

## Discusión.

El método “mamá canguro” (MMC) fue puesto en práctica médica por primera vez por el Dr. Edgar Rey Sanabria en 1978 en Colombia y desarrollada más ampliamente por los doctores Héctor Martínez Gómez y Luis Navarrete Pérez a partir de 1979.

Dirigido a solucionar un grave problema de salud pública, que aun después de más de veinte años sigue latente en países en vías de desarrollo como el nuestro, el hacinamiento de recién nacidos prematuros en las unidades de cuidados neonatales, la deficiencia de recursos humanos, técnicos y económicos; pero sobre todo para reducir el tiempo de separación entre la madre y el bebé.

Durante su evolución el programa MMC ha pasado por una serie de cambios, evaluaciones e implementación progresiva de una metodología específica, disponiéndose actualmente de guías específicas para su aplicación.

Es así como luego de muchas críticas tanto en su lugar de creación como en la comunidad científica internacional, fue aceptado como una alternativa real para el manejo del recién nacido prematuro. Esto permitió la extensión de este método al resto de Latinoamérica y Europa. En el viejo continente el aspecto más motivador para la aplicación de MMC es el acercamiento precoz entre madre e hijo.

Entre los primeros profesionales que acudieron a observar y entrenarse en el “programa de Madre Canguro” (PMC), se encuentran

los doctores P. Yaksic de Bolivia, Raúl Urquiza de Perú y el doctor L. León de Ecuador.

En nuestro país, se ha venido aplicando el MMC desde 1987 a partir de un plan piloto iniciado en el Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé (HONADOMANI SB). La falta de un adecuado sistema informático y de registro hacen difícil evaluar los alcances de la aplicación del PMC al menos durante su primera década de aplicación.

En nuestro análisis estadístico se revela que sólo 4 sujetos (6.7%) del total de los RNMBP cumplieron el criterio de adaptación intrahospitalaria exitosa. En promedio la ganancia de peso fue de solo 11.46 gramos/día, y sólo un 32.2%(n=19) lograron una ganancia de peso mayor a 15 gramos/día, durante la aplicación del MMC hospitalario, previo al alta respecto a su seguimiento ambulatorio. También se observa que la totalidad de pacientes recuperaron y rebasaron su peso al nacer luego del alta intrahospitalaria, en promedio a los 22.39 días, con un peso promedio de 1283 gramos.

Es difícil realizar un seguimiento antropométrico completo en el control ambulatorio de nuestros pacientes. Los datos de peso, talla y perímetro cefálico son consignados en las historias clínicas solo cuando retornan estos pacientes a su evaluación, y en este caso no hay uniformidad de los tiempos de retorno a consulta, y se tiene un porcentaje de pérdida de pacientes que se genera desde el alta hasta los 12 meses. Al igualar a todos a las 40 semanas se perdió 4 pacientes (6.7%), al primer mes de edad gestacional corregida (EGc) un 11.86% (N=7), al segundo mes 15.25% (N=9), al tercer mes 16.9% (N=10), al cuarto mes 16.9% (N=10), al quinto mes 22% (N=13), al sexto mes

23.7% (N=14), al séptimo mes 28.8% (N=17), al octavo mes 30.5% (N=18), al noveno mes 35.59% (N=21), al décimo mes 37.3% (N=22), al onceavo mes 45.76% (N=27) y al doceavo mes 45.76% (N=27), quedando solo 32 pacientes del grupo original.

Declaramos que puede existir algo de sesgo en el trabajo en este sentido, pues las consultas podían perderse por 240 días o más y retomarse después. Tomamos como patrón de referencia las consultas por neonatología, medicina pediátrica o los servicios quirúrgicos, no así las evaluaciones por medicina física u oftalmología, que son las que menos o ningún dato de antropometría proporcionan.

Los pesos correlativos desde nacimiento hasta el doceavo mes, se consignan en cada consulta por lo general, no así con los valores de talla y perímetro cefálico, que luego de algunos meses ya no se consignan, lo que dificulta mucho el procesamiento estadístico de los datos de seguimiento. Por ello, salvo realizando extrapolaciones, tampoco se puede confrontar el crecimiento antropométrico global de estos pacientes con lo reportado por la literatura.

Una práctica aceptada en la aplicación del MMC de acuerdo con lo publicado por la doctora Nathalie Charpak y colaboradores en la publicación del manual del MMC de 1997 y lo descrito en las guías actuales disponibles en la página web del PMC es la fortificación o suplementación de la leche humana para el prematuro para aquellos pacientes que lo necesiten (por ejemplo en quienes han iniciado tardíamente el método o quienes presenten una baja curva de crecimiento).

Sin embargo, debido a las políticas de salud vigentes en el hospital en dicho período, no se realizó dicha fortificación ni suplementación en los pacientes estudiados. Tampoco se tienen datos retrospectivos en el HONADOMANI SB para realizar una comparación entre recién nacidos que la hayan recibido y los que no.

La realidad más cercana y confiable para hacer una comparación aproximada, es la publicada por los doctores Chirinos y Oliveros en un estudio hecho en el Hospital E. Rebagliati Martins (ESSALUD) en RNMBP entre 1998 y 1999 que recibieron alimentación parenteral. Este grupo de estudio muestra características similares al nuestro. Un peso promedio al nacer de 1312 gramos, y edad gestacional de 31.7 semanas. Sus observaciones respecto al porcentaje de pérdida de peso al 7º día (11.5); máximo porcentaje de pérdida de peso (14.1%) y el día promedio en que se perdió el mayor peso (7.7 días) no distan significativamente por lo expuesto en nuestros resultados. Sin embargo, reportan la recuperación del peso al nacer a los 17.7 días y una ganancia de peso de 22,8 g/k/d; lo que muestra una diferencia sustancial respecto a nuestros hallazgos.

Es evidente que la infección es uno de los principales problemas para los prematuros de muy bajo peso, tanto en su morbilidad y su mortalidad. Las patologías presentadas no distan significativamente de lo publicado en la literatura, excepto lo descrito como enterocolitis necrotizante (NEC), no teniendo ninguno de los pacientes criterios para catalogarlos más allá de casos sospechosos. Está claramente descrito que las propiedades inmunológicas de la leche humana guardan una relación directa con la menor incidencia de NEC en pacientes que reciben exclusivamente leche de su madre.

Es evidente que la EMH ocupa un lugar importante en las patologías de nuestros pacientes como en las causas de muerte, teniendo en cuenta que durante el periodo observado no se utilizó el Surfactante por carecer del mismo el hospital y por ser incosteable para familias de escasos recursos.

Queda claramente corroborado que el mayor número de CPN tiene una relación directa con la mayor sobrevida de los pacientes. También es evidente que el peso guarda una relación inversa con la mortalidad, siendo marcadamente significativa en los menores de 1250 gramos.

No encontramos en las condiciones del nacimiento ni en su adaptación al MMC (es decir, la ganancia promedio de peso) diferencias significativas entre los recién nacidos que fueron reingresados al hospital en algún momento de su seguimiento. Sin embargo, el análisis estadístico nos revela que esto se debe al pequeño número de pacientes observados.