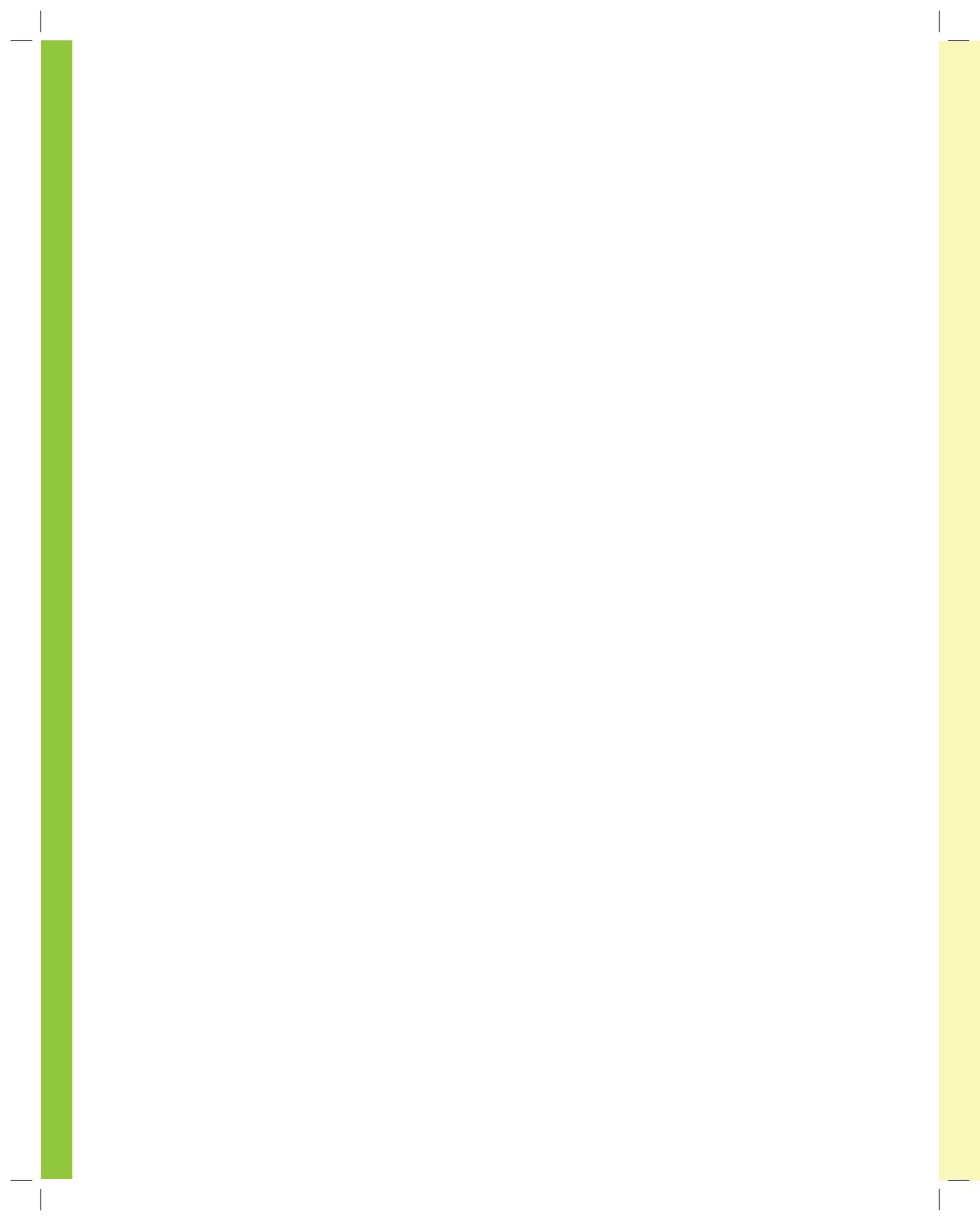


MANUAL DEL PARTICIPANTE

MÉTODO MAMÁ CANGURO

TAPA

JULIO 2012



AUTORIDADES

Ministro de Salud

Prof. Dr. Antonio Arbo

Vice Ministro de Salud

Dr. Felix Ayala

Dirección General de Programas de Salud

Dr. Aldo Irala

**Dirección de Salud Integral de la Niñez y la
Adolescencia (DIRSINA)**

Dr. Julio Nissen

Equipo Técnico

Dra. Mercedes Portillo G.

Consultora – Salud Neonatal
Programa Integrado Salud Materna Neonatal USAID/MCHIP

Lic. Bertha Pooley

Asesora – Save The Children

Colaboradores

Prof. Dr. Jimmy Giménez

Docente Facultad de Ciencias Médicas, UNA

Dra. Nathalia Meza

Jefa Dpto. de Salud Integral de la Niñez

Dra. Ana Arrechea

Jefa Dpto. Pediatría Hospital Materno Infantil San Pablo

Dra. Rossana Fonseca

Coordinadora de Neonatología
Hospital Materno Infantil San Pablo

Dr. Domingo Bogarín

Jefe de Sala Cuidados Mínimos
Hospital Materno Infantil San Pablo

Dra. Goldy Mazia

Asesor Técnico de Salud Neonatal (MCHIP) – Washington

Dra. Nathalie Charpak

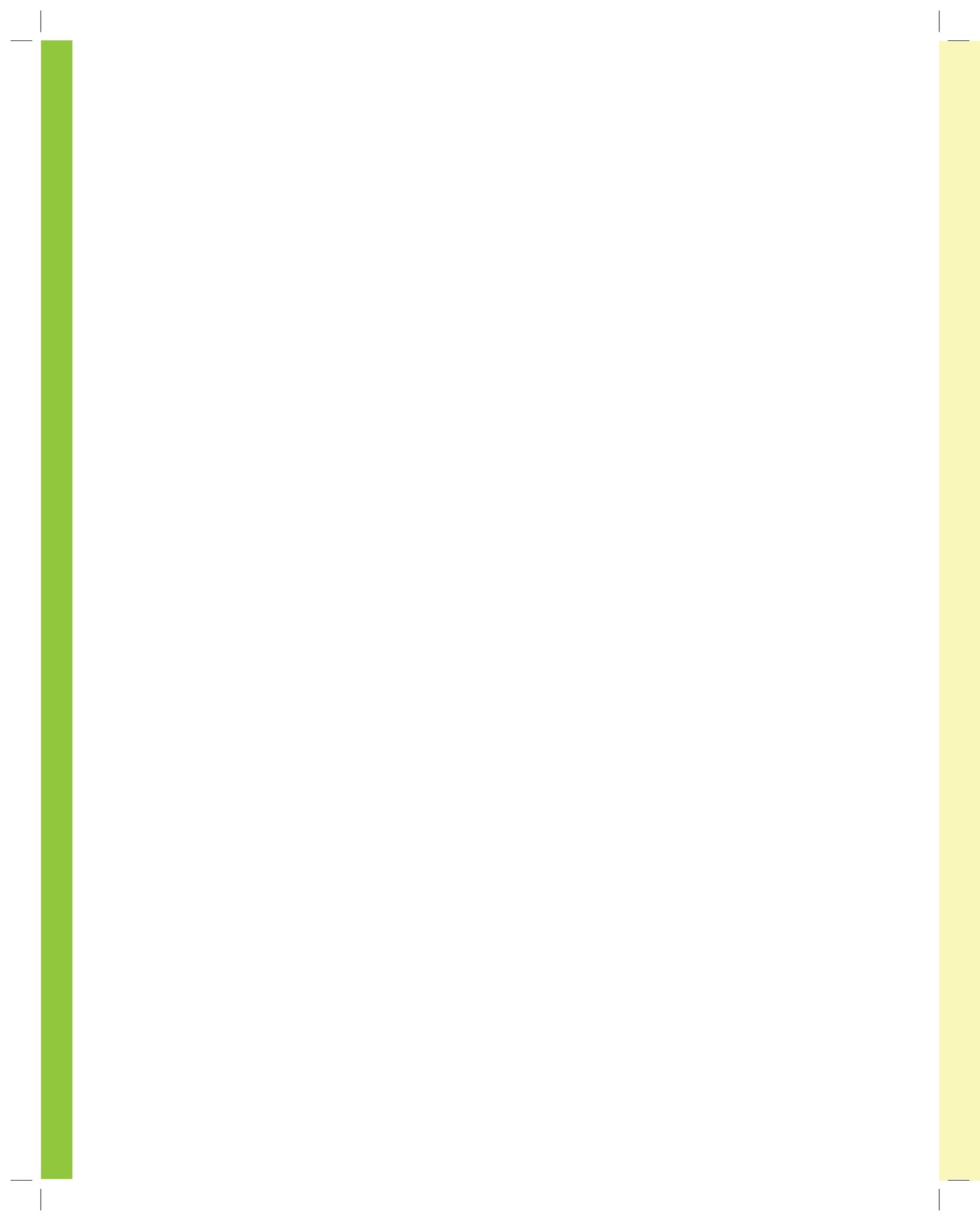
Directora Fundación Canguro – Colombia

“Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Los conceptos y opiniones expresados en la misma corresponde a los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos”.

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Institución, sin embargo, su utilización en nuestra lengua plantea soluciones muy distintas sobre las que los lingüistas aún no han conseguido ponerse de acuerdo. Con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el español “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por utilizar el clásico masculino de carácter genérico, que incluye claramente a ambos sexos.

Índice

Presentación	7
Introducción	9
Marco legal	11
La evidencia que sustenta el Método Mamá Canguro	12
Capítulo 1	
El recién nacido prematuro y con bajo peso al nacer	15
Capítulo 2	
Signos de peligro del recién nacido con prematuridad y bajo peso	21
Capítulo 3	
Iniciación del Método Canguro	27
Capítulo 4	
Alimentación del recién nacido o mientras se usa el Método Canguro	33
Capítulo 5	
El Método Canguro en forma ambulatoria	39
Capítulo 6	
Establecer un Servicio de Método Canguro	43
Capítulo 7	
Red Integral Canguro	47
Capítulo 8	
Orientación en el Método Canguro	53
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	59
ANEXOS	61



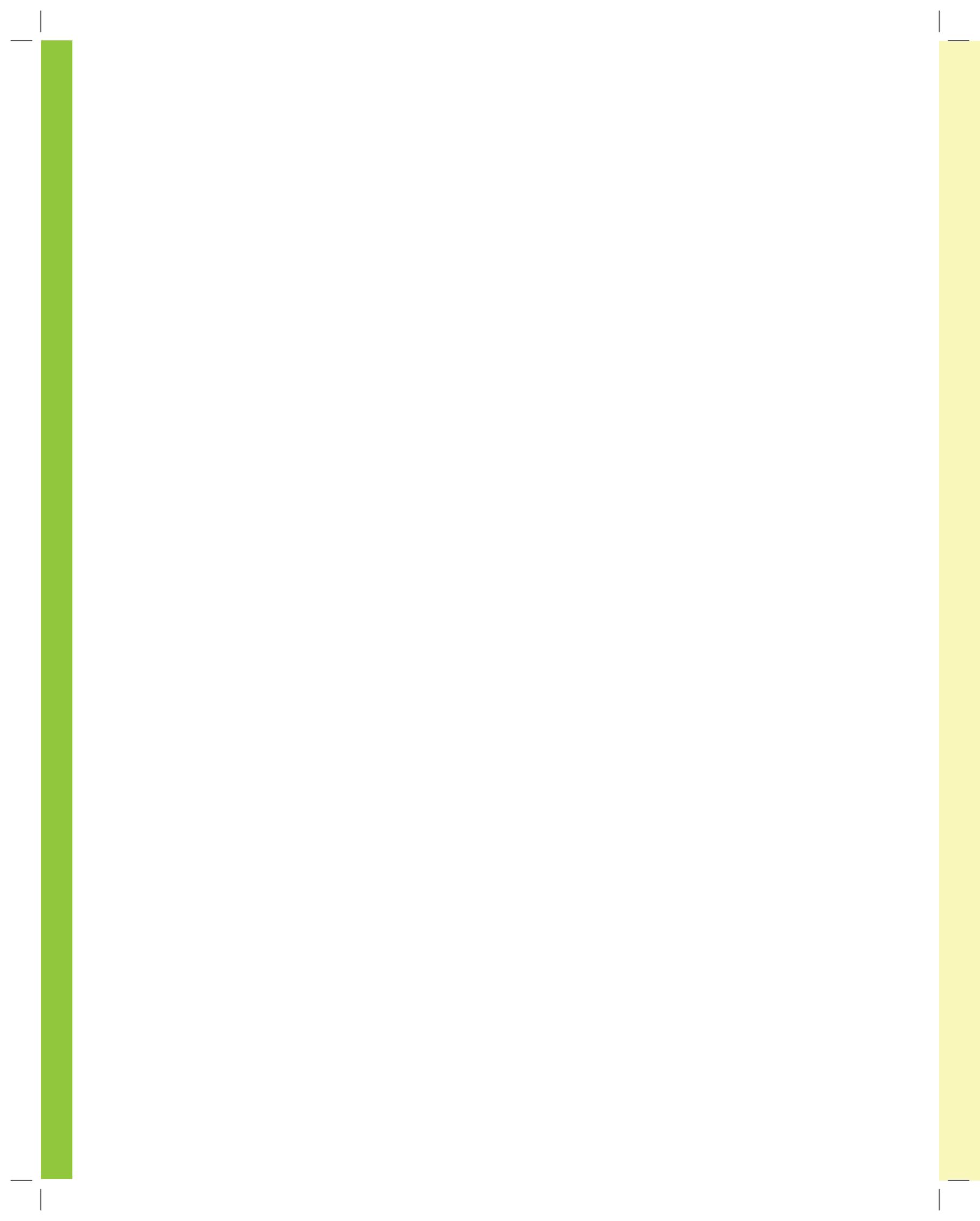
PRESENTACION

El Gobierno de Paraguay ha asumido un compromiso al firmar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000 para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Teniendo en cuenta este reto, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, incorpora en su normativa intervenciones innovadoras, costo efectivas y basadas en la evidencia para contribuir a la mejora de la salud de la población infantil en general y en particular, aquella que se encuentra en situaciones de vulnerabilidad.

El Método Mamá Canguro es una herramienta de impacto para la atención de recién nacidos prematuros y de bajo peso en situaciones donde el establecimiento de salud no tiene acceso a incubadoras.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social presenta este Manual que se constituye en un documento de referencia para brindar insumos técnicos y operativos en el manejo del método mamá canguro en los establecimientos de salud en el marco de la Red Integral de Servicios de Salud de Paraguay.

En este contexto, esta herramienta busca integrar mensajes claves y de apoyo para que tanto, el trabajador de salud, la familia y la comunidad, puedan contar con información sobre este sencillo Método que utilizando todos sus componentes: contacto piel a piel, lactancia materna, posición canguro y un adecuado seguimiento, mejora la calidad de vida de los recién nacidos.



INTRODUCCION

La salud de la madre y la del recién nacido está estrechamente relacionada a sus condiciones geográficas, históricas, sociales, culturales y económicas además de sus condiciones biológicas particulares.

Además de las condiciones sociales que intervienen en la enfermedad y la muerte, es necesario considerar la calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud, donde ocurre el mayor número de muertes de recién nacidos y sobre todo durante las primeras veinticuatro horas de vida, a pesar de que los partos institucionales correspondan a un 85%.

En Paraguay, la mortalidad neonatal representa el 71% de la mortalidad infantil y el 58% de la mortalidad que ocurre en menores de 5 años¹. Se ha observado avances en la reducción de la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, sin embargo el descenso de la mortalidad neonatal no ha acompañado la velocidad de esta tendencia. La mortalidad neonatal esta en directa relación con la mortalidad materna, refleja fielmente las condiciones sociales y estructurales de una sociedad.

En la actualidad se conocen intervenciones simples de alto impacto, bajo costo y basadas en evidencias científicas sólidas, que pueden mejorar la salud neonatal en todos los territorios. Es perentorio que el personal de salud, las comunidades y las familias se apropien de las mismas y las implementen. La mayoría de los recién nacidos requieren de cuidados que están al alcance de los servicios y de los hogares como la lactancia inmediata y exclusiva, secado y abrigo, cuidado de los ojos y del cordón. Las principales causas de muerte neonatal son: lesiones debidas al parto (46%), malformaciones congénitas (18%), infecciones (10%), prematuridad (9%).²

El bajo peso al nacer es un factor subyacente de muerte neonatal en Paraguay³. La prematuridad causa 32% de las muertes neonatales. El bajo peso es una causa que incrementa el riesgo de muerte de un recién nacido, especialmente cuando hay enfermedad concurrente.

Las intervenciones para prevenir la prematuridad y el bajo peso al nacer comienzan con el cuidado de la mujer antes y durante el embarazo. El manejo del recién nacido prematuro o de bajo peso, muchas veces requiere de cuidados especiales con personal capacitado. En un pequeño porcentaje necesitan tecnología que no siempre está al alcance de muchos de los servicios, como por ejemplo, las incubadoras.

1 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Estadísticas Vitales. 2010, Paraguay

2 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Estrategia Nacional de Salud Neonatal. OPS/OMS. 2011, Paraguay.

3 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Estrategia Nacional de Salud Neonatal. OPS/OMS. 2011, Paraguay.

Asimismo, existen problemas de salud que no pueden ser resueltos en establecimientos del primer nivel para los cuales se necesita hacer una referencia a un establecimiento con mayor capacidad de resolución. Las distancias que tienen que recorrer la familia o el personal de salud para trasladar a un recién nacido al establecimiento de salud más cercano, que pueda resolver la emergencia en salud, son muchas veces largas. Si en el traslado no se cumplen con ciertos requisitos como mantener la temperatura del bebé, mantener la alimentación y vigilar la respiración, la probabilidad de muerte neonatal es mayor.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco de la ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD NEONATAL 2011-2015, "Hacia una mejor calidad de vida de la población neonatal", brinda insumos técnicos, estratégicos y operativos, que permiten desarrollar planes de acción tanto a nivel nacional como regional, para mejorar la calidad de vida de la población neonatal del país.

En este contexto, el **Método Canguro** es una alternativa posible y accesible en todos los niveles de atención. Este método puede ser utilizado para el cuidado del recién nacido prematuro o con bajo peso, cumpliendo ciertos requisitos, y también para el transporte neonatal a un establecimiento con mayor capacidad de resolución.

Sin embargo el método sólo no va a resolver todos los problemas mencionados respecto a la salud neonatal, es por ello que forma parte de una de las alternativas de intervenciones que ofrece la red de servicios de salud, Red Tesai Ñanduti o Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), con su primer nivel de atención, las Unidades de Salud de la Familia (USF) y los demás servicios de salud articulados, para garantizar de una forma integral coherente y eficiente el éxito del Método Madre Canguro, con enfoque universal, integral, equitativo y con participación social activa.

El Manual provee información para **desarrollar competencias básicas** en el personal de salud de los servicios para que pongan en práctica el Método Canguro. Se ha utilizado como base de este documento: el Manual Kangaroo Mother Care de OMS, 2003 Técnica Madre Canguro - Guías de Manejo de la Fundación Canguro de Colombia, N. Charpak Z. Figueroa y el Programa Madre Canguro de la Clínica del Niño ISS, Colombia y aquél desarrollado por Save the Children/ SNL en Malawi, incluyéndose secciones traducidas literalmente, Kangaroo Mother Care Implementation Guide (MCHIP).

Marco Legal

Considerando que nuestro país asumió el compromiso de adoptar los acuerdos suscritos en la Convención de los Derechos del Niño y de la Niña y la Ley 1680/00, cuenta con una amplia base legal de leyes y normativas que responde al cumplimiento de los derechos de la niñez. En respuesta a esta responsabilidad se exhorta al personal de los servicios de salud, de las instituciones implementadoras como las ONGs, la población en general, las comunidades y las familias para priorizar y desarrollar acciones a favor de los recién nacidos.

Entre los ordenamientos legales, convenios y consensos están:

- Constitución Nacional
- Ley 1680/01 Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2021.
- Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008 - 2013.
- Convención Internacional de los Derechos del niño
- Metas del Milenio de las Naciones Unidas.
- Consenso estratégico interagencial para la reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe.
- Estrategia mundial de salud de mujeres y niños 2010.
- Manual de Atención Neonatal 2011.
- Estrategia Nacional de Salud Neonatal 2011.

Política

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como institución rectora de la salud, dentro de los programas, proyectos y planes relacionados a la salud materno infantil, establece como política la implementación del Método Mamá Canguro (MMC). Una política nacional que garantiza la integración coherente y eficaz de esta práctica en las estructuras ya existentes del sistema de salud.

Los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, reciben un tratamiento más adecuado en instituciones que puedan proporcionar los cuidados especiales necesarios para afrontar las frecuentes complicaciones que les aquejan. Así pues, en caso de que se espere un recién nacido prematuro, se debería trasladar a la madre a una institución de estas características antes de que se produzca el parto. Si no es posible, el recién nacido pequeño o muy pequeño con problemas deberían ser referidos al servicio de salud de mayor complejidad lo antes posible.

Las normas y los protocolos nacionales se desarrollan para garantizar la atención y referencia de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer. Dichas normas incluyen criterios claros de vigilancia y evaluación.

Cada hospital en el que se apliquen el MMC debería, por su parte, disponer de normas y protocolos escritos, adaptados a la situación y a la cultura locales.

La evidencia que sustenta el Método de Mamá Canguro ¹

Diversos estudios han demostrado que el Método de Mamá Canguro es comparable al uso de una incubadora. Cerca de 200 estudios hospitalarios informan sobre la efectividad del método para: mantener la adecuada temperatura, reducir las infecciones nosocomiales, mejorar la lactancia exclusiva y la ganancia de peso en bebés estables.

Basados en los resultados de estos estudios, se ha introducido, desde 1994 al 2004, su práctica en más de 22 países. En el 2003 la OMS ha publicado una Guía avalando el Método Canguro.² En 2003, Cochrane implementó una revisión sistemática sobre los estudios realizados en el Método de Mamá Canguro identificando 14 estudios sobre bebés de bajo peso aunque 11 de ellos fueron excluidos por tener observaciones de tipo metodológicos. Los tres estudios restantes (1,362 niños/as) demuestran que el Método de Mamá Canguro “reduce enfermedades severas, infecciones, problemas en lactancia”.³

Cuadro 1

Algunos países que actualmente están implementando el Método de Mamá Canguro

AFRICA	ASIA	AMERICA LATINA Y EL CARIBE
✓ Malawi	✓ Vietnam	✓ Paraguay
✓ Tanzania	✓ Indonesia	✓ Colombia
✓ Rwanda	✓ Bangladesh	✓ República Dominicana
✓ Nigeria	✓ Nepal	✓ Nicaragua
✓ Mali	✓ Manila	✓ El Salvador
✓ Uganda		✓ Guatemala
✓ Zimbabwe		✓ Bolivia
✓ Senegal		
✓ República Democrática de Congo		
✓ Ghana		

En el año 2011 Cochrane reconoce ampliamente los beneficios del Método Mamá Canguro.

También se observó que después de la primera semana de vida, los bebés que estaban en el programa de Mamá Canguro aumentaban más de peso comparados con aquellos que estaban en la incubadora.

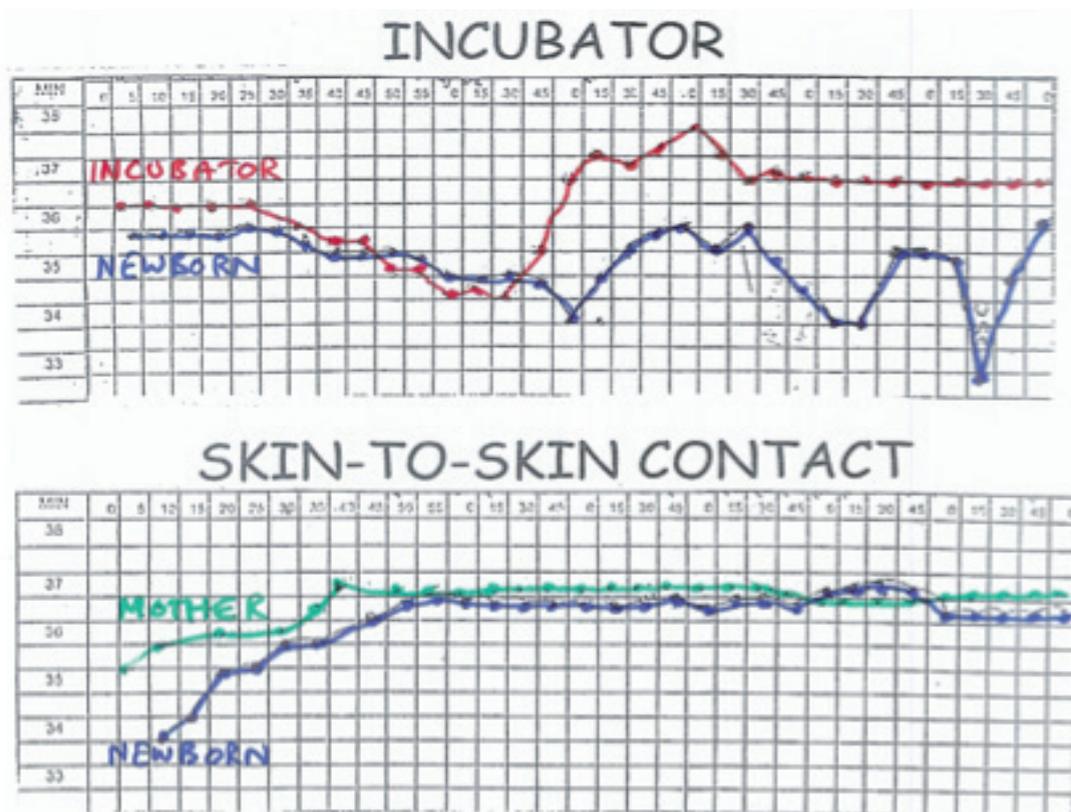
La evidencia de los estudios sobre los efectos de el Método Canguro con respecto a la temperatura de los bebés demostró que no había casi ninguna fluctuación entre los bebés con el Método Canguro

Grafica 1: Comparación del control térmico de recién nacidos de bajo peso con cuidado de incubadora vs. Cuidado de MMC en un Hospital de Sudáfrica.

¹ This section is adapted from MotherNewBorNews, Vol 4 No 1 Jan – June 2009

² Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM, “Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants.

³ Cochrane Database of Systemic Reviews 2003, Issue 2.



comparados con aquellos en incubadora (Gráfica 1).

Los cuatro estudios que tomaron en cuenta los resultados con referencia a la lactancia materna con bebés en el MMC vs. los bebés en incubadora encontraron que: 1) el volumen diario de lactancia para bebés que estaban con el MMC fue de 640 ml vs. 400 ml de los bebés con incubadora; 2) los bebés lactaron 12 veces vs. 9 veces de los bebés en el control; 3) 77 % estaban con lactancia materna en el momento del alta vs. 42% del grupo control y, 4) 55% estaban lactando después de 6 semanas vs. 28% de los bebés del grupo control.

En los dos estudios sobre ganancia de peso, los bebés en el MMC aumentaron más de peso (15.9 grs. y 21.3 grs. por día respectivamente en referencia al grupo control que observó una menor ganancia en el peso por día (10.6 grs. y 17.7 grs). Estos estudios demostraron además que los bebés en el MMC tuvieron una alta más temprana de unos 3 a 7 días.⁴

En lo que se refiere a infecciones nosocomiales, sólo un 5% de los bebés en MMC presentaron infecciones serias vs. 18% del grupo control y similar fue el comportamiento con las infecciones respiratorias: 5% vs 13% en bebés con MMC y el grupo control respectivamente.

Pero estos estudios mostraron una mortalidad neonatal similar en bebés manejados en MMC vs. bebés en incubadora. Esto puede deberse a los estudios tomaron en cuenta bebés que iniciaron el MMC a la semana después de su nacimiento. Lo que plantea la necesidad de iniciar el MMC lo más tempranamente posible si el bebé está estable.

Mientras que la mayoría de los estudios analizaban los efectos del MMC en recién nacidos de bajo peso al nacer, solo después de que fueron estabilizados, al menos dos estudios sugieren que éstos

4 Kylie Blackwell and Adriano Cattaneo reviewers. "What is the evidence for kangaroo mother care of the very low birth weight baby?" International Child Health Review Collaboration, 2007.

5 Bogale W, and Assay K., "Kangaroo Mother Care: A randomized controlled trial on effectiveness of early Kangaroo Mother Care for Low Birthweight Infants in Addis Ababa, Ethiopia. J. Trop. Pediatrics 2001; 51(2):93-97

podían ponerse en la posición de MMC durante la estabilización. Bogale y Assaye⁵ encontraron que el MMC facilita una mayor estabilización comparado con la incubadora, con un 16% de reducción de muerte en los bebés, mientras que en el estudio de Bergman et al.⁶

Encontraron que:

- Todos los 18 recién nacidos en MMC estaban estables a las 6 horas comparado con 6/13 de los bebés en incubadora
- 8/13 recién nacidos en incubadora sufrieron de hipotermia comparado a ninguno en MMC.
- La estabilización cardio respiratoria es mayor en el grupo de MMC
- El promedio de temperatura era mayor en el grupo de MMC en la primera hora.

Es importante señalar que el cuidado en incubadora dificulta dos elementos esenciales que el MMC favorece: la lactancia y el apego entre la madre y el recién nacido/a. Otros estudios han demostrado que otra ventaja del MMC es que se reduce la respuesta a estímulos dolorosos de los bebés a varios de los procedimientos invasivos que se llevan a cabo.⁷

Finalmente, en un reciente meta análisis realizado en el 2011 en 3 estudios aleatorios en países de bajo y mediano ingreso, los investigadores encontraron,⁸ que cuando se inicia el MMC en la primera semana de vida se reduce en casi 50% [riesgo relativo (RR) 0.49, 95% intervalo de confianza (IC 0.29–0.82) comparado al procedimiento estándar de la incubadora. Otros tres estudios observacionales sugieren una significativa reducción en morbilidad extrema en recién nacidos con <2000 g (RR 0.34, 95% CI (0.17–0.65)⁹.

Dejando de lado algunas interrogantes acerca de el diseño de algunos estudios y su implementación, el meta análisis concluye que hay evidencia suficiente que el MMC es al menos comparable a la incubadora para la reducción de la muerte neonatal para recién nacidos/as de bajo peso.

Contacto Piel a Piel	Método Canguro
Es recomendado para todos los recién nacidos inmediatamente después de nacer para mantener su temperatura. Es un método también recomendado para trasladar a recién nacido enfermo a un establecimiento de salud.	Es el contacto temprano, prolongado y continuo piel a piel con la madre y/o sustituto y el recién nacido, en el hospital o en el hogar después del alta temprana con el apoyo de la posición, alimentación (idealmente lactancia exclusiva) prevención y manejo de infecciones y dificultad respiratoria.

6 Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR, "Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization." Acta Paediatrica 2004;93(6): 779-85

7 Johnston C, Filion C, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, Byron J, Aita M, Finley GA, Walker CD, "Kangaroo Mother Care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A crossover trial. BMC Pediatrics 2008;8-13

8 Lawn, J, Mwansa-Kambafwile J, Horta B, Barros F, Cousens S, "Kangaroo Mother Care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications", International Journal of Epidemiology, 2010, Vol 39 Issue suppl 1 pp 144 – 154

9 Op. Cit pp 1 144.

***El recién nacido
prematuro y/o con
bajo peso al nacer***

CAPITULO 1

1. La prematuridad y el bajo peso al nacer están entre las principales causas de muerte neonatal en Paraguay.

Comparado con un recién nacido normal, los de bajo peso tienen mayor riesgo de morir en el periodo neonatal (0 a 28 días) y durante el primer año (29 a 365 días). Aquellos que sobreviven, corren el riesgo de mayor morbilidad causadas por enfermedades infecciosas en la infancia. Así también el desarrollo cognitivo, motor y de comportamiento se ve comprometido.

1.1. CATEGORÍAS ASIGNADAS A RECIÉN NACIDOS.

a) El recién nacido prematuro.

De acuerdo a la definición de la OMS se considera como recién nacido prematuro, al que nació antes de cumplir 37 semanas de edad gestacional.

La mortalidad neonatal tiene relación inversamente proporcional a la edad gestacional. Es decir, cuanto más prematuro es el recién nacido, mayor es su riesgo de morir. Esta morbimortalidad está determinada por la dificultad de adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de órganos y sistemas; los problemas más frecuentes son la dificultad respiratoria y alteraciones de la regulación de temperatura.

Las categorías de prematuridad son:

- **Recién nacido pretérmino:** Es todo nacido vivo o muerto con 36 semanas o menos de edad gestacional.
- **Recién nacido muy pretérmino:** Es todo nacido vivo o muerto con 32 semanas completas o menos de edad gestacional.

b) El recién nacido con bajo peso al nacer.

De acuerdo a la definición de la OMS se considera como recién nacido con bajo peso al nacer al que nació con peso menor a 2500g. Esto puede darse en recién nacidos a término y pretérmino.

El peso al nacer influye notablemente sobre las oportunidades de los recién nacidos para sobrevivir durante el periodo neonatal y la infancia. El bajo peso al nacer es el factor contribuyente más importante a la morbilidad y mortalidad neonatal. Aproximadamente el 40 a 80 % de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos con bajo peso.

c) Las categorías de bajo peso son:

- **Bajo peso al nacer:** al nacer el peso es entre 1500 a 2499 gramos.
- **Muy bajo peso al nacer:** al nacer el peso es entre 1000 a 1499 gramos.
- **Extremadamente bajo peso al nacer:** cuando el peso al nacer es menor a 999 gramos.

1.2. DIAGNÓSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL.

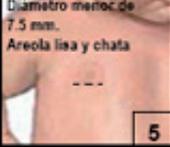
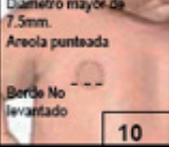
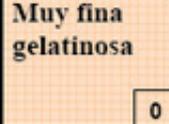
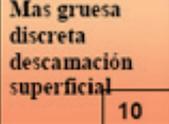
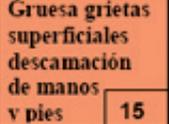
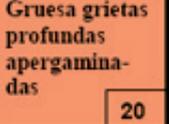
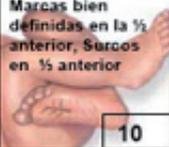
El diagnóstico de edad gestacional se realiza mediante el examen físico usando el Método, de Capurro y el Test de Ballard. El método Capurro evalúa la edad gestacional del recién nacido identificando signos físicos de maduración en las características de la piel, pabellón auricular, nódulo mamario, genitales y pliegues plantares y con el método de Ballard cuando el recién nacido es menor a 30 semanas.

Método de Capurro

El Método de Capurro clasifica la edad gestacional en:

- 35 semanas o menos,
- 36 a 38 semanas,
- 39 semanas o más.

De acuerdo a este método las características físicas para cada clasificación de edad gestacional

FORMA DE LA OREJA (PABELLÓN)	 0	 8	 16	 24	_____
TAMAÑO DE GLÁNDULA MAMARIA	 0	 5	 10	 15	_____
FORMACIÓN DEL PEZÓN	 0	 5	 10	 15	_____
TEXTURA DE LA PIEL	 0	 5	 10	 15	 20
PLIEGUES PLANTARES	 0	 5	 10	 15	 20

son:

Cálculo: Para calcular la edad gestacional, primero se suman los puntajes totales de las 5 características. Al resultado se le suma 204 (que es una constante), el resultado de esta suma se divide entre 7 (que es el número de días), y de esta división se obtiene el número de semanas de gestación del recién nacido/a. El método tiene un error de \pm una semana

Ejemplo:

CARACTERÍSTICAS	EL RECIÉN NACIDO TIENE:	PUNTAJE
FORMA DE LA OREJA	Pabellón parcialmente incurvado en borde superior	8
TAMAÑO GLANDULA MAMARIA	Palpable entre 5 y 10 mm	10
FORMACIÓN DEL PEZON	Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola punteada. Borde no levantado	10
TEXTURA DE LA PIEL	Más gruesa, descamación superficial discreta	10
PLIEGUES PLANTARES	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5
TOTAL DE PUNTOS		43

Se utiliza la formula:

$$\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS} + 204}{7 \text{ DIAS}} = \text{SEMANAS DE GESTACION} \underline{\hspace{2cm}}$$

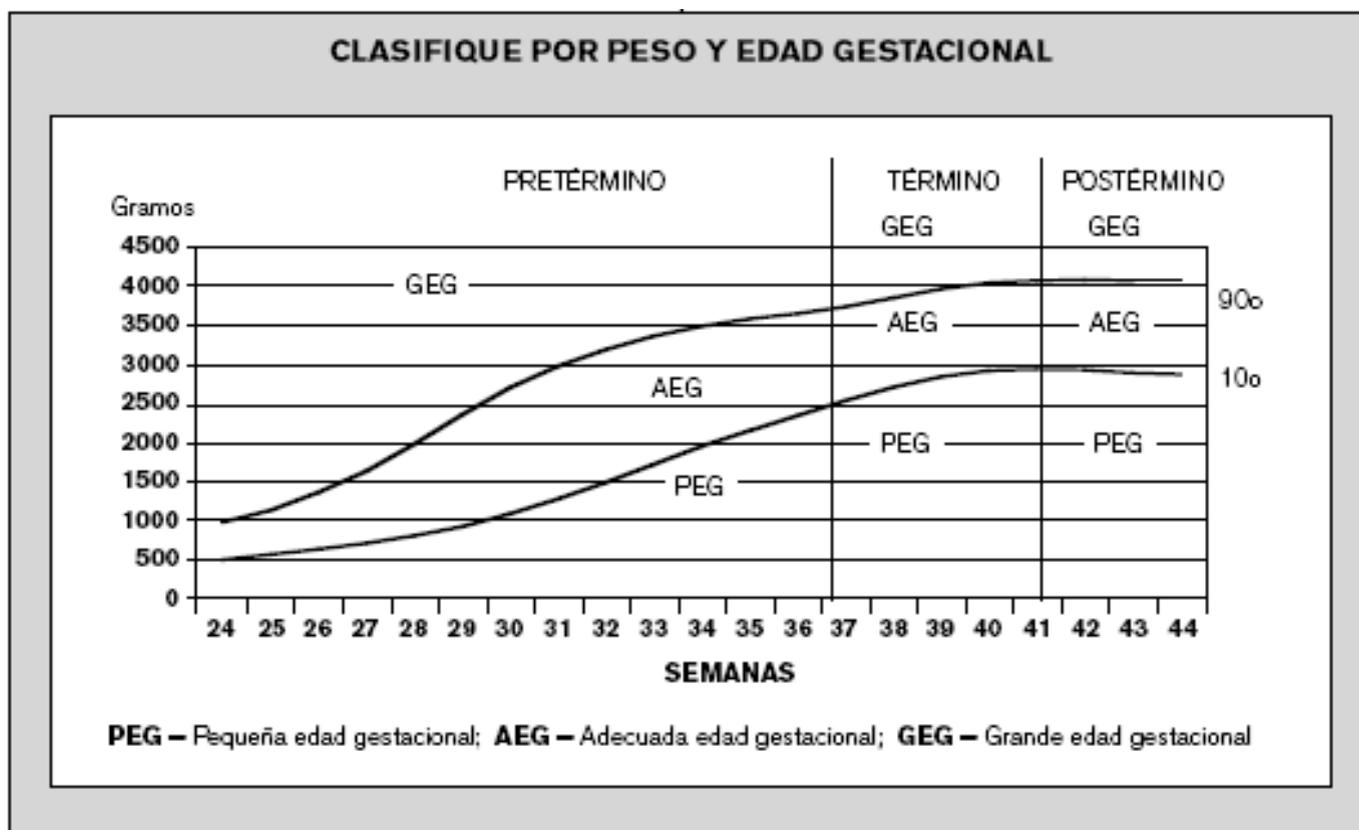
Test de Ballard modificado

El test le asigna un valor a cada criterio de examen (madurez neuromuscular y física), y la suma de ambos dá un puntaje que luego es extrapolado para inferir la EG del neonato. De esta forma se puede estimar edades entre 26 y 44 semanas de embarazo. Es el test a utilizar en los RN menores de 30 semanas

TABLA 1: Nuevo test de Ballard1. Parámetros de madurez neuromuscular y físicos

Madurez neuromuscular	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote de brazos		180°	140-180°	110-140°	90-110°	< 90°	
Ángulo popliteo	180°	180°	140°	120°	100°	90°	< 90°
Singo de la bufanda							
Talón oreja							
Madurez física	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegajosa, quebradiza, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Rosa pálido, venas visibles	Descamación superficial y/o eritema, pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas, venas raras	Engrosamiento, agrietado profundo, no venas	Dura, agrietada y arrugada

Lanugo	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres	Casi no hay lanugo
Superficie plantar	Talón-dedo gordo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm no hay pliegues	Marcas rojas mortecinas	Solo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2/3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta
Mamas	Imperceptibles	Apenas perceptibles	Areola plana, no hay glándula	Areola granulosa, glándula de 1-2 mm	Areola sobreelevada, glándula de 3-4 mm	Areola completa, glándula de 5-10 mm
Ojo/oreja	Párpados fusionados levemente: -1 fuertemente: -2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugada	Párpados ligeramente incurvado, blando, despliegue lento	Pabellón bien incurvado, blando pero con despliegue rápido	Formado y firme, despliegue instantáneo	Cartilago grueso, oreja enhiesta
Genitales masculinos	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con vagas rugosidades	Testículos en la parte alta del conducto, pliegues muy escasos	Testículos en desenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes, rugosidades profundas
Genitales femeninos	Clítoris prominente, labios aplanados	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clítoris y los labios menores



Clasificación de los RN según peso y edad gestacional.

Existen diferentes clasificaciones para los RN, utilizando el peso y su EG:

Dependiendo de la Edad Gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

PRETERMINO, cuando el RN se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación. Es decir, menos de 37 semanas independiente del peso al nacer.

TERMINO, cuando el RN se ubica entre las semanas 37 y 41 de gestación, independiente del peso al nacer

POSTERMINO, cuando el RN se ubica después de la semana 41 de gestación, independiente del peso al nacer.

Dependiendo de su ubicación en la curva se clasifica de la manera siguiente:

Pequeño para su edad gestacional (PEG), cuando se ubica por debajo de la curva inferior al percentilo 10, independiente de su EG

Adecuado para su edad gestacional (AEG), cuando se ubica entre las dos curvas (percentilo 10 a 90), independiente de su EG

Grande para su edad gestacional (GEG), cuando se ubica por encima de la línea superior percentilo 90, independiente de su EG.

Dependiendo de su peso al nacer, se clasifica de la manera siguiente:

Bajo peso al nacer (BPN), cuando se ubica en la curva entre 500 y 2,499 gr., independiente a su EG. Es decir, menos de 2.500 gr.

Muy bajo peso al nacer (MBPN), cuando se ubica en la curva entre 1,000 y 1,500 gr., independiente de su EG, o sea <1.500 gr.

Extremado bajo peso al nacer (EBPN), cuando se ubica en la curva entre 500 y 999gr., independiente de su EG, o sea < 1.000 gr.

POR EJEMPLO: Un RN con peso de 2.400 gramos y EG de 34 semanas, se clasificará como:

- **Pretermino**, por estar ubicado entre la semana 24 y 37 de gestación.
- **Adecuado para su edad gestacional**, por estar ubicado entre los percentilos 10 y 90.
- **Bajo peso al nacer**, por estar ubicado entre 500 y 2,499

1.3. NECESIDADES Y PROBLEMAS DEL RECIÉN NACIDO CON PREMATURIDAD Y/O BAJO PESO.

Los recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer tienen varias necesidades y problemas que requieren atención especial; éstas incluyen abrigo, inicio y mantenimiento de la respiración, alimentación adecuada y apropiada, prevención de infecciones, apoyo emocional y físico.

Si estas necesidades no son satisfechas el riesgo de enfermedades serias y de discapacidad se incrementa.

En la siguiente tabla se describen necesidades prioritarias de los recién nacido con prematuridad y bajo peso, así como los problemas subsecuentes y acciones preventivas.

Necesidad	Problema	Acción preventiva
Calor	Hipotermia	Secado y abrigo del recién nacido contacto piel a piel con la madre, inmediatamente al nacer Cuidado en posición Canguro. Retrasar el baño 24 horas
Respiración	Asfixia, Apnea, Dificultad respiratoria	Estimulación/ reanimación neonatal, vigilancia de dificultad respiratoria, oxigenoterapia (cuando está indicado).
Alimentación	Hipoglucemia Desnutrición	Iniciar lactancia materna inmediata dentro de la primera media hora después del nacimiento. Lactancia materna exclusiva. Si no puede alimentarse, administrar líquidos endovenosos.
Prevención de infecciones	Sepsis	Parto y nacimiento limpios, cuidados del cordón umbilical y ombligo. Cuidados higiénicos en el servicio de salud y en casa. Lactancia inmediata y exclusiva. Canguro
Manejo de infecciones	Sepsis	Reconocimiento de signos de peligro. Inicio de tratamiento/referencia.
Apoyo emocional y físico	Negligencia y abandono del recién nacido.	Cuidado con Método Canguro. Participación y apoyo de la familia.

En Paraguay, las prácticas más comunes para atender en los servicios de salud a los recién nacidos prematuros o con bajo peso son: Incubadora o Cunas radiantes.

Los cuidados inmediatos son para estabilizar al recién nacido. Una vez estabilizado, puede iniciarse el método canguro tempranamente (piel-a-piel intermitente, alimentación con leche materna) hasta que el recién nacido pueda irse a casa en posición canguro con seguimiento ambulatorio.

Mensajes clave del capítulo:

- La mortalidad neonatal tiene relación inversamente proporcional a la edad gestacional: cuanto más prematuro es el recién nacido, mayor es su riesgo de morir.
- Es importante conocer la edad gestacional al nacer, para determinar las necesidades y responder con rapidez a los problemas que se presenten.
- La atención oportuna de problemas en prematuros o con bajo peso brinda un mejor comienzo a su vida y de mayor calidad.

Signos de peligro del recién nacido con Prematurez y/o Bajo Peso

CAPITULO 2

2. La identificación de los signos de peligro en el recién nacido ayuda a que la enfermedad grave se trate rápidamente y evita así un potencial riesgo de muerte. Para prevenir estas muertes el personal de salud, la madre, el padre y la familia deben tener la capacidad de identificar cuáles son los signos de peligro; de manera a buscar ayuda en forma inmediata, evitando las cuatro demoras en la atención de recién nacidos que conlleva en riesgo de muerte.

Las cuatro demoras en la atención que contribuyen a la mortalidad neonatal:

- Demora en el reconocimiento de signos de peligro.
- Demora en la decisión de buscar ayuda en el servicio de salud.
- Demora en el acceso al servicio de salud (Ejemplo: problemas de transporte).
- Demora en recibir atención médica apropiada después de llegar al servicio de salud

Es importante enseñar a la madre y a la familia a reconocer los signos de peligro en los recién nacidos.

En caso de un recién nacido con algún signo de peligro cuyo parto fue domiciliario o en el primer nivel de atención, el personal de salud debe referir inmediatamente a un establecimiento de salud de mayor complejidad para resolver su problema.

2.1. LAS SEÑALES/SIGNOS DE PELIGRO SON:

MAMA MAL O NO PUEDE MAMAR

Las alteraciones de la succión son signos de inmadurez/prematuridad, infección severa, hipoglucemia, hipotermia, alteraciones de la concentración de electrólitos en la sangre (por ejemplo sodio o potasio) y daño neurológico como consecuencia de enfermedades severas.

VOMITA TODO LO QUE MAMA

El vómito es un signo precoz de infección severa del recién nacido y de complicación del sistema gastrointestinal. Además de ser un signo de peligro de enfermedades severas, el vómito por sí mismo lleva a complicaciones por deshidratación y desnutrición.

TIENE FIEBRE O SE PONE FRÍO

La alteración de la temperatura más frecuente en el recién nacido enfermo es hipotermia o enfriamiento. Generalmente la inmadurez y prematuridad, las enfermedades severas alteran los mecanismos de regulación de la temperatura y favorecen la pérdida de calor del recién nacido. Cuando el recién nacido tiene fiebre se debe sospechar infección grave.

RESPIRA MAL

La dificultad respiratoria es signo de compromiso neurológico, infección pulmonar o prematuridad. La función respiratoria también se altera por hipotermia, hipoglucemia y alteraciones de la concentración de electrólitos en la sangre.

SE MUEVE POCO O SE VE MAL

Este signo es el más sensible de enfermedad para el recién nacido. La madre notará que su recién nacido no luce “normal”, es decir, lo nota decaído, hipoactivo y le parece que “tiene algo” o “no puede despertar”. Este signo puede deberse a daño neurológico con alteraciones en su estado de conciencia y en sus movimientos. En estos casos, la sospecha diagnóstica debe ser infección severa como lo establece la AIEPI Neonatal clínico y debe ser llevado de inmediato a un establecimiento de salud con capacidad de resolución.

SECRECIÓN PURULENTA DEL OMBLIGO Y DE LOS OJOS

La infección local del ombligo se manifiesta por la presencia de pus y enrojecimiento de la piel circundante. Este foco de infección sirve como puerta de entrada y diseminación de infección severa que se puede extender a otros órganos o a todo el cuerpo.

La presencia de pus en los ojos, con hinchazón y enrojecimiento de los párpados en el recién nacido, especialmente en la primera semana de vida, es un signo de infección que puede comprometer la función visual llegando inclusive a la ceguera.

SANGRE EN LAS HECES

La presencia de sangre en las heces generalmente es la primera manifestación de enfermedad hemorrágica del recién nacido; pero también es signo de complicación gastrointestinal secundaria a infección severa.

Todas estas son infecciones locales pero pueden progresar a infección grave, por lo que es importante darles seguimiento frecuente hasta la mejoría. La infección grave (sepsis) se reconoce con la aparición de los signos de peligro. Cuando se reconocen signos de peligro de infección grave en un recién nacido, se debe iniciar tratamiento de acuerdo a las normas de AIEPI Neonatal Clínico y referir al recién nacido urgentemente al hospital.

Tabla de situaciones fisiológicas que pueden observarse en todo recién nacido.

SECRECIONES	<ul style="list-style-type: none"> Las secreciones orales y nasales pueden estar presentes, si es necesario se limpiarán cuantas veces sea necesario.
GASTROINTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> El hipo es normal y no requiere tratamiento. El cólico en el RN es evidenciado por llanto súbito y cesa con la expulsión de gases. Regurgitan pequeñas cantidades de leche, evacuan muy líquido y muy frecuentemente, y conforme pasan las semanas, pueden pasar varios días sin evacuar, lo cual puede ser perfectamente normal. Es normal observar en los recién nacidos que el abdomen cambie de tamaño, sobre todo después de las tomas de leche. Entre toma y toma el abdomen debe disminuir de tamaño, al palparlo debe estar blando y suave.
HORMONALES	<ul style="list-style-type: none"> La hipertrofia mamaria (incluso a veces con secreción láctea llamada "leche de brujas" que desaparece lentamente). Sangrado genital o pseudomenstruación (sangrado escaso rojo debido a la deprivación de las hormonas maternas luego del nacimiento) o una secreción genital blanquecina.
RESPIRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> El patrón respiratorio normal del RN, puede realizar pausas respiratorias pero no deben ir acompañadas de cambio de coloración de la piel.

Tabla de problemas más comunes y las acciones que se recomienda realizar:

PROBLEMA	MANEJO
MONILIASIS ORAL (hongos en la boca)	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos con agua y jabón Lavar la boca del RN con un paño suave limpio enrollado en un dedo y humedecido con agua potable, limpia y/o hervida y enfiada Aplicar en la boca del recién nacido 1 ml de Nistatina con 1 mL de agua destilada o agua limpia) tres veces al día durante 5 días. Lavarse las manos. Administrar Nistatina (100,000 u/ml) 1ml por vía oral. Tratar el pezón de la madre si hay enrojecimiento y/o dolor, con Nistatina tres veces al día durante 5 días.
PÚSTULAS (ampollas llenas de pus).	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos con agua y jabón Lavar suavemente las pústulas con agua limpia y jabón para sacar el pus y las costras. Secar suavemente la zona con toalla o paño limpios. Lavarse las manos después de realizar la curación.
CONJUNTIVITIS SIN COMPROMISO DE PÁRPADOS	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos con agua y jabón Usar paño limpio, suave y agua limpia para retirar la secreción de cada uno de los ojos. Aplicar antibiótico ocular en ambos ojos (de acuerdo a normas).
OMBLIGO ERITEMATOSO O CON SECRECIÓN PURULENTO	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos con agua y jabón Lavar el cordón suavemente con agua limpia y jabón. Secar la zona con toalla o paño limpios. Lavarse las manos. Evaluar tratamiento antibiótico.

2.2. HIPOTERMIA DEL RECIÉN NACIDO

a) Descripción de Hipotermia.

La hipotermia se define cuando la temperatura axilar del recién nacido es menor a 36,5°C. La mayor parte de las veces ocurre durante los primeros minutos después del nacimiento. La hipotermia puede ser también causada por enfermedad infecciosa sistémica como sepsis y alteraciones metabólicas como hipoglucemia u otras.

Recién nacido con hipotermia, que además están enfermos o son prematuros o de bajo peso, tienen más riesgo de desarrollar complicaciones y morir. La hipotermia causa aproximadamente el 10 % de las muertes neonatales, en muchos casos el problema no radica en el deficiente equipamiento de los servicios de salud, sino más bien debido a la falta de conocimiento del personal de salud sobre prácticas preventivas.

Los recién nacidos no mantienen su temperatura como lo hacen los adultos o niños mayores por las siguientes razones:

- Mayor superficie corporal en relación al peso corporal.
- Menor cantidad de grasa cutánea.
- Inmadurez del centro termorregulador.
- Piel delgada (que permite mayor evaporación y desarrollo de hipotermia), especialmente en la primera semana de vida.

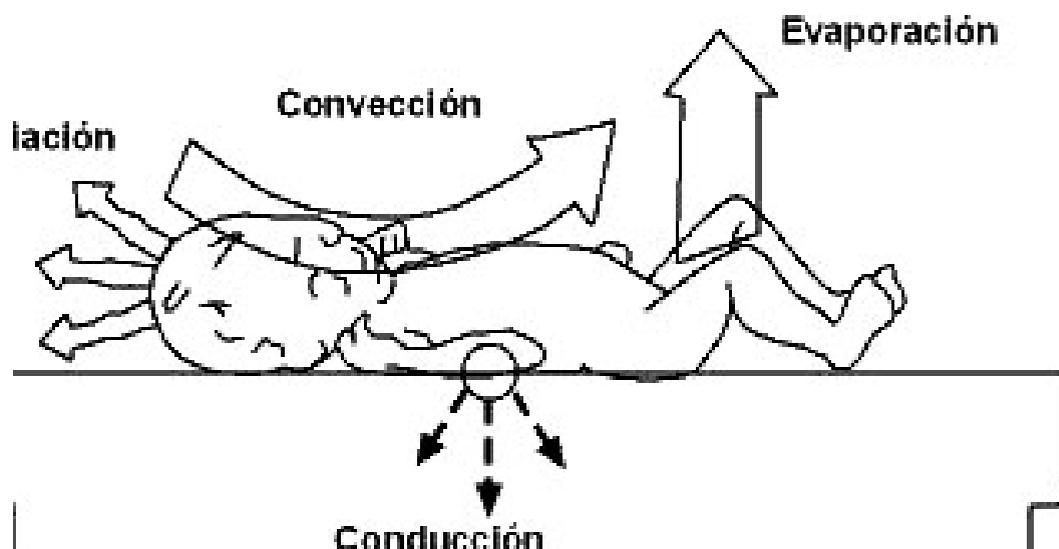
b) Signos de Hipotermia.

Hipotermia Temperatura igual o menor a 36,5 °C.

Se acompaña de uno de los siguientes signos:

- Llanto débil.
- Succión débil.
- No puede mamar o la succión está ausente.
- Llanto ausente (ante estímulo).
- Al tacto la piel se siente muy fría.
- Letárgico o inconsciente, o hipoactivo.

2.3. MECANISMOS DE PÉRDIDA DE CALOR EN EL RECIÉN NACIDO



Fuente:

WHO 1997: *Thermal Protection of the Newborn.*

WHO/RHT/MSM/97.2 Geneva

Tabla de Acción para prevenir pérdida de calor

VÍAS POR LAS QUE EL RECIÉN NACIDO PIERDE CALOR	ACCIÓN PARA PREVENIR LA PÉRDIDA DE CALOR
Cuando el líquido amniótico o agua de la piel se evapora al aire (EVAPORACIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secar al bebé tan pronto haya nacido o acabado su baño. ▪ Cambiar la toalla o ropa húmeda por otra ropa seca, tibia y limpia.
Cuando el RN es desnudado y puesto sobre una superficie fría (mesa, balanza o cama) (CONDUCCIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurarse de que una frazada entibiada cubre la mesa, la balanza o la cama. ▪ Poner al RN en contacto piel a piel con la madre. ▪ Cubrir con una gorra la cabeza del RN.
Cuando el RN está expuesto a un ambiente frío o hay corrientes de aire por puertas o ventanas abiertas o ventiladores, acondicionadores de aire funcionando. (CONVECCIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener abrigado al recién nacido. ▪ Cubrir con una gorra la cabeza del RN. ▪ Evitar las corrientes de aire. ▪ Asegurarse que el cuarto está entibiado.
Cuando el RN está cerca de objetos fríos, no necesariamente en contacto (paredes, muebles) (RADIACIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener al recién nacido en contacto con la madre u otra persona.

2.4. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA HIPOTERMIA

La pérdida de calor puede ser prevenida por una serie de acciones ligadas entre sí que se realizan en el momento del nacimiento y en los días posteriores. Este proceso, llamado cadena de calor, minimiza el riesgo de hipotermia en el recién nacido.

Los componentes de la cadena de calor son:**a) Calor durante el nacimiento**

- La temperatura de la sala de parto debería ser por lo menos 26 °C.
- No debería haber corrientes de aire.
- Las toallas y ropas para secar y vestir al RN deben estar preparadas adecuadamente y a tiempo.

b) Secar inmediatamente al recién nacido y ponerlo en contacto piel a piel

- Secar inmediatamente después del nacimiento con una toalla o ropa precalentada mientras se lo acomoda sobre el abdomen de la madre.
- Cubrir al RN y a la madre con otra ropa o frazada y ponerle una gorra
- Mantener contacto piel a piel entre la madre en forma continua.

c) Alimentación

- Iniciar la lactancia materna inmediata, es decir dentro de la primera media hora después del nacimiento.
- Continuar con lactancia materna, alimentación con vaso o sonda orogástrica, de acuerdo a la condición del recién nacido

d) Retraso del primer baño

- El primer baño debería ser retrasado por lo menos 24 horas después del nacimiento. No se recomienda el baño de inmersión hasta que el cordón se haya desprendido.
- Se recomienda realizar tan solo la higiene de la región perineal con aceite vegetal con cada cambio de pañal.

- Cuando se realiza la limpieza del RN con baño de esponja, el mismo debe ser rápido y en un ambiente caliente y sin corrientes de aire, usando agua tibia.
- El RN debe ser secado inmediatamente después del baño, y vestido incluyendo gorra y medias. Después darle de mamar.

e) Abrigo durante el transporte

- Si el recién nacido necesita ser transportado al hospital o dentro de él, el Método Canguro es una forma segura de transporte neonatal, evitando el desarrollo de hipotermia durante su traslado
- Vestirle con gorra, medias, pañal, etc.

f) Abrigo durante los procedimientos

- Se debe poner especial atención en el mantenimiento del calor del bebé durante los procedimientos clínicos y de atención.
- Evitar exposición innecesaria al medio ambiente durante los procedimientos.
- Exponer sólo las áreas del cuerpo que sean necesarias para los procedimientos, como ser: examen físico, venopunción o inyecciones.

g) Usar Fuentes de calor.

Tratamiento de hipotermia:

- Asegurarse que la habitación no tenga corrientes de aire.
- Retirarle las ropas frías o húmedas.
- Cubrirle con paños tibios.
- Ponerle en contacto piel a piel.
- Orientar a la madre sobre los beneficios de lactancia materna exclusiva.
- Vigilar durante 2 horas hasta que recupere el calor corporal o actividad normal.
- Evaluar si presenta signos generales de peligro. (AIEPI Neonatal clínico)
- Si no mejora en 2 horas: referir URGENTEMENTE al hospital.
- Dar instrucciones a la madre para que mantenga a su RN abrigado en el trayecto al hospital.
- Alentar a la madre para que mantenga lactancia materna exclusiva durante el trayecto al hospital.
- En climas fríos, la madre debe estar bien abrigada.

Mensajes clave del capítulo:

- Los signos generales de peligro que puede presentar un recién nacido son: mama mal o no puede mamar, vomita todo lo que mama, tiene fiebre o se pone frío, respira mal, se mueve poco o se ve mal, tiene secreción de pus en los ojos o el ombligo y tiene sangre en las heces.
- La vida del RN depende de que reciba tratamiento oportuno y adecuado cuando se presenta uno o más signos.
- La hipotermia es una de las principales causas de muerte neonatal y puede ser prevenida a través de una serie de acciones que mantienen con temperatura adecuada al recién nacido desde el nacimiento hasta los días posteriores. Esto se llama la cadena de calor.
- Los recién nacidos que presentan alguna señal de peligro necesitan ser referidos inmediatamente a un hospital para recibir cuidados especiales. Para esto se recomienda realizar el traslado utilizando la posición Canguro.

*Iniciación de Método
Canguro*

CAPITULO 3

3. El Método Canguro.

a) Que es y que importancia tiene

El Método Canguro se define como el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso, en contacto piel a piel con su madre en forma temprana y continua independientemente de la edad gestacional. Puede llevarse a cabo en el hospital o en domicilio, y generalmente se continúa hasta que el recién nacido “pida salir”, es decir el recién nacido empieza a transpirar y se siente incómodo en la posición canguro.

Este método fue diseñado por los doctores Rey y Martínez en Bogotá – Colombia, en 1978 y desarrollado por el propio Dr. Héctor Martínez y Luis Navarrette hasta 1994, cuando se creó la Fundación Canguro, para el cuidado de los recién nacidos con prematuridad o bajo peso al nacer. Se llama Canguro porque éstos animales al nacer no están desarrollados completamente y terminan de crecer y desarrollarse dentro de una bolsa que tiene la hembra en el abdomen.

El Método Canguro también se constituye en una alternativa efectiva y factible para brindar al recién nacido las necesidades básicas de: calor, lactancia, protección de infección, seguridad y amor. No necesita de tecnología sofisticada y permite a la madre llevarse a su RN a la casa para continuar el tratamiento. Requiere de una supervisión y/o seguimiento estrecho del personal del servicio o centro de salud, que debe monitorear si hay mejora en el estado de salud.

Se ha puesto de manifiesto que el Método Mama Canguro repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica

Si bien el Método Canguro se desarrolló pensando en su aplicación por la madre, el mismo también puede ser practicado por el padre o cualquier familiar o persona que esté motivada y dispuesta a participar en el cuidado del recién nacido.

Del mismo modo, la posición Canguro se puede aplicar como una técnica alternativa eficaz para el traslado del recién nacido con signos de peligro, que necesita ser referida al hospital. En este caso la técnica puede ser realizada por cualquier persona, inclusive por el personal de salud.

b) Tipos de Método Canguro

- **Método Canguro Intermitente. Fase de entrenamiento:** Es cuando se utiliza en determinados momentos del día. La madre está en casa o en el hospital y va a la Unidad neonatal del hospital en momentos determinados del día. Cuando la madre está ausente de esta Unidad, el recién nacido permanece en incubadora y su cuidado está a cargo del personal de salud del hospital. Este tipo de cuidado se usa en recién nacidos de bajo peso o que estén enfermos, o cuyas madres no pueden practicar el cuidado continuo, por ejemplo, madres en recuperación de operación cesárea.
- **Método Canguro Continuo.** Es cuando se practica las 24 horas del día, aunque a veces se puede interrumpir por períodos cortos, por ejemplo cuando la mamá tiene que bañarse o ir al baño. Este tipo de cuidado necesita del apoyo de la familia cercana, cuando la madre necesita descansar puede alternar con algún miembro de la familia. Se inicia en el servicio de salud en una Unidad especial y se continúa de forma ambulatoria en el hogar, bajo el seguimiento del personal de salud de primer nivel de atención más cercano a su domicilio.
- **Método Canguro Ambulatorio.** Cuando se aplica fuera del establecimiento porque el recién nacido se alimenta bien, aumento de peso sosteniblemente y crecimiento, la madre y la familia demuestran competencia para el cuidado del recién nacido.

c) Ventajas del Método Canguro

- Mantiene la temperatura estable alrededor de 37 °C.
- Promueve la lactancia materna, y permite mayor cumplimiento y duración de lactancia exclusiva.
- Disminuye el gasto energético del recién nacido facilitando su aumento de peso y tamaño.

- Mantiene la estimulación por los movimientos respiratorios, ruidos cardiacos y actividad de la persona que le carga.
- Fortalece el lazo afectivo madre–recién nacido.
- Disminuye la mortalidad de recién nacidos prematuros y de bajo peso, por la disminución de episodios de apnea, respiración irregular e hipotermia.
- Disminuye la frecuencia de enfermedades infecciosas leves y graves gracias a la promoción de la lactancia materna.
- Disminuye el reflujo gastroesofágico y la broncoaspiración, causa importante de rehospitalización y de muerte.
- También reduce el tiempo de hospitalización de la madre y el recién nacido
- Disminuye los costos de hospitalización y atención médica.

Todo recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer que tenga una **condición estable** verificada en un servicio de salud, es elegible para realizar el Método Canguro.

d) Criterios de selección del recién nacido :

- Peso al nacer menor a 2.500 g. o prematuro menor de 37 semanas de edad gestacional.
- Reflejo de succión y deglución adecuado y coordinado para alimentarse con lactancia materna.
- Que no presente problemas de salud tales como sepsis, neumonía, meningitis, convulsiones.
- Que no presenten problemas o complicaciones respiratorias.

e) Criterios de selección de la familia:

- Que la madre esté motivada y dispuesta a cumplir con los cuidados del Método Canguro.
- Que la familia esté dispuesta a apoyar para cumplir con otras responsabilidades domésticas cotidianas.
- Que exista un consentimiento informado y firmado de la familia manifestando que conocen los alcances del programa y sus responsabilidades.

3.2. POSICIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL MÉTODO CANGURO.

a) Acomodar al recién nacido

Es importante que el recién nacido esté 24 horas en posición vertical de rana que consiste en:

- Poner el cuerpo del RN entre los pechos de la madre o la persona que practique el método, en contacto directo de piel a piel.
- Acomodar la mejilla del RN contra el pecho de la madre.
- Poner sus piernas y brazos abiertos en posición de rana.
- Debe estar en posición vertical cuando la madre está sentada o caminando.
- Hay que verificar la posición de la cabeza para ver que las vías aéreas se encuentren libres y permeables.



Una vez acomodado el recién nacido, se recomienda utilizar una banda o faja elástica para asegurar que la madre sostenga muy bien al recién nacido y pueda descansar tranquila con la seguridad de no dejarlo caer. De esta forma tanto el RN como la madre estarán cómodos y sobre todo seguros.

Como una segunda alternativa está el uso de una camiseta que tenga un escote adecuado para que no cubra la cara del recién nacido y se asegura con un cinturón o faja. La camiseta no debe estar muy ajustada ya que debe dejar espacio para que el recién nacido respire normalmente. Tampoco debe estar muy suelta porque el recién nacido puede resbalar y caer.





Cuando la madre quiera dormir debe acomodarse con almohadas en posición semisentada, para permitir que el RN mantenga su posición y ambos estén confortables o permitir que el padre u otro familiar apoye a la madre para el cuidado del recién nacido.



La alimentación debe ser con lactancia materna exclusiva a intervalos cortos y regulares o a libre demanda. En recién prematuros se debe dar de mamar cada 2 horas, inclusive por las noches. Si el RN no está despierto la madre debe despertarlo.

Durante la fase de adaptación es necesario verificar la capacidad de alimentación del recién nacido y verificar la ganancia de peso.

b) Vigilancia durante la fase de adaptación

Durante la iniciación del Método Canguro es importante vigilar cómo se adaptan tanto la madre como el recién nacido.

Durante la adaptación materna, pueden observarse temores y dificultades de la madre, con relación al manejo de su RN prematuro o con bajo peso. A veces las madres sienten que pueden hacerle caer, sienten inseguridad al movilizarlo, o les falta habilidad para amamantarlo. Esta inseguridad crea tensión en la madre y perjudica la adaptación al Método Canguro. Para superar este momento, la participación del personal de salud se basa en la orientación frecuente a la madre sobre la posición, alimentación y cuidados del recién nacido que está iniciando el método.

Cuando la madre ha superado estos temores y dificultades, se la considera adaptada al Método Canguro y es candidata a continuar el método en forma ambulatoria, es decir, fuera del servicio.

La adaptación del RN se determina vigilando su curva térmica tres veces al día y su ganancia de peso diariamente, mientras se encuentra en el servicio de salud. Del mismo modo, se observa su capacidad de succión y alimentación al seno materno.

Se considera que el RN está adaptado al Método Canguro cuando al realizar el Método Canguro en forma continua se verifican los siguientes hechos:

- Mantiene su temperatura axilar alrededor de 37 °C.
- Tiene capacidad de alimentarse por succión.
- Tiene incremento de peso de 15 g por día como mínimo, verificado en tres días consecutivos mientras está en Método Canguro.
- No presentó signos de peligro o problemas de salud mientras se ha realizado el Método Canguro.

Cuando el RN se considera adaptado al Método Canguro, es candidato para el método en forma ambulatoria.

Una vez que la madre y el bebé son candidatos a continuar el método en forma ambulatoria, se debe planificar con la madre y la familia el alta hospitalaria, y el cronograma de visitas de seguimiento.

Mensajes clave del capítulo:

- El Método Canguro se utiliza en recién nacidos que pesan menos de 2500 g. o son prematuros, que están estables y sólo necesitan crecer y alimentarse.
- Los recién nacidos están en contacto piel a piel con la madre, ubicados en posición vertical, con los brazos y piernas abiertas (como rana), las 24 horas del día. Esto permite tener calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor indispensables para su desarrollo.
- Se inicia en una unidad especializada en el hospital y una vez que la madre y el recién nacido se hayan adaptado, puede utilizarse en forma ambulatoria.
- Es importante el seguimiento cercano para verificar la adaptación al método y que el recién nacido esté aumentando de peso sistemáticamente; tanto dentro como fuera del hospital.

*Alimentación del recién
nacido mientras se usa el
Método Canguro*

CAPITULO 4

4 La alimentación del recién nacido mientras se utiliza el Método Canguro, constituye otro de los componentes para el éxito del mismo.

4.1 LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna provee nutrición óptima al recién nacido y promueve su crecimiento y desarrollo saludable. La alimentación del recién nacido prematuro o con bajo peso debe ser, idealmente, con leche materna en forma exclusiva cada 2 o 3 horas.

Los beneficios de la lactancia materna son:

- Tiene nutrientes adecuados.
- Protege contra infecciones y estimula el sistema inmune del recién nacido.
- Tiene mayor rango de ganancia de peso.
- Previene la hipoglicemia.
- Disminuye la incidencia de diarrea y vómito.
- Es fácilmente digerible y el vaciamiento gástrico es mejor.
- Está lista para su administración.
- Favorece el vínculo madre – hijo.
- Ayuda a retrasar un nuevo embarazo si se practica exclusivamente.
- Protege la salud de la madre y del recién nacido.

Para tener éxito con la implementación de la lactancia materna exclusiva, es importante que el personal de salud oriente a la madre sobre los beneficios del calostro y la leche materna, así como la posición adecuada, cómo facilitar el agarre y los signos de buen agarre para el amamantamiento.

a) Posición y agarre durante la lactancia materna

Orientar a la madre sobre la posición adecuada para la lactancia:

- La cabeza y el cuerpo del recién nacido deben estar rectos.
- La cabeza del recién nacido debe estar en el ángulo del codo materno, la mano de la madre sosteniendo el cuerpo del recién nacido.
- El cuerpo del recién nacido debe estar hacia la panza de la madre, quedando en contacto ambos. (panza con panza)

b) Cómo facilitar el agarre del recién nacido prematuro o con bajo peso para la lactancia materna

- Exprimir unas gotas de leche sobre el pezón para ayudarlo a iniciar la succión.
- Tocar los labios del recién nacido con el pezón.
- Esperar hasta que el recién nacido abra bien la boca.
- Aproximar al recién nacido rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que su labio inferior quede por debajo del pezón

c) Signos de buen agarre durante la lactancia

Durante la lactancia es importante verificar los signos de buen agarre, esto quiere decir que el recién nacido:

- Toca la mama con el mentón.
- Mantiene la boca bien abierta.
- Mantiene el labio inferior volteado hacia fuera.
- Se observa más areola por arriba que por debajo.

Se considera succión efectiva cuando el recién nacido succiona lenta y profundamente con pausas ocasionales. Se debe permitir que el recién nacido prematuro o con bajo peso tenga pausas cortas durante la succión por los siguientes motivos: La succión representa un gran esfuerzo para el prematuro.

Los prematuros tienen un sistema nervioso inmaduro y pueden sentirse incómodos por el ruido, luz y la actividad.

Si el recién nacido prematuro tose, eructa o tiene regurgitación cuando empieza a succionar, significa que el reflejo de eyección de leche es muy vigoroso. En estos casos en la orientación se enseñará a la madre a:

- Separar al recién nacido del pecho.
- Mantener al recién nacido de frente al pecho, mientras recupera su respiración.
- Acomodar nuevamente al recién nacido para iniciar la succión.
- Si el recién nacido no tiene la energía o fuerza necesaria para la succión, enseñe a la madre a exprimirse su leche y ofrecérsela a su recién nacido por vaso.
- Una técnica a tener en cuenta para disminuir el reflejo de eyección de leche es la técnica de la mano tijera, que consiste en comprimir parte de la areola con el dedo medio e índice de la mano que sostiene al pecho de tal manera a regular el flujo de leche.

4.2. ENSEÑAR A LA MADRE A EXPRIMIRSE LA LECHE

En algunas circunstancias, el recién nacido prematuro o con bajo peso no tendrá la energía suficiente para succionar, en cuyo caso hay dos opciones para alimentarlo: utilizando un vaso o una taza y por sonda orogástrica. Para estas ocasiones la madre debe saber cómo exprimirse la leche siguiendo los pasos que a continuación se detalla:

- Preparar una taza o recipiente limpio.
- Lavarse las manos.
- Desnudar el seno que se va a exprimir.
- Realizar masajes circulares en todo el contorno de la mama. Este masaje facilitará la salida de la leche.
- Sostener el seno colocando el pulgar por encima y los demás dedos por debajo sin tocar la areola.
- Presionar con todos los dedos al mismo tiempo, en dirección a la areola para facilitar la salida de la leche en forma continua.
- Una vez que salió el chorro de leche, volver a presionar con todos los dedos como se indicó en el paso anterior. Se debe tratar de imitar el ritmo de succión del recién nacido.
- Exprimir un seno a la vez hasta que se sienta blando.
- Realizar la extracción en el otro seno siguiendo los mismos pasos. Se puede repetir una vez la extracción de ambos senos.
- Si los senos estuvieran hinchados o congestionados, extraer la leche cada 2 horas y entre extracciones se los debe cubrir durante 5 minutos con una toalla o tela humedecida en agua tibia.

4.3. ALIMENTACIÓN POR VASO

¿Qué es la alimentación por vaso?

Se refiere al uso de un vaso para alimentar con leche materna, al recién nacido cuando éste no tiene la energía suficiente para succionar.

Ventajas

- No interfiere con la succión del pecho materno.
- No crea confusión de pezones como sucede con el uso del biberón.
- Previene la aparición de infecciones como muguet, otitis.

¿Cómo alimentar con vaso?

- Mantener al recién nacido despierto y sentado en posición erecta o semierecta.
- Sostener los hombros y cuello del recién nacido con una mano, de manera que pueda tener control de su cabeza.

- Usar un vaso pequeño limpio (incluso hervido por 10 min. si es posible), llena hasta la mitad con leche, ponerla a los labios del recién nacido
- Incline un poco el vaso, de manera que la leche sólo llegue hasta los labios.
- El vaso debería apoyarse en el labio inferior del bebé, y el borde externo del vaso debería tocar la parte externa de su labio superior.
- El recién nacido se pondrá alerta y abrirá su boca y ojos:
 - Un recién nacido prematuro o con bajo peso empezará a tomar la leche con la lengua.
 - Un recién nacido de término o mayor succionará o aspirará la leche.
- No haga chorrear la leche en la boca del recién nacido. Mantenga el vaso en los labios del recién nacido, permitiendo que éste tome la leche.
- Cuando el recién nacido se sienta satisfecho cerrará su boca y rechazará tomar más.
 - Si el recién nacido no toma suficiente puede tomar más la siguiente vez, o
 - Usted puede incrementar la frecuencia de alimentación.
- Medir la cantidad de leche que el recién nacido tomó en 24 horas, en vez de medir cada toma.
- Cualquier persona puede hacer uso de esta técnica de alimentación.

Una alimentación prolongada con vaso sin el estímulo de succión apropiada, puede ser un inconveniente al retrasar la maduración de la Coordinación Succión - Deglución

4.4 ALIMENTACIÓN CON SONDA OROGÁSTRICA

Se refiere a la administración de leche materna mediante el uso de una sonda que se hace pasar a través de la boca y esófago hasta llegar al estómago.

La alimentación por sonda se utiliza cuando el recién nacido aún no puede succionar y deglutir, no tiene coordinación entre la deglución y respiración, o cuando se cansa muy rápido al succionar y deglutir, y no toma suficiente leche por otros medios.

a) Criterios para utilizar la alimentación por sonda orogástrica (en recién nacidos hospitalizados)

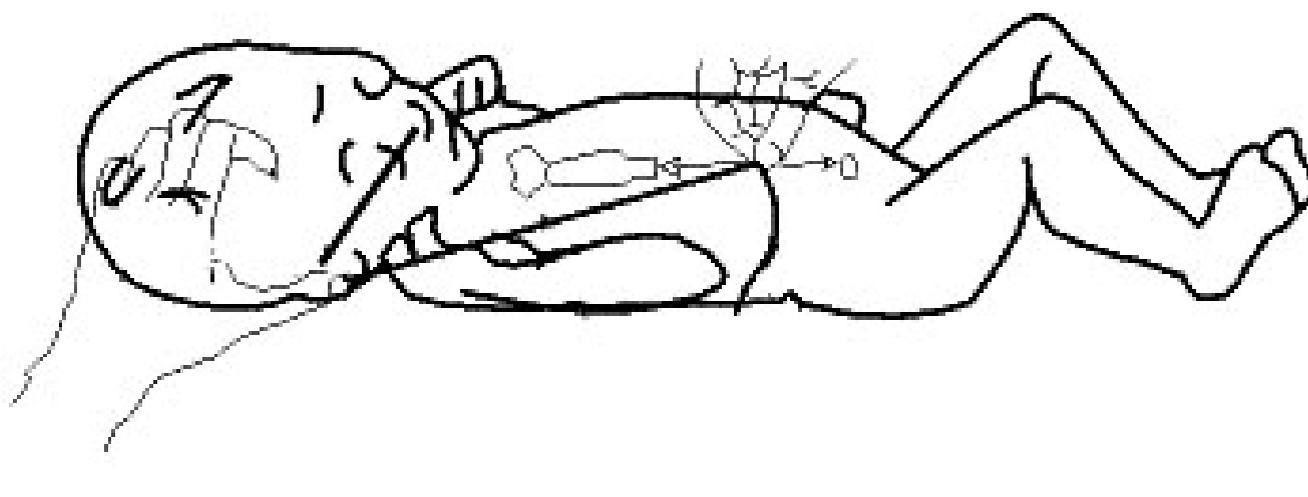
Recién nacidos muy pequeños para succionar o alimentarse por vaso.

- Recién nacidos de bajo peso extremo, 1.000 g. o menos.
- Recién nacidos con succión y deglución débiles.

b) Método

Se hace pasar una sonda adecuada por la boca hasta el estómago. Se asegura la sonda al labio superior y pirámide nasal, para evitar que durante la manipulación la sonda se retire de su lugar.

Antes de cada alimentación se debe verificar la ubicación de la sonda, esto se hace mediante la aspiración con una jeringa, obteniendo jugo gástrico. Si no se obtiene contenido gástrico, la sonda debe ser reacomodada.



c) Horarios, frecuencia y volumen de la alimentación

Tan pronto como el recién nacido presente capacidad de succionar o de alimentarse por vaso, se debe ir reemplazando una toma por vaso o lactancia en forma diaria, hasta conseguir que todas las tomas de leche sean por succión o vaso, para suspender por completo el uso de la sonda.

Una vez que el recién nacido está suficientemente maduro para alimentarse por succión, se debe estimular todas las tomas con lactancia materna para desarrollar la capacidad digestiva y el reflejo de vaciamiento y plenitud orogástrica.

Esquema de alimentación según peso*

	< 1000 gr	1000 – 1500 gr	< 1500 gr enfermo	1500 – 2000 gr AEG	< 2000 gr PEG
<i>Edad (horas) de inicio Aporte enteral</i>	24 h	< 24 h	> 48 h	< 24 h	> 48 h
<i>Volumen inicial(ml/k)</i>	≤10	≤ 20	≤ 10	20 - 30	≤ 20
<i>Incremento diario (ml/k)</i>	10	20	10 - 20	20 - 30	20
<i>Fraccionamiento horario</i>	c/ 2 h	c/ 2 – 3 h	c/ 2 - 3 h	c/ 3 h	c/ 3 h

* Manual de Atención Neonatal MSP y BS, 2011

Mensajes clave del capítulo:

- Dar sólo leche materna cada vez que le pida (a libre demanda) y no dar ningún otro líquido (ni agua), desde que nace hasta sus seis meses. Esto ayuda a crecer sano, fuerte y desarrollarse saludablemente.
- Orientar a la madre para que sostenga al recién nacido en buena posición, facilite el agarre y reconozca los signos de buen agarre, de modo que esté cómodo y pueda alimentarse mejor.
- La alimentación con leche materna es el mejor alimento que puede recibir. En caso de que no sean capaces de succionar, se puede alimentar con vaso y dependiendo del estado de salud, con sonda orogástrica.

***El Método
Canguro en forma
ambulatoria***

CAPITULO 5

5. Los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso que han iniciado el Método Canguro en algún servicio de salud y que han logrado estabilizarse y ganar peso durante la adaptación al mismo, son candidatos para poder pasar a realizar el método de forma ambulatoria. A continuación se detallan los elementos a considerar.

5.1. CRITERIOS PARA EL EGRESO DE LA UNIDAD DE MAMÁ CANGURO

Se debe considerar el egreso del servicio de salud del recién nacido que sigue el Método Canguro para continuar este cuidado en domicilio bajo las siguientes circunstancias:

- La condición es estable y sin enfermedad concurrente.
- Ha alcanzado nuevamente su peso de nacimiento.
- En caso de RN con peso de nacimiento menor a 1.500 g, el peso a ser considerado para el alta debe ser como mínimo 1.500 g. Sin embargo no existe un peso límite para la salida, lo importante es que el mismo tenga una succión y deglución coordinada y que se garantice el retorno del RN a sus controles.
- La posición de cuidado del Método Canguro es bien tolerada por el RN y la mamá.
- Hay un sostenido incremento de peso de 10 g por día, verificado en tres días consecutivos antes del alta.
- La alimentación con lactancia materna exclusiva es sostenible.
- La madre y/o la familia está comprometida a continuar con el Método Canguro en domicilio y cumplir con los controles rutinarios.

5.2. SEGUIMIENTO AMBULATORIO DEL RN EN MÉTODO CANGURO

Una vez que la madre y su RN salen de la Unidad de Mamá Canguro, debe realizarse un seguimiento preciso de acuerdo al siguiente esquema:

Para los controles después del alta, se deben tener en cuenta: el peso del recién nacido, la adaptación del recién nacido y la madre al método MC. (Regula temperatura, la madre está convencida y comprometida con el método). Lo mismo se debe tener en cuenta para los controles en la segunda semana.

Tiempo de práctica del método	Frecuencia de visitas
Primera semana	cada 2 días
Segunda semana	cada semana, hasta dos meses

En caso de verificarse alguna señal / signo de peligro u otro problema en el recién nacido, mientras permanece en el método, se debe referir a la Unidad de Método Canguro de acuerdo a norma.

La visita de seguimiento en la Unidad de Método Canguro debe contemplar:

- Peso
- Perímetro cefálico
- Talla
- Obtener la historia de la madre sobre su práctica del Método Canguro en casa:
 - Si está practicando el método.
 - Quién la está ayudando.
 - La posición que está practicando
 - La duración del contacto piel a piel.
 - Cómo da el pecho materno
 - Si hay señales de peligro.
 - Si hay señales de intolerancia.
 - Si tiene alguna duda o preocupación.
- Hacer un examen físico al recién nacido.
- Alentar a la madre a continuar con el Método Canguro y cuidados de su recién nacido, así como observar la aparición de señales de peligro.
- Reforzar a la madre y/o familia a que siga con el método y que busque ayuda en caso de peligro.

El Método Canguro se mantiene hasta que el recién nacido pida su salida, recordemos que esto ocurre cuando el mismo suda o manifiesta incomodidad, asimismo se recomienda realizar el seguimiento hasta que el RN cumpla 40 semanas de edad postgestacional.

Los controles se realizarán hasta 1 año de edad corregida, a fin de evaluar no solo su crecimiento sino también el desarrollo neuropsicomotor y sensorial.

5.3. CRITERIOS PARA SUSPENDER EL MÉTODO CANGURO.

Durante las visitas de seguimiento en el servicio de salud o en domicilio se debe detectar factores por los cuales el recién nacido en Método Canguro necesita suspender el método y/o ser rehospitalizado. Los criterios para rehospitalización de RN en Método Canguro ambulatorio son:

- Está perdiendo peso.
- Ganancia de peso menor a 10 g/día.
- Signos de peligro.
- Enfermedades o complicaciones.
- La madre no cumple con el Método Canguro en un recién nacido con un peso menor a 2.500 g.

Una vez que el problema de salud ha sido superado en la rehospitalización y está nuevamente estable, puede ser considerado candidato para volver al Método Canguro siguiendo los mismos criterios descritos anteriormente.

El Método Canguro, puede suspenderse definitivamente en las siguientes circunstancias:

- La madre ya no desea continuar con el Método Canguro en un recién nacido con peso menor de 2.500 g a pesar de orientación adicional.
- La madre está enferma o ningún otro miembro de la familia es capaz de mantener el Método Canguro.
- El recién nacido no tolera el Método Canguro, es muy activo y se le nota incómodo en la posición de rana.

5.4. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Con la finalidad de garantizar el éxito del Método Canguro se debe regular el tránsito o flujo de los niños que requieran el método como una alternativa de tratamiento a los problemas de bajo peso y prematuridad, en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma **“al nivel adecuado llegue el recién nacido adecuado”**; en este sentido se debe realizar la referencia y contrarreferencia de acuerdo a las siguientes características y necesidades.

a) Referencia del 2do o 3er. Nivel de atención

El personal de salud del primer nivel de atención, en el momento de planificar el parto debe orientar a la madre sobre el método canguro, así que, en caso de nacer con bajo peso y/o prematuro se deberá referir a un establecimiento donde exista una Unidad de Método Canguro, para el traslado, ya se utilizara esta posición. Idealmente se busca la referencia de la madre y el recién nacido y en caso de no ser posible, algún miembro de la familia y/o del servicio de salud trasladara al recién nacido en posición de M.C.

Los criterios de selección para referir son similares a los que se consideran para ingresar al programa canguro, es decir: Peso inferior a 2500 g, o menor de 37 semanas de edad gestacional.

En caso de que el recién nacido presente un problema de salud severo, se debe referir con mayor razón con tratamiento de prerreferencia.

La referencia se realiza con el formulario de referencia

b) Referencia a un establecimiento de salud (1er. ó 2do. Nivel) cercano al domicilio del RN canguro:

Después de haber cumplido con todos los requisitos para iniciar la fase de canguro ambulatorio, el

personal de salud de la Unidad Método Canguro del Hospital, debe facilitar el seguimiento del recién nacido refiriendo a un establecimiento cercano a su domicilio, para esto debe identificar un servicio ideal para referirle y proporcionar una copia de todos los instrumentos de registro a fin de que el personal de salud de Primer Nivel cuente con la información necesaria para realizar las evaluaciones del recién nacido. Por otra parte, no está excluido que el personal de salud del Hospital pueda realizar una visita domiciliaria al RN canguro.

Las visitas de seguimiento en el servicio referido son similares a las del hospital, es decir el personal de salud debe realizar la siguiente evaluación:

- Peso
- Verificar la presencia de señales/signos de peligro:
Esto es importante para considerar el reingreso al hospital.
- Pasos a seguir:
 - Contar la frecuencia respiratoria: 60 o más por min. y menos de 30, indica referencia.
 - Controlar la temperatura axilar: menor de 36.5 o mayor de 37.5, indica referencia
 - Evaluar la lactancia: Buen agarre, succión y posición.
 - Verificar si vomita todo o frecuentemente.
 - Preguntar si se mueve poco o se ve mal.
 - Preguntar si hay sangre en las heces.
- Obtener la historia de la madre sobre su práctica del método canguro en casa, se debe preguntar:
 - Si está practicando el método, quien la está apoyando
 - La posición que está practicando y el tiempo de contacto piel a piel.
- Cómo da la lactancia.
 - Si hay señales de intolerancia o si existe duda y/o preocupación
- Alentar a la madre a continuar con el método canguro
- Reforzar a la madre y a la familia a reconocer señales de peligro para buscar ayuda.

Es importante mencionar que no está descartado el hecho de realizar los controles, si las condiciones geográficas y económicas lo permiten, en el domicilio del niño con método canguro, ya que de esta forma se asegura un seguimiento del recién nacido y del entorno familiar, lo cual permite identificar problemas que interfieren el desarrollo del método canguro.

Una vez que el recién nacido en método canguro retorna a su casa para continuar la modalidad de canguro ambulatorio, el personal de salud debe coordinar acciones con las unidades de salud de la familia, a fin de que este recurso haga el seguimiento, de acuerdo a las siguientes acciones.

- Control del peso, si disminuye debe referir
- Búsqueda de signos y señales de peligro para referir.

Mensajes clave del capítulo:

- El Método Canguro puede ser la mejor opción para atender a recién nacidos prematuros y/o con bajo peso. La aplicación de este método generalmente se inicia con un proceso de adaptación en el hospital.
- Durante la adaptación en el hospital, la madre o persona que utiliza la técnica es controlada continuamente para hacer seguimiento a la utilización del método y al progreso del recién nacido. Luego el método se continúa aplicando en el hogar con seguimiento estrecho.
- El momento en que se da el alta, tanto del hospital como del método, depende del peso del recién nacido y el estado general de su salud, de las condiciones del hogar de la madre y de la accesibilidad para la atención de seguimiento.
- Es importante que funcione el sistema de referencia y contrarreferencia para asegurar la integralidad, eficiencia, eficacia y sobre todo continuidad de las acciones en los diferentes niveles de atención.

*Establecer un
Servicio de Método
Canguro*

CAPITULO 6

6. El Método Canguro ha sido practicado en varios países desde hace mucho tiempo y ya existe experiencias en el uso del método para el cuidado de los recién nacidos prematuros y de bajo peso. Para establecer una Unidad del Método Mama Canguro, existen una serie de pasos y requisitos, algunos indispensables o mínimos (M) y otros deseables o recomendables (D). Lo que se trata es que los requerimientos no se constituyan en una barrera para implementar el método, pero, tampoco en algo que ponga en peligro la vida de los recién nacidos.

6.1. LOGRAR EL COMPROMISO DE LAS AUTORIDADES

Es importante comprometer a las autoridades de salud de su Red, explicarle el problema y ofrecerle la solución. Para tal motivo se recomienda seguir los siguientes pasos:

- Promover una reunión con las autoridades del servicio para analizar la posibilidad de introducir el Método Canguro en el servicio.
- Los argumentos que deben analizarse con las autoridades en esta ocasión son:
 - Número de recién nacidos prematuros y de bajo peso y porcentaje en los últimos seis meses
 - Problemas presentados al atender a esta población.
 - Factibilidad de instalación de la Unidad en la Red de Servicios en un Hospital de Tercer Nivel, su relación con Centros Hospitalarios de la Red del Segundo Nivel y servicios de salud del Primer Nivel.
 - Implicaciones financieras para la instalación del método en la Red de Servicios.
- Preparar para la reunión:
 - Información escrita sobre el Método Canguro incluyendo investigaciones.
 - Experiencias de aplicación en el país. (Encarnación, Pedro Juan Caballero, Hospital San Pablo, Maternidad Nacional)
 - Costos
 - Ahorro de costos y beneficios para el hospital, personal de salud y usuarias o usuarios.
- Obtener la autorización escrita de los responsables de servicios para iniciar el trabajo.

6.2. PREPARAR LOS FORMULARIOS DE REGISTRO

- Desarrollar un protocolo escrito en base a la normativa nacional que facilite la implementación del MMC para cada personal y función que sea parte, adaptado a cada servicio de salud y de la Red.
- Adaptar los formularios vigentes en el servicio de salud con las necesidades de información de seguimiento del MMC.

6.3. CAPACITAR AL PERSONAL DEL SERVICIO

La capacitación del personal debe tomar en cuenta metodología de aprendizaje para adultos que implica incorporar la teoría con sesiones prácticas para el desarrollo de competencias.

Se recomienda usar estudios de casos, prácticas con modelos neonatales, demostraciones, compartir experiencias con madres que han practicado el método apoyados por presentaciones y bibliografías de referencias.

Como se quiere hacer hincapié en los ejercicios prácticos, se aconseja que los talleres sean máximo de 20 a 25 participantes.

Una primera condición en la selección de los participantes del MMC es la motivación para aplicar el método en su servicio.

Los/as participantes tienen una formación y experiencia en el manejo de recién nacido, fisiología de la lactancia y termorregulación por lo que la capacitación sirve solo de refuerzo y de actualización de habilidades y prácticas del cuidado del recién nacido de bajo peso y prematuro en el Método Mama Canguro. Por este motivo, los talleres pueden tener una duración de 2 a 3 días con prácticas paralelas.

Es recomendable que en la capacitación participen grupos interdisciplinarios de médicos, licenciadas

en obstetricias, enfermeras, fisioterapeutas, sicólogos, auxiliares de enfermería, y todo aquel personal que será parte del equipo, ya sea para la aplicación, seguimiento y/o orientación del MMC.

El MSPBS cuenta con un paquete de capacitación consistente en:

- Manual del Facilitador con sus sesiones de aprendizaje
- Manual del Participante
- Díptico para la madre y/o familiares que están practicando el método
- Medios audiovisuales
- Formularios de registros
- Planillas de supervisión
- Programa para base de datos de los registros e informes de seguimiento

6.4. HABILITAR UN ESPACIO APROPIADO PARA LA PRÁCTICA DEL MÉTODO CANGURO

En los hospitales o centros de salud donde se inicia el Método Canguro se debe habilitar espacios que permitan a la madre practicar el método con tranquilidad y privacidad.

Se recomienda tener un espacio especial donde los prematuros o de bajo peso, no tengan contacto con otros recién nacidos que puedan tener alguna infección u otro problema de salud, pero también donde las madres puedan compartir su experiencia con otras madres. Este espacio no necesariamente tiene que ser un cuarto separado, se puede habilitar este espacio en la sala de internación con una cortina.

El cuarto debe tener los siguientes requisitos mínimos:

- Estar lo más cercano a la maternidad o a la sala de recién nacidos.
- Tener ventilación adecuada.
- Tener un enchufe para conectar la estufa y/o ventilador.
- Tener acceso a una ducha y baño al menos para cada 10 mujeres.
- Tener un lavamanos y contar con jabón antiséptico.

Idealmente se recomienda:

- Espacio para internación de recién nacidos enfermos.
- Espacio para la fase de adaptación al Programa de cuidado y tratamiento ambulatorio con el Método Canguro.
- Espacio para el seguimiento de recién nacidos incluidos dentro del Programa de cuidado y tratamiento ambulatorio con el Método Canguro.

Dotar de insumos y equipamiento requeridos para la instalación de una Unidad MMC

- Camas disponibles (Mínimo)
- Termómetro (Mínimo)
- Utensilios para la alimentación de los bebés (vasos, sonda Oro-gástrica (Mínimo)
- Balde plástico para la desinfección de los vasos (Mínimo)
- Balanza electrónica (Mínimo)
- Silla confortable para la madre (Mínimo)
- Tallímetro (Mínimo)
- Cinta métrica (Mínimo)
- Formularios de registros (Mínimo)
- Fajas (Deseable)
- Oxímetro de Pulso (Deseable)
- Monitor de signos vitales (Deseable)
- Radio o televisión (Deseable).
- Juegos para entretenimiento (Deseable) (Recuerde que la madre puede estar varios días en la Unidad)

Para el funcionamiento de Mama Canguro Ambulatorio (seguimiento), será necesario disponer de una camilla para el examen médico, formularios de registros y los equipos e insumos para el examen médico, ver ítem anterior.

*Red Integral
Canguro*

CAPITULO 7

7. Justificación.

En los países en desarrollo, existe la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención en salud que se ofertan y estrategias alternativas de cómo llegar a las familias y a la población.

La insuficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, ha hecho de la referencia y contrarreferencia de usuarios un procedimiento, un modelo, un sistema o simplemente una estrategia administrativo asistencial de mucha importancia; que al estar bien implementado, permite el desplazamiento “justificado” de los usuarios hacia establecimientos, de acuerdo con la naturaleza, severidad del proceso patológico o de seguimiento, y no como una práctica de enviar enfermos a cualquier otro establecimiento, sin responsabilidad institucional de quien lo remite.

7.1 RED INTEGRAL CANGURO. DEFINICIÓN

Se define a la red de salud como el conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de atención articulados entre sí, y en interacción con la comunidad, que desarrollan actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación con enfoque intersectorial, integral, intercultural y continuo. En esta lógica, la red integral canguro, pretende establecer nexos o vínculos entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud a fin de mejorar la calidad de vida de los prematuros o con bajo peso y el manejo adecuado del método canguro. Desde 2009, el MSPyBS del Paraguay asumió la estrategia de la APS (Atención Primaria de Salud) como parte del desarrollo de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) para conformar un Modelo de Atención Integral que proporcione mejoras sustantivas en el alcance y la calidad de sus prestaciones.

Es en el marco de esta RED (RISS) que debe funcionar la red integral de Mamá Canguro. El recién nacido prematuro o de bajo peso debe ser captado en el ingreso del hospital o referencias de otros hospitales (sala de parto, consulta de pediatría y/o en la sala de neonatología) para luego ingresar a la Unidad de Mamá Canguro, en aquellos hospitales que han habilitado esta sala. Una vez que son dados de alta, el recién nacido debe realizar su seguimiento regresando al consultorio de seguimiento de neonatología o al servicios de salud más cercano, hasta su alta definitiva.

7.2 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Es una herramienta que vincula y garantiza la integralidad de la atención en todos los niveles de atención de las redes de salud.

Este sistema favorece el desarrollo armónico del trabajo en equipo, otorgando respaldo y seguridad tanto a la comunidad como al equipo de salud; asimismo fortalece la capacidad de resolución y garantiza la continuidad de atención del método canguro en los diferentes niveles de atención. Es decir, la referencia se interpreta como la derivación de un nivel de complejidad inferior a otro superior, y también se entiende cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación y/o seguimiento, tomando en cuenta la participación comunitaria para potenciar el éxito del Método Canguro.

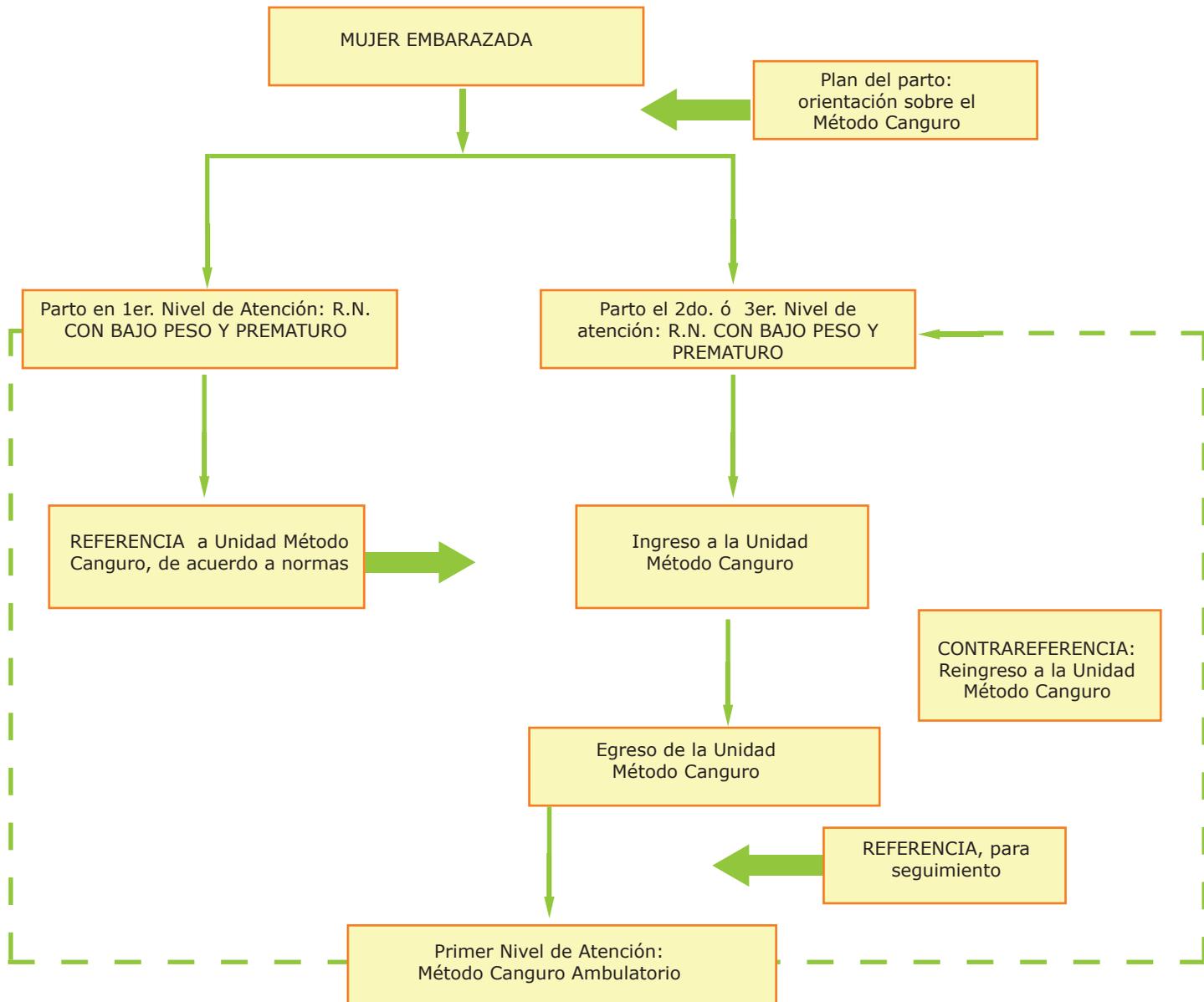
Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red para demostrar, así, la capacidad conjunta ó compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población.

7.3. PROPÓSITO

- Articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, ofreciéndole al usuario los servicios de atención con recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma “al nivel adecuado llegue el paciente adecuado”.
- Regular el tránsito de recién nacidos en método canguro que ameriten servicios de salud electivos, a través de los diferentes niveles de atención.

- Optimizar el seguimiento de los recién nacidos en método canguro ambulatorio y en domicilio.
- Mejorar el nivel de satisfacción de usuarios y la calidad en la prestación de los servicios que reciben.

7.4. FLUJOGRAMA



7.5. DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN.

- Para llevar a cabo la implementación de una Unidad de Mamá Canguro es importante que cada establecimiento de salud de la Red desarrolle un plan de acción de acuerdo a su nivel de complejidad. Esto permitirá identificar las necesidades de protocolos, capacitación, de infraestructura, equipos e insumos y formularios de registros para luego, analizar cómo pueden ser resueltas. Al hacer el Plan de Acción se debe evaluar las alternativas en la aplicación del MMC en red que permitan facilitar las referencias y contra-referencias.

Se debe definir un Plan de Acción realista y orientado a resultados, que identifique:

- Actividades
- Responsables
- Fechas
- Recursos

7.6 DESARROLLO DE UN PLAN DE SUPERVISIÓN

La supervisión no es una actividad de un día, sino un proceso continuo que debe tomar en cuenta la fase preparatoria, la de implementación, así como la de seguimiento. Esta nos provee de información para saber cómo está funcionando el programa, que progreso se está haciendo, cual es la calidad del servicio y que decisiones tenemos que tomar para mejorarlo. Así mismo, nos provee de información que nos permite hacer abogacía ante las autoridades de salud para replicar el MMC en otros servicios.

Por eso es necesario identificar en la Red de Servicios:

- ¿Quién es responsable del monitoreo de los recién nacidos que ingresan en la Unidad de MC?
- ¿Quién es responsable de la supervisión de la Unidad MC aplicando la Lista de Verificación? (Anexo 2 y 3)
- ¿Cuál será la logística de la supervisión? Definir un plan de visitas.

Para lograr una supervisión eficiente se necesitará indicadores precisos que nos permita ir monitoreando cada recién nacido que ingresa y vigilar su progreso para proceder al alta; hacer seguimiento del desempeño del personal de la Unidad MC para la atención de los recién nacidos, evaluar la aceptación del método entre el personal de salud, con las mamás y familias y por último, las condiciones de la infraestructura donde se encuentra la Unidad de MC.

Para ello se ha diseñado también un registro del ingreso de los recién nacidos a la Unidad de Mamá Canguro, (Anexo1) un registro diario para monitoreo de los recién nacidos (Anexo 1) y formularios de consolidación mensual de los resultados (Anexo 4). Esta información puede ser vaciada a un programa estadístico que permite la consolidación de la información y la construcción de indicadores.

Los siguientes indicadores mínimos han sido priorizados con los cuales se podrán hacer sistematizaciones periódicas:

Indicador	Variables	Fuente
% de proveedores capacitados en MC por Hospital según categoría profesional	# total de proveedores capacitados por categoría profesional/total de proveedores	Lista de Capacitación de Talleres
% de aprovechamiento de los proveedores capacitados por categoría profesional	Promedio de la diferencia entre pre-test	Lista de Capacitación de Talleres
Promedio de retención de conocimientos después de 6 meses por categoría profesional	Prueba de conocimiento a los 6 meses/postest	Lista de Verificación de visita de seguimiento
Tasa de mortalidad de Unidad Mamá canguro	# de recién nacidos que fallecieron/ # de recién nacidos internados en Unidad de MC x 100	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
% de recién nacidos admitidos por peso	# de recién nacidos por categoría de peso/# de recién nacidos admitidos	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
Promedio de estadía de recién nacidos prematuros/ bajo peso	# de días de internación/# de bebés internados	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
% de recién nacidos que ganaron peso	# de recién nacidos que ganaron peso/# de bebés que fueron internados en la Unidad MC	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
% de recién nacidos que perdieron peso	# de recién nacidos que perdieron peso/# de bebés que fueron internados en la Unidad MC	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
% de recién nacidos que mantuvieron el mismo peso	# de recién nacidos que mantuvieron el mismo peso/# de bebés que fueron internados en la Unidad MC	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
Tasa de rechazo	# de recién nacidos que abandonaron el MMC/ # de recién nacidos internados en Unidad de MC x 100	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
Tasa de infección	# de recién nacidos infectados/ # de recién nacidos internados en Unidad de MC x 100	Formulario diario Formulario de Consolidación Mensual
% de mujeres orientadas en MC	# de mujeres informadas en Sala de Maternidad/Albergue/internadas que fueron informadas/# de mujeres que acuden Sala de Maternidad/Albergue e internadas en Unidad de MC	Listado de participantes a charlas de orientación Formulario diario

Se recomienda visitas de supervisión mensual utilizando las Listas de Verificación de la implementación del Método Canguro (Anexo 2 y 3) que permiten una evaluación de las destrezas del personal, de la aplicación de los protocolos de atención, de las condiciones de la infraestructura y de la aceptabilidad del método con la familia y su correcta orientación.

Mensajes clave del capítulo:

- Cada servicio de salud en el que se aplique el Método Canguro, necesitará lograr compromiso, consenso y apoyo del personal involucrado, la Red de Servicios y representantes de la comunidad.
- El funcionamiento de una Unidad Mamá Canguro no precisa más personal que la atención convencional, aunque implica un mayor esfuerzo y tiempo, en la parte ambulatoria al crear un espacio que necesita personal para el monitoreo de los recién nacidos de la sala. El personal existente tiene que contar con la formación básica en materia de lactancia materna y todos los aspectos que involucran al Método Canguro y una constante supervisión capacitante.
- La vigilancia continua y evaluación periódica definidas con antelación, contribuirán a mejorar el funcionamiento de la Unidad de Mamá Canguro y la aplicación del método en el servicio y en el hogar.

Orientación en el Método Canguro

CAPITULO 8

8.1. DEFINICIÓN DE ORIENTACIÓN

Orientación es el proceso de ayudar a una o más personas a tomar sus propias decisiones dándoles información precisa e imparcial y apoyo emocional. La orientación es un proceso sostenido y continuo que se inicia desde el momento de la admisión, en la sala o Unidad de Mamá Canguro del hospital y se continúa en el hogar y la comunidad.

La orientación implica acompañar a una persona en la toma de decisiones importantes relacionadas con su salud. Esta forma de orientar más que proveer información a los usuarios del Método Canguro, es una comunicación bilateral, donde escuchar es el factor clave. Esto facilita la exploración de los propios sentimientos, actitudes, expectativas, creencias y dudas sobre el Método Canguro.

La esencia de la orientación es escuchar empática y activamente al usuario y ayudarlo en la exploración de alternativas y acciones respecto a la utilización del Método Canguro.

Además del diálogo, la orientación involucra la demostración de habilidades necesarias para poner en práctica el Método Canguro. El diálogo incluirá la motivación a la madre y sus familiares para que pregunten sobre cualquier duda o problema que tuvieran, escuchar con profundo respeto, y darles las respuestas pertinentes a todas sus preguntas con precisión y honestidad.

Habilidades como la posición del recién nacido, cuidados del cordón umbilical, extracción de la leche materna, lactancia y alimentación por vaso o sonda orogástrica, deben ser explicadas mediante una demostración a la madre y familiares, y permitir a la madre que practique y aclarar dudas, temores.

8.2. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EFECTIVA EN LA ORIENTACIÓN

La comunicación interpersonal es el intercambio de información, sentimientos y emociones que se da entre dos o más personas, cara a cara, de manera verbal y no verbal. Por otra parte, la orientación es una interacción que se da persona a persona, en la cual la persona que la realiza provee de información adecuada al usuario para fortalecer su capacidad de tomar una decisión informada sobre el curso de acción que más le conviene.

Para que se desarrolle una comunicación interpersonal efectiva es necesario que la misma se realice de forma horizontal, dialogada y ante todo respetuosa. Si esto se logra, es probable que la consulta tenga un impacto más positivo para la práctica del método.

Para lograr una comunicación efectiva se necesita utilizar gestos y palabras para ser cordiales, hablar, pero sobre todo escuchar, hacer preguntas adecuadas, negociar con respeto y utilizar mejor el tiempo y el espacio disponibles.

a) Utilizar gestos y palabras para ser cordiales

Cuando nos comunicamos cara a cara no lo hacemos sólo mediante palabras, nuestro cuerpo también expresa y comunica, mediante los gestos, posturas corporales, señas, etc.

Las señas no verbales pueden comunicar: interés, atención, cordialidad y comprensión. Es recomendable tomar en cuenta esto en el momento de la atención, para que nuestras palabras se refuercen con lo que dice nuestro cuerpo.

Asimismo, debemos estar atentos al lenguaje verbal y no verbal del usuario.

A continuación damos a conocer algunos ejemplos:

Manifestaciones no verbales positivas	Manifestaciones no verbales negativas
<ul style="list-style-type: none"> - Sonreír con agrado. - Dar la mano al usuario. - Ofrecer un asiento al usuario. - Inclinarsse hacia al usuario. - Mantener contacto visual con el usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mirar el reloj, celular, computadora - Mirar más el registro que el usuario. - No mirar al usuario. - Mascar chicle. - Hablar por teléfono en el momento de la atención. - Atender a dos o más personas simultaneamente

Manifestaciones verbales positivas	Manifestaciones verbales negativas
<ul style="list-style-type: none"> - (Saludar) ¡Buenos días! - Pase, por favor. - ¿Cómo se sintió con el método (Canguro) desde la última consulta? - Entiendo su preocupación. - ¡Qué buena pregunta! 	<ul style="list-style-type: none"> - Señora, ¡usted no entiende! - No quiere seguir las indicaciones y por eso no hay mejoría - ¡Tranquila señora! - ¡Cómo usted no ha venido antes! vamos a ver qué se puede hacer. - Todas las mamás son iguales, no saben cuidar a sus hijos.

b) Hablar, pero sobre todo, escuchar al usuario

El uso de palabras simples y sencillas ayuda a que la comunicación sea más clara y fluida. Si el personal de salud utiliza términos técnicos, rebuscados o difíciles, los usuarios no pueden comprender con facilidad los mensajes, se confunden, se distraen o tienen temor y puede hacer sentir mal al usuario, perjudicando la comunicación.

Por ejemplo, en vez de decir:

“Usted debe recordar que, en el recién nacido, la hipotermia es una señal de peligro”.

Es mejor decir:

“El bebe puede morir si se enfría”.

En ocasiones puede ocurrir que el personal de salud no hable el idioma del usuario (guaraní). Para lograr ser comprendido puede recurrir a una persona que traduzca y también puede apoyarse en materiales de información como rotafolios, láminas y otros.

Por otra parte, el tono de voz, que es la forma de hablar según la intención o estado de ánimo, ayuda a comunicar emociones. Por esta razón es importante usar un tono suave y amable y evitar los tonos imperativos o despectivos.

En muchos casos es necesario estimular la comunicación, esto quiere decir, que la orientadora u orientador tiene que expresar interés y comprensión por medio de respuestas verbales breves. De esta manera hace saber al usuario que está escuchando y le anima a que continúe hablando. Esta habilidad es muy útil especialmente con las personas que son tímidas.

Es bueno usar frases positivas, como ser:

- “¡Qué bueno que ha venido!”
- “Dígame, ¿en qué la puedo ayudar?”
- “¿Qué le preocupa?”
- “Entiendo”.
- “Sí, claro”.
- “Correcto”.

Pero no sólo es importante hablar, sino más importante es escuchar al usuario. Escuchar es prestar atención a aquello que se percibe por medio del oído y si hay capacidad de escuchar se puede conocer mejor a los usuarios, el orientador u orientadora es más sensible a sus necesidades y responde mejor a sus problemas.

Saber escuchar, significa también saber la manera de usar el silencio, evitar interrupciones innecesarias. Si en algún momento el usuario deja de hablar para pensar o abordar una situación, se recomienda no apresurarlo. Es importante respetar esa pausa. Tampoco es recomendable interrumpir a la persona cuando está hablando.

c) Hacer preguntas adecuadas

Para obtener una información de calidad, es decir, relevante, pertinente y oportuna y además comprender los problemas y sentimientos del usuario con relación a la utilización del Método Canguro, es importante saber hacer preguntas adecuadas. Para esto existen preguntas cerradas, abiertas y de sondeo.

■ Preguntas cerradas

Son las que se responden de manera breve, con un SÍ o un NO, un dato específico como FECHA, NOMBRE o EDAD. Por ejemplo:

- “¿En qué fecha nació el bebé?”
- “¿Le da pecho?”
- “¿El bebé se siente incómodo en esa posición?”

■ Preguntas abiertas

Son las que permiten respuestas más amplias, demandan reflexión y permiten la explicación de sensaciones, preocupaciones o dificultades. También hacen posible conocer los sentimientos, conocimientos y prácticas de los usuarios.

Las preguntas que comienzan con “Por qué” a veces pueden intimidar o hacer que las personas se sientan juzgadas o ponerlas a la defensiva. Es preferible usar preguntas que comiencen con “Cuál”, “Cómo”, “Cuándo”, “Qué”, “Dónde”. Por ejemplo:

- “¿Qué problemas ha tenido para alimentar a su bebé?”
- “¿Cómo le va con el Método Canguro en su casa?”
- “¿Cuándo comenzó a dejar de mamar?”

■ Preguntas de verificación

Son aquellas que nacen a partir de una respuesta previa, y permiten tener información en profundidad para aclarar o complementar la información requerida. Genera bienestar en el usuario al sentirse escuchado con atención. Por ejemplo:

- “Según me cuenta esta semana le costó mucho seguir con el Método Canguro en su casa ¿la están apoyando en su hogar? ¿cómo?”

Recomendaciones:

- Es importante manejar confidencialmente toda la información de los usuarios .Si es necesario comentar los casos con los colegas se lo puede hacer sin identificar a las personas involucradas. De esta manera se conserva la credibilidad y confianza.
- Si en algún caso, un usuario hace una pregunta que no se puede responder suficientemente, es mejor ser honestos y reconocer que en ese momento no se puede responder, pero que haremos las averiguaciones que correspondan para la próxima vez. Esto es preferible a dar información equivocada.
- Trate de escuchar siempre con atención. A veces las preguntas no son respondidas o por falta de atención cambiamos de tema.

d) Negociar con respeto

Negociar es llegar a un acuerdo. En la vida cotidiana, todas las personas niños, niñas, adolescentes, adultos, negocian constantemente.

Como personal de salud necesitamos conocer algunas claves que nos ayuden a negociar mejor con los usuarios. La negociación es un camino para buscar consensos, llegando a un compromiso voluntario entre el usuario y el personal de salud.

En la negociación influyen, al menos tres factores:

- **Los actores:** Es decir, las personas que están negociando. Por ejemplo, la enfermera y la madre de un recién nacido.
- **El conflicto:** Es importante que se definan las posiciones de cada uno de los actores e identificar los puntos en que no hay acuerdo. Por ejemplo: la enfermera recomienda que la madre debe dormir con la bebé utilizando el Método Canguro, y la madre insiste en que duerma a su lado en la cama.
- **Búsqueda de acuerdo:** Se trata de buscar una solución al conflicto, de manera que los actores queden satisfechos. El buen negociador genera varias opciones de entre las cuales se puede llegar a un acuerdo. Por ejemplo: la enfermera y la madre llegan al acuerdo de que hablarán con otro familiar para que se turne con ella en la noche.

Los pasos para una negociación exitosa son:

- **Hacer preguntas abiertas:** que permitan conocer más a la usuaria o usuario y obtener más información para negociar con ella o él.
- **Tener interés por conocer a la usuaria:** es importante estar atento a las emociones y sentimientos y demostrar ese interés por comprenderla.
- **Escuchar y/o observar es estar atento a sus manifestaciones verbales** (lo que dice) pero también a las no verbales (lo que hace) (observar.) Escuchar es una condición básica para negociar.
- **Respetar la opinión de los demás:** aunque no se tenga la misma opinión que el usuario, es importante respetar sus ideas, creencias y costumbres.
- **Detectar riesgos para el recién nacido:** se deben explicar claramente los riesgos y signos de peligro que puede presentar el recién nacido, sin incomodar ni alarmar a la madre.Tener objetivos claros de cómo aplicar el Método Canguro: tener en mente los pasos claves que es necesario que el usuario siga para cumplir con la aplicación del método.
- **Ceder y lograr que el usuario ceda también:** la negociación es mutua. Debemos reconocer el saber de la otra persona y estar dispuestos a ceder en tanto las prácticas consensuadas no pongan en riesgo a la persona o a su bebé. Si nosotros cedemos es más factible que la otra persona

también lo haga. Llegar a un compromiso voluntario entre el usuario y el personal de salud: el compromiso de utilizar el Método Canguro debe partir de un consentimiento informado de el usuario y no ser resultado de presión o manipulación.

- **Hacer seguimiento:** esto es fundamental para verificar el progreso del recién nacido y la correcta aplicación del Método Canguro.

e) Utilizar mejor el tiempo y el espacio

El tiempo y el espacio son factores importantes en la calidad de atención a usuarios.

El tiempo de los usuarios es tan importante como el nuestro, por lo tanto es necesario: ser puntuales, calcular el tiempo de atención para aprovechar al máximo el mismo y utilizar las habilidades de comunicación para hacer un uso más eficiente del tiempo disponible.

Con relación al espacio, es importante que el lugar donde se da la orientación sea limpio, ordenado y organizado, en lo posible que tenga una temperatura agradable, sea iluminado y disponga de materiales de apoyo como afiches, rotafolios y otros. Un ambiente agradable facilita la confianza y comunicación en el momento de la orientación.

Antes se debe tener en cuenta que la orientación se desarrolle en un espacio donde otras personas no vean ni escuchen lo que se conversa. Esto protege la privacidad y la confidencialidad de la orientación.

Hay que explicarle las ventajas y las implicaciones de este tipo de cuidados para ella y su recién nacido y exponerle en todo momento las razones que subyacen a toda recomendación. La adopción del Método Canguro debería ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso debería percibirse como una obligación. Conviene describir a la madre o persona que utiliza el método, los diversos aspectos que conforman el método: la posición, las opciones de alimentación, la atención en el servicio y en el hogar, lo que puede hacer por el recién nacido que lleva junto a su cuerpo y lo que no debe hacer.

Mensajes clave del capítulo:

- La orientación para el Método Canguro es un proceso de acompañar a la persona a tomar decisiones informadas con relación a la utilización del método.
- Considerar los elementos de una comunicación interpersonal efectiva permite a las madres y/o familias tomar una decisión informada sobre la utilización del Método Canguro.
- Los elementos de la comunicación interpersonal efectiva son: utilizar gestos y palabras para ser cordiales, hablar pero sobre todo escuchar, hacer preguntas adecuadas, negociar con respeto y utilizar mejor el tiempo y el espacio disponibles.

Bibliografía Consultada

Arraes de Alencar A, Arraes L, Cavalcanti de Albuquerque E, Alves JGB. 2008. Effect of Kangaroo Mother Care on Postpartum Depression. *J Trop Pediatr* (2009) 55 (1): 36–38. First published online: December 9, 2008.

Bergh AM, van Rooyen E, Pattison RC. 2008. Scaling up Kangaroo Mother Care in South Africa: 'on-site' versus 'off-site' educational facilitation. *Human Resources for Health* 6:13 <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/13>.

Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. 2004. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization. *Acta Paediatrica* 93(6): 779–85.

Blencowe H, Molyneux EM. 1005. Setting up kangaroo mother care at Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre – a practical approach. *Malawi Medical Journal*; 17(2): 39–42

Bogale W, and Assay K. 2001. Kangaroo Mother Care: A randomized controlled trial on effectiveness of early Kangaroo Mother Care for Low Birthweight Infants in Addis Ababa, Ethiopia. *J. Trop. Pediatrics* 51(2):93–97.

Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surgono A, Echeverria M, Bedri A, Hakasari E, Osorno L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, Tamburlini G. 1998. Kangaroo Mother Care for Low Birthweight Infants: A Randomized Controlled Trial in Different Settings. *Acta Paediatrica*: 87: 976–85.

Cattaneo A., Davanzo R, Bergman N, Charpak N. 1998. Kangaroo Mother Care in Low-income countries. *Journal of Tropical Pediatrics*; 44 (Oct. 1998): 279–282.

Charpak N, and Ruiz-Pelaez JG. 2006. Resistance to implementing KMC in developing countries and proposed solutions. *Acta Paediatrica* 95: 529–534.

Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. 2011. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2. (Access online: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002771.html>).

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. 2003. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2003, Issue 2.

Countdown to 2015 Decade Report: Taking stock of maternal, newborn and child survival. 2010. <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportPagesi-10.pdf>.

Kirsten G, Bergman NJ, Hann FM. 2001. Kangaroo Mother Care in the nursery. *Pediatric Clinics of North America*; 48 (2) April 2001:443–452.

Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 2010. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*: i1-i10. (Access online: http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i144.long).

Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, 2009

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. 2007. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(3): CD003519.

Pattinson RC, Bergh AM, Malan AF, Prinsloo R. 2006. Does kangaroo mother care save lives? *Journal of Tropical Pediatrics*; 52(6):438-441.

Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja A, George G. 2001. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. *Indian J. Pediatr.*

Ruiz-Pelaez JG, Charpak N, Cuervo LG. 2004. Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. *BMJ* 2004;329(7475):1179-81.

Schmidt E, and Wittreich G. 1986. Care of the Abnormal Newborn: A Random Controlled Trial Study of the "Kangaroo Method" of Care of Low Birth Weight Newborns. WHO Interregional Conference on Appropriate Technology Following Birth, Trieste. WHO: Geneva.

Syfrett EB, Anderson GC, Behnke M, Neu J. 1993. Early and Virtually Continuous Kangaroo Care for Lower-Risk Preterm Infants: Effect on Temperature, Breastfeeding, Supplementation and Weight. *Proceedings of The Biennial Conference of The Council of Nurse Researchers.*

Van Rooyen E, Pullen AE, Pattinson RC, Delpont SD. 2002. The value of the kangaroo mother care unit at Kalafong Hospital. *Geneeskunde/The Medical Journal*; April: 6-10.

Wahlberg V, Affonso D, Persson B. 1992. A retrospective comparative study using the Kangaroo Method as complement of standard care. *Eur J Pub Health*: 2 (1): 34-37.

Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. 1998. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child*: 63: 1377-81.

WHO-UNICEF. 2009. *Caring for the Newborn at Home, Training Manual*. WHO: Geneva.

World Health Organization. 1997. *Thermal Protection of the Newborn: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit.

ANEXOS

Ficha de registro canguro intrahospitalaria y ambulatorio

a -Nombre y Apellido del recién nacido:		i -Edad gestacional:																			
b - Nombre y Apellido de la madre:		j - Numero de mamas y familiares que recibieron orientación:																			
c - Fecha de nacimiento:		k - Fecha de graduación del ambulatorio:																			
d - Fecha de ingreso a canguro:		l - Peso al graduar del ambulatorio:																			
e -Fecha de egreso hospitalario:		m - Estado al alta de Canguro Ambulatorio: (referido, abandonó el programa, vivió, fallecido)																			
f - Peso de nacimiento:																					
g -Peso de ingreso a canguro:																					
h -Peso de egreso hospitalario:																					
Fecha (1)	Edad cronológ. (2)	Edad (3)	Peso (4)	T° (5)	Talla (6)	P.C. (7)	Continua posición M.C. (8) *SI *NO *FALL. *REINTERN.	Aliment.: L.M.Exc. (9)	Peso ganado diario (10)	Peso ganado desde alta de M.C.H. (11)	Peso ganado desde el nacimiento (12)	Días en M.C. ambulatorio (13)	Examen respiratorio (14)	Examen oftalmológ. (15)	Examen auditivo (16)	Vacunas (17)	Estimulac. Temprana (18)	Exámenes Especiales (19)	Comentarios (20)		

Lista de Verificación sobre la implementación del Método MC

Instructivo:					
Objetivo					
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si el personal que está implementado el método MC sigue los estándares mínimos para su implementación 					
Método:					
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el desempeño de cada paso de acuerdo a la siguiente escala: 					
1 = Desempeño correcto					
2 = Desempeño no correcto.					
N/A (no aplicable) = Paso no necesario debido a una situación particular					
Anotar el puntaje					
	Paso	Puntaje			
Fecha					
Puntos por desempeño de destreza					
Posición del bebé (5 puntos)					
1	El bebé está vertical				
2	El bebé está en contacto piel a piel con el pecho de la madre				
3	Las piernas están flexionadas in posición de rana				
4	La mejilla está en contacto con el pecho de la madre				
5	El bebé está amarrado/fijado firmemente al pecho de la madre con un paño/banda/ camiseta				
Vestimenta del niño/a (4 puntos)					
6	Pañal/paño				
7	Gorro de lana/algodón que cubra la cabeza				
8	Medias				
9	Un saco ligero que cubre sólo la espalda y no el pecho del niño/a. Si no se está usando poner "N/A"				
Otro (3 puntos)					
10	El bebé y su ropa está limpia				
11	El bebé está recibiendo lactancia materna				
12	La mamá puede enumerar cuando se lava las manos				
A: Total de puntos por casos observados =					
B: Total de puntos de (N/A) =					
C: Total de posibles puntos por casos observados (CO - B) =					
Puntaje (porcentaje): A dividido por C multiplicado por 100 =					
Firma del supervisor/a/iniciales					

Lista de Verificación de la Unidad de Mamá Canguro Seguimiento de la implementación

ITEM/ELEMENTO	SI	NO
1. Normas referidas a la implementación de MC son conocidas y están a la mano:		
• Criterios de admisión a la Unidad de Mamá Canguro		
• Criterio de orientación en el momento del alta		
• Normas sobre Higiene		
○ Lavado de manos		
○ Desinfección		
○ Baño		
○ Esterilización		
○ Manejo de utensilios para la alimentación		
• Condición de la Unidad Canguro		
○ Piso limpio		
○ Paredes limpias		
○ Sábanas/ almohadas limpias		
○ Baño limpio		
○ Ventilación adecuada		
• Orientación a la madre		
○ En la admisión/inicio del método MC		
○ Para continuar el método MC		
○ En el momento del alta		
○ A los miembros de la familia		
○ En las visitas de seguimiento		
2. Disponibilidad y funcionalidad del equipo mínimo/Insumos		
• Balanza		
• Tubos de Alimentación (preferentemente # 5 - 6)		
• Taza de alimentación		
• Taza de medición (graduada 10ml)		
• Calefacción/aire acondicionado/ventilador disponible y funcionando		
3. Registros correctamente llenados para cada niño/a		
○ Peso al inicio		
○ Peso ganado diario		
• Temperatura		
• Registro de alimentación		
• Notas sobre hallazgos en los exámenes físicos, exámenes clínicos		
• Notas sobre tratamientos ordenados e implementados		
• Información sobre el tipo de MC implementado		
○ Intermitente		
○ Continuo		

PROGRAMA MADRE CANGURO (MC)

**REPORTE MENSUAL DE RESUMEN DE DATOS
ADAPTACION INTRAHOSPITALARIA**

Hospital:
Mes y año:
Responsables:
Fecha de entrega:

Tabla 1: Número de admisiones, dados de alta y muertes

Variable	Numero
Características de las admisiones de bajo peso al nacer	
Número total de RNPB admitidos a la unidad neonatal	
Número total de muertes de RNPB admitidos a la unidad neonatal (no incluye muertes de MC)	
Numero de RNPB de la unidad neonatal ingresados a MC	
Numero de RNPB de maternidad ingresados a MC	
Numero de admisiones a MC y casos que continúan	
Número de casos de MC que continúan en la unidad neonatal desde meses anteriores	
Nuevas admisiones a MC	
Casos totales en MC (casos que continúan + nuevas admisiones)	
Número de bebés dados de alta en canguro	
Número de bebés dados de alta	
Numero dado de alta en contra de recomendación medica	
Numero de disidentes (referidos a MC ambulatorio que rechazan)	
Número de muertes de bebés en MC en la unidad neonatal	

Tabla 2: Ganancia o pérdida de peso de bebés en MC en la unidad de neonatos en el mes

Variable	Frecuencia
Número de bebés que ganaron peso	
Número de bebés que perdieron peso	
Número de bebés con peso estático	
Total	

Tabla 3: Numero total y muertes de bebés en MC en la unidad neonatal de acuerdo a características

Característica	Número de bebés (T)	Número de muertes (M)	Porcentaje (M/Tx100)
Peso			
<1000g			
1000g – 1499g			
1500g – 1999g			
2000g – 2500g			
Total			
Edad de la madre			
<20 años			
21 – 30			
31 – 40			
>40			
Total			
Paridad			
1			
2 – 4			
>4			
Total			

Tabla 4: Complicaciones de bebés en MC en la unidad neonatal

Característica	Numero de bebés con complicaciones				
	Neumonía	Sepsis	Apneas	Otras (describa)	Total
Peso					
<1000					
1000- 1499					
1500 – 1999					
2000 – 2500					
Total					

Tabla 5: Tiempo de estadía de los bebés en MC en la unidad neonatal para aquellos que fueron dados de alta en este mes (en días)

Tiempo de estadía de los bebés en MC	
Numero total de bebés en MC dados de alta de la unidad neonatal	
Estadía promedio (en días)	
Estadía mínima (en días)	
Estadía máxima (en días)	
Tiempo de estadía de los bebés en MC para aquellos que rechazaron seguimiento ambulatorio	
Numero de bebés dados de alta de MC en contra de recomendación medica	
Estadía promedio (en días)	
Estadía mínima (en días)	
Estadía máxima (en días)	
Tiempo de estadía de los bebés en MC que fallecieron	
Numero total de bebés en MC que fallecieron	
Estadía promedio (en días)	
Estadía mínima (en días)	
Estadía máxima (en días)	





contratapa