancia materna (LM), protegiéndolo ante infecciones, fomentando su estimulación y la relación entre el binomio madre e hijo^{4,11}. Esta técnica suele aceptarse de forma positiva tanto por las madres como por los sanitarios que participan en el proceso⁵.

El método madre canguro (MMC), que se describe en el First Internacional Workshop on Kangaroo Care en Trieste en 1996⁵, se define como el cuidado de RN prematuros manteniéndolos en contacto continuo, precoz y prolongado piel con piel entre la madre y el RN con LM a ser posible de forma exclusiva^{5, 8}, de forma que ambos se lucren de sus ventajas y beneficios. Estos cuidados comenzarían en el hospital pudiendo continuar con la técnica en casa tras el alta bajo la supervisión de personal entrenado⁵. Se ha demostrado que este método es especialmente eficaz en zonas más desfavorecidas donde no se tiene acceso a unidades de cuidados intensivos neonatales¹².

En 1979, los doctores Edgar Rey y Héctor Martínez, fueron los primeros en presentar este método en la Unidad de Cuidados Especiales para Neonatos del Hospital San Juan de Dios en Bogotá (Colombia)⁹ como alternativa a los cuidados convencionales que los RN prematuros recibían en la incubadora. Lo destinaron a aquellos bebés que se encontraban clínicamente más estables tras haber superado una etapa más crítica, que pudieran respirar aire ambiental y que sus cuidados se centraran en favorecer la alimentación y la ganancia de peso⁴⁻⁵.

En España, el primero en implantar el método canguro fue el Dr. Gómez Papí y su equipo en el Hospital San Joan XXIII (Tarragona) en el año 1994⁵.

El objetivo de este trabajo es:

Conocer el MMC como técnica segura y eficaz para el cuidado de RN prematuros así como, detallar el papel que los profesionales de enfermería desempeñan para implantar este método en las unidades neonatales.

Establecer pautas para realizar educación sanitaria a padres adolescentes con hijos prematuros en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliografía tanto en inglés como en español de diferentes bases de datos tales como MEDLINE, PUBMED, COCHRANE PLUS, SCIELO, CUIDEN. Se revisaron tanto ensayos clínicos y como artículos de revisión de los últimos años.

Los descriptores utilizados fueron: método madre canguro (kangaroo-mother care method), prematuro (infant, premature), atención sanitaria (delivery of health care), recién nacido (infant, newborn), embarazo en adolescencia (pregnancy in adolescence), educación sanitaria (health education).

Tras la combinación de los diferentes descriptores con los indicadores booleanos AND y OR, los registros obtenidos oscilaron entre 47 y 12, siendo excluidos aquellos artículos que no se encontraban directamente relacionados con el objetivo del trabajo. Los

artículos a los que se hace referencia, ascienden a un total de 20, considerándose como los más relevantes para el presente trabajo.

Resultados

El método canguro consiste en colocar al recién nacido en el pecho de la madre, o en el de su padre si la situación lo requiere⁵, en contacto piel a piel en posición vertical¹³ (esta posición previene el reflujo y la broncoaspiración)⁹. Esta técnica se puede iniciar de forma precoz desde el momento del parto, si la situación clínica del bebé prematuro y la madre lo permiten¹³.

Los neonatos de muy bajo peso al nacer y con complicaciones más severas se les atenderán en la incubadora a la espera de que mejore su estado general para poder establecer el MMC⁴.

El método canguro no suple a los cuidados hospitalarios de las Unidades de Cuidados Neonatales sino que completa las intervenciones realizados por los sanitarios en el RN¹³.

Se ha de comenzar de forma gradual, empezando durante unos minutos al día y pudiendo prolongar la técnica hasta alcanzar las 24h. Se suele continuar con ella hasta que el RN alcanza los 2.500gr de peso⁴ o las 40 semanas de edad postconcepcional¹⁰.

Son múltiples los beneficios que aporta el MMC, tanto a nivel clínico como a nivel fisiológico y psicológico. Entre otros, podemos destacar:

Influye de forma positiva y facilita la LM.^{5, 8, 9, 10, 11, 14}

Aumento de la curva ponderal. ^{3, 5, 9}

Estabilización de la temperatura, disminuyendo el riesgo de hipotermia. ^{3, 5, 8, 11, 14, 15}

Estabilización hemodinámica: mejora el ritmo cardiaco y respiratorio, la oxigenación, los niveles de glucosa en sangre, etc. ^{5, 11, 14}

Menor tasa de infección neonatal. ^{3, 5, 8, 9}

Reduce la concentración de cortisol inicial hasta un 60%⁴.

Reduce el estrés, tanto de la madre como del RN¹¹.

Disminución de episodios de llanto del RN durante la aplicación de la técnica piel con piel¹⁴.

Favorece el sueño del RN, siendo más prolongado y menos fragmentado¹¹.

Favorece el vínculo materno-filial.^{5, 8, 9, 14}

Aumento la autoestima tanto materna como paterna.^{3,5,8,11,14}

Acorta la estancia hospitalaria, reduciendo gastos sanitarios.^{3,5,8,9,10}

Disminuye la sensación de dolor¹¹.

Reduce la mortalidad^{8, 11}.

Para poner en marcha el MMC en el ámbito hospitalario no es necesario más personal sanitario que para aplicar el método convencional⁴. Lo que sí que es adecuado, es que en las unidades de neonatología el personal sanitario esté capacitado y entrenado⁸ en todos aquellos aspectos que influyen en el buen funcionamiento del método canguro.

Entre otros, podemos destacar⁴:

Saber cuándo y cómo se inicia el método canguro.

Conocer cómo colocar al RN en el pecho de su madre.

Formación sobre LM y alimentación de bebés prematuros.

Saber identificar los signos de alarma y enseñarlos a la madre/padre para que los sepan reconocer (respiración dificultosa, apnea, hipotermia, alimentación dificultosa, convulsiones, etc.).

Estar entrenado para actuaciones adecuadas en situaciones de riesgo, así como para apoyar a las familias.

Es conveniente que se realicen protocolos, para unificar criterios entre los profesionales sanitarios a la hora de desempeñar su actividad laboral^{6, 8}.

Todas las madres y padres deben recibir información relativa al procedimiento y los beneficios que se ligan al método canguro, así como sus ventajas e inconvenientes^{4, 13}. La paternidad adolescente es un trance, más aun cuando el fruto de la concepción es un hijo prematuro. Es necesario que los profesionales de la salud enseñen los cuidados esenciales al RN a padres y familiares para llevar a cabo las actividades especiales necesarias para conseguir cuidados de calidad. Se ha de destacar:

Regulación de la temperatura: los prematuros tienen alterados el sistema de termorregulación, por ello necesitamos educar sobre la importancia de la incubadora desde los primeros momentos para la termorregulación y con un nivel de humedad correcta¹⁶.

La respiración: estos prematuros no han tenido el tiempo suficiente de madurar correctamente su sistema respiratorio, por lo tanto, necesitarán un aporte extra de oxígeno¹⁷.

El sistema nervioso, y el ritmo cardíaco: debemos respetar las normas de la unidad con el fin de permitir el mejor desarrollo del prematuro, estos sistemas se encuentran monitorizados para recoger información sobre su funcionamiento¹⁸.

La alimentación: es importante que sepamos que el reflejo de succión en bebés prematuros no se encuentra desarrollado en su totalidad, por lo que necesitarán ayuda en la alimentación, utilizando sondaje nasogástrico¹⁹.

Los niños prematuros son muy sensibles al ruido y la luz, y por ello el entorno al nacer ha de ser lo más respetuoso posible²⁰. Por ejemplo, las incubadoras deben estar tapadas con paños gran parte del día, para evitar que la luz natural o artificial les impida descansar. Los beneficios de la música tenue para los prematuros, que genera confort y conlleva beneficios para el neonato como el descenso de la frecuencia cardíaca, menor actividad metabólica y, en consecuencia, mayor ganancia de peso.

En cuanto el RN mantenga una temperatura corporal adecuada en posición de MMC, se alimente bien y tenga una ganancia de peso adecuada recibirá el alta a su domicilio donde continuará el MMC con supervisión periódica de personal cualificado^{4, 5, 13}.

La aplicación y supervisión domiciliar continuará hasta las 40 semanas de edad postconcepcional¹⁰, que es la edad con la que el bebé debió nacer tras un desarrollo y maduración intra útero de forma adecuada. El personal sanitario encargado debe valorar especialmente el peso y la talla del RN, además de prestar apoyo emocional a la familia¹³ evitando estrés familiar y/o abandono de la técnica^{2, 10}.

Discusión

Se deben de hacer más estudios relacionados con el método canguro, para poder mejorar la técnica en los hospitales que ya la tienen implantada, y fomentar su aplicación en los hospitales que no la realizan.

Las universidades tanto de enfermería como de medicina deben incluir el MMC en su plan de estudios y los hospitales deberían de ofrecer formación continuada al personal sanitario que participa junto con las madres y padres en la aplicación de este método.

Es importante que el personal de enfermería transmita a las madres los beneficios que aporta esta técnica.

En el método canguro permite el proceso de adaptación que aparece ante la llegada del un recién nacido prematuro a la vida de los padres. Compartir experiencias con otros

padres de bebés prematuros puede ser muy positivo. Es recomendable no aislarse e intercambiar sensaciones y preocupaciones tanto en el hospital, como a través de grupos presenciales.

Conclusiones

La maternidad a edades tempranas aumenta la morbilidad, mortalidad, el rechazo social y el bajo nivel educativo.

El método canguro es una técnica segura y fácil de aplicar que tiene múltiples beneficios demostrados en diversos estudios, como es la mejora de los signos fisiológicos, fomentando la salud y el bienestar del recién nacido pretérmino a la vez que favorece el apego de los padres y su implicación en el cuidado del neonato.

El cumplimiento del MMC garantiza un alta hospitalaria precoz al RN y una alimentación basada en la leche materna.

La adopción del método canguro debe ser resultado de una decisión informada, y en ningún caso debe percibirse como una obligación. El personal de enfermería desempeña un importante papel a la hora de animar a los padres en la realización de la técnica eliminando barreras, más aún cuando se trata de padres adolescentes.

A la luz de la literatura consultada, el pronóstico de los niños prematuros mejora con la aplicación del MMC cuando las tecnologías son limitadas o de difícil acceso.

El método canguro permite aplicar unos cuidados neonatales más humanos, haciendo responsable a la madre de su bebé y favoreciendo la relación entre ambos.

La conducta negativa de la madre, familia o personal sanitario no favorece la aplicación de este método. Sería útil, que durante la estancia en el hospital del RN prematuro, los horarios de las unidades neonatales fuesen abiertos de forma que se facilite el acceso de la madre a su hijo las 24 horas.

Bibliografía

1. Alves JG, Cisneiros RM, Dutra LP, Pinto RA. Perinatal characteristics among early (10-14 years old) and late (15-19 years old) pregnant adolescents. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 531.
2. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. [Internet].2010. [fecha de consulta 2 mayo de 2014]; 8(2): [07 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf.
3. Lizarazo-Medina JP; Ospina-Diaz JM y 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.
4. Organización Mundial de la salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas. Método madre canguro, Guía práctica. Ginebra 2004.
5. Delgado Guerrero M. El método canguro. *BSCP Can Ped*. 2005; 29 (1): 17-22.
6. Villafuerte Sierra EJ. Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro: estudio de cohorte histórico realizado en niños que fueron incluidos en el “Programa Madre Canguro” del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 6 de Diciembre de 1993 a

Noviembre de 1994. [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1996.

7. B-Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010; 9 (10): 36.

8. Conde-Agudelo A, Belizán J, Diaz-Rossello J. Atención de madres canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en lactantes de bajo peso al nacer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.

9. Véliz Pacheco D, García Solano KD, Gómez Berganza VM y Hernández Xet C. Funcionamiento del programa “madre canguro” en relación a la ganancia ponderal y tiempo de estancia hospitalaria promedio. Estudio descriptivo realizado en recién nacidos atendidos en los departamentos de neonatología de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt, Dr. Juan José Arévalo Bermejo y General de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.

10. Torres J, Palencia D, Sánchez DM, García G; Rey H y Echandia CA. Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Colomb Med*. [en línea] .2006. [fecha de consulta el 10 de mayo de 2014]; 27 (2): 96-101. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06015>.

11. Rivara Dávila G, Rivara Dávila P, Cabrajos K, Quiñones Meza E, Ruiz Sercovic k, Miñano K et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev.peru.pediatr*. 2007; 60(3): 140-149.

12. Amanda Ortiz J, Borré A, Carrillo S y Gutiérrez Germán. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2006 [fecha de consulta 1 de mayo de 2014]; 38 (1): 71-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05.pdf>.

13. Ruiz J.G., Charpak N et al. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el Recién Nacido Pretérmino y/o con Bajo Peso al Nacer. Fundación Canguro y Departamento de epidemiología y estadística, Universidad Javeriana; Bogotá, Colombia 2007. Disponible en: http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D102.pdf.

14. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

15. Emma M McCall, Fiona Alderdice, Henry L Halliday, John G Jenkins, Sunita Vohra. Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto en niños prematuros o con bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca*

Cochrane Plus 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 3 Art no. CD004210. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

16. New K, Flenady V, Davies M. Traslado de incubadora a cuna abierta de niños prematuros de peso más bajo versus de peso más alto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 9. Art. No.: CD004214. DOI: 10.1002/14651858.CD004214.

17. BOOST II United Kingdom Collaborative Group; BOOST II Australia Collaborative Group; BOOST II New Zealand Collaborative Group, Stenson BJ, Tarnow-Mordi WO, Darlow BA et al. Oxygen saturation and outcomes in preterm infants. *N Engl J Med*. 2013; 368 (22): 2094-2104.

18. Clark MT, Rusin CG, Hudson JL, Lee H, Delos JB, Guin LE et al. Breath-by-breath analysis of cardiorespiratory interaction for quantifying developmental maturity in premature infants. *J Appl Physiol* (1985). 2012; 112 (5): 859-867.

19. Working Group Of Pediatrics Chinese Society Of Parenteral And Enteral Nutrition, Working Group Of Neonatology Chinese Society Of Pediatrics, Working Group Of Neonatal Surgery Chinese Society Of Pediatric Surgery. CSPEN guidelines for nutrition support in neonates. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013; 22 (4): 655-663.

20. Ancora G. The well-being of the newborn infant in neonatal intensive care. *Minerva Pediatr*. 2010; 62 (3 Suppl 1): 55-58.