

## **BENEFICIOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO A CORTO Y LARGO PLAZO.**

*Realizado por  
Gema Cano Esparza*

*Tutor  
Antonio Milena*

*GRADO EN ENFERMERÍA  
Facultad de Ciencias de la Salud:  
Sección Enfermería y Fisioterapia.*

*Tenerife*

*Universidad de la Laguna (ULL)*

*05/06/2016*

# Beneficios del Método Madre Canguro a corto y largo plazo

Realizado por: Gema Cano Esparza

Tutor: Antonio Milena

GRADO EN ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia.

Tenerife

Universidad de La Laguna (ULL)

05/06/2016

Aprobación del tutor

## **RESUMEN**

El método madre canguro (MMK) tras el parto es un método eficaz que permite a madre e hijo estar en contacto piel con piel tras el nacimiento de este durante al menos 1h ininterrumpida, lo cual aporta innumerables beneficios para ambos, tanto físicos como psicológicos.

A lo largo de la historia, en la mayoría de culturas era común dejar al bebé recién nacido con su madre piel con piel, ya que ella lo calentaba y protegía. Sin embargo, debido a la medicalización del proceso del parto en el siglo xx, los profesionales sanitarios han ido separando al neonato de sus madres al nacer para hacerles un sinfín de pruebas médicas, y esto conlleva a un estado de estrés para la madre, malestar para el RN, el cual se siente desolado en una cuna, menos posibilidades de conseguir una lactancia materna exitosa y un “no fomento” del apego madre-hijo, entre otros.... Por suerte desde el año 1978, gracias a Edgar Rey, un pediatra de Colombia, se comenzó a usar este método otra vez, añadiéndose sin parar a nuevos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, al ver y comprobar la cantidad de beneficios que tiene el MMK tanto para la madre como para el neonato.

**PALABRAS CLAVE:** Método madre canguro, contacto piel con piel, apego materno-filial, puerperio.

## **ABSTRACT**

The kangaroo method after giving birth is an effective method which allows both mother and her baby been skin to skin at least 1h and take all the physical and psychological benefits that this gives to them.

Along the history, most of the cultures around the world used to let the baby skin to skin with the mother so the baby could be warm and protected. But because of the medicalization of the labor in the xx century, health staff has been taken away the baby from the mother since the delivery to see if everything was ok, so, the mother was stressed, the baby was crying and lonely, the breastfeed wasn't such successful as it could be and the mother-infant attachment wasn't strong... etc. Luckily, since 1978, Dr. Rey (a colombian pediatrician) started to use this method again, so every other country would enjoy when they realize how many benefits it provides to the mother and her infant.

**KEY WORDS:** Kangaroo method, skin to skin contact, mother-infant attachment, puerperium.

## **ÍNDICE**

1. Introducción.....	6
2. Objetivos.....	10
3. Material y Métodos. ....	11
4. Resultados y Discusión.....	14
- 4.1. Beneficios para la madre y el bebé.....	14
- 4.2. Los padres como autores principales de los cuidados De su hijo y el aumento del vínculo afectivo.....	22
- 4.3. Piel con piel tras una cesárea.....	24
- 4.4. MMK vs incubadora.....	25
- 4.5. MMK hoy día.....	26
5. Asociaciones e iniciativas pro-MMK.....	29
6. Conclusiones. ....	32
7. Bibliografía. ....	33
8. Anexos.....	36

## FIGURAS

Figura nº 1.....	7
Figura nº 2.....	9
Figura nº 3.....	14
Figura nº 4.....	17
Figura nº 5.....	19
Figura nº 6.....	20
Figura nº 7.....	23
Figura nº 8.....	25
Figura nº 9.....	26
Figura nº 10.....	26
Figura nº 11.....	27

## 1. INTRODUCCIÓN

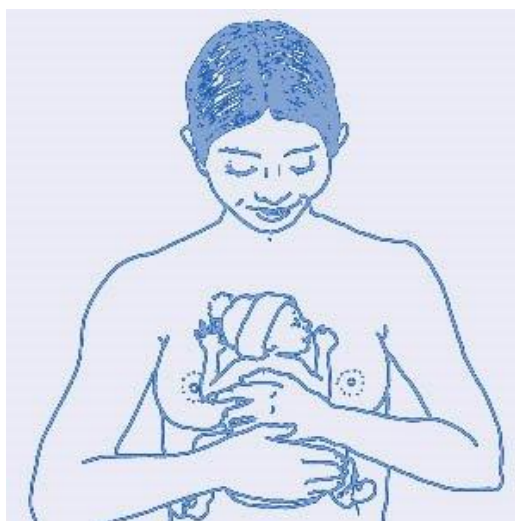
La revisión bibliográfica presentada aquí tiene como objetivo mostrar los beneficios del método madre canguro y hacer ver que, sin alejarse de la naturaleza y sin gastar dinero de más en el servicio de neonatos, podemos tener a bebés y madres más felices y sanos que usando las viejas técnicas de separarlos, cuando se medicalizaba todo el proceso del parto. En este trabajo nos centramos en los beneficios del método piel con piel tanto para el bebé como para la madre sin tener en cuenta la edad de la madre, nacionalidad o clase social.

El método madre canguro (MMK), también llamado contacto piel con piel, se inició en 1978 por el Dr. Edgar Rey Sanabria, pediatra, el cual decidió hacer algo ante el gran porcentaje de mortalidad infantil y abandonos que sucedían constantemente en su ciudad, Bogotá (Colombia). Donde a menudo tenían que poner 2 y 3 bebés en una misma incubadora, por lo que las infecciones estaban a la orden del día. Los bebés también permanecían largos períodos en el hospital ya que no ganaban peso. Y la economía de la ciudad no podía permitirse comprar más incubadoras por lo que, Dr. Rey pensó que el método que habían realizado las madres desde la prehistoria sin ningún recurso económico podría ser efectivo hoy en día. Desde que el MMK se implantó, todo fueron ventajas, el número de abandonos y de muertes descendió notablemente, podían emplear el dinero que ahorraban en el servicio de salud, en mejorar la unidad. Había más incubadoras libres para los bebés que realmente las necesitaban y empezaron a hacer a los padres más participes en los cuidados de su hijo por lo que al sentir que controlaban la situación, su autoestima mejoraba <sup>1</sup>. Esta parte creo que es muy importante remarcarla ya que a principios y mitad del siglo XX, los profesionales sanitarios controlaban y decidían todo con respecto a las técnicas y cuidados del parto y postparto, y no daban opción a que se realizara de la manera que la madre/ padre quisiera aunque estos vinieran de otra cultura. Además el bebé, al nacer, “era del hospital” hasta recibir el alta y la madre tenía que adaptarse a todo lo que los profesionales sanitarios dijeran. Por lo que el estrés y el malestar eran frecuentes en toda la etapa del puerperio. Por suerte eso ha cambiado y en los últimos años los profesionales sanitarios te ofrecen un gran abanico de posibilidades en el cuidado de la salud teniendo en cuenta las preferencias de los padres. Tolerancia y respeto que bajo mi punto de vista nunca debía haberse perdido. Hoy sabemos que cuando un bebé nace, es de los padres y no del hospital. Con iniciativas modernas como la llamada NIDCAP, nos aseguramos de que los profesionales sanitarios se adaptan a las necesidades de cada paciente y no al revés.

En un principio el MMK se creó para beneficiar a los bebés prematuros en los países donde carecían de recursos, por lo que los países desarrollados al principio eran reticentes a emplear esa técnica ya que ellos tenían incubadoras y material para atender al bebé, y pensaban que el MMK era para “pobres” pero tras la aplicación de este método y numerosos estudios que lo abalan, han descubierto que el MMK es más beneficioso que la incubadora, siempre y cuando el bebé esté estable. Al ver todos los beneficios que el MMK aportaba, se dieron cuenta de que cualquier bebé y no solo los pretérmino podían y debían disfrutar de ello, por lo que hoy en día se intenta practicar el MMK con cualquier bebé, ya sea término o pretérmino, siempre y cuando esté estable, y no corra peligro su vida o la de su madre. Si al nacer el bebé está estable pero la madre no, podemos hacer el MMK con el padre o incluso con los abuelos u otros familiares si los padres lo aceptan, y ponerlo con la madre tan pronto como esta se recupere para poder empezar con la lactancia materna lo antes posible, ya que las primeras 24h son fundamentales para saber si la lactancia será exitosa o no.

Actualmente este método es el más utilizado en la mayoría de los países desarrollados y cada vez se unen más países. Algunos países hacen el MMK de forma intermitente y otros de forma continua, pero todos lo implantan en sus unidades como un método necesario para el bienestar del bebé y de su madre.

El método madre canguro consiste en colocar al recién nacido de forma vertical contra el pecho desnudo de su madre, dejando las vías respiratorias libres, de manera que queden ambos pechos pegados y las extremidades del bebé semi-flexionadas. La cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, y evitando la flexión e hiperextensión del cuello <sup>5</sup>, quedando el recién nacido (RN) como una ranita encima de su madre como podéis ver en la imagen siguiente.



(Figura nº1, obtenida de la guía práctica de la OMS <sup>7</sup>)

En todo momento, se debe favorecer el contacto visual entre madre-hijo<sup>5</sup>. Es recomendable usar un gorrito y unos calcetines para el bebé. El método piel con piel está desaconsejado cuando la piel no está intacta o cuando la temperatura de la madre es demasiado alta. Para saber cuándo ha estado en posición canguro suficiente, solo tenemos que fijarnos en si el bebé se muestra incómodo, una vez haya regulado su temperatura, protestará para deshacerse de esa posición <sup>1</sup>.

El MMK se realiza desde el nacimiento del bebé (método madre canguro temprano), donde nada más nacer, antes incluso de pinzar el cordón umbilical, se coloca al neonato sobre el pecho desnudo de la madre y desde ahí se le seca un poco y se le observa para asegurar que está estable y su vida no corre peligro. El bebé no debe retirársele a la madre para hacer ningún tipo de procedimiento hasta pasada, al menos, 1 hora. Debemos intentar que en esa hora comience la lactancia materna. Pasada esa hora inicial, se llevan al bebé para pesarlo, medirlo, vestirlo, ponerle las profilaxis... Intentando que estos procedimientos duren lo menos posible para devolverle el bebé a la madre que es con quién debe estar. Y ya los dejamos juntos durante horas permitiendo al neonato amamantarse y calentarse de una manera natural, sin elevados costes para el servicio de salud, y fomentar el apego madre/hijo el cual mejora el estado de ánimo tanto de la madre como del neonato. El MMK puede ser realizado desde que el bebé nace hasta que la madre lo crea oportuno, puede realizarse de manera intermitente, unos 90-120min de MMK un par de veces al día, o continua, atar al bebé al pecho de la madre con una manta elástica las 24h de día y que la madre siga con su actividades. En las UCI neonatales de España se realiza el MMK intermitente pero en muchos otros países se realiza de manera continua <sup>1</sup>.

Los principios básicos del MMK son <sup>1</sup>:

- Prolongado contacto piel con piel
- Lactancia materna
- Pronta partida del hospital
- Responsabilizar a los padres del cuidado



(Figura nº2: Obtenida de la guía práctica de la OMS <sup>7</sup>)

## 2. Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es concienciar, tanto a padres como a profesionales sanitarios, de la importancia de realizar el método madre canguro. Se pretende informar de la cantidad de beneficios que tiene este método, a través de estudios avalados científicamente, y hacer ver que los resultados son beneficiosos para el recién nacido (RN) para la madre (o quién realice el método madre canguro) y para el personal sanitario, el cual estará más satisfecho al ver a las familias con menos ansiedad por la situación, más felices y más involucradas en los cuidados del bebé <sup>20</sup>.

En el papel de los profesionales sanitarios sobre el MMK, se pretende influenciar sobre todo en el de enfermería, que son los que están 24h con los pacientes y los que más pueden ayudar a la hora de realizar este método. Es, por lo tanto, muy importante informar y formar a enfermeros sobre cómo y por qué realizar el MMK para que ellos sean los primeros en defender este método, introducirlo en el protocolo del hospital y luchar por que se cumpla.

Personalmente pienso que, cuando un enfermero sabe los beneficios que aporta una práctica que debe realizar, se preocupa porque esa práctica se cumpla con el mayor rigor posible, lo cual llevará a una satisfacción personal, al saber que está haciendo lo mejor para sus pacientes, y por eso esta revisión bibliográfica va enfocada también a esos enfermeros que dudan de este método, para poder mostrarles todos los beneficios que tiene, y que sean ellos los que lo quieran realizar. Y así, que el MMK se lleve a cabo en todo el mundo sea un hecho.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se utilizaron los siguientes recursos:

#### Bases de datos:

**MEDLINE:** es posiblemente la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Recoge referencias bibliográficas de los artículos publicados en unas 5.500 revistas médicas desde 1966. Actualmente reúne más de 24.000.000 citas y está en marcha un proceso para la carga paulatina de citas anteriores a 1966. Cada registro de MEDLINE es la referencia bibliográfica de un artículo científico publicado en una revista médica, con los datos bibliográficos básicos de un artículo. **PubMed** es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos como parte de Entrez.

**CUIDEN®** es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados, cuyos contenidos han sido evaluados previamente por un comité de expertos

**SCIELO: (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea)** es un proyecto de biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil (*Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP*) y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud(BIREME), que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de *software* que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos, incluyendo listas de títulos y por materia, índices de autores y materias y un motor de búsqueda. Se fundó en marzo 1997.

#### Libros:

Entre los libros consultados se encuentra:

**BEBÉS CANGURO de Nathalie Charpak.** Es un libro que habla sobre el recién nacido y su contacto piel con piel con la madre. Nathalie Charpak es pediatra y preside la fundación Canguro, una entidad sin fines de lucro cuyo mayor objetivo es humanizar la neonatología.

### Revistas científicas:

**-Acta Paediatrica:** Es una revista médica revisada por expertos en el campo pediátrico. Fue fundada en 1921.

**-Midwifery:** Es una revista médica revisada por expertos internacionales que publica los artículos más recientes de manera segura basado en la evidencia científica para ayudar a mujeres, mujeres embarazadas, matronas, bebés y familiares a desarrollar su conocimiento y actitud sobre el campo de la obstetricia

**-Anales de pediatría:** Anales de Pediatría es la Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría y se edita en castellano en su versión impresa en papel y en forma bilingüe (castellano e inglés) en su versión electrónica accesible en la dirección [www.analesdepediatría.org](http://www.analesdepediatría.org). Se trata de una revista de acceso libre, basada en el sistema de revisión por pares y que considera para su publicación trabajos relacionados con la Pediatría y sus especialidades. La revista, referente de la pediatría de habla española, está indexada en las más importantes bases de datos internacionales: Science Citation Index Expanded, Index Medicus/Medline, Scopus, EMBASE/Excerpta Medica, MEDES, IBECS e Índice Médico Español. Factor de Impacto: 2014: 0,833

**-Birth:** Revista científica que abarca los problemas en atención perinatal, enfermería y obstetricia basado en trabajos de investigación y revisado de manera práctica.

**-Women and birth; journal of the Australian college of midwives:** es una revista online que publica la obstetricia en todos los asuntos que afectan a las mujeres y su nacimiento, desde el asesoramiento previo a conceptual, a través del embarazo , el parto y las primeras seis semanas después del parto . Todos los trabajos aceptados, ayudan a contribuir a la correspondiente investigación contemporánea, la política y la literatura teórica . Buscando trabajos de investigación, documentos de garantía de la calidad (con la aprobación ética ) documentos de trabajo , documentos de práctica clínica , estudios de casos y revisiones bibliográficas originales.

**-Journal of human lactation:** Es una revista trimestral, revisada por la publicación de investigaciones originales, ideas en práctica y la política, los comentarios y los informes de casos relacionados con la investigación y la práctica de la lactancia humana y la lactancia materna. JHL es relevante para los profesionales de lactancia en la

práctica clínica, la salud pública, la investigación, y una amplia gama de campos relacionados con el campo transdisciplinar de la lactancia humana.

Esta revista es miembro de la Comisión de Ética de publicación ( COPE ) .

Asociaciones pro MMK:

[www.unicef.org.uk](http://www.unicef.org.uk)

[www.who.int/es/](http://www.who.int/es/) (OMS)

Criterios de inclusión y exclusión:

Incluimos a todas las mujeres que hayan dado a luz a un solo neonato, sin tener en cuenta la edad ni la nacionalidad.

Incluimos también mujeres que han realizado MMK aun habiéndosele realizado una cesárea.

Excluimos los partos o cesáreas gemelares o de más.

## **4. Resultados y discusión**

### **4.1. Beneficios para la madre y el bebé**

#### **4.1.1. Éxito de la lactancia materna**

El éxito de la lactancia materna se asocia al contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido las 2 primeras horas tras el nacimiento de este. La única causa modificable para conseguir una lactancia exitosa es; no separar a la madre del neonato en las 2 primeras horas, ni para pesarlo ni medirlo, porque al interrumpir el método canguro constantemente se ha demostrado que la lactancia no es tan exitosa como cuando se dejan en contacto piel con piel ininterrumpido. Por lo tanto este estudio concluye en que no solo basta con hacer el método canguro si no que no debe interrumpirse al menos las 2 primeras horas <sup>26</sup>.

El contacto piel con piel temprano aumenta el éxito de la lactancia materna también debido al masaje que hace el RN con sus manos sobre los pechos de la madre mientras succiona, el cual estimula la producción de leche <sup>14</sup>.



(Figura nº 3: Obtenida de la web “mamá matrioska”)

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre inmediatamente después del parto hace más fácil la adaptación extrauterina del neonato. El MMK promueve la lactancia materna inmediata, ya que el recién nacido inicia una succión espontánea y movimientos de búsqueda, cuando localiza el pecho, lo agarra y empieza a mamar aprovechando la primera hora de vida, esta hora es cuando el bebé busca el pecho de forma innata e instintiva, si empieza a succionar en ese momento, aprenderá rápido la técnica y nos aseguramos que más tarde no haya que aplicar técnicas de ayuda a la madre y al bebé a hacer una correcta succión evitando así las grietas o la mala posición a la hora de amamantar al bebé <sup>10</sup>.

Sabemos que la producción de leche la determina la frecuencia con la que el bebé succiona, por eso es importante que desde el nacimiento se amamante al neonato para estimular esta producción de leche y evitar así pérdida de peso neonatal, que es una de las razones por las que se abandona la lactancia materna para iniciar la lactancia artificial. Por lo tanto, el MMK ayuda a una temprana estimulación de las mamas, y con ello, a una mayor posibilidad de éxito en la lactancia materna a corto y largo plazo <sup>10</sup>.

Un estudio con unos RN que hicieron piel con piel inmediato, donde mamaron, comparado con un grupo control que fue separado de la madre nada más nacer y calentado en incubadora, muestra como la efectividad de la lactancia es más exitosa cuando hay método canguro al nacer. Ya que se comprobó tras los primeros 28 días que

un 56,6% de los bebés que estuvieron con su madre en contacto piel con piel desde su nacimiento seguían con LM, ante un 35,6% del grupo control que no realizó el método piel con piel <sup>15</sup>.

En otro estudio se observó a 72 bebés nacidos de manera normal durante 2h después del parto. 34 fueron separados de la madre a los 20min de nacer. Los 38 restantes estuvieron al menos 1h ininterrumpida en método canguro. Después de unos 20min los bebés comenzaron a hacer movimientos arrastrándose hacia el pecho de la madre y la mayoría de los bebés ya estaban mamando a los 50min. Más bebés en el grupo de MMK 1h mostraron una correcta técnica de succión (24/38) que los que no realizaron MMK (7/34). 40 (56%) de las 72 madres habían tomado petidina durante el parto; Los bebés estaban sedados y la mayoría (25/40) no succionaban nada. Esto nos muestra que el contacto con la madre debe ser ininterrumpido durante al menos la primera hora después de nacer y que el uso de drogas como penicilina de ser suspendido <sup>13</sup>.

Los efectos positivos del contacto piel a piel en relación al éxito de la lactancia materna al mes y a los 4 meses tras nacer, está comprobado en una reciente actualización de Cochrane la cual lo achaca al MMK temprano de, al menos, una hora ininterrumpida. Mostró también beneficios tanto para el bebé como para la madre durante todo el periodo que dura la lactancia, la cual es de más meses de duración en los bebés que han tenido contacto piel con piel al nacer que los que no lo realizaron <sup>10</sup>.

El éxito de la lactancia materna cuando el MMK se realiza se ve reflejado también en este estudio llevado a cabo por Bier JA, Ferguson AE, Morales Y, Liebling JA, et al <sup>22</sup>. Donde se puede observar que las madres que realizan MMK son más propensas a seguir amamantando a su hijo al menos 1 mes más desde que nace.

#### 4.1.2. Temperatura corporal idónea:

Según un estudio realizado sobre madres que practicaron el MMK vs madres que no lo realizaron, pudieron observar tras varias tomas de temperatura, que la temperatura axilar y de las mamas de las madres que hacían el método canguro temprano es mayor y dura más tiempo que en las que no lo realizan<sup>16</sup>.

Otro estudio publicado en Acta Paediatrica <sup>17</sup> nos muestra como la temperatura de las mamas de las madres que realizaron MMK subía 0,5Cº 2min después de iniciar el contacto piel con piel y disminuía 0,5Cº 10 min después de quitar al neonato. La temperatura axilar de estas mismas madres que realizaron MMK subía 2min después de colocar al neonato sobre su madre y se mantenía igual tras 10min después de quitarlo. Por lo tanto hay una variación de temperatura obvia en las mamas al quitar al neonato del contacto piel con piel, mientras que la temperatura axilar se mantiene igual <sup>17</sup>. Este aumento de temperatura de las mamas de la madre al entrar en contacto directo con su neonato se atribuye a la hormona oxitocina, la cual se libera cuando madre e hijo realizan MMK <sup>1</sup>. La oxitocina al ser vasodilatador varía la temperatura de la madre y esta se le transmite al bebé <sup>2</sup>.

El contacto piel con piel regula la temperatura del bebé y lo mantiene fuera de peligro de hipotermia <sup>2</sup>. Está demostrado que la incubadora calienta a un bebé hipotérmico del mismo modo que una madre a su bebé con el contacto piel con piel, es igual de efectivo pero mucho más económico. Si hablamos de una cuna, entonces el MMK es aún más efectivo y la temperatura del bebé que está con su madre será mayor que la del bebé que está en una cuna. Y este aumento se debe, como he dicho antes, al aumento de temperatura que sufre la madre, por la hormona oxitocina, al estar en contacto piel con piel con su recién nacido <sup>1</sup>.

El método canguro aumenta esta segregación de oxitocina. En un estudio realizado en el Hospital Universitario de Tarragona «Joan XXIII» <sup>3</sup> se observó que el 96% de los RN tenían una temperatura axilar tras el método piel con piel igual o superior a 36,0°C y que esta temperatura era directamente proporcional a la duración del Método canguro.

"La madre es la incubadora perfecta, por lo que el contacto piel a piel ayuda a regular la temperatura de su hijo y estimula la producción de leche de la madre. Además, los bebés respiran mejor, tienen una frecuencia cardíaca más estable y tienen mejor protegido su sistema nervioso autónomo" (Miguel Larguía, médico pediatra neonatólogo y Presidente de FunLarguía)

#### 4.1.3. Reduce el estrés y el dolor del neonato.

El contacto piel con piel disminuye el estrés asociado al dolor del bebé. Un neonato a término siente el dolor como un adulto puesto que los receptores sensoriales están totalmente desarrollados desde la semana 24 de gestación <sup>10</sup>.

Incluso se ha podido apreciar por numerosos estudios que la sensibilidad al dolor de un neonato pretérmino es mayor que en un niño de más edad <sup>10</sup>. El dolor en el neonato se expresa a través de cambios en parámetros fisiológicos, como la FC o la oxigenación: el bebé puede sufrir un paro cardíaco y asfixiarse bajo un dolor intenso. La posición canguro da al bebé una sensación de seguridad que le hará recuperarse antes de las intervenciones dolorosas <sup>10</sup>. Además el método piel con piel es una manera natural de reducir el estrés sufrido durante el parto tanto para la madre como para el bebé <sup>19</sup>.

Se ha comprobado también en un estudio en una UCI (unidad de cuidados intensivos) catalana <sup>11</sup> que en el tiempo que el neonato permanece en contacto piel con piel se estabilizan los parámetros fisiológicos tales como la FC, FR, SatO2, además de alargar y mejorar los periodos de reposo.



En esta imagen podemos observar a un bebé en contacto piel con piel con su madre y mamando, lo cual hace que esté relajado mientras le ponen una vacuna. El RN no se inmuta, ni llora ni se resiste. ¡Es un alivio saber que el MMK ayuda a que las técnicas enfermeras dolorosas le molesten menos!

(Figura nº4: Obtenida de la AEPed <sup>30</sup> )

El MMK también reduce el estrés, tanto el bebé como de la madre, porque reduce la duración del llanto en comparación con los que no realizan contacto piel con

piel, además da una mayor estabilidad cardio-respiratoria, lo cual da tranquilidad a la madre y cómo no, al neonato <sup>1</sup>.

Otro estudio <sup>6</sup> demuestra que los niños que realizaron MMK, tuvieron un mayor tiempo de sueño tranquilo y durmieron por más tiempo que los niños de los grupos controles.

#### 4.1.4. Beneficios para la madre

Como he comentado antes en el apartado de la temperatura, el contacto piel con piel libera oxitocina a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. La oxitocina produce un incremento de la temperatura en las mamas de la madre, por lo que proporciona calor al recién nacido <sup>4</sup>. La oxitocina tiene también un resultado analgésico en la madre y antagoniza el efecto de lucha o huida, lo que reduce la ansiedad que pueda sufrir la madre, aumentando la tranquilidad y la autoestima de esta <sup>4</sup>. Además, el inicio precoz de la lactancia materna (dentro de los primeros 30min) a parte de tranquilizar a la madre, favorece la expulsión de la placenta ya que la oxitocina interfiere en las contracciones del útero, por lo que hace que el útero vuelva antes a su estado normal <sup>4</sup>. Esta hormona llamada oxitocina tiene más beneficios de los que pensábamos y recientemente se ha descubierto que no solo se libera al amamantar al bebé, si no también con el contacto piel con piel, a través de un estímulo vagal que se produce al tener al bebé en contacto piel con piel directo <sup>24</sup>. El MMK es bueno para el bebé al aumentar la temperatura de la madre y evitar así que este se enfríe y es bueno para la madre porque tiene efecto analgésico y favorece la involución uterina <sup>24</sup>.

El hecho de sentir menos dolor está demostrado también en un estudio <sup>1</sup> en el cual las madres que realizaron MMK referían sentir menos dolor, en la ingurgitación mamaria que sufrían al tercer día tras el parto, que las madres que no lo realizaron.

La depresión post parto (DPP) es el trastorno del ánimo más común del puerperio. Se calcula que alrededor del mundo afecta al 19,2% de las mujeres en el primer trimestre postparto <sup>23</sup>. Es dificultoso su diagnóstico ya que se confunde con la sintomatología que sufren las mujeres en la adaptación al puerperio normal, por lo que tiene bajas tasas de diagnóstico y tratamiento. El contacto piel con piel entre el neonato y la madre favorece la regulación de procesos adaptativos extrauterinos, la vinculación afectiva, la disminución de la ansiedad materna y aumenta la percepción de autoeficacia

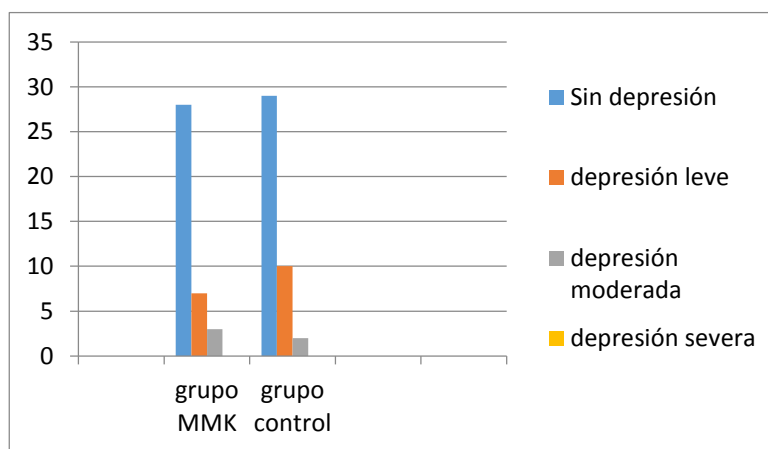
de la madre. El contacto piel con piel entre madre e hijo de al menos 1 hora ininterrumpida y el inicio precoz de la lactancia, puede constituirse como una estrategia de intervención temprana sobre factores de riesgo modificables en la DPP, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de las madres y sus hijos y por tanto, la salud de las familias <sup>23</sup>.

Un estudio realizado aplicando el MMK en puérperas con depresión postparto <sup>12</sup> muestra que el grupo experimental con el que se realizó el MMK tenía una cifra de DPP menor que el grupo que tenía a sus bebés en incubadoras. El MMK es considerado un método de ayuda y soporte en los casos de DPP, reduciendo la ansiedad, disforia, sentimientos de culpa, dificultad de concentración e ideación suicida <sup>12</sup>.

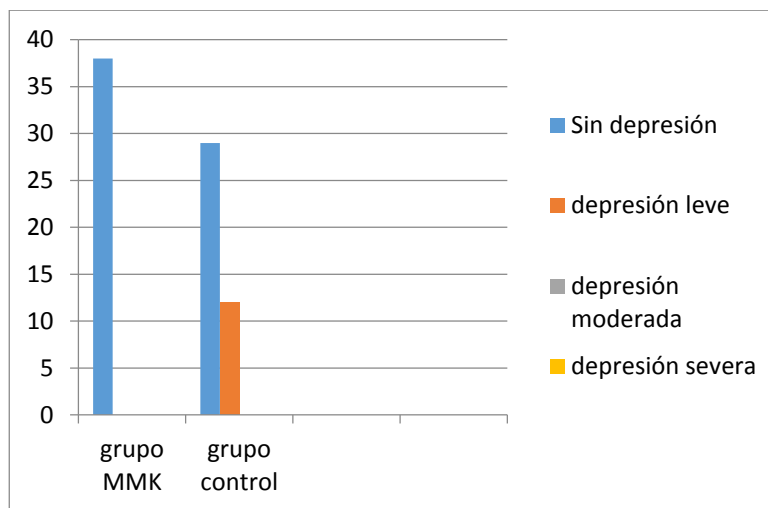
En un estudio publicado en la revista peruana de pediatría <sup>25</sup> donde se comprobaba la ansiedad y depresión que sufrían 79 madres, las primeras 2 y 48 horas, tras el parto. Se hicieron dos grupos, 38 madres que realizaron el MMK Y 41 que no.

Estas gráficas representan los resultados obtenidos en dicho estudio <sup>25</sup> :

(Escala hospitalaria para la ansiedad y depresión (HAD): a las 2 y 48 horas)



(Figura nº5: Resultados a las 2 horas tras el parto <sup>25</sup>)



(Figura nº 6: Resultados a las 48 horas tras el parto <sup>25</sup>)

Como podemos observar, a las 2 horas tras el parto no hay diferencia significativa entre las madres que realizan MMK y las que no, sin embargo, pasadas 48 horas, hay una gran diferencia, siendo las mujeres del grupo control las que más sufren depresión <sup>25</sup>.

#### 4.1.5. Aspectos neurológicos del neonato

Estudios sugieren que el MMK cuando se introduce en la UCI de forma precoz, constituye una protección contra el retraso mental del bebé de alto riesgo durante su primer año de vida. Se realizó un seguimiento a dos grupos de RN, un grupo que realizó el MMK y un grupo control que permaneció en incubadora <sup>10</sup>. Tras 12 meses de seguimiento pudimos comprobar que los bebés que se habían beneficiado del MMK tenían un mayor tamaño cerebral. Si eso tiene que ver con que serán más inteligentes es algo que todavía no sabemos <sup>10</sup>.

El MMK tiene un impacto positivo importante en el aspecto cognitivo-perceptivo y el desarrollo motor del bebé, al igual que en el proceso de maternidad, el MMK ayuda a la madre a la hora de cómo cuidar del neonato <sup>23</sup>. El contacto piel con piel tiene un aspecto directo en el desarrollo del bebé contribuyendo en la organización neuropsicológica y un aspecto indirecto en los padres, mejorando su comportamiento, haciéndolo más interactivo y teniendo una visión más positiva de la paternidad <sup>23</sup>.

#### 4.1.6. Beneficios en el RN de bajo peso al nacer

Todos los años vienen al mundo en torno a 20 millones de niños que presentan bajo peso al nacer (BPN), ya sea por un parto prematuro o por anomalías en el crecimiento del feto; la mayoría de bebés de BPN nace en países en vías de desarrollo <sup>7</sup>.

El método canguro es seguro y bien aceptado para bebés pretérmino o de BPN ingresados en la UCI neonatal y sus madres. En España se realiza el MMK intermitente en UCI <sup>20</sup>. El método canguro intermitente no permite dar de mamar al bebé a demanda por lo que habrá que alimentarlo por la sonda orogástrica con la leche extraída de la madre o, en su defecto, con leche artificial <sup>20</sup>.

Al contrario de lo que se pensaba cuando el MMK empezó a implantarse, el MMK es beneficioso para bebés prematuros, también de los países desarrollados, y no solo de los países en vías de desarrollo que carecen de material como incubadoras <sup>21</sup>.

Durante el método canguro, los bebés de bajo peso al nacer mantienen una mayor saturación de oxígeno y tienen menos posibilidades, que los que no realizan MMK, de bajar de 90% SatO<sub>2</sub> <sup>22</sup>.

Además, según un reciente estudio <sup>27</sup>, Los bebés que realizan el MMK desde su nacimiento son más propensos a ganar peso que los que no lo realizan.

#### 4.1.7. Pronta partida del hospital

La Dra. Gene Anderson publicó en un estudio <sup>10</sup> que el MMK disminuye notablemente el tiempo de hospitalización neonatal. Subraya también el cambio de actitud del personal sanitario, más positivo, ya que el MMK humaniza los cuidados y los acerca a las familias con quienes trabajan por el bienestar del bebé.

El MMK según la revisión de Cochrane <sup>11</sup> descende notablemente el número de infecciones nosocomiales e infecciones de vías respiratorias, lo cual conlleva a una menor estancia hospitalaria en la mayoría de los casos.

### 4.2. Los padres como autores principales en los cuidados de su hijo y el aumento del vínculo afectivo.

Estudios muestran que los padres ofrecen un entorno más apropiado para su hijo y se vuelven más competentes a la hora de cuidarlo de cara al futuro cuando realizan el MMK (10). Parece que hay un menor índice de maltrato por parte de los padres que participan en el cuidado de su hijo frágil desde su nacimiento <sup>10</sup>. Marshall H. Klaus y John Kennell, pediatras, afirmaban que los bebés que permanecían hospitalizados largos periodos de tiempo tenían más posibilidades de sufrir maltrato infantil que los que no, y relacionaban este hecho con la separación inicial madre-hijo <sup>10</sup>. La hipótesis de estos pediatras era que existía un periodo sensible desde el nacimiento hasta unos minutos u horas después donde el vínculo afectivo madre-hijo podía desarrollarse de manera armónica, el cual no se respetaba cuando el bebé tenía que ser hospitalizado. Se puede observar en algunos animales como la madre llega a rechazar a la cría si estas han sido separadas desde el inicio. En los humanos observamos que las madres que han sido separadas de sus bebés son más torpes y asustadizas a la hora de cuidarlos <sup>10</sup>. La Dra. Gene Anderson publicó un estudio en el que se demostraba que las madres que realizaban el MMK se sienten más seguras de sí mismas y tienen más confianza en su capacidad de dar de mamar a su hijo <sup>10</sup>.

El MMK tiene beneficios a la hora del apego que sienten madre e hijo tanto a corto (24/48h) como a largo plazo (1 año) aunque estos efectos se atenúen con el tiempo <sup>1</sup>.

El gran apego que siente quién realiza el MMK de forma prolongada se ve reflejado en historias como la de este padre colombiano, el cual realizó el MMK mientras la madre estaba ingresada en la UCI y no podía hacerse cargo del bebé. Tras 10 días de contacto piel con piel continuo con el padre, la madre salió del hospital y la sorpresa fue la reacción del padre que no quería dejar a su hijo a nadie, ni a su mujer, de la cual se quería divorciar tras la experiencia. Hicieron falta muchas sesiones con una psicóloga para explicarle que la madre tenía los mismos derechos sobre el bebé que él <sup>10</sup>.

En España pudimos comprobar por un estudio realizado por el hospital 12 de octubre de Madrid que los padres que habían realizado el MMK tenían mayor confianza en sí mismos y se sentían más competentes a la hora de cuidar de su hijo, reconocían que el contacto físico con el bebé desde su nacimiento les hacía verlo como “hijo propio” y no como un “ser extraño” que entraba en sus vidas, además disminuía la ansiedad y la angustia que pudiesen sentir cuando estaban separados de su bebé. Según los profesionales sanitarios a los que también preguntamos por los beneficios obtenidos, reconocían que “devolvían el prematuro a sus padres” y eso era algo positivo <sup>11</sup>.

#### 4.2.1. MMK con el padre

A veces la vida de la madre corre peligro o no puede realizar el MMK por otro motivo, y es entonces cuando el padre puede intervenir y ponerse en contacto piel con piel con su hijo. El MMK con el padre sigue siendo beneficioso para el bebé, más que si lo pusiéramos en una cuna, además refuerza el papel del padre sobre la crianza y el apego de su hijo recién nacido <sup>8</sup>.



(Figura nº 7: Obtenido del manual práctico de la OMS <sup>7</sup>)

Algunas de las frases de los padres que participaron en el estudio <sup>8</sup> donde realizaron MMK son:

“Muy bien, muy bien, me parece una idea estupenda... que tengamos un poco de participación los padres, que en este caso aunque parezca poco, yo creo que para nosotros es mucho...” <sup>8</sup>

“Es maravilloso, porque entre otras cosas te sientes... de ser un cero a la izquierda total en la habitación y no ver a la cría hasta el otro día... De no ser nada prácticamente a tenerla tú. Pues muy bien... Maravilloso” <sup>8</sup>

En un estudio publicado en la revista BIRTH <sup>29</sup> donde se realizó MMK con el padre. El hallazgo principal fue el impacto positivo, para los padres, que el contacto piel con piel tuvo en el comportamiento de los bebés a la hora de llorar. El análisis de las grabaciones de llanto infantil demostró que los recién nacidos en el grupo de piel a piel

lloraban menos que los recién nacidos en el grupo de cuna. El llanto de los recién nacidos en el grupo de piel a piel disminuyó a los 15 minutos de haber sido colocado en contacto piel a piel con el padre. El análisis de los datos también mostró que siendo atendido en el pecho del padre en piel con piel, tenía un impacto en la vigilia infantil. Estos bebés entraron en sueño dentro de los primeros 60 minutos tras el parto, mientras que los niños atendidos en una cuna llegaron a la misma etapa de sueño después de 110 minutos. Los niños en el grupo de piel a piel fueron consolados, es decir, que dejaron de llorar, se quedaron más tranquilos, y llegaron a un estado de somnolencia antes que los recién nacidos en el grupo de cuna <sup>29</sup>.

El padre puede facilitar el desarrollo de la conducta de alimentación del bebé en este importante período de la vida del recién nacido, ofreciéndole su pecho aunque solo sea para estimular el reflejo de succión, y por lo tanto debe ser considerado como el cuidador principal para el bebé durante la separación de la madre y del bebé <sup>29</sup>.

Otro estudio <sup>6</sup>, demostró los efectos del contacto piel con piel con el padre cuando la madre no podía, ya que le habían realizado una cesárea. Los resultados obtenidos fueron: menor llanto, mayor tranquilidad y sueño profundo en los niños sometidos a MMK con sus padres, en comparación a los que recibieron un cuidado en cuna.

### **4.3. Piel con piel tras una cesárea**

Según un estudio realizado en Estocolmo <sup>18</sup> la dificultad de realizar el método canguro cuando el RN es a término y sano tras una cesárea, es la falta de información entre los profesionales. No están informados de los beneficios del contacto piel con piel. Si los profesionales no realizan el método canguro, será más difícil convencer a las madres de que es un método beneficioso, por lo tanto, la educación sanitaria tanto a los padres como a los profesionales es totalmente indispensable para poder introducir este método definitivamente en la sociedad y que sea aceptado positivamente <sup>18</sup>.

Según un estudio reciente <sup>28</sup>, las madres que realizaron piel con piel tras la cesárea tuvieron más éxito con la lactancia materna que las que no pudieron realizarlo.

En una cesárea donde no se realiza el MMK, es destacable la cantidad de horas que pasa el RN desde que nace hasta que lo llevan con su madre, aspecto que debería reducirse dado que las primeras horas tras el parto es un periodo sensible donde madre e hijo deberían estar juntos para obtener todos los beneficios que eso conlleva <sup>28</sup>.

Introducir el método madre canguro en el protocolo hospitalario tras una cesárea y hacer que los profesionales sanitarios lo lleven a cabo no está exento de dificultades iniciales pero finalmente se ha convertido en un motivo de satisfacción para la mayoría de ellos. Ver que es una medida sencilla de hacer, que no aumenta el riesgo de complicaciones, y que la madre lo agradece tanto, al final es gratificante para todos <sup>28</sup>.

Esta estrategia de introducir el MMK tras la cesárea no se relaciona con una mayor morbilidad materna o neonatal, si no que se obtienen muchos beneficios tanto físicos como psicológicos para todos los participantes <sup>28</sup>.



(Figura nº8: Obtenida de la web “muhimu.es”)

#### **4.4. MMK vs INCUBADORA**

El MMK no pretende reemplazar para siempre a la tecnología puesto que esta nos es de gran ayuda cuando el bebé está muy grave. Pretende ser una herramienta complementaria, la cual se pueda utilizar cuantas más veces mejor incluso en plena UCI neonatal, como he puesto en la foto anterior, cuando el bebé esté estable <sup>10</sup>.

En el libro de Natalie chaprak <sup>10</sup> leemos algunos de los perjuicios de las incubadoras con respecto al desarrollo neurosensorial de bebé. Por ejemplo:

El nivel de luminosidad que tiene que soportar un recién nacido en la incubadora es de 5 a 10 veces superior al nivel aconsejable en cualquier trabajo. Este problema sale a la luz con los trastornos del sueño y los problemas en la retina del bebé prematuro. Por

lo que, debemos respetar la alternancia día/noche, intentar tener las persianas de la unidad bajadas, y encender la luz de la incubadora solo cuando lo vayamos a manipular.

El ruido es también un factor estresante para el neonato, ya que soportan un nivel muy superior al que un adulto toleraría en el trabajo, además de los sonidos puntuales, estresantes también, como las alarmas del monitor, el abrir y cerrar las puertas de la incubadora...

El tacto y el olfato también se ven alterados ya que los bebés desde su nacimiento perciben olores y caricias de los que carecen en una incubadora <sup>10</sup>.



(Figura nº 9: Obtenida del blog “El parto es nuestro”)

#### **4.5. Método madre canguro hoy día.**

En España la mayoría de UCI neonatales hacen un servicio MMK intermitente, esto quiere decir que no es fijado a la madre, si no que se coloca sobre ella con unas mantas y permanece así durante 90-120min que es el tiempo estimado a partir del cual el MMK ofrece beneficios. En otros países realizan un cuidado continuo donde las madres hacen sus actividades de la vida diaria con el niño fijado a ellas con una tela elástica, pudiendo estar madre e hijo en contacto piel con piel 24h seguidas <sup>11</sup>.



(Figura nº10: Obtenida de la guía práctica de la OMS <sup>7</sup>)

El MMK está implantado en infinidad de países.

En Europa está implantado en Francia, donde están muy concienciados. Han creado una asociación de madres canguro ([prev@club-internet.fr](mailto:prev@club-internet.fr)) y en la ciudad de Brest tienen MMK y NIDCAP para formar e informar <sup>10</sup>. También en Suecia donde dan un paso más y realizan cuidados continuos en el MMK y no intermitentes como en España, por lo que la madre puede estar pegada a su hijo 24h al día <sup>11</sup>. Países como Inglaterra, Bélgica... También apoyan este método y cada vez están uniéndose más países.

En África, países como Camerún, que fue el pionero en el continente africano, donde la Dra. Pediatra en la UCI neonatal de la zona fue a Bogotá a informarse sobre el MMK para poder poco a poco implantarlo en Camerún. Se fueron uniendo países tales como Sudáfrica, Kenia, Malawi, Uganda, Etiopía, Togo, Senegal, Nigeria, Madagascar <sup>10</sup> etc.

En Asia, Vietnam. Y en India, Nueva delhi, Lucknow, Mandrás, Chandigarh, Bombay... <sup>10</sup> Y como he dicho antes el número de países que van incluyendo este método en su protocolo no deja de crecer.



(Figura nº 11: Obtenida de; [healthynewbornnetwork.org /savethechildren](http://healthynewbornnetwork.org/savethechildren))

Cada país alrededor del mundo con sus costumbres y sus diferentes creencias todos unidos por el maravilloso Método Madre Canguro. Este hecho nos hace pensar que hay factores intrínsecos al ser humano, instintivos, que no se enseñan en ninguna cultura si no que vienen de manera innata, y el MMK es uno de ellos, pero lo habíamos puesto a un lado dejando paso a la medicalización de los cuidados, los cuales al pasar el tiempo y ver los resultados nos hacen que volvamos a la naturaleza y a la humanización de estos.

“Hay un libro abierto siempre para todos los ojos: la naturaleza.” *Jean-Jacques Rousseau.*

## 5. Asociaciones e iniciativas PRO- MMK

### **NIDCAP <sup>31</sup>:**

(Newborn individualized developmental care and assessment program) es un programa donde personal sanitario formado en neurodesarrollo interviene en el cuidado del neonato a través de la observación individualizada de este, valorando las capacidades del bebé para su propio bienestar, captando las señales de estrés y sensibilidad para actuar en consecuencia y mejorar la situación.

Los objetivos podrían ser: Reducir los factores ambientales estresantes, estructurar las actividades de cuidado con respecto a la conducta del bebé e implicar a la familia entre otros.

### **FAME <sup>32</sup>:**

(Federación de asociaciones de matronas en España) La cual comparte en su página web la guía práctica realizada por la OMS llamada Método madre canguro y en cuya página puedes encontrar mucha información valida tanto para padres como para profesionales sanitarios.

### **UNICEF <sup>9</sup>:**

En 1994 creó la Fundación Canguro, la cual ayuda expandiendo actividades de investigación, servicio asistencial y formación académica en el método canguro. UNICEF cuenta con su iniciativa “the baby friendly initiative” en la cual puedes acceder a todo tipo de información sobre el método piel con piel.

**OMS <sup>7</sup>:** La organización mundial de la salud cuenta con una guía práctica del método madre canguro ( kangaroo mother care) donde puedes obtener toda la información necesaria sobre este método.

### **FUNDACIÓN CANGURO DE COLOMBIA:**

Es una organización sin ánimo de lucro, liderada por profesionales de la salud, con la misión de humanizar la neonatología a través de la aplicación del Método Madre Canguro (*MMK*) en el cuidado de los niños recién nacidos, particularmente de los más frágiles: prematuros y con bajo peso al nacer (BPN). Se promueve el uso, el mejoramiento y la difusión del *MMK*, una metodología basada en la evidencia científica. Desarrollamos la investigación para el mejoramiento continuo, la difusión a

través del entrenamiento de profesionales de la salud, el monitoreo de calidad de los resultados para garantizar la seguridad y eficacia de los cuidados canguro para el niño y su familia y la traducción y transferencia de las evidencias en políticas de salud acerca del Método Madre Canguro y del bienestar de la infancia.

## 6. CONCLUSIÓN

Para recibir todos los beneficios del MMK, el neonato y la madre tienen que permanecer en contacto piel con piel desde el momento del nacimiento hasta 2h después ininterrumpidamente e intentar que en ese tiempo comience la lactancia materna <sup>26</sup>. Deben ser ininterrumpidas, las 2 horas, ya que las prácticas rutinarias de la atención al recién nacido, como el baño y la antropometría, pueden afectar negativamente el contacto entre la madre y su bebé <sup>1, 26</sup>. Hay otros estudios <sup>13</sup> donde se dice que el contacto debe ser de al menos 1 hora ininterrumpida para que se puedan obtener los beneficios. Por lo tanto, la respuesta a ¿cuánto tiempo realizar el MMK de forma ininterrumpida tras el parto? Sería que deberíamos realizar un protocolo hospitalario donde se haga MMK de al menos 1 hora ininterrumpida tras el nacimiento, siempre y cuando ni la vida del bebé ni de la madre corran peligro, y si la situación lo permite, pues dejarlos en contacto piel con piel hasta 2 horas <sup>1,26,13</sup>.

El método madre canguro es el método más efectivo, eficaz y eficiente tanto para la madre como para el neonato (estando estables) ya que todo lo que aporta son beneficios para la salud física y psicológica de ambos. Hay que intentar realizarlo siempre, excepto cuando la vida del bebé o de la madre corran peligro, ya que como dije anteriormente, el MMK no pretende eliminar las incubadoras, las cuales también son necesarias en ciertos casos. Si quien corriese peligro fuera la madre y el bebé permaneciese sano, podemos hacer el MMK con el padre. Los padres, como hemos visto anteriormente<sup>8</sup> aceptan de manera positiva el poder ser partícipes del MMK. Todos tienen la sensación de pasar de ser un cero a la izquierda a poder participar en los cuidados de su hijo/a en primera persona, y eso, además de ser bueno para ellos, para su autoestima y reforzar su papel como padre, es bueno también para el bebé que aunque los padres no puedan amamantarlo como la madre, siempre estará mejor y más relajado en sus brazos que en una cuna. El MMK también es el más económico y natural, no necesitamos ni electricidad, ni materiales costosos, con el cuerpo de la madre y una mantita es suficiente.

Como he dicho antes, el tiempo mínimo que se realiza el MMK tras el parto debería ser de al menos 1 hora ininterrumpida, que el pediatra lo observe desde el pecho de su madre y si no hay peligro dejarlo ahí y postergar las pruebas antropométricas. También intentar que comience la lactancia materna en esa primera hora y así tendremos muchas más posibilidades de que la lactancia materna sea exitosa y dure el mayor tiempo posible <sup>1</sup>.

El MMK disminuye el tiempo de estancia en el hospital y deja libres incubadoras para bebés que realmente las necesitan<sup>10</sup>. Por lo tanto es un buen método para ahorrar en gastos de sanidad, y eso es algo que el gobierno debería tener en cuenta para introducir el MMK en los hospitales públicos definitivamente.

El introducir el MMK en el protocolo hospitalario tras una cesárea no es tarea fácil al principio, pero cuando los profesionales ven finalmente la satisfacción que el método conlleva para los padres y ven que es una medida sencilla, la cual no aumenta el riesgo de complicaciones, al final es gratificante para todos <sup>28</sup>. Por eso no hay que “banalizar” esta técnica ya que aporta tantos beneficios a corto y largo plazo para las familias.

En el estudio sobre la DDP relacionada con el MMK <sup>25</sup> no había diferencia significativa entre las madres que lo realizaron y las que no, pasadas las primeras 2 horas del parto, sin embargo a las 48 horas tras el parto, ninguna de las madres que realizó el MMK tenía depresión mientras que el grupo que no realizó el MMK tenía un porcentaje alto de mujeres con depresión leve. Esto quiere decir que muchos de los beneficios del método piel con piel se ven a largo plazo, por eso hay que realizarlo aunque al principio no veamos cambios evidentes.

Si no queda más remedio que tener al bebé dentro de la incubadora, tenemos algunas opciones para que su situación sea lo más parecido al método canguro, por ejemplo, masajearlos diariamente y ponerles una tela con el olor de su madre y así conseguiremos que después cuando vaya a realizar el método piel con piel, le resulte más familiar y agradable <sup>1</sup>.

El MMK puede realizarse sin restricciones si: el RN es a término o pretérmino tardío (35-37 semanas de gestación), el líquido amniótico es claro, respira o llora sin dificultad o si presenta buen tono muscular. Realizar MMK en el recién nacido a término favorece la adaptación a la vida extrauterina, y mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del RN <sup>5</sup>.

En el caso de los partos distócicos, el procedimiento es el mismo siempre que el estado de la madre y del RN lo permitan.<sup>5</sup> Si el niño tiene que ser valorado en la cuna térmica, se comenzará el contacto piel con piel con la madre una vez finalizada la valoración. Los bebés que presentan algún problema son los que más necesitan de su madre, y estar sobre el pecho de su madre no le impide al pediatra o la matrona poder observarlo y valorarlo.<sup>5</sup>

## Bibliografía:

- (1) Charpak N. Bebés canguro. 1ª edición. Barcelona: Gedisa S.A; 2006
- (2) Ann-Sofi Matthiesen BSc, Anna-Berit Ransjö-Arvidson RNMTD, PhD, Eva Nissen RNMTD, PhD and Kerstin Uvnäs-Moberg MD, PhD. Postpartum Maternal Oxytocin Release by Newborns: Effects of Infant Hand Massage and Sucking. Birth.2001; 28( 1): 13–19
- (3) A. Gómez Papí, M.<sup>a</sup> T. Baiges Nogués, M.<sup>a</sup> T. Batiste Fernández, M.<sup>a</sup> del M. Marca Gutiérrez, A. Nieto Jurado, R. Closa Monasterolo . Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. Medicina fetal y neonatología.1998; 48(6): 631-633
- (4) E. moreno ríos. Enfermería y el contacto piel con piel tras el nacimiento. bubok[sede electrónica]; Disponible en:  
<http://www.bubok.es/libros/242241/Enfermeria-y-el-contacto-piel-con-piel-tras-el-nacimiento>
- (5) Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm. Jun 2013; 22 (1-2). Acceso en:  
([http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100017&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100017&script=sci_arttext))
- (6) C. Lucchini Raies, F. Márquez Doren, C. Uribe Torres. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm: 2012; vol.21(4)
- (7) Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Método madre canguro, guía práctica. 2004; 56pág. Enlace:  
([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241590351/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/es/))
- (8) C. Rengel Díaz, M. Labajos Manzanares. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. Enfermería Docente 2011; 94: 8-15
- (9) Unicef.org.uk [Sede web].United kingdom:unicef;1995[may-27-2016]. Dirección:  
<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/Research/Skin-to-skin-contact/>
- (10) Organización Panamericana de la Salud. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños.Washington D.C; 2003 [revisión 2016]. Disponible en:  
[http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/CA\\_mas\\_alla\\_de\\_la\\_supervivencia.pdf](http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/CA_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf)
- (11) Valle E. Amat M I. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. Desenvolupa, la revista d'atenció precoç (revista en internet). (acceso 5 de mayo de 2016). Disponible en <http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-33/Metodo-canguro-y-lactancia-materna-en-una-UCI-neonatal-E.-Valle-Ma-I.-Amat>
- (12) Berlanga C. Aplicación del método madre canguro en púerperas con depresión posparto y alteración del vínculo materno-filial. Depósito digital EUG i

- TC (revista digital) 2014(revisión en 5-5-2016). Disponible en <http://eugdspace.eug.es/xmlui/handle/123456789/22>
- (13) Pubmed [Base de datos en internet]. London: Lancet;1990,[acceso en 8 mayo 2016]. Righard L. Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1977988?dopt=AbstractPlus>
  - (14) Dani, C., Cecchi, A., Commare, A., Rapisardi, G., Breschi, R., Pratesi, S. Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. *Journal of Human Lactation*. August 2015; vol. 31 (no. 3): 452-457
  - (15) Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and birth: journal of the Australian college of midwives*. 2014; 27(1): 37-40
  - (16) Bystrova K, Matthiesen AS, Vorontsov I, Widström AM, Ransjö-Arvidson AB, Uvnäs-Moberg K. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth*. 2007; 34(4):291-300.
  - (17) Bergström A, Okong P, Ransjö-Arvidson AB. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatrica*. 2007 May; 96(5):655-8.
  - (18) Zwedberg S, Blomquist J, Sigerstad E. Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'fighting an uphill battle'. *Midwifery*. 2015 Jan; 31(1):215-20
  - (19) Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*. 2003;92(3):320-6.
  - (20) Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. "Kangaroo method" in the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Anales Españoles de Pediatría*. 1998 Nov; 49(5):495-8.
  - (21) Kennell JH. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200 g to 2199 g newborns. *Acta Paediatrica*. 2006 Jan;95(1):15-6.
  - (22) Bier JA, Ferguson AE, Morales Y, Liebling JA, Archer D, Oh W, Vohr BR. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1996 Dec;150(12):1265-9.
  - (23) Angelina Dois C., Camila Lucchini R., Luis Villarroel D., Claudia Uribe T. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista chilena de pediatría*. Jun 2013; vol.84 (3) Santiago.
  - (24) Royal College of Midwives. Factores cuya eficacia ha sido demostrada. En *Lactancia Materna: Manual para profesionales*. Barcelona: ACPAM, 1994; 25-41
  - (25) Rivara Dávila G, Rivara Dávila P, Cabrejos 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. *Revista peruana de pediatría*. Dic 2007; VOL. 60 N° 3: 140-149
  - (26) Robiquet Perrine, Zamara Pierre-Emmanuel, Rakza Thameur, Deruelle Philippe, Mestdagh Béatrice, Blondel Géraldine, Turck Dominique, Subtil Damien. Observation of Skin-to-Skin Contact and Analysis of Factors Linked to Failure to Breastfeed Within 2 Hours After Birth. *Breastfeeding Medicine*. April 2016, 11(3): 126-132.

- (27) Gathwala G, Singh B, Singh J. Effect of Kangaroo Mother Care on physical growth, breastfeeding and its acceptability, Trop Doct. 2010; 40(4): p. 199-202.
- (28) Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, I Hernández García JM, Vellido Coteló R, de la Hera Lázaro C, et al. Cesárea humanizada. Progresos de obstetricia y ginecología. Feb 2013; 56(2):73-78
- (29) Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. Birth. June 2007: 34(2); 105-114
- (30) AEPED. <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- (31) Nidcap. [Sede web]. Boston: Heidelise Als; 1986[may-27-2016; may-27-2016]. Dirección: <http://nidcap.org/en/>
- (32) FAME. [Sede web]. Valencia: Asociaciones de matronas; 2003[may-27-2016]. Dirección: <http://www.federacion-matronas.org/>

ANEXOS



(Foto del BLOG: buscando el optimismo)



**FELIZ Y SEGURO  
ENTUS BRAZOS**

BABYWEARING INTERNATIONAL Y RED CANGURO  
Semana Internacional de la Crianza en Brazos  
6-12 Octubre 2010

## Concepto de NIDCAP

- Nueva filosofía para el cuidado del prematuro
- Atención centrada en el **DESARROLLO** y ,de una forma más humana, acercarse a las necesidades del bebé y de la **FAMILIA**
- El niño y la familia pasan a ser el centro de atención y las intervenciones en sí mismas quedan en un segundo plano. Los procesos se adaptan a las características del niño y de sus familias, no al contrario
- Los niños que reciben esta atención en las UCIN mejor resultado neuroconductual

**Beneficios del contacto**  
**Piel a Piel**

El contacto piel con piel es muy importante para el bebé y la mamá

- Regula la temperatura corporal de bebé.
- Favorece el inicio de una lactancia exitosa.
- Disminuye el estrés del recién nacido.
- Favorece el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo.
- Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del bebé.
- Menor duración del llanto del recién nacido.
- Reduce el estrés postraumático en la madre.



**Mami kanguro**  
Naturalmente Protegidos

[www.mamikanguro.com](http://www.mamikanguro.com)

**¡Apoyamos la Crianza con Apego!**  
Porteo. Lactancia Materna. Colecho. Amor incondicional.

Ilustración: angellachamorroacos.wix.com