

Revista del Hospital General “La Quebrada”

Volumen
Volume 1

Número
Number 1

Septiembre-Diciembre
September-December 2002

Artículo:

Estudio de la técnica mamá canguro

Derechos reservados, Copyright © 2002:
HGZ57 “La Quebrada”

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

Estudio de la técnica mamá canguro

María de los Ángeles Mares Arias,*
Alberto García Garro,*
Carlos E Alexander Huerta*

* Instituto Mexicano del Seguro Social.
Delegación Estado de México Oriente.
Hospital General de Zona No. 57 "La
Quebrada" Coordinación de Enseñanza
e Investigación.

Dirección para correspondencia:
María de los Ángeles Mares Arias.
Antigua carretera a Cuautitlán s/n Munici-
pio de Cuautitlán, Estado de México.
Tels. 53-10-13-22 ext. 127.

RESUMEN

A consecuencia del uso tan limitado de la técnica mamá canguro en hospitales de neonatología en la ciudad de México y zona conurbada, con el objetivo de observar el comportamiento de R/N prematuros con bajo peso al nacer, manejados con técnicas de mamá canguro e incubadora, detectar la necesidad de capacitación para el personal y familiares, determinar la importancia del programa para las familias, y motivar su participación activa, difundiendo los resultados obtenidos. A través de un estudio con diseño retrospectivo, transversal, observacional, comparativo, en los hospitales: General de México, Gineco-Obstetricia del CM "La Raza" y Perinatología, se toma un número probabilístico al azar de los hospitales en estudio, cuestionándose y obteniendo como resultado; primero en técnica mamá canguro y posterior con incubadora. Beneficio 100% contra 50%, desventajas 0 contra un 70%, conocimiento de la técnica mamá canguro por el familiar 5% contra 95%, por el personal 80%, contra 20%, manejo con incubadora por el familiar 80% contra 20% y el personal 100%, producción de leche materna 95% contra 5%. Concluyendo que aun cuando son pocos los casos, la técnica mamá canguro demuestra ser de mayor beneficio para todos los que la practican, llámese Institución R/N, familia, y personal de la salud.

Palabras clave: Técnica mamá canguro, técnica.

ABSTRACT

As a consequence of the technical Mom's Kangaroo use so limited in Hospitals of Neonatología in the Mexico City and Area conurbana, with the objective of observing the behavior of premature R/N with under weight when being born, managed with technical of Mom's Kangaroo and Incubator, to detect the training necessity for the personnel and family, to determine the importance of the program for the families, and to motivate their active participation, diffusing the obtained results. Through a study with retrospective, transverse, observational, comparative design. In the General Hospitals of Mexico, Gineco-obstetrics of the C.M. The Race and Perinatología, take a number probabilistic at random of the hospitals in study being questioned and obtaining as a result first in technique he/she suckles kangaroo and later with incubator. Benefit 100% against 50%, disadvantages 0 against 70%, knowledge of the technical Mom's Kangaroo for the relative 5% against 95%, for the personnel 80%, against 20%, I manage with incubator for the relative 80% against 20% and the personnel 100%, production of milk maternal 95% against 5%.

Concluding that even when they are few the cases, the Technical Mom's Kangaroo demonstrates you/he/she is of more benefit for all those that practice it, call you Institution R/N, family, personal of the health.

Key words: Technical Mom's Kangaroo.

INTRODUCCIÓN

La situación crítica de niños prematuros y con bajo peso al nacer, obliga a la medicina a buscar alternativas para solucionar el problema que desencadena, siendo las más

frecuentes: La estancia prolongada en el hospital, infecciones cruzadas en aumento, la ausencia de recursos de alta tecnología y mortalidad extremadamente alta.

Un aparato electromédico de gran utilidad usado durante muchos años y para estos casos, es la incubado-

ra, diseñada para brindar ambiente térmico neutro, ayudando al bebé a conservar su temperatura y humedad central normal, con un mínimo de consumo de oxígeno y gasto calórico.

El incremento de recién nacidos prematuros, la ausencia del aparato y el manejo del mismo por el ser humano, son factores que intervienen como obstáculos o barreras para el logro del objetivo.

Al no alcanzar a cubrir las demandas y carecer de condiciones óptimas para tratar a los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, obliga a realizar cambios y dejar a un lado la alta tecnología por recursos más económicos, pero no por eso menos eficientes, como lo es el programa con la técnica mamá canguro, que con el mínimo de recursos ofrece mejores y más rápidos resultados.

En México no se registran grandes cambios con respecto a este programa, se han dado de manera aislada y por espacios cortos, creando resistencia al cambio del manejo tradicional para realizar la opción que ofrece mamá canguro.

Consistiendo en una salida temprana del hospital del recién nacido para controlarlo ambulatoriamente, idea que surge por la forma como la mamá canguro carga a su cría después del nacimiento, brindando calor, amor y la oportunidad de alimentarlo con leche materna, propiciando el contacto piel a piel y con ello, obteniendo un exitoso resultado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de trabajo: Todos los prematuros manejados con técnica mamá canguro de los hospitales: General de México "La Perla", Gineco-Obstetricia del CM "La Raza", Hospital de Perinatología. El universo de trabajo fue un número al azar probabilístico, de los R/N manejados con la técnica mamá canguro e incubadora, se incluyeron todos los prematuros manejados con la técnica mamá canguro e incubadora. Se excluyen R/N con patologías o peso normal. Se eliminaron: los pacientes remisos al programa o con cambios por políticas de carácter interno de cada Institución.

Se realizó una investigación retrospectiva, con corte transversal, observacional, comparativa, analítica y descriptiva, a través de encuestas dirigidas al personal de la salud que maneje ambas técnicas, así como a familiares. El análisis se realizó con las variables cualitativas descriptivas, utilizando cuadros de frecuencia y porcentajes.

RESULTADOS

Los resultados observados en el presente estudio son:

Variable	Técnica mamá canguro		Técnica de incubadora	
	Sí	No	Sí	No
Adaptación del R/N	100%	-	50%	50%
Participación familiar	100%	-	10%	90%
Beneficios al R/N	100%	-	30%	70%
Alteración al ritmo de vida	40%	60%	100%	-
Producción de leche materna	100%	-	20%	80%
Desventajas	10%	90%	90%	10%

Es muy marcada la diferencia entre ambas técnicas, mamá canguro se observa con mucha más ventaja que la técnica de incubadora.

DISCUSIÓN

En septiembre de 1979, los doctores Edgar Rey Sanabria y Héctor Martínez G iniciaron un manejo no tradicional del prematuro y del niño de bajo peso al nacer, consiste en una salida temprana del hospital para seguir siendo controlado ambulatoriamente, el nuevo manejo se denominó Programa Mamá Canguro⁽¹⁾, nombre derivado de la similitud que existe entre la forma como la canguro carga a su cría después del nacimiento y la forma de cómo las madres del programa cargan a sus recién nacidos después de ser dados de alta.

Desde 1979 hasta septiembre de 1990 se manejaron 2,612 niños con peso inferior a 2,000 kg al año⁽²⁾.

En el programa, un niño de bajo peso deja el hospital para ir con su madre tan pronto como sea posible, con una valoración previa que confirme el estado de salud estable.

Antes de salir del hospital se lleva a cabo un proceso de adaptación, educación de las madres con respecto a la metodología del programa. En su hogar la madre tiene continuamente a su hijo en posición semejando a la del bebé canguro, debajo de la blusa y directamente sobre los senos en contacto piel a piel⁽³⁾. Uno de los aspectos con mayor énfasis es el de la lactancia, debiendo ser única y exclusivamente leche materna.

La educación de las madres y la vigilancia del estado de salud del niño continúan después de la salida a través de la consulta ambulatoria.

En la Paz, Bolivia el Dr. Perre Budin permitía que las madres ayudaran a la asistencia de sus hijos prematuros y en su libro titulado. "El lactante", nos dice: por desgracia cierto número de mujeres abandona a sus hijos, cuyas necesidades no han tenido que satisfacer y en quienes han perdido todo el interés, la vida del pequeño se ha salvado pero al precio de perder a la madre⁽⁴⁾.

El doctor motiva a las madres a alimentar a sus hijos al seno materno.

Su discípulo Martín Cooney estableció en 1986, el llamado criadero o incubadero de niños, recibía y atendía a los prematuros sin permitir a las madres su participación, tuvo éxito comercial y clínico, criando a más de cinco mil niños prematuros, pero confiesa que en varias ocasiones hubo que convencer a los padres para que recibieran a sus hijos.

Con base a esta experiencia se implementó en Bolivia el programa madre canguro con apoyo de la UNICEF. Financiero por 10 años⁽⁵⁾.

Se planteó un objetivo general, disminuir la mortalidad a través de la implantación del programa ambulatorio, que promueve el desarrollo biopsicosocial de los nacidos de bajo peso.

Como objetivos específicos en el área médica, fueron disminuir el abandono, los índices de mortalidad hospitalaria y favorecer la relación afectiva madre hijo, racionalizar recursos, disminuir costos de atención y favorecer el desarrollo biopsicosocial del bebé.

En julio de 1984 con auspicios de la UNICEF, OMS, OPS, la Sociedad Boliviana en Pediatría y la de Gineco-Obstetricia, realizaron el primer seminario nacional sobre alojamiento conjunto madre e hijo, asistiendo el Dr. Edgar Sanabria jefe del departamento de Pediatría del Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, quien dio a conocer a los asistentes de su experiencia, de lo que llama manejo racional del prematuro, basado en tres premisas: Calor, amor y leche materna, presentó cifras significativas de sobrevida⁽⁶⁾.

Antes de iniciar el programa en Colombia, la sobrevida de niños era de:

510 g a 1,000 g de 0%	subió al 72%
1,001 g a 1,500 g de 34%	subió al 9%
1,501 g a 2,000 g de 48%	subió al 97%

Las tres premisas influyen en los resultados.

En Antioquia, Colombia, se inicia en agosto de 1989, con participación activa lo más precozmente posible de los padres.

De 1,800 partos por mes, un 15% en promedio son niños prematuros menores de 36 semanas, calculando que cada hora y media nació un niño prematuro.

Antes de iniciar el programa el porcentaje de ocupación era el 100%, disminuyendo al 65% la mortalidad global.

Ingresaron al programa todos los niños menores de 2,000 g de peso, haciendo controles cada 8 o 15 días del egreso y luego mensualmente hasta los 12 meses de vida.

En Medellín, Colombia, inicia el programa en septiembre de 1984 con los mismos pilares básicos, buscando siempre no romper el binomio madre e hijo, mejorándolo mediante la educación a la relación madre-

padre-hijo, lactancia materna, manejo del bebé en su casa, higiene tanto de la madre como del hijo, signos de alarma del bebé para revisión inmediata, esquema de vacunación y seguimiento por grupo.

Se inició dejando a las madres ingresar al cunero, con bata estéril, lavado de manos con solución yodada previo, recibía a su bebé pasando a la sala de lactancia y ahí se inicia la educación y se aclaran todas las dudas y se dan las indicaciones para que de inmediato se inicie el programa, con duración de tres a cuatro días, al salir se le proporcionaba un número telefónico para que se comunicaran en caso de dudas, el espaciamiento de las citas, es de acuerdo al estado del bebé y a su progreso. Las revisiones por concentración, son mucho más enriquecedoras porque las madres intercambian experiencias y hay un mejor aprovechamiento para las charlas educativas.

Lo anterior fue inspirado por la siguiente descripción centrada en un canguro rojo.

El peso medio de un canguro al nacer es de 1.5 g, que se duplica durante los siguientes 5 días, a un ritmo por tanto muy notable y continuo durante una gran parte en el marsupio.

A los 29 días, pesa doce veces más que cuando nació, doblándose en los nueve días posteriores. El periodo de los once y doce días siguientes otra vez se dobla el peso, llegando a 42 g a los cincuenta días.

El crecimiento disminuye un tanto en las etapas finales de la vida marsupial, pero cuando ésta concluye, el peso es cinco mil veces superior del inicial o sea de 4 a 5 kg.

La leche del canguro cambia de posición continuamente durante el periodo de lactancia, cuando la cría se adhiere a ella un líquido claro, al proseguir la lactancia, este líquido pasa gradualmente a convertirse en leche de apariencia más normal, al principio con muy poca grasa y luego cada vez con mayor contenido de la misma.

La hembra canguro suele parir una segunda cría cuando la anterior ya mama desde el exterior de la bolsa, para ello, la primera cría sigue usando la misma ubre o glándula mamaria (ahora muy grande y alargada) que usara cuando estaba dentro de la bolsa. La segunda cría se adhiere a otra de las cuatro mamas. Ésta es una característica notable, el hecho de que la madre produzca a la vez dos clases de leche, la composición química totalmente diferente, el recién nacido se alimenta con líquido claro mientras que la cría mayor que mama desde fuera del marsupio succiona leche rica en grasa.

Se puede distinguir si es hembra o macho a los 9 ó 16 días, al nacer, nace ciego y sin pelo ni canales auditivos semicirculares desarrollados, el cerebro, pulmones, genitales, riñones y algunos órganos de los sentidos no están completamente desarrollados, pero en otro aspecto la cría demuestra un precoz desarrollo, la musculatura

de los miembros anteriores y los dedos se presentan equipados con garras curvas y afiladas que le sirven a la cría para agarrarse al pelo de la madre.

La lengua es grande y musculosa a propósito para succionar al modo de bomba, los orificios de la nariz están abiertos y los centros cerebrales que se relacionan con el olfato muy desarrollados.

En comparación con el R/N, se da el término de madurez al grado en que los sistemas y aparatos del neonato se pueden adaptar a la vida extrauterina y la edad estacional se relaciona con la madurez fetal en forma aún más directa que el peso al nacer.

El R/N prematuro depende en gran medida, aunque no por completo, del estado de inmadurez fisiológica y anatómica de sus diversos órganos y aparatos al momento del nacimiento, su temperatura es deficiente, como inmadurez del sistema nervioso y del centro regulador del calor del cerebro. Su respiración es difícil e irregular por inmadurez de los pulmones, lo que ocasiona desarrollo incompleto de los alvéolos, debilidad en la caja torácica y de los músculos respiratorios. Retrasando el intercambio gaseoso y dando como origen la cianosis.

Los datos somáticos que describe el autor⁽⁷⁾ son de acuerdo a: peso menor de 2.500 kg, talla menor de 47 cm diámetro, occipito frontal menor de 11.5 cm, diferencia de ambos perímetros mayor de 3 cm, longitud de pie menor de 67 cm.

En cuanto a la leche materna, pasa por tres etapas⁽⁸⁾.

El calostro, que es un líquido amarillento, que aparece desde el embarazo y en los primeros cinco días después del parto, tiene mayor contenido de proteínas, vitaminas liposolubles y minerales, es rico en anticuerpos y favorece la proliferación de la *lactobacillus* bifidas y la progresión del meconio.

La leche tradicional tiene un color blanquecino azulado, brinda un mayor aporte calórico y se secreta del quinto al séptimo día hasta el final de la segunda semana.

Tiene mayor concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles.

La leche madura, se produce a partir de la tercera semana y es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores, de todos los componentes, el agua es uno de los principales y su volumen se conserva constante en todas las etapas aun a costa de la disminución en pérdidas insensibles y por la orina de la mujer.

CONCLUSIONES

La técnica mamá canguro data de varios años atrás, no es innovación a pesar de que sólo se tiene conocimiento de ella en áreas muy delimitadas en nuestro país, el conocimiento de la misma es probablemente la falta de difusión. En México no se han tomado en cuenta las ventajas que ofrece este programa, la salida temprana de un prematuro del hospital tiene muchas consecuencias favorables, como la disminución de costos, integración familiar, lactancia materna, disminución del tiempo estancia hospitalaria, infecciones intrahospitalarias y mortalidad neonatal, favoreciendo las relaciones interpersonales del equipo multidisciplinario, pero sobre todo los lazos de amor que se crean entre el prematuro y los padres.

En la ciudad de México y la zona conurbana, es muy pobre la información por falta de casos de R/N prematuros y de bajo peso que se manejan con la técnica mamá canguro, detectándose la enorme necesidad de instalar el programa en todas las unidades de neonatología y capacitar al personal de salud, padres de los neonatos y familia en general. De igual forma si no se conoce la técnica al pie de la letra no es posible obtener resultados satisfactorios, lo que se pretende con los resultados obtenidos de esta investigación, se inició una programación para difundir los resultados hasta llegar a la publicación del presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ciencia al día AUPEC. Mamá canguro bebé seguro AUPEC a mafalda.* Univalle. Co.
2. Catanea A, Tamburlin G. Inkesp. *Reunión del trabajo de la OMS*, Trieste 29 Oct. 1996.
3. INK, Red Internacional de cuidados madre canguro, *Fundación canguro*. E-mail: jruiz mailto:jruiz a hermes.javeriana.edu.co.
4. *Pediatrics*, 1994(6): 804-810.
5. *Pediatrics*, 1998; 102(2): 17.
6. *Pediatrics*, 1997; 100(4): 682-688.
7. Tempo canguro/fcesp 01 IHK *Red Internacional de ciudadanos madre canguro*. E-mail: jruiz a baberol.javeriana.edu.co.
8. El programa madre canguro única técnica colombiana de cuidado ambulatorio del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer (< 2,000 g) master a hermes.javeriana.edu.co.