

Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término

A. Gómez Papí, M.^a T. Baiges Nogués, M.^a T. Batiste Fernández, M.^a del M. Marca Gutiérrez, A. Nieto Jurado, R. Closa Monasterolo

Resumen. *Objetivos:* Conocer la aceptación y tolerancia del método canguro (MC), contacto piel-a-piel en sala de partos.

Método: Se estudiaron 651 recién nacidos (RN) a término de peso adecuado, normales, que nacieron en nuestro Hospital en un período de 8 meses. Nada más nacer, se secaba el RN, se le identificaba, se le ponía un pañal y un gorro de Tubitón y se le colocaba en decúbito prono entre los pechos desnudos de su madre, con la espalda cubierta con un muletón caliente. Madre e hijo permanecían juntos en MC en sala de partos, durante el traslado a planta y en la habitación, hasta un máximo de 2 horas. Se registraron cada vez cinco parámetros: tiempo de realización del MC, temperatura del RN, actitud del RN y de la madre y tipo de lactancia.

Resultados: De los 651 RN, 533 (82%) hicieron el MC con una duración de 49 ± 23 min (media \pm DS). El 80% de las madres había decidido previamente dar el pecho a sus hijos. En el 96% de los RN registramos temperatura axilar post-MC igual o superior a $36,0^\circ\text{C}$, directamente proporcional a la duración del MC ($r = 0,31$; $p < 0,0001$; IC 95%: $\beta = 0,0038-0,0068$). Durante el MC la mayoría de las madres miraron a sus hijos y se mostraron contentas, aunque el 21% manifestó cansancio, y casi todos los RN (98,5%) permanecieron despiertos. Los RN que durante el MC hicieron una toma espontánea al pecho permanecieron significativamente más tiempo en el MC (60 ± 22 min) que los que no la hicieron (36 ± 17 min) ($p < 0,0001$). Si el niño estaba más de 50 minutos en MC era unas 8 veces más probable que se cogiera al pecho (Odds ratio = 7,73; IC 95%: OR = 4,02-15,1).

Conclusiones: Recomendamos la práctica del MC en la sala de partos, ya que es un método seguro y bien tolerado por el RN y contribuye al bienestar de madre e hijo. Además, recomendamos que el RN permanezca en contacto piel-a-piel más de 50 minutos, para que mantenga una temperatura corporal adecuada, acabe cogiéndose bien al pecho y haga el resto de tomas de forma correcta, hecho que puede contribuir al éxito de la lactancia materna.

An Esp Pediatr 1998;48:631-633.

Palabras clave: Método canguro; Lactancia materna; Recién nacidos.

IMMEDIATE KANGAROO CARE IN FULL TERM NEWBORN INFANTS

Abstract. *Objective:* Our objective was to determine the tolerance to kangaroo care in the delivery room.

Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría.

Hospital Universitari de Tarragona «Joan XXIII».

Correspondencia: Adolfo Gómez Papí. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona «Joan XXIII». C/ Mallafré i Guasch, 4. 43007 Tarragona.

Recibido: Febrero 1998

Aceptado: Abril 1998

Patients and methods: We have studied 651 normal full term newborn infants delivered in our hospital during an 8 month period. Immediately after birth, the newborn infants were dried and placed in skin-to-skin contact between their mother's breasts. They remained in kangaroo care in the delivery room, during transportation to the post-partum area and in their room as long as two hours. The kangaroo care duration, the infant's post-kangaroo care axillary temperature, the mother's and infant's attitudes and the type of newborn feeding were recorded.

Results: Of the patients studied, 533 (82%) were put in skin-to-skin contact and the kangaroo care lasted 49 ± 23 min (mean \pm SD). Eighty-percent of the mothers had decided previously to breastfeed their child. The post-kangaroo care axillary temperature was $\geq 36^\circ\text{C}$ in 96% of the newborns and it was proportional to the kangaroo care duration ($r = 0,31$, $p < 0,0001$; IC 95%: $\beta = 0,0038-0,0068$). During kangaroo care, most of the mothers looked at their child and were happy, although 21% felt tired. Almost all infants (98.5%) stayed awake. The newborn infants who spontaneously did the first breastfeeding during the skin-to-skin contact remained more time in kangaroo care (60 ± 22 vs 36 ± 17 minutes; $p < 0,0001$). If the infant remained more than 50 minutes in kangaroo care, he had nearly 8 times more probability of breastfeeding spontaneously (odds ratio = 7.73; IC 95%: OR = 4.02-15.1).

Conclusions: We recommend kangaroo care in the delivery room as a safe and well tolerated method for mothers and newborn infants which contributes to their well-being. In order to improve breastfeeding and the newborn's temperature, we recommend that the infant remains more than 50 minutes in kangaroo care.

Key words: Kangaroo care. Breastfeeding. Newborn.

Introducción

En 1979, los pediatras Edgar Rey y Héctor Martínez, del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, iniciaron un programa de cuidados del prematuro mediante el «Método de la Madre Canguro»⁽¹⁾, que consistía en colocar al recién nacido (RN) prematuro en contacto piel-a-piel con su madre. Se han descrito numerosas ventajas el método canguro (MC) para prematuros sobre el método tradicional (incubadora): mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones, facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la autoconfianza de las madres en el cuidado de sus hijos⁽¹⁻³⁾. También se ha comprobado que si se inicia el MC en los RN a término nada más nacer, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo⁽⁴⁾, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del RN⁽⁵⁾. Además, si no es separado de su madre durante la primera hora, el



Figura 1. Contacto piel-a-piel (MC) en sala de partos.

RN reptaba hasta el pecho y hacía una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna⁽⁶⁾. Por ello, el MC en sala de partos forma parte de los 10 pasos de la «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños» promovida por la OMS/UNICEF⁽⁷⁾.

En nuestro Hospital, desde 1994 trabajábamos intensamente en la promoción y facilitación de la lactancia materna en RN normales y en prematuros y habíamos iniciado el MC en prematuros⁽⁸⁻¹⁰⁾. Nuestra experiencia nos hizo proponer, en 1996, el MC en la sala de partos y durante el transporte del RN a la habitación con su madre, con el fin de facilitar y aumentar la relación afectiva madre-hijo y facilitar y alargar la lactancia materna. Con objeto de conocer la aceptación y tolerancia del MC en sala de partos por madres e hijos, decidimos llevar a cabo un estudio observacional en recién nacidos a término de nuestro hospital.

Material y métodos

Selección de pacientes. Durante un período de 8 meses, se estudiaron 651 recién nacidos a término de peso adecuado, que nacieron por parto vaginal en sala de partos de nuestro Hospital, siendo excluidos cuando la situación materna desaconsejaba el MC o cuando, por su condición clínica, los RN requirieron ingreso en la Unidad Neonatal. Se obtuvo previamente un consentimiento oral por parte de cada madre.

Diseño del estudio. Después de una valoración clínica inicial, hecha por el neonatólogo responsable de la Unidad de Reanimación Neonatal, a todo RN con las condiciones clínicas necesarias de normalidad se le secó, identificó, se le puso un pañal y un gorro de Tubitón y se le colocó en decúbito prono entre los pechos desnudos de su madre, con la espalda cubierta con un muletón caliente a más o menos 36 °C (Fig. 1). Madre e hijo permanecieron en contacto piel-a-piel en la sala de partos, durante el traslado a planta y en la habitación hasta un máximo de 2 horas.

Parámetros de medida. Se registraron cada vez cinco parámetros: tiempo de realización del MC, temperatura axilar del RN después del MC tomada con termómetro de mercurio, actitud del RN, actitud de la madre y tipo de lactancia (decidida previamente por la madre). Para valorar la actitud del RN se controlaban dos variables: si estaba *despierto* y si se cogía espontáneamente al

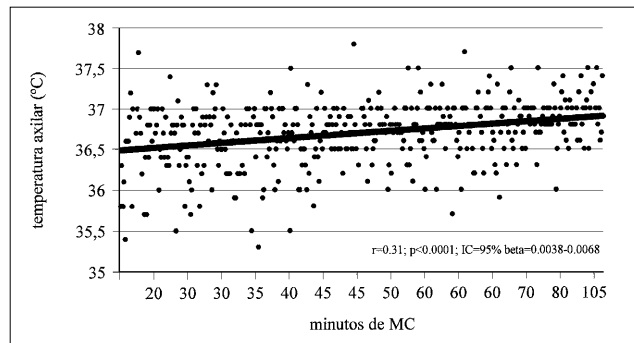


Figura 2. Relación entre la temperatura axilar post-MC y la duración del MC.

pecho (si iba a recibir lactancia materna). Para valorar la actitud de la madre se registraron tres variables: si miraba a su hijo, si estaba *contenta* y si estaba *cansada*. Durante todo este proceso, la enfermera de la Unidad Neonatal controlaba el bienestar del bebé y de la madre, dando soporte a ésta y explicándole el método y sus ventajas, tanto a nivel funcional, como afectivo.

Análisis estadístico. La descripción de los parámetros de medida se expresa con la media aritmética (M) y la desviación estándar (DS). Usamos el programa SPSS/PC+ V6.0 (SPSS Inc. Chicago, Ill.) para el análisis estadístico. Se ha utilizado la regresión lineal para analizar la relación entre la duración del MC y la temperatura del RN, la «t» de Student para comparar las medias de la duración del MC, según el RN hubiera hecho la toma espontánea al pecho, y la Chi-cuadrado, corrección de Yates, para analizar la relación entre los minutos de duración del MC y la probabilidad que el RN se cogiera al pecho.

Resultados

De los 651 RN a término nacidos desde el 1 de mayo hasta el 31 de diciembre de 1996, tomaron parte en el estudio 533 (82%); 118 RN no hicieron el MC porque en 83 casos la sedación o el estado de la madre lo desaconsejaron y los 35 niños restantes requirieron ingreso en la Unidad Neonatal.

Duración del método. La duración media del MC fue de 49 ± 23 minutos (M \pm DS), con un máximo de 150 y un mínimo de 10 minutos.

Tipo de lactancia. El 80% de las madres había decidido previamente dar el pecho a sus hijos y el resto se inclinó por el biberón.

Temperatura del RN. Se observó que el 96% de los RN tenía una temperatura axilar post-MC igual o superior a 36,0 °C y que esta temperatura era directamente proporcional a la duración del MC ($r = 0,31$; $p < 0,0001$) (Fig. 2).

Actitud del RN. Casi todos los RN (98,5%) permanecieron despiertos. Los niños que hicieron una toma al pecho correcta durante el MC (75,3% de los que recibirían lactancia materna), estuvieron significativamente más tiempo en contacto piel-a-piel (Tabla I). Si el niño estaba más de 50 minutos en MC era unas 8 veces más probable que se cogiera al pecho que si permanecía menos tiempo (Odds ratio: 7,73) (Tabla II).

Actitud de la madre. La gran mayoría de las madres parti-

Tabla I Actitud del RN durante el MC

Actitud	% de niños	Minutos de MC (M ± DS)
Despierto	98,5	
Toma al pecho	75	60 ± 22*
No toma al pecho	25	36 ± 17

*p < 0,0001 (t de Student)

cuparon activamente: 95,1% miraron a su hijo y 87,2% se mostraron contentas, aunque el 21% manifestó cansancio.

Discusión

Nuestros resultados demuestran que durante el MC en sala de partos el RN a término mantiene una temperatura adecuada y es capaz de reptar espontáneamente hasta el pecho de su madre y hacer una succión correcta cuando se le deja el tiempo suficiente. Estas observaciones coinciden con lo descrito por otros autores^(5,6).

Dada la experiencia acumulada con el MC en prematuros^(1,2,11) que nosotros mismos habíamos comprobado^(8,9), no nos sorprendió que los RN a término mantuvieran una temperatura adecuada. Sin embargo, llama la atención la relación directa que encontramos entre ésta y la duración del MC (Fig. 2). Nosotros sólo registramos la temperatura post-MC, no durante el MC, por lo que no pudimos comprobar si su aumento tuvo lugar durante los primeros 15 minutos del MC para luego estabilizarse, tal como había sido descrito anteriormente⁽⁵⁾.

Casi todos nuestros RN permanecieron despiertos (Tabla I). El período postparto inmediato es un momento muy especial en la vida del RN y está relacionado, sin duda, con el proceso de unión madre-hijo que se establece inmediatamente después del nacimiento en el resto de mamíferos y que se interrumpe fácilmente con la más mínima intervención⁽⁵⁾.

Los niños que hicieron una toma espontánea al pecho durante el MC permanecieron significativamente más tiempo en contacto piel-a-piel (Tabla I). Righard y Alade⁽⁶⁾ publicaron que los RN que no se separaron de sus madres tardaron una media de 50 minutos en cogerse al pecho y lo hicieron casi siempre de forma correcta. En nuestro medio, si el niño estaba más de 50 minutos en MC era unas 8 veces más probable que se cogiera al pecho que si permanecía menos tiempo (Tabla II). Por tanto, si se les dejaba más de 50 minutos en contacto piel-a-piel, los RN, que estaban especialmente alerta, mantenían una temperatura adecuada y acababan cogiéndose espontánea y correctamente al pecho obedeciendo a su instinto natural. Además, hemos podido observar que el resto de mamas solían realizarse sin ningún tipo de problemas, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna^(6,7).

Las madres que acababan de parir a sus hijos y estaban siendo sometidas a los cuidados obstétricos todavía en la camilla de partos, participaron activamente en el MC y se mostraron contentas, pese al lógico cansancio postparto. Las madres consideraban el MC como «una gran experiencia», sobre todo si tras sus anteriores partos se les había separado de sus hijos. Además, al permanecer ma-

Tabla II Relación entre la toma espontánea al pecho y la duración del MC

Duración MC	Toma espontánea al pecho		
	No (%)	Sí (%)	Total (%)
≤ 50 min	76 (40,2)	113 (59,8)	189 (51,9)
> 50 min*	14 (8,0)	161 (92,0)	175 (48,1)
Total	90 (24,7)	274 (75,3)	364 (100)

*Odds ratio = 7,73 (IC 95%: OR = 4,02-15,10)
(Chi-cuadrado. Corrección de Yates)

dre y padre junto a su hijo desde el parto hasta llegar a la habitación, se les hace partícipes del cuidado del RN desde su nacimiento.

En conclusión, recomendamos la práctica del MC en sala de partos, ya que es un método seguro y bien tolerado por el RN y contribuye al bienestar de madre e hijo. Además, recomendamos que el RN permanezca en contacto piel-a-piel más de 50 minutos ininterrumpidamente, para que mantenga una temperatura corporal adecuada, acabe cogiéndose bien al pecho y haga el resto de tomas de forma correcta, hecho que puede contribuir al éxito de la lactancia materna.

Bibliografía

- 1 Rey ES, Martínez HG. Manejo racional del niño prematuro. Proceedings of the Conference I Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Bogotá, Colombia, 1981;137-151.
- 2 Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tambourlini G. For the International Network on Kangaroo Mother Care: Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birth weight infants. *Acta Paediatrica* (in press).
- 3 Hadeed AJ, Ludington S, Siegel S. Skin to Skin Contact between Mothers and Infants reduces idiopathic apnea of prematurity (IA-OP). (Abstract). *Pediatric Research* 1995; **34**(4) Pt. 2:208A.
- 4 Anisfeld F, Lipper E. Early contact, social support and mother-infant bonding. *Pediatrics* 1983; **72**:79-83.
- 5 Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustequi A, De la Fuente P y cols. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; **81**:448-493.
- 6 Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; **336**:1105-1107.
- 7 World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. World Health Organization 1989.
- 8 Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés MM, Martínez MJ, Gómez Papí A, Allué Martínez X. Método Canguro en una UCI Neonatal (Resumen). Libro de Comunicaciones y Pósters. XVI Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Cádiz, 1997; págs. 274-275.
- 9 Gómez Papí A. Lactancia materna en prematuros. *Bol Pediatr* 1997; **37**:147-152.
- 10 Gómez Papí A, Sevillano Aparicio A, Montoya Alcolea A. Readaptación al pecho y alta precoz del prematuro: un método práctico para la continuidad de la lactancia materna en su domicilio (Resumen). An Esp Pediatr 1995. Libro de Comunicaciones y Pósters. XV Congreso Nacional de Medicina Perinatal; pág. 139.
- 11 Bauer K, Uhrig C, Sperling P, Pasel K, Weiland Ch, Versmold TH. Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 grams. *J Pediatr* 1997; **130**:240-244.