



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Ciencias de la Salud**  
***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO  
**EL MÉTODO MADRE CANGURO Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA**

**Autora:** Ana Rosa Grañena Muniente

**Tutor:** Dr. Jesús Fleta Zaragozano

**CALIFICACIÓN.**

## 1. INTRODUCCIÓN

El método madre canguro es una técnica neonatal que se definiría como el contacto prolongado entre el neonato y sus padres con la finalidad de estimular la maduración. Sus elementos básicos son el contacto piel con piel, la posición canguro y la nutrición basada en leche materna. Este sistema de cuidados se aplica a recién nacidos prematuros estables (1-4).

Al igual que los marsupiales, las madres canguro utilizan su metabolismo para que su bebé crezca o acabe de madurar. También es conocido con el término "contacto piel con piel" (1, 5).

El niño prematuro nace con una inmadurez de sus órganos y sistemas, que lo hace más vulnerable a enfermedades y más sensible a agentes externos, por lo que necesita apoyo adicional e ingresa en la Unidad de Neonatología (2, 4, 6, 7).

Se entiende por bebé prematuro o pretérmino a aquel nacido antes de las 37 semanas de edad de gestación. Además los recién nacidos se clasifican por su peso de nacimiento y según la OMS un niño de bajo peso al nacer es aquel cuyo peso es menor de 2500 gr. Dentro de los prematuros debemos diferenciar el término gran prematuro, que se caracterizan por su gran inmadurez y por su bajo peso extremo. Estos niños se encuentran por debajo del décimo percentil en las gráficas de estatura y peso. Estas dos condiciones son criterios de elegibilidad para que el neonato y su familia realicen el método madre canguro (2, 4, 6, 7).

Sus principales objetivos son la regulación de la temperatura del bebé, la estimulación de la lactancia materna y permitir el establecimiento del vínculo madre-hijo. Esto consigue la estabilización de constantes vitales, mejora el sueño y disminuye el estrés. Este método representa un paso hacia la humanización de la neonatología. Además permite preparar al bebé y a los padres para que se vayan a casa lo antes posible, siguiendo los controles en la consulta ambulatoria (1, 2, 4, 8, 9).

El método madre canguro fue puesto en marcha en 1978 en Colombia, para paliar la insuficiencia de medios técnicos de una gran maternidad de Bogotá. El doctor Edgar Rey Sanabria decidió intervenir ante el elevado porcentaje de mortalidad infantil y de abandonos habituales en su unidad. Más tarde estudios científicos evaluarían el método y se extendería a otros hospitales colombianos y a todo el mundo (1, 3).

La realización del método madre canguro requiere de un equipo multidisciplinar que colabore entre sí y que incluya a los padres. El objetivo común es único: el bienestar y la salud del bebé (2).

El nacimiento de niños prematuros es un problema mundial. Su frecuencia y distribución es cercanamente paralela a la de la pobreza, es decir, que en los países en vías de desarrollo nacen el 90% de los bebés prematuros de bajo peso. La prematuridad y el bajo peso tienen como consecuencia el incremento de la mortalidad y morbilidad infantil, y su cuidado representa una carga para la salud y los sistemas sociales (2, 4, 10).

Todos los recién nacidos tienen derecho a beneficiarse de la mejor calidad posible de su asistencia en el ámbito médico, tecnológico, psicológico, humano y afectivo. El método canguro intenta ser un complemento para la tecnología, intentando que el rigor tecnológico y la humanización de los cuidados vayan juntos (1).

Por último, el método madre canguro y sus componentes han sido científicamente probados en estudios experimentales y de observación y han demostrado ser una alternativa efectiva y segura, que se acompaña de otras ventajas adicionales (1, 2, 4).

## 2. OBJETIVOS

### **General**

Describir y enseñar las pautas de cuidado que proporcionan las enfermeras a los neonatos prematuros incluidos en el método madre canguro y a sus padres.

### **Específicos**

1. Explicar las pautas fundamentales para poder llevar a cabo el método madre canguro, dar a conocer sus beneficios y ventajas, y señalar los parámetros que se deben valorar para un seguimiento correcto.
2. Enseñar las técnicas para la alimentación del neonato basadas en la lactancia materna, que posteriormente se explicarán a las madres.
3. Explicar la necesidad de involucrar a los padres en el cuidado del niño, con el fin de reforzar el vínculo padres-hijo y desarrollar la confianza necesaria previa al alta.

### **Personas a las que va dirigido**

Enfermeros/as y personal sanitario de unidades neonatales responsables del cuidado de neonatos incluidos en el método madre canguro. Además parte de las actividades y de la información van encaminadas a enseñar y entrenar a los padres en el cuidado de sus hijos.

### **Población diana**

Neonatos prematuros ingresados en la unidad de neonatología que han cumplido los requisitos para ser incluidos en el método madre canguro.

### 3. METODOLOGÍA

Se han consultado las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Finisterra, Dialnet, Science direct, biblioteca unizar. Además páginas web como: Fundación canguro, Que no nos separen-el parto es nuestro, Vía láctea, Kangaroo mother care, Skin to skin contact. El periodo de búsqueda fue desde el 1 Enero del 2012 al 15 de Marzo de 2012.

Las palabras claves utilizadas son: método madre canguro, piel con piel, prematuros, bajo peso al nacer, lactancia materna, vínculo materno, kangaroo mother care, skin-to-skin.

Se han utilizado guías de práctica clínica, meta-análisis, protocolos, estudios clínicos aleatorios y opiniones de expertos, que se fechan entre 1996 y 2011.

En cuanto a la valoración de necesidades del recién nacido se sobreentiende que incluye las 14 necesidades de Virginia Henderson. El plan de cuidados se ha desarrollado consultando la taxonomía enfermera NANDA, NIC y NOC, estructurándolo en base al proceso enfermero y teniendo en cuenta los registros gráficos que se utilizan en las unidades de neonatología.

Se propone que podría ser interesante recabar más información, en un proyecto futuro, realizando entrevistas a profesionales de enfermería, pediatras y madres "canguro" en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales donde ya funcione en MMC.

#### 4. DESARROLLO

A continuación se describe el modo de aplicar el método madre canguro (MMC) en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Se desarrollan las actividades que debe realizar el personal de enfermería: inicio, técnica, duración, requerimientos, vigilancia y registro de constantes. Así mismo se incluyen pautas sobre la estimulación del bebé prematuro para favorecer el vínculo madre-hijo y alimentación recomendada.

El MMC pretende favorecer la evolución del neonato mediante el acercamiento de los padres a su hijo y que éstos se involucren en los cuidados de su bebé prematuro. Nuestro principal objetivo en la primera sesión es el acercamiento, para ello nos presentaremos y llamaremos a los padres por su nombre. A continuación invitaremos a los padres que entren en la unidad para que se familiaricen con el entorno y que puedan ver, acariciar y hablar al bebé (2, 3, 5, 11-14).

Los neonatos prematuros pueden tener asociadas determinadas complicaciones, por lo que el momento de inicio del MMC puede retrasarse dependiendo del estado de salud del niño y también del de su madre. En cuanto al bebé, cuando comience su recuperación y su estado sea estable (respiración espontánea y manipulación del niño sin producir alteración de los signos vitales) está preparado para comenzar el "canguro". Respecto a la madre además de su estado de salud, debe considerarse su voluntad, su disponibilidad, y el apoyo con el que cuenta de la familia y la comunidad. Si la madre no está disponible, el padre puede iniciar la técnica (5, 6, 11, 12, 15).

En el momento adecuado y tan pronto como sea posible, se debe concertar una cita para informar a los padres de la existencia del MMC, de sus beneficios y de su conveniencia. Es importante describir los aspectos que conforman el método: la implicación de la madre, la técnica descrita con anterioridad, las opciones de alimentación y todo ello, por supuesto, con el apoyo del equipo multidisciplinar. Se debe exponer que las razones tienen origen en recomendaciones basadas en evidencias científicas (6, 11, 12, 15, 16).

En la primera sesión se realizará una adaptación. Los padres deben ir aprendiendo cómo colocarse al niño y cómo mantenerlo adecuadamente en posición canguro. Previo lavado de manos, el enfermero/a le enseñará como sostener al bebé, haciendo primero una demostración. Se coloca una mano en la parte posterior del cuello y la espalda, permitiendo que los dedos alcancen la mandíbula para que la cabeza no se incline y obture las vías respiratorias; y la

otra mano se ubica bajo las nalgas (anexo 1, figura 1). Luego lo hará la madre. Si el niño es portador de dispositivos especiales (catéteres venosos, cpap nasal o sonda nasogástrica) se debe tener especial precaución con éstos (2, 6, 11, 16, 17).

A continuación, se colocará al bebé en contacto piel con piel sobre el pecho de la madre. El neonato debe colocarse en una posición vertical, en decúbito ventral (posición de rana) con la cadera flexionada, las piernas extendidas y los brazos también extendidos. La cabeza se posiciona de lado, ligeramente extendida para dejar libre la vía aérea y además favorecer el contacto visual entre madre e hijo (anexo 1, figura 2). Hay que evitar tanto la flexión hacia delante como la hiperextensión del cuello, para disminuir el riesgo de apneas (2, 3, 5, 6, 10-13, 15, 16, 18-21).

La transferencia desde la incubadora a la posición canguro es un momento delicado que se debe realizar con rapidez y seguridad, para que el niño pierda el mínimo de calor (16).

Durante la práctica del canguro el neonato estará desnudo a excepción de un gorro de algodón, que le proteja de la pérdida de calor, y un pañal para las deposiciones. El tórax del padre/madre estará desnudo para favorecer el mayor contacto con su hijo. Se recomienda utilizar ropa cómoda, como un vestido con abertura en la parte delantera con el que se pueda cubrir al bebé. Se recomienda alternativamente el uso de una banda elástica, que se envuelve alrededor del torso ayudando a mantener al bebé en la posición (anexo 1, figura 3). La temperatura de la sala donde se realiza el MMC debe oscilar entre 22-24 °C y la unidad debe proveer a la madre de un sillón cómodo. Asimismo es importante cuidar el ambiente reduciendo los factores estresantes como luz, ruido o actividad (2, 6, 11, 12, 15-17, 20-22).

Después de colocar al neonato, se deberá dejar que la madre repose junto a él. Mientras la enfermera permanecerá al tanto de ambos y vigilará la posición del bebé. Además se explicará a la madre cómo observar al bebé. No es necesario interrumpir la técnica, el neonato puede recibir la mayoría de los cuidados necesarios en posición canguro (5, 11, 16).

Se invitará a la madre a que solicite ayuda si se encuentra preocupada. Puede ser interesante organizar sesiones con varias madres para hablar de los cuidados del bebé, permitiendo que las madres más experimentadas hablen sobre su experiencia e intercambien información, opiniones y emociones (2, 11, 16).

La duración del contacto piel con piel debe ser gradual para favorecer la

adaptación. No se recomiendan sesiones de duración inferior a 1 hora por el estrés que producen en el bebé. Posteriormente debe ir aumentando de forma paulatina pudiendo continuarse durante todo el día, ya que la mayor duración de los cuidados aumenta los beneficios. Durante las interrupciones que pueda requerir la madre, otro miembro de la familia como el padre puede suplir su función. También cabe la posibilidad de que en las unidades, el método se dispense de manera intermitente complementando la atención especializada (5, 6, 11-13, 15-17, 20-22).

El contacto piel con piel podrá continuar mientras la madre y el bebé se encuentren cómodos. La maduración y desarrollo del neonato marcará el fin del método (5, 11-13, 21).

#### Vigilancia y registro de constantes vitales.

Durante el MMC el bebé debe estar supervisado de forma continua con el fin de evaluar la tolerancia de la madre y el niño. Los cuidados y atención de los profesionales de enfermería serán los mismos que si el niño se encontrara en la incubadora.

- Monitorización de las constantes vitales de niño: saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria con control de las pausas de apnea. Es importante controlar estrechamente la temperatura axilar. El control de peso será diario (5, 6, 12, 15-17, 20, 21, 23, 24).
- Además la enfermera evaluará: el estado de alerta del niño, el color, el aspecto general, la postura, la apariencia de confort o incomodidad, periodos de sueño y vigilia, en general, el bienestar del niño durante la posición (3, 5, 6, 12, 15, 16, 23, 24).
- También se observa la actitud de la madre, su tolerancia y su estado emocional (cansancio, estrés...) (5, 12, 15, 17, 24).
- Registraremos en la gráfica de enfermería el inicio y el final del MMC y las incidencias que se produzcan (12, 15).

El niño también debe estar vigilado durante la lactancia, si parece estar cansado o presenta cianosis se debe suspender la alimentación (2).

Se adjunta tabla de registro del método madre canguro en anexo 2.

#### Lactancia materna y método madre canguro.

El MMC permite que la madre de el pecho al bebé mientras está en la posición "canguro". Las evidencias científicas revelan que sostener al bebé en el pecho estimula la producción de leche. Además la leche materna es el mejor alimento que ofrecer al bebé, ya que cumple la función de estimular la maduración, ofrece



protección inmunológica y proporciona aporte nutricional. Si el niño no sube de peso, se puede plantear suplementar o fortificar la leche. Se debe comenzar con la alimentación a demanda y poco a poco el bebé irá poniendo en marcha una rutina (5, 10, 11, 13-15, 18, 29, 20, 21, 25, 26).

Si el bebé no es capaz de succionar y tragar correctamente el pecho, la madre puede extraerse la leche y se le ofrece a través de una sonda nasogástrica. Mientras la madre está con su niño en posición canguro, se aprovechan los momentos que el bebé está alerta para realizar succión no nutritiva, que consiste en que el bebé chupe el pecho o el dedo de la madre (anexo 1, figura 4). Se pueden administrar unas gotas de leche en la boca del bebé para que perciba el sabor. Esto permite estimular la producción de leche de la madre, ayudar a madurar las habilidades de succión del niño y enseñarle la coordinación de la succión-respiración-deglución (5, 11, 13, 18, 22).

El personal de enfermería estimulará la lactancia materna informando sobre sus beneficios. Ésta será la encargada de evaluarla todos los días y monitorizar el aumento de peso diario del bebé. Asimismo explicará el funcionamiento de los sacaleches eléctricos y la forma de recoger, identificar y almacenar la leche correctamente (5, 11, 14-16, 19, 25, 26).

#### Vínculo madre-hijo.

El contacto piel con piel permite desarrollar un estrecho lazo emocional entre el niño y su madre. La proximidad de las caricias, los besos, la voz, el olor materno, el latido cardíaco o la respiración de la madre son elementos estimulantes, que recuerdan la experiencia intrauterina. El amor es uno de los pilares esenciales de la metodología madre canguro (3, 10, 13-15, 16, 18, 25, 26).

El contacto con el bebé debe ser cuidadoso, los sonidos suaves y la luz tenue. Aconsejaremos a los padres que al tocar al niño tienen que calentarse las manos previamente, que deben hacerlo lentamente, con delicadeza y sin movimientos bruscos, aplicarle una presión continua suave, sin frotar, y que pueden colocarse un dedo en la mano para que se agarre. Deben fomentar los periodos de descanso en método canguro, ya que el sueño es fundamental para la maduración. Estos consejos pertenecen a los cuidados centrados en el desarrollo y método NIDCAP, cuyos objetivos son favorecer el desarrollo emocional y neurológico del bebé a través de la incorporación de la familia en los cuidados (6, 14, 16, 22).

Por último, para colaborar con la estimulación sensorial, podemos enseñar a las madres técnicas de masaje simple para practicarlas cuando el bebé está en el

pecho. Esto va a permitir ayudar al desarrollo del bebé y aumentar la confianza de las madres (2, 10).

## 5. CONCLUSIONES

Respecto al tema tratado en este trabajo podemos concluir que se ha evidenciado científicamente que favorece en el neurodesarrollo psicomotor del neonato y en el bienestar y la implicación psicológica de los padres. Además las experiencias personales revelan que es un momento especial para los padres, que les hace sentirse útiles y que enriquece en gran medida el vínculo con sus hijos.

Como aspectos a tener en cuenta, considero que sería necesaria una mejora en la infraestructura y las instalaciones actuales, con el fin de que los espacios donde se desarrolla la técnica del método madre canguro sean más amplios, apropiados y acogedores.

## BLIBLIOGRAFÍA

1. Charpak N. Bebés canguro. Barcelona: Gedisa; 2006.
2. Charpak N, Figueroa Z. Método madre canguro: guías de manejo. Bogotá: Fundación Canguro; 1998.
3. Innovaciones para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur. La metodología madre canguro. Bogotá: IDEASS; 2003.
4. Zamoras Pasadas M. Enfermería neonatal. Jaén: Formación Alcalá; 2008.
5. Fundación Canguro y Universidad Javeriana. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Bogotá: Fundación Canguro; 2007.
6. Zamora Pasadas M. Metodología de cuidados para enfermería pediátrica y neonatal. Jaén: Formación Alcalá; 2007.
7. Waechter E. Enfermería pediátrica. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1996.
8. Ministerio de sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Centro de distribuciones ministerio de sanidad y política social; 2010.
9. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Biblioteca Cochrane Plus. 2007;4(1):1-2.
10. Chinchilla-Chinchilla J, Pineda-Barahona E, Vallejo-Lanos V, Molina-Machado L. Evaluación del neurodesarrollo a los dos años de vida en recién nacidos menores de 2000 gramos incluidos en el programa madre canguro en el instituto hondureños de seguridad social. Rev Med Post UNAH. 2001;6(1):55-9.
11. Organización Mundial de la Salud. Método madre canguro guía práctica. Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2004.
12. Sánchez Martín MI. Enfermería cuidados críticos pediátricos y neonatales. Almería: Ibarra Fernández AJ; 13/04/2012 [15/03/2012]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo150/capitulo150.htm>
13. Quintanilla A. Piel materna, la mejor incubadora. Mi pediatra. 2007;3:12-7.
14. Gobierno de Aragón. Cuídame: guía para madres y padres. Zaragoza: ARPIrelieve; 2005.
15. Gómez Papí A. El método de la "madre canguro". OB Stare. 2002;12(7):23-7.
16. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
17. Merino Navarro D. El método canguro como intervención enfermera. Metas de enfermería. 2003;6(60):12-5.
18. Borrero-Pachón MP, Olombrada-Valverde AE, Martínez de Alegría MI. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. Enferm Clin. 2010;20(2):119-25.
19. Bergman N. El modo canguro de tener el bebé. París; Sextas jornadas internacionales sobre lactancia: 2005.
20. Delgado M. El método canguro. Avances pediátricos. 2005;29(1):17-22.
21. Bustos Lozano G. Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad. Madrid: Hospital Universitario 12 de octubre; 2007.
22. Hospital Universitario 12 de Octubre. ¿Cómo ayudar a madurar?. Madrid: Salud Madrid; 2010.
23. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrerlaciones NANDA, NIC y NOC. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
24. Moorhead S, Jhonson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 de. Barcelona: Elsevier; 2009.
25. Gobierno de Aragón. Guía de lactancia materna. Zaragoza: Departamento de sanidad y consumo, Gobierno de Aragón; 2007.
26. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2009.