

Cómo impulsar la ampliación eficaz de Kangaroo Mother Care y otras intervenciones relacionadas: conclusiones tras 20 años de experiencia

Nathaniel Foote

Presidente de TruePoint y miembro sénior del Centro del Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard, Cambridge, Massachusetts (EE. UU.)

Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino, Trieste (Italia)

Existe un consenso casi absoluto en cuanto a que Kangaroo Mother Care (KMC) es una importante intervención basada en pruebas y de bajo coste destinada a mejorar la salud y las probabilidades de supervivencia de los niños prematuros y de bajo peso al nacer. Esta iniciativa, cuyo nombre alude a la forma en la que las crías de canguro viajan en el bolsillo de su madre, consiste en promover el contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre el cuidador y el bebé, la alimentación mediante lactancia o leche materna en exclusiva, y un proceso de alta que tenga en cuenta el contexto y ofrezca un seguimiento posterior para el bebé y su familia.

Esta práctica surgió a finales de los años setenta en un hospital colombiano que tenía las incubadoras masificadas. Los médicos animaron a las madres a colocarse a sus bebés prematuros en el pecho y envolverlos para mantenerlos calientes, con tan buen resultado que decidieron publicar su hallazgo. El interés por este tema fue creciendo y, en 1996, un grupo de investigadores de distintos países y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunió en Trieste (Italia) para fundar la red International Kangaroo Care Network (INK).

Se ha demostrado que el contacto piel con piel inmediato beneficia a todos los bebés (Moore y otros, 2016), pero las repercusiones positivas de este contacto temprano, continuo y prolongado (con una media de 18 horas al día) son especialmente intensas en los bebés de bajo peso al nacer. Se incluye en este grupo a los niños que nacen tras menos de 37 semanas de gestación y también a los que tienen un peso inferior al correspondiente a su edad gestacional a pesar de haber nacido más tarde. Este tipo de nacimientos constituye alrededor del 15,5% de todos los que se producen en el mundo, si bien la proporción es incluso mayor en los países de renta media y baja (Beck y otros, 2010; Blencowe y otros, 2013). Estos bebés son mucho más propensos a fallecer poco después del parto o durante su primer año de vida, y los que sobreviven tienen más probabilidades de padecer problemas de salud crónicos, sobre todo déficits sensoriales y discapacidades de desarrollo neurológico (Lawn y otros, 2014). Asimismo, es más probable que estos pequeños muestren signos y síntomas de inestabilidad en distintos aspectos, como los patrones de sueño y alimentación, que aumentan el estrés de los padres. Todo ello, junto con la decepción sufrida al final del embarazo, podría conllevar para los bebés un riesgo de maltrato o

abandono por parte de los cuidadores (Bakewell-Sachs y Gennaro, 2004; Frye y otros, 2010; Kugelman y Colin, 2013).

La implantación de la iniciativa KMC es sencilla, ya que no requiere equipamiento médico especializado. No obstante, sí suele exigir un cambio radical en la mentalidad y los procedimientos médicos. Durante las últimas dos décadas, una red cada vez más numerosa y firme de profesionales comprometidos, con el apoyo de la OMS y otras entidades internacionales de gran calado, han contribuido a crear “centros de excelencia” (CoE) de KMC en más de 30 países, así como unidades canguro en miles de hospitales de todo el mundo. En comparación con la mayoría de las intervenciones sanitarias complejas, KMC ya es todo un éxito en cuanto a su implantación en países de renta media y baja.

Sin embargo, teniendo en cuenta la gravedad del problema, el alcance de KMC sigue siendo insuficiente incluso en los países en los que ha cosechado los mejores resultados. Una implantación exhaustiva podría contribuir a evitar 770.000 fallecimientos más de neonatos al año (Howson y otros, 2013; Lawn y otros, 2013b). Entre aquellos que sobreviven, se ha demostrado recientemente que KMC tiene un efecto duradero en su desarrollo físico, social, emocional y cognitivo (Frye y otros, 2010; Charpak y otros, 2017).



△ Foto: Cortesía de Kangaroo Mother Care

En noviembre de 2016, en un taller organizado para celebrar el vigésimo aniversario de KMC, se reunió en Trieste un grupo de profesionales y defensores para reflexionar sobre lo observado en las dos décadas de expansión de KMC y para diseñar una estrategia de impulso. Las investigaciones y los estudios de casos demuestran que la implantación de KMC es más eficaz cuando se realiza de forma integral, estratégica y por fases.

1 Implantación integral: KMC como piedra angular de un paquete de intervenciones

Para reducir los riesgos asociados a los partos prematuros y el bajo peso al nacer, no solo hay que proporcionar cuidados eficaces en el momento del nacimiento y durante el periodo neonatal posterior, sino también un seguimiento y un apoyo adecuados durante los primeros dos o tres años de vida del niño. Muchas de las complicaciones que se manifiestan dentro de ese plazo, como deficiencias visuales o auditivas, carencias motrices y discapacidades cognitivas, se pueden prevenir o curar (Charpak y otros, 2017).

Un paquete integral de intervenciones esenciales para los niños de bajo peso al nacer, “KMC and Beyond”, incluiría lo siguiente.

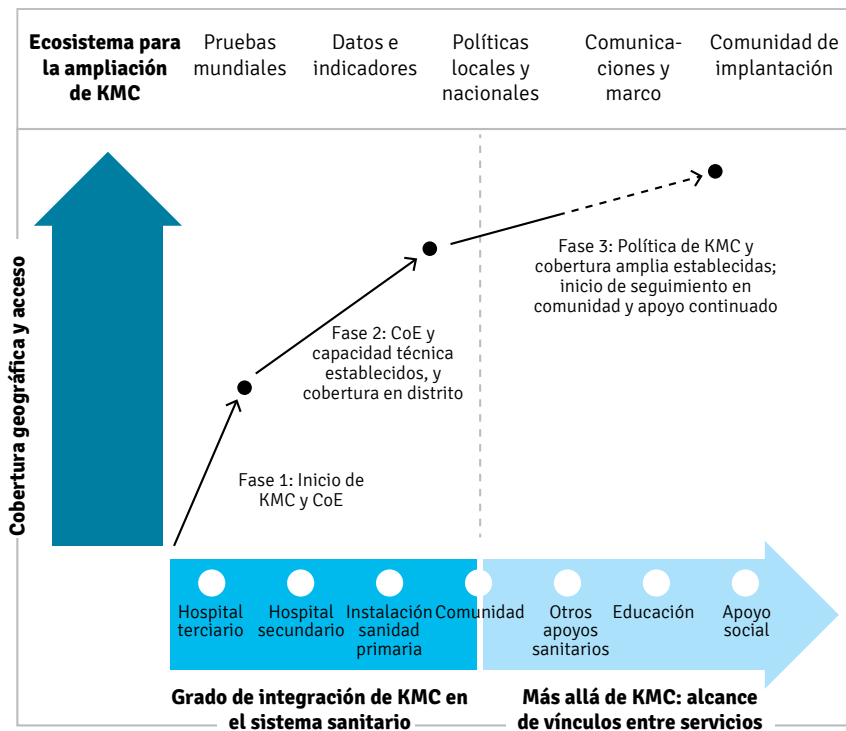
- *Cuidado prenatal y durante el parto*: si hubiera signos de un parto prematuro, planificar un lugar apropiado para el alumbramiento que cuente con el equipamiento y el personal necesarios para realizar, por ejemplo, reanimaciones con máscaras pequeñas (Lawn y otros, 2013a, 2013b).
- *Cuidado neonatal*: aplicar KMC con un inicio temprano de la lactancia materna cuando sea posible, controlando la temperatura, supervisando la glucemia, previniendo infecciones y aplicando presión positiva continua en las vías respiratorias para compensar la insuficiencia (OMS, 2003; Lawn y otros, 2013a, 2013b).
- *Cuidado de bebés y niños*: ofrecer a los padres pautas de cuidados, hacer un seguimiento para detectar posibles problemas de desarrollo y tomar medidas al respecto, apoyar las prácticas de crianza positiva y ayudar a la familia con visitas a domicilio y servicios de educación temprana o cuidados (Lawn y otros, 2013a).

Si valoramos la carga que suponen los años de vida perdidos y los años de vida con discapacidades en contraposición a la eficacia y el bajo coste de las intervenciones, debería ser una prioridad de salud pública de primer orden que los bebés prematuros y de bajo peso al nacer cuenten con estos cuidados integrales continuos.

2 Implantación por fases: aplicación de KMC según la capacidad y el grado de preparación del país

El paquete completo de intervenciones “KMC and Beyond” está fuera del alcance de muchos sistemas sanitarios de países de renta media y baja. Cada país tiene un proceso de evolución natural diferente a la hora de ampliar la cobertura de KMC y complementarla con otras intervenciones clave durante el periodo neonatal, además de un seguimiento adecuado.

“Las investigaciones y los estudios de casos demuestran que la implantación de KMC es más eficaz cuando se realiza de forma integral, estratégica y por fases.”



◁ **Figura 1** Fases de la evolución de KMC

Como muestra la figura 1, la estrategia más eficaz para la evolución de KMC consta de tres fases:

- Primero, establecer un “centro de excelencia” y concentrarse en los cuidados dentro del hospital.
- Después, mejorar la capacidad técnica y ampliar la cobertura a los hospitales de distrito y los centros de atención primaria.
- Por último, integrar un seguimiento y un apoyo a la familia más exhaustivos dentro de la comunidad, según permitan las mejoras en la capacidad del país.

3 Implantación estratégica: movilizar a los principales actores en torno a una agenda común

Entre los principales responsables de la expansión de KMC en los últimos 20 años, están los profesionales comprometidos con la causa. En concreto, la Fundación Canguro de Colombia ha formado a cientos de profesionales, que a su vez han logrado instaurar la iniciativa KMC en sus respectivos hospitales.

El grado de diseminación más allá de esas implantaciones iniciales ha variado de forma considerable, ya que para la implantación y expansión correctas, se precisa el compromiso de muchas partes implicadas diferentes. Varios estudios y revisiones sistemáticas ya han determinado qué aspectos del sistema sanitario facilitan la implantación y expansión de KMC y cuáles constituyen un obstáculo (Seidman G. y otros, 2015; Chan y otros, 2016), como por ejemplo:

- Los especialistas en medicina neonatal tienen que cambiar de manera radical su forma de actuar, y el resto del personal necesita formación exhaustiva.
- Los gestores de los hospitales tienen que cambiar los procedimientos hospitalarios, como mantener la unidad de neonatos abierta a las visitas 24 horas al día y asignar recursos con el fin de que los padres tengan el espacio necesario para quedarse en esta unidad con sus bebés de bajo peso al nacer.
- Los ministerios de sanidad y las aseguradoras podrían tener que cambiar sus políticas de reembolso de gastos médicos para salvar las trabas económicas y logísticas que afronta KMC.

Con frecuencia, las principales partes implicadas necesarias para la implantación a nivel nacional (ministerios de sanidad, otras instituciones gubernamentales, asociaciones profesionales y otros actores ajenos al ámbito sanitario) no se han involucrado lo suficiente. La falta de sincronía estratégica entre los distintos sectores ha provocado que los esfuerzos por ampliar la cobertura de KMC se hayan topado con impedimentos en los hospitales, así como a escala regional y nacional, a pesar de las importantes pruebas que demuestran la eficacia del método. Para lograr más avances, se precisará una mayor coordinación, así como un liderazgo más firme en los países.

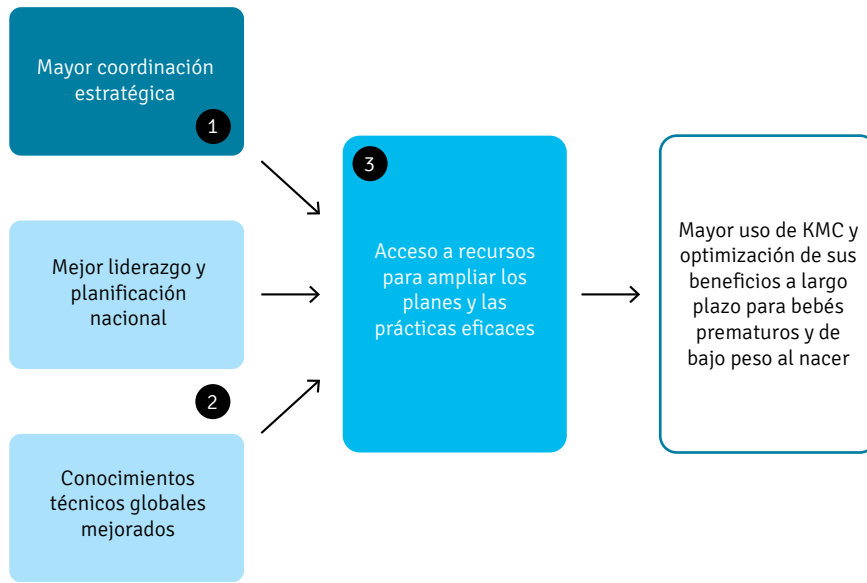
Estrategia para “KMC and Beyond”

Para acelerar el ritmo y ampliar la cobertura de la iniciativa “KMC and Beyond”, visualizamos tres iniciativas que se refuerzan mutuamente, como se resume en la figura 2:

- Con el ímpetu obtenido tras 20 años de funcionamiento de la red INK, hay que aumentar la coordinación estratégica y la profesionalización de la red global de personal implicado (por ejemplo, perfeccionando el marketing y las comunicaciones sociales de KMC y coordinando mejor KMC con otras plataformas e iniciativas colaborativas relacionadas con los cuidados neonatales y temas afines).
- Es preciso catalizar el liderazgo y la planificación en cada país mediante el apoyo a talleres de ámbito nacional y regional y la coordinación entre los distintos sectores, así como un liderazgo técnico global mejorado para aquellos ámbitos que podrían beneficiarse de la propagación de conocimientos (como los métodos de formación y experiencias de implantación que han resultado eficaces).
- Conviene crear un mecanismo de subvenciones prestigioso para desafíos globales que incentive a los países que desarrollen planes factibles para la aplicación a nivel nacional de las intervenciones clave y, posteriormente, financie las inversiones de transición necesarias para que los planes cumplan los requisitos predefinidos cuando el gobierno nacional se ha comprometido a proporcionar la financiación operativa ordinaria.

KMC ha llegado muy lejos en estos 20 años, pero aún quedan millones de bebés prematuros y de bajo peso al nacer en todo el mundo que podrían vivir mucho mejor si encontramos estrategias más eficaces para seguir ampliando la cobertura de esta intervención basada en pruebas y de bajo coste.

“La implantación de la iniciativa KMC es sencilla, ya que no requiere equipamiento médico especializado. No obstante, sí suele exigir un cambio radical en la mentalidad y los procedimientos médicos.”



▷ **Figura 2** Iniciativas para “KMC and Beyond”

Agradecimientos

Tanto Adriano Cattaneo de la red International Kangaroo Care Network como Jenny Rabinowich, Matthew Rehrig y Moitreyee Sinha de Global Development Incubator colaboraron en una nota conceptual previa de la que se deriva este artículo. Grand Challenges Canada ha financiado la iniciativa.

Referencias

- Bakewell-Sachs, S. y Gennaro, S. (2004). Parenting the post-NICU premature infant. *American Journal of Maternal Child Nursing*, noviembre/diciembre 29(6): 398-403.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Harris Requejo, J. y otros. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 88: 31-8. |
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A.-B. y otros. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health* 10 (Supl. 1): S1.
- Chan, G. J., Labar, A. S., Wall, S. y Atun, R. (2016). Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 94: 130-41.
- Chapak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., Villegas, J. y otros. (2017). Twenty-year follow-up of Kangaroo Mother Care versus traditional care. *Pediatrics* 139(1): e20162063.
- Frye, R. E., Malmberg, B., Swank, P., Smith, K. y Landry, S. (2010). Preterm birth and maternal responsiveness during childhood are associated with brain morphology in adolescence. *Journal of the International Neuropsychology Society* 16(5): 784-94.
- Howson, C. P., Kinney, M. V., McDougall, L. y Lawn, J. E. (2013). Born too soon: preterm birth matters. *Reproductive Health* 10 (Supl. 1): S1.
- Kugelman, A. y Colin, A. A. (2013). Late preterm infants: near term but still in a critical developmental time period. *Pediatrics* 132(4): 741-51.
- Lawn, J. E., Davidge, R., Paul, V. K., von Xylander, S., Johnson, J. de G., Costello, A. y otros. (2013a). Born too soon: care for the preterm baby. *Reproductive Health* 10 (Supl. 1): S5.
- Lawn, J. E., Kinney, M. V., Belizan, J. M., Mason, E. M., McDougall, L., Larson, J. y otros. (2013b). Born too soon: accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon. *Reproductive Health* 10 (Supl. 1): S6.
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, S., You, D., Lee, A. C. C., Waiswa, P. y otros. (2014). Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet* 384: 189-205.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. y Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016: 11.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Método madre canguro: Guía práctica*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf> (último acceso en mayo de 2017).
- Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B. y Engmann, C. (2105). Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. *PLoS ONE* 10(5): e0125643.