

MÉTODO MADRE CANGURO



Naciones Unidas
Programa
Mundial
de Alimentos

PMA

Prosperidad
para todos



Ministerio de Salud
y Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Kit Pedagógico y sitio web de formación para la implementación, fortalecimiento y actualización de los programas madre canguro en Colombia

Convenio de cooperación técnica y financiera No 480 de 2010 entre el Ministerio de la Protección Social hoy **Ministerio de Salud y Protección Social** y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas - PMA

Elaboración

Fundación Canguro

Óptometra

Susana Merchan Prince

Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación de Proyecto

Ángela María Parra Duque
Patricia Jiménez Osorio

Fonoaudióloga

Irma Carvajalino Monje

Beatriz Londoño Soto

Ministra de Salud y Protección Social

Dirección Científica

Nathalie Charpak

Fisioterapeuta

Gloria Jurado Calvache

Carlos Mario Ramírez Ramírez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Revisión Científica

Juan Gabriel Ruiz-Peláez
Nathalie Charpak

Conductora Temática

María del Rosario Martínez Arias

Norman Julio Muñoz Muñoz

Viceministro de Protección Social

Pediatras

Carmen Georgina Carrillo Solano
Eleonora Rodríguez Cuenca
Gloria Cecilia Sánchez
Lyda Teresa Rosero Pedraza
Mónica Silva González
Nathalia Isaza Brando
Nathalie Charpak
Nohora Carolina Sandoval Castro
Paula Andrea Henao Mejía
Silvia Fernández Iriarte

Corrección de Estilo

Pilar Mejía Duque

Lenis Enrique Urquijo Velásquez

Director de Promoción y Prevención

Fotografías

Alain Misrashi
Jane Dempster PAHO
Maritza Jinete Manjarrés
Nathalie Charpak
Personal Programas Madre Canguro

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

Programa Mundial de Alimentos-PMA- Praveen Agrawal

Representante del Programa Mundial de Alimentos De la Naciones Unidas

Psicólogos

Hilda Botero C
Martha Cristo Borrero
Pablo Muñoz Specht
Patricia Jiménez Osorio
Sandra Milena Barbosa

Diagramación, Videos y Multimedia

Haikú Diseño y Comunicación para el Desarrollo SAS

María Cecilia Cuartas

Oficial de Salud y Nutrición Supervisora PMA

Enfermeras

Ana Luisa Pulido Moreno
Audrey Janeth Riveros Barrera
Bertha Acosta Bustos
Elizabeth Gómez Quiroga
Flor Ángela Gómez Mora
Leidy Yuliana Ortiz López
Margarita Pérez Duarte
Zandra Patricia Grosso Gómez

Diseño de Página Web

Carlos Andrés González
Javier Villarreal Lee

Equipo de Coordinación y revisión PMA

María Patricia Nader Vega

Coordinadora de Convenio

Oftalmólogo

Humberto Torres

Agradecimientos especiales a los Psicólogos Pablo Muñoz Specht y Nathalia Varela Pulido por su colaboración en la redacción inicial del proyecto.

Este portal de formación está dirigido a profesionales entrenados en el Método Madre Canguro y se realiza con fines educativos, por tanto no tiene propósitos comerciales.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los documentos y videos.

Sólo se permite la reproducción de los documentos que se encuentran en el centro de documentación y el video Método Madre Canguro.

Auxiliares de Enfermería

Alexandra Fagua Lizarazo
Evelyn Yurley Aillon Ballesteros
Luz Celmira Guana Ortiz
Nathalie Fonseca Riaño

Trabajadoras Sociales

Martha Girón Girón
Wendy Bautista Parra

Medicina General

Julieta Villegas
Valentina Citroni

El material fotográfico y de video utilizados dentro de este Portal cuenta con la respectiva autorización de los padres y/o responsables del bebé prematuro.



Prosperidad para todos



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

CAPÍTULO | 4

ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA Y SALIDA

TABLA DE CONTENIDO

4. ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA Y SALIDA	5
GLOSARIO	5
INTRODUCCIÓN	5
4.1. Adaptación canguro	9
4.1.1. Adaptación canguro intrahospitalaria	10
4.1.2. Objetivos de la adaptación canguro hospitalaria	13
4.1.3. Criterios de selección para el inicio de la adaptación intrahospitalaria	13
4.2. Inicio de la adaptación canguro	14
4.2.1. Formas de sostener y movilizar al prematuro y /o de bajo peso al nacer	15
4.2.2. La posición canguro en la URN	16
4.2.3. Apoyo emocional a la madre	17
4.2.4. Participación del padre en el cuidado canguro	18
4.3. Sesiones posteriores de adaptación canguro intrahospitalaria	21
4.3.1. Técnicas para relajación de la madre en la adaptación	21
4.3.2. Visualizar el cuidado en el hogar	22
4.3.3. Reconocer temores y preocupaciones antes del egreso	22

Capítulo 4

4.3.4.	Apoyo a la familia	23
4.3.5.	Sesiones educativas	23
4.4.	Masaje del niño en posición canguro	24
4.4.1.	Ventajas del masaje en posición canguro	25
4.4.2.	Requisitos para realizar el masaje en posición canguro	27
4.4.3.	Precauciones para realizar el masaje piel a piel	27
4.4.4.	Técnica de masaje.	28
4.5.	Educación a la madre y la familia: la adaptación canguro intrahospitalaria	29
4.5.1.	Características del prematuro	29
4.5.2.	Cuidados y precauciones	31
4.5.3.	Enseñanza de los signos de alarma	33
4.5.4.	Vestido	33
4.5.5.	Lavado de ropa	34
4.5.6.	Aseo	34
4.5.7.	Alimentación y frecuencia de alimentación	36
4.5.8.	Métodos alternativos de alimentación	37
4.5.9.	Cómo alimentar al niño utilizando las técnicas alternativas de alimentación	38
4.5.10.	Manejo de equipos de oxígeno	39
4.6.	Evaluación de la calidad de la adaptación canguro intrahospitalaria	40
4.6.1.	Evaluación de la madre	41
4.6.2.	Evaluación del niño	42
4.6.3.	Criterios de elegibilidad para la salida del niño	45
4.6.4.	Criterios de elegibilidad en la madre, para la salida	45
4.6.5.	Criterios de elegibilidad en la familia, para la salida	46
BIBLIOGRAFÍA		47

4. ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA Y CRITERIOS DE SALIDA

GLOSARIO

Alojamiento conjunto: madre e hijo están en la misma habitación durante la estancia postparto de la madre en el hospital. Se puede aprovechar para iniciar y mantener la posición canguro. Si la madre es dada de alta se interrumpe el alojamiento conjunto. Este concepto se ha extendido a la llamada ala o sección canguro (kangaroo ward). Se trata de un área de alojamiento intra o extra hospitalaria en donde la madre (después de su egreso hospitalario postparto) o ambos padres, pueden permanecer 24 horas al día con el recién nacido mientras le administran cuidados canguro.

Es posible también utilizar este espacio como anexo a la Unidad Neonatal para proveer posición canguro 24 horas al día antes de que el niño o la díada madre-hijo estén listos para el egreso; asimismo, puede ofrecerse fuera de ésta cuando la díada está preparada para el egreso a casa, pero por cualquier motivo (por ejemplo, que la madre viva muy lejos) no pueden regresar los padres al centro hospitalario para el seguimiento canguro inicial. En algunos casos es política institucional.

Adaptación canguro: es el proceso por el cual se transfiere de manera gradual la res-

ponsabilidad del cuidado del niño a los padres o cuidadores, lo cual se inicia con la verificación de la tolerancia de la posición canguro por parte de la madre y el hijo; las sesiones se prolongan progresivamente hasta alcanzar la posición canguro continua. Otro aspecto crucial es el entrenamiento y acompañamiento en la alimentación, basada en la lactancia materna. La adaptación canguro puede ser intra o extra hospitalaria; en este capítulo se tratará la adaptación intrahospitalaria.

INTRODUCCIÓN

La salida de la Unidad Neonatal en posición canguro al hogar o a un alojamiento conjunto madre-hijo 'canguro', junto con el seguimiento ambulatorio de los prematuros y/o de bajo peso al nacer es el tercer componente del Método Madre Canguro, que se ha configurado en el tiempo como una de las estrategias para devolver al niño 'canguro' a su familia, y acelerar el egreso hospitalario oportuno (la salida oportuna en posición canguro es la alternativa a la permanencia en incubadoras de cuidados mínimos, durante la fase de crecimiento estable) para lograr entre otras cosas, la disminución de los riesgos asociados con la hospitalización, incluidas las infecciones hospitalarias.



Video kit Inicio de la Adaptación Canguro intrahospitalaria.



CAMERÚN

El alojamiento conjunto

En numerosos países y en algunas instituciones hospitalarias de Colombia, la salida del niño de bajo peso al nacer o prematuro de la Unidad Neonatal o de la sala de parto/recuperación, no se hace de modo directo hacia el hogar de la familia; la madre permanece con su hijo en un alojamiento conjunto hasta que finaliza el periodo de observación inicial: seguimiento diario del niño hasta que gane 15g por Kg por día y tasa de ganancia ponderal que se asemeja a la intrauterina hacia el final del embarazo. Para algunos de estos alojamientos el hospital incluye dentro de su presupuesto los costos de la alimentación.

Las razones para requerir este alojamiento pueden ser las siguientes: i) una familia con

recursos económicos muy limitados, incluso, para el pago del transporte; ii) ausencia de transporte en la zona geográfica; iii) zona rural y vivienda lejanas del centro de atención y, iv) confianza limitada en las capacidades de la madre para responder de buena manera al cuidado de su hijo durante este periodo.

- Los beneficios que se obtienen con el alojamiento conjunto en el Método Madre Canguro en relación con el cuidado mínimo en la Unidad Neonatal, son los que se indican a continuación.

- Facilita el cumplimiento con la posición canguro bajo observación de los profesionales de la salud
- Reduce la separación inicial de la madre y su hijo
- Promueve la lactancia materna
- Favorece el desarrollo del vínculo afectivo
- Reduce costos
- No demanda equipamiento complejo
- No requiere personal adicional
- Disminuye el índice de infecciones

En cuanto a las acciones para implementar un alojamiento conjunto, se reseñan las siguientes.

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento
- Garantizar la higiene, comodidad y seguridad para la madre y el niño

- Coordinar un entrenamiento para el personal de puerperio y sala del recién nacido para la atención y seguimiento adecuada de la díada madre-hijo
- Implementar las sesiones educativas in-

dividuales y grupales para las madres acerca de los cuidados del niño en el alojamiento conjunto, e iniciar la preparación para la salida al hogar en posición canguro.

Resistencias acerca del alojamiento conjunto de la madre e hijo ‘canguro’ y estrategia de manejo

Inquietud	Estrategia de manejo
Se hace más difícil supervisar el estado general de los bebés. En la sala de recién nacidos una persona supervisa a varios infantes al mismo tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Concientizar al personal de la Unidad Neonatal sobre las ventajas del alojamiento conjunto para el niño y la madre, en esencia, en cuanto a seguridad, calor, lactancia y vínculo afectivo. - Invitar al personal de otros servicios que hayan vivido esta etapa a dar su testimonio. <p>La supervisión por 24 horas no es necesaria, basta con una revisión periódica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar cómo la madre una vez formada en el MMC es una ayuda eficaz y no es ‘estorbo’ para el proceso. - Mostrar que la carga de trabajo adicional, en particular para la capacitación de las madres, rinde frutos en mejoría del cuidado y ahorro futuro de trabajo.
Las infecciones pueden incrementarse cuando las madres permanecen en la sala de recién nacidos.	<p>La madre debe iniciar el MMC tan pronto como sea posible; debe contar con la posibilidad para quedarse el mayor tiempo posible, lo cual es ideal que sea 24 horas en buenas condiciones (sillas adecuadas).</p> <p>La evidencia científica indica que las tasas de infección en la URN no se incrementan con la permanencia de los padres.</p>
Los niños pueden caer de la cama	<p>Enfatizar en que en el MMC el bebé permanece piel a piel en posición canguro, contenido por la faja que impide que se caiga y facilita a la madre moverse con mayor libertad y realizar otras actividades con seguridad para el niño.</p>
El alojamiento completo es imposible pues algunos procedimientos se realizan fuera de la habitación.	<p>El bebé en posición canguro, conforma con su madre una unidad que puede desplazarse sin dificultad ni riesgo. Además, la posición canguro constituye una alternativa de manejo no farmacológico de procedimientos leves a moderadamente dolorosos.</p>

Capítulo 4

En la actualidad son numerosos los países e instituciones que han adoptado el alojamiento conjunto para el manejo del bebé prematuro estable como una estrategia de protección a la maternidad y la infancia. Países latinoamericanos como Chile, Ecuador, Honduras y México, entre otros, iniciaron los alojamientos conjuntos para la promoción de la lactancia con resultados exitosos. En Colombia fueron creados con el objeto de dar solución a la dificultad de desplazamiento de la díada madre-hijo que requiere seguimiento clínico; se encuentran ubicados en regiones rurales e indígenas.



8

La implementación del Método Madre Canguro en India requiere que se incluya la participación de la suegra, al ser quien determina las expectativas de las tareas que la nueva madre

debe hacer en el hogar. El alojamiento conjunto es el lugar en el cual se hace partícipe a la suegra para que comprenda la importancia del Método y permita que la madre guarde a su hijo en posición canguro las 24 horas del día, una vez que regrese al hogar y siga las recomendaciones del Programa Madre Canguro.

Algunas instituciones en Brasil ya ofrecen la permanencia de la madre y el bebé en el alojamiento conjunto, hasta el momento en el cual el niño rechaza la posición canguro.

El alojamiento conjunto puede ser propicio para que el hospital proporcione una adecuada alimentación a la madre que amamanta; el personal de salud, o los estudiantes de áreas de la salud disponibles, pueden dar charlas de nutrición, vacunación, terapias y otros temas de interés para la madre.

El alojamiento conjunto no necesariamente se organiza dentro de la institución hospitalaria. Existen sitios de alojamiento como los Hogares de Paso que se encuentran en casas, por lo general cercanas al hospital y atendidos por personas voluntarias. El alojamiento conjunto, cualquiera que sea su modalidad, es una forma de atención no medicalizada, es decir, como si se estuviera en casa: el médico realiza una visita una vez al día en compañía de la enfermera y practica el mismo examen que haría bajo un programa de seguimiento ambulatorio.

Los criterios de salida del alojamiento se rigen por controles semanales y no diarios; el recién nacido sube 15g por Kg por día, y requiere de un control semanal para oximetría (cuando sea aplicable) y para la valoración pediátrica.

4.1. Adaptación canguro

Es el proceso de adiestramiento gradual y sistemático de la madre y la familia en el Método Madre Canguro. Con él se busca desarrollar destrezas en los cuidadores para atender las necesidades de cuidado de niño prematuro tanto físicas como emocionales. Este proceso demanda una cuidadosa preparación para disminuir los riesgos que tiene un niño prematuro de enfermar o morir en el primer año de vida. Por ello, es necesario que tal formación (AAP, 2008) sea exitosa para que pueda ser autorizada la salida del bebé de la Unidad Neonatal.

El primer paso de la adaptación canguro se inicia con la entrada de los padres a la Unidad Neonatal para estar cerca de su hijo recién nacido. Se busca entonces propiciar el contacto temprano y la vinculación de los padres a las actividades que se realizan diariamente con el niño en la UCIN; el acompañamiento y empoderamiento ofrecidos por el equipo de salud en la Unidad ayuda a los padres a dar sus primeros pasos vinculares, y a afrontar con menos ansiedad el proceso de salida de su hijo



prematuro y/o de bajo peso al nacer al hogar. Varios estudios han demostrado los beneficios de los programas de educación y apoyo a los padres de estos niños en la UCIN, en relación con el empoderamiento y la adquisición de habilidades de los padres para el cuidado de su hijo durante la estadía en la Unidad y después del egreso (Zelkowitz, Feeley, Shrier, & Stremler, 2008) (Hernández-Herrera & Flores-Hernández, 2002) (Kaaresen, Rønning, Ulvund, & Dahl, 2006) (Mazurek, et al., 2006).

4.1.1. Adaptación canguro intrahospitalaria

La adaptación canguro es un paso indispensable para el éxito de la intervención canguro; se refiere al ajuste social, emocional y físico de la madre y de la familia del bebé prematuro y/o de bajo peso al Método Madre Canguro. Esto se cumple a través de un proceso de educación objetivo y claro, un entrenamiento intensivo y un apoyo social y emocional. Participa el equipo de la Unidad: pediatra o neonatólogo,

enfermera, nutricionista, trabajadora social, psicóloga y toda la familia. Es un proceso intencional para ayudar a la madre o cuidador del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer a superar el estrés que le genera la manipulación del niño pequeño, facilitar el amamantamiento, generar destreza y confianza en su cuidado y asegurar el reconocimiento de las características normales del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, como también las precauciones y los signos de alarma que se deben reconocer para proteger al niño en el hogar.





El proceso debe iniciarse desde el nacimiento, pero el contacto físico y en particular la utilización de la posición canguro, comienza cuando el niño ha completado muy bien la adaptación inmediata y mediata a la vida extrauterina y tiene suficiente estabilidad fisiológica como para permitir que se le manipule; se continúa hasta la salida del niño de la Unidad Neonatal en posición canguro, bien sea hacia el alojamiento conjunto o a la casa para el seguimiento ambulatorio. La adaptación canguro prosigue luego de la salida de la Unidad Neonatal y se denomina adaptación ambulatoria.



Si no se había hecho antes, se aprovecha el proceso de adaptación para evaluar la competencia del niño para succionar, deglutir y respirar efectiva y coordinadamente, para asegurar una lactancia exitosa en el hogar.

El proceso de adaptación puede ser apoyado por una enfermera profesional con amplios conocimientos en lactancia materna, comprensión del manejo del estrés, de los mecanismos de adaptación y una visión integral y dinámica del cuidado de enfermería, que le permita ayudar a la madre a ganar autocontrol y a adoptar las medidas necesarias para lograr los objetivos de tal proceso.

Es indispensable contar con el soporte de un equipo interdisciplinario, en especial de un profesional de psicología que pueda abordar con mayor profundidad las crisis emocionales de las madres y padres que muestran dificultad para afrontar el nacimiento y hospitalización de su hijo prematuro. Asimismo, es necesaria la asistencia de un profesional de trabajo social que apoye a las familias con situaciones socioeconómicas complejas que les impidan desarrollar un óptimo proceso de adaptación.

Esta etapa demanda personal dedicado y disponibilidad de tiempo para garantizar la seguridad del proceso que debe iniciarse dentro de la UCI.

Los resultados dependen de los ajustes y esfuerzos que realicen los padres de acuerdo con su condición económica y educacional, sus fortalezas y el apoyo y la dedicación del equipo de salud para atender las necesidades familiares establecidas, y las nuevas demandas que surjan de la condición del niño a la salida de la Unidad.

La adaptación canguro se inicia al lado de la incubadora mientras que el niño no pueda ser desplazado; cuando él haya superado la etapa crítica y si existe una sala en la Unidad donde sea posible reunir a las madres, parte de las actividades de adaptación al MMC puede ser realizada allí mismo, lo que permite intercambiar y reforzar el conocimiento en ellas al escuchar de modo reiterado la misma información y recomendaciones. Esto permite también a la madre que espera su turno, tener una sesión individual a fin de escuchar los problemas de otras madres en su misma condición e intercambiar su vivencia y dificultades.

La experiencia ha demostrado que con estos intercambios la ansiedad se maneja mejor: observar a bebés más pequeños y más grandes que el propio, incrementa la confianza en el proceso y llena a los padres y madres de esperanza y fe en que se pueden lograr las me-



jores condiciones para su hijo prematuro bajo el Método Madre Canguro.

Una profesional de la salud, por ejemplo una psicóloga, debe estar disponible para manejar los casos de crisis por depresión, sentimiento de soledad o de inseguridad, entre otros. Es también importante promover la presencia de un acompañante en la adaptación, el cual puede ser el padre u otro miembro de la familia en particular cuando el niño es oxígeno dependiente en posición canguro.

Es clave no olvidar que debe haber libertad de horarios para que los padres tengan acceso a la Unidad de Recién Nacidos, cuando puedan y quieran hacerlo. También hay que disponer de sillas confortables para la permanencia en posición canguro y ofrecer a las madres y padres un soporte como la faja de lycra para sostener al niño y permitirles relajarse y dormir en posición canguro segura.

4.1.2. Objetivos de la adaptación canguro hospitalaria

- Capacitar a la madre y a otros miembros de la familia para cuidar al niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, bajo los lineamientos del MMC tanto durante la estancia en el hospital como después de su egreso, bien sea en la casa o en un alojamiento canguro.
 - Disminuir el estrés de la madre frente al manejo de su hijo, por medio de instrucción, ejercicios de relajación y el establecimiento de una relación de confianza.
 - Generar confianza y seguridad en la madre para cuidar al niño.
 - Promover el desarrollo del vínculo afectivo entre la madre y el niño.
 - Desarrollar habilidad en la madre para amamantar a su hijo.
 - Evaluar la capacidad del niño para succionar, deglutir y respirar activa y coordinadamente durante la alimentación.
 - Identificar y construir fortalezas individuales y familiares para el cuidado del niño en el hogar.
 - Ayudar a los padres a identificar y asegurar la colaboración de sus sistemas y redes de apoyo antes de la salida del niño al hogar.
 - Colaborar con las familias en la planeación y provisión de cuidado al niño en el hogar.
- Responder a las preguntas y dudas de los padres acerca del cuidado canguro y otros aspectos de la crianza.
 - Facilitar a los padres el logro de las tareas de la adaptación en relación con la alimentación, el reconocimiento de signos de alerta y de características del comportamiento del niño prematuro y la vinculación afectiva.



4.1.3. Criterios de selección para el inicio de la adaptación intrahospitalaria

El pediatra una vez que evalúa el estado de salud del niño y revisa con rigurosidad la historia clínica, determina si el niño es elegible para iniciar la adaptación canguro intrahospitalaria.

La enfermera a través de la información obtenida de la historia clínica puede establecer si

existen riesgos para el inicio del proceso de adaptación en cada niño. Llena un registro de edad gestacional, peso actual del niño, fármacos que recibe, saturación y necesidad de oxígeno. El bebé debe estar en capacidad de tolerar la manipulación necesaria como para ser llevado a posición canguro sin provocar caída en la saturación de oxígeno o variaciones significativas en los signos vitales. El niño debe haber superado cualquier patología crítica, como infecciones, inestabilidad cardio respiratoria, enterocolitis, displasia broncopulmonar o hemorragias intraventriculares.

Se recomienda que la madre esté acompañada de otra persona responsable que pueda y desee participar en el proceso de adaptación. Tener una saturación de O₂ en reposo igual o superior a 90 por ciento (con flujo menor de 0.5 Lt/min)

Criterios de selección y requisitos para la madre o cuidador

- Ausencia de enfermedades infecto contagiosas o cutáneas; no tener hipertermia.
- Capacidad física y mental para manejar al niño bajo el MMC.
- Aceptar voluntariamente su participación en el entrenamiento.

- Si es un cuidador distinto a alguno de los padres, garantizar que tenga la habilidad, disponibilidad y compromiso para desarrollar el MMC y tener la autorización de los padres o del guardián legal.



4.2. Inicio de la adaptación canguro

Existen diferentes factores que pueden incrementar el estrés y la ansiedad en las madres cuando inician el proceso de adaptación, los cuales deben ser tenidos en cuenta por la enfermera que conduce el proceso:

- El grado de prematuridad del niño (semanas de edad gestacional al nacimiento).

- Duración de la hospitalización
- Episodios de apnea en el niño previos a la adaptación
- Dificultades en la alimentación si el niño se va a alimentar al seno (Reyna, Pickler, & Thompson, 2006).

En opinión del personal de enfermería de diferentes Programas Madre Canguro, los temores expresados con más frecuencia por la madre o los cuidadores se relacionan con los siguientes aspectos en relación con su hijo.

- Temor a lastimarlo durante la manipulación
- Miedo a no saber cómo movilizarlo
- Temor a dejarlo caer
- Sensación de estar asfixiando al niño con el seno
- Preocupación por no tener suficiente leche para amamantarlo

Se debe realizar un acercamiento cálido a la madre para ayudarla a enfrentar estos temores básicos que se presentan durante las primeras veces en que ella intenta ponerlo en la posición canguro.

Como consecuencia de la falta de atención a estos temores, numerosas madres se ‘bloquean’ y no pueden atender las indicaciones de la enfermera para iniciar el amamantamiento del niño o se resisten a moverlo o sostenerlo como se le indica. Por esta razón, es necesario repetir las sesiones de adaptación hasta

tener la certeza de que la madre captó todo lo que tiene que aprender. Una sesión nunca es suficiente.

Del clima inicial que se genere entre la madre y la enfermera en estas sesiones iniciales, dependerá la seguridad, confianza y la serenidad de la madre en todo el proceso de adaptación al Método Madre Canguro.

Cuando el bebé inicia la alimentación oral, resulta más cómodo y práctico para la enfermera dar las indicaciones para amamantar sentándose en diagonal, al lado derecho o izquierdo de la madre. Esta posición permite que la enfermera ayude a la madre, al mismo tiempo que observa y sostiene al niño. Así puede demostrarle cómo se coloca el pezón dentro de la boca del niño y cómo sostener el seno mientras este come.

La madre debe llevar una blusa abierta adelante para tener fácil acceso al seno y para poner al niño en contacto piel a piel.

4.2.1. Formas de sostener y movilizar al prematuro y /o de bajo peso al nacer

La madre necesita aprender a sostener al niño para movilizarlo sobre su pecho y cuando no está en contacto piel a piel. Levantar y movilizar al niño prematuro genera ansiedad por su hipotonía y apariencia frágil. La forma más segura de movilizarlo es sostenerlo con



una mano en el cuello y la otra debajo de los glúteos, flexionando las piernas del niño contra la pelvis y manteniendo el cuello extendido (sin sobre extender) para evitar la apnea por obstrucción. La enfermera para realizar este movimiento debe hacer previamente una breve demostración a la madre o al cuidador.



Videos kit Posición Canguro y UCIN abierta las 24 horas.

4.2.2. La posición canguro en la Unidad de Recién Nacido





El niño se coloca en decúbito ventral sobre el pecho de la madre, de manera que brazos y piernas queden flexionados a cada lado del cuerpo del niño y no debajo de su tronco. Se utilizará una banda elástica de algodón lycra-do para sostenerlo con mayor comodidad. Es importante insistir a los padres para que eviten la flexión del cuello del niño o la hiper extensión para prevenir la apnea por obstrucción de la vía aérea.

4.2.3. Apoyo emocional a la madre

La interrupción prematura del embarazo bien sea por trabajo de parto prematuro o por necesidad de interrumpir la gestación debido a las condiciones maternas o fetales, provoca una disrupción del ajuste emocional sano a la gestación y trastorna el proceso normal y saludable de vinculación. Según Victorian, esto se ve reflejado en los padres con fuertes sentimien-



tos de rabia, culpa y angustia que perduran a lo largo de toda la hospitalización (el 60% de las madres recuerda su embarazo como una experiencia desagradable, aún después de la tercera semana de hospitalización). Sin embargo, el verdadero sufrimiento comienza después del parto, cuando se pierden las esperanzas de tener un hijo sano (Victorian, 1991) (Sammons & Lewis, 1989). La mayoría de las madres (75%) siente culpa e impotencia frente a la prematuridad de su hijo, a quien perciben pequeño y deforme (Rossel, Carreño, & Maldonado, 2002).

Cuando se inicia el proceso formal de alistamiento para la salida de los niños de la UCIN, los padres suelen debatirse entre diferentes estados emocionales: temor a llevar el niño a la casa; agotamiento por la jornada que han debido realizar día a día en la UCIN, y algo de confusión por los cambios que la familia ha enfrentado con la hospitalización del recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer.

El cuidado emocional que se ofrece a la madre en este primer momento, debe estar orientado a manejar los temores en relación con su capacidad para cuidar al niño y sus sentimientos de inutilidad e inadecuación para amamantarlo. Escuchar y atender cálida y empáticamente a la madre, le ayuda a enfrentar sus temores.

Algunas de las estrategias para abordar a la madre desde el primer día son las que se indican a continuación.

- Realizar una aproximación empática e individualizada para generar confianza.
- Crear un clima de confianza con el uso de palabras estimulantes y alentadoras.
- Llamar a la madre y a su hijo por su nombre.
- Permitir la expresión de emociones y preocupaciones.
- Ayudar a comprender e interpretar con naturalidad sentimientos de incapacidad e inadecuación cuando se inicia el proceso de adaptación.
- Hablar sin levantar la voz, con un volumen moderado y una actitud cálida e íntima que resulte tranquilizadora y menos estresante para el niño.
- Mirar a los ojos y establecer contacto físico, de acuerdo con la cultura y el estado de la relación con el profesional de la salud.
- Promover un buen estado de ánimo en la madre reafirmando en sus logros y hacerla sentir orgullosa de su maternidad, que por su complejidad, le ha demandado un esfuerzo que jamás hubiera imaginado.
- Respetar el ritmo físico y mental de cada madre y su familia.

En los casos en que se observen conductas persistentes de rechazo hacia el niño, signos de negligencia o abandono en el proceso, ansiedad y depresión, se debe buscar apoyo de un profesional en salud mental, bien sea psicólogo o psiquiatra.

4.2.4. Participación del padre en el cuidado canguro

En la actualidad se acepta que el papel del padre es un componente importante en el desarrollo del niño y su adaptación a la sociedad. Hay evidencia acerca de la similitud cuantitativa más no cualitativa en las relaciones entre madre/padre y el niño (Lamb 1976, 1982).





La paternidad ha sido entendida de diferentes formas a través del tiempo. Con anterioridad, el padre fue reconocido como un proveedor económico y figura de autoridad en la familia. En nuestros días, es concebido como alguien presente, que da apoyo material para satisfacer las necesidades del niño, protegerlo y tener una influencia directa en la toma de decisiones sobre él.

Este nuevo papel es determinado por diferentes aspectos y se expresa a través de la sensibilidad, el involucramiento, el apego y las interacciones.

- La sensibilidad es la identificación y respuesta pronta y adecuada a las señales del niño.
- El vínculo es la fuerte respuesta afectiva que el padre tiene por su hijo e incluye preocupación, interés y atracción por él, percepción del niño como perfecto y aumento de la autoestima.
- El involucramiento significa alta participación, compromiso, responsabilidad para

cuidar y socializar al niño, influencia en los patrones de crianza y accesibilidad durante la infancia.

- Interacción es la actividad que realizan padre e hijo en conjunto (juego, enseñanza y cuidado).

Hay pocos estudios acerca de la intervención del padre en el cuidado del niño prematuro; pero está claro que el papel del padre en su cuidado está determinado por la cultura y la sociedad. Por tradición, el padre del recién nacido debe buscar información y ayuda formal, y ser el intermediario entre el hospital y la madre. Debe también apoyar emocionalmente a la madre en su papel de cuidador principal del



bebé, pero tiene pocas oportunidades de tener intimidad, interacción y participación directa en el cuidado de su hijo. El papá del bebé prematuro es llamado a involucrarse más con las actividades físicas y de cuidado de su hijo.

Con relación al niño prematuro y el MMC (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008), encontraron en un estudio cualitativo que los padres experimentan de forma diferente el vínculo temprano. Para el padre el contacto piel a piel con su hijo es una muy positiva experiencia que lo hace sentirse útil e importante, y esta vivencia es sentida como el inicio de una nueva e íntima relación con su hijo. El padre experimenta el nacimiento prematuro como una crisis (angustia, impotencia, separación, enojo) pero de la cual se recupera con rapidez y puede involucrarse con su hijo pequeño y frágil. (Tessier, Charpak, Girón, Cristo, Z Figueroa, & Ruiz, 2009) realizaron un estudio con días padre-hijo prematuro y mostraron que el Método Madre Canguro estimula la temprana y activa participación del padre y aumenta su responsabilidad y competencia para cuidar y criar a su hijo. Esto se refleja en un ambiente familiar más orientado hacia el desarrollo infantil y un mejor cuidado del niño. (Arias, Stimman, Plata, & Cristo, 2008) encontraron en un estudio descriptivo que el Método Madre Canguro apoya el contacto temprano y continuo entre padre e hijo prematuro, lo que facilita en el primero, su aprendizaje y sensibilidad por el hijo, y produce un cambio hacia un trato más afectuoso y activo.

Es decir, que el padre mejora su competencia (capacidad para hacer) debido al efecto de apego asociado al mecanismo de apropiación propio del MMC. (Muñoz, Varela, & Plata,

2010.) en días padre-hijo prematuro en dos países y culturas diferentes (India y Vietnam) encontraron que la posición canguro favorece la sensibilidad de los papás, el cambio y percepción de su papel como padres debido al sentimiento de 'enriquecimiento' que le proporcionaba el contacto, interacción y involucrimiento desarrollados durante el tiempo postnatal, en el cual tuvieron a su hijo en posición canguro.

En este contexto es necesario recordar...

- Los padres en su mayoría, están entusiasmados por el nacimiento del hijo, continúan sintiéndose emocionalmente conectados con él y están tan ansiosos como las madres cuando su hijo necesita algún tipo de cuidado especial. Pero ellos lo expresan de forma diferente.
- Los padres deben tener una extensa y temprana exposición a su bebé en el hospital para que se desarrolle el interés, un sentimiento de apropiación, las habilidades y los lazos afectivos entre padre e hijo.
- Los padres necesitan, al igual que las madres, acompañamiento y apoyo para



adaptarse a la situación y a su papel de ser padres de un bebé prematuro. Ellos también necesitan sentir que son escuchados, entendidos e incluidos en los cuidados de su hijo dentro del Método Madre Canguro.

- Por lo anterior, el personal de salud que labora en el Programa Madre Canguro debe proceder como se enuncia a continuación.
- a) Permitir y estimular que el padre conozca, interactúe y cargue en contacto piel a piel al bebé lo más pronto posible. Lo ideal, es propiciar para ello un ambiente de privacidad e intimidad para ellos.
- b) Brindar acompañamiento y orientación al padre en el cuidado del niño, en relación con las primeras veces que él cargue, cambie y alimente a su hijo, entre otras actividades. Es probable que el padre esté nervioso y asustado pero no se atreve a decirlo.
- c) Brindar información clara, veraz y de un modo sensible acerca del estado de salud del bebé cada vez que el padre lo solicite. Enseñarle también los beneficios que para su hijo trae su participación activa en el proceso de adaptación al Método Madre Canguro, e indicarle algunos indicadores de mejoría y la mejor manera de explicar a la madre la condición de salud del niño.
- d) Organizar de ser posible, grupos de apoyo para padres donde ellos puedan expresar sus preocupaciones, temores y estrategias de afrontamiento. En estos espacios se podrá también ayudar a los padres a re definir su papel y su relación familiar.

4.3. Sesiones posteriores de adaptación canguro intrahospitalaria

Después de las primeras sesiones de adaptación se recomienda integrar a la madre a otras experiencias y actividades educativas que le permitan ganar confianza en el cuidado del niño y la aplicación del MMC para prepararla para la salida. Idealmente estas sesiones se pueden hacer al menos dos veces al día.

4.3.1. Técnicas para la relajación de la madre en la adaptación

A través de estas prácticas la madre podrá experimentar descanso y disminuir la tensión que le genera sostener y amamantar al niño.

- Para realizar esta actividad la madre sostiene al niño en posición canguro dentro de la faja durante los ejercicios de estiramiento y relajación.
- La madre puede estar sentada en una silla cómoda con soporte para los pies, si es posible.
- La sesión se inicia al indicar a la madre a respirar profundo elevando el abdomen y no el tórax (respiración abdominal) y exhalando el aire poco a poco; asimismo, se le indica cómo relajar simultáneamente las diferentes partes del cuerpo.

- Luego de enseñar a la madre el modo de respirar para relajarse, se le invita a realizar ejercicios con las piernas tres o cuatro veces para un estiramiento mientras se practica la respiración como se ha indicado.
- Se continúa tensionando y relajando los muslos, el abdomen, los brazos y subiendo y bajando los hombros alternadamente con la respiración.
- Luego se pide a la madre que escuche su propia respiración y sea consciente de su propio cuerpo y su estado de tensión o relajación.
- Se induce a la madre para que sienta el ritmo respiratorio de su hijo en el pecho.
- Luego de unos minutos de descanso, con respiraciones lentas y profundas, se pide a la madre observar a su hijo y compartir si lo desea, su experiencia con otras madres.

4.3.2. Visualizar el cuidado en el hogar

Una forma efectiva de acercar a la madre a lo que será el cuidado del niño en el hogar, es invitar a alguna madre del programa ambulatorio para que comente su experiencia y responda inquietudes de las madres que se encuentran en proceso de adaptación al Método Madre Canguro.

Para facilitar este ejercicio se podrán formular algunas preguntas e invitar a las demás madres a compartir su experiencia y a responder las inquietudes.

Las siguientes pueden ser preguntas posibles a plantear

- ¿Qué era lo que más le preocupaba antes de salir del hospital con su hijo en posición canguro?
- ¿Qué es lo más positivo que ha descubierto como madre al cargar a su hijo en posición canguro?
- ¿Qué ha sido lo más difícil en este proceso y que ha hecho usted para gestionarlo?
- ¿Cómo ha evolucionado su hijo desde que salió del hospital y qué beneficios le ha traído llevarlo a la consulta ambulatoria?

4.3.3. Reconocer temores y preocupaciones antes del egreso

Esta sesión tiene como objetivo hacer aflorar y enfrentar temores y preocupaciones, discutirlos y buscar maneras de resolverlos. Es deseable que estén algunos profesionales de la salud en esta etapa del proceso de adaptación que pueden ayudar a aclarar inquietudes, tales como pediatra, psicóloga y enfermeras de la UCIN. Una vez que se conocen las prevenciones que manifiesta el grupo, se procede

con las aclaraciones y observaciones en forma individual o grupal.

En los casos de salida de la Unidad Neonatal hacia un alojamiento canguro conjunto, se espera que el niño no regrese a la Unidad, excepto si se presentan alteraciones en su estado clínico. La etapa siguiente al alojamiento conjunto será la salida a casa en posición canguro y con un seguimiento ambulatorio continuo.

4.3.4. Apoyo a la familia

Resulta muy útil para las familias recibir una atención centrada en sus necesidades físicas, sociales y emocionales bajo los principios del cuidado neonatal focalizado en la familia; propósito que puede lograrse de ser cumplidas las condiciones que se listan acá.

- Al promover el desarrollo de competencias en los padres para apoyar a la madre en el cuidado del niño.
- Al proponer colaboración y papeles complementarios en la pareja.
- Con el empoderamiento de las familias para el cuidado del niño en la Unidad Neonatal, en el alojamiento conjunto y en el hogar.
- Al responder inquietudes en reuniones del equipo de salud con los padres y en las sesiones educativas.
- Al ayudar a los padres a identificar y utilizar su red de apoyo familiar.

- Con la colaboración a las familias en la planeación y ejecución del cuidado del niño en el alojamiento conjunto y en el hogar (Griffin & Abraham, 2006).
- Al lograrse una comunicación abierta y honesta con los padres acerca de los problemas médicos del niño.
- Al compartir información que sea significativa para los padres e involucrándolos en la toma de decisión de la salida, bien sea hacia un pabellón de alojamiento conjunto o a la casa.

4.3.5. Sesiones educativas

Mediante la utilización de diferentes técnicas pedagógicas se debe entrenar a la madre y cuidadores en temas específicos como los siguientes.

- Características y comportamientos normales de los prematuros



- Cuidados en el alojamiento o en el hogar bajo el MMC
- Signos y síntomas de alarma en el bebé prematuro
- Signos de estrés en el bebé prematuro
- Nutrición de la madre en el puerperio
- Precauciones con el niño en el alojamiento o en el hogar
- Técnicas de alimentación del prematuro.

La intervención de enfermería debe incluir orientación preventiva a las madres sobre la alimentación de sus niños después del alta de la Unidad Neonatal e información concreta sobre las señales de hambre y saciedad.

En el capítulo 6 de este Manual acápite 6.8 Sesiones educativas con la familia, se encuentra una guía para la preparación de estas actividades de formación.



4.4. Masaje del niño en posición canguro

El masaje como tal no hace parte del Método Madre Canguro, pero fue introducido hace varios años con éxito y satisfacción del personal médico y de los padres y a priori de los niños. No podemos decir que es una intervención basada en la evidencia; sin embargo, existen signos de los beneficios en el crecimiento físico del niño.



Videos Kit Masaje en Posición Canguro y Masaje Vietnamita



El masaje es una de las técnicas de estímulo físico más antiguas que produce reacciones metabólicas, biológicas, psicológicas y sociales beneficiosas. Es una herramienta terapéutica que el hombre ha utilizado para aliviar sus dolencias. Es una forma de comunicación y cuidado en multitud de seres vivos, en particular, de los mamíferos.



La realización del masaje en contacto piel a piel fue introducido en la adaptación canguro ante la dificultad observada en las madres para manipular con confianza a su hijo prematuro y o de bajo peso al nacer. Tiene además la función de hacer sentir a la madre satisfecha como protagonista en el cuidado emocional y físico de su hijo (Livingston, Shay Beider, Kant, Gallardo, & Joseph, 2009).

La utilización del contacto piel a piel para realizar el masaje atiende a la necesidad de mantener al niño caliente mientras se realiza esta actividad fuera de la incubadora.

4.4.1. Ventajas del masaje en posición canguro

A la fecha no hay certeza de que este masaje produzca daño alguno al niño; sin embargo, en la práctica cotidiana de la consulta se ob-

tienen testimonios de padres que encuentran en esta experiencia una oportunidad única de hacer contacto especial con su hijo, establecer una relación de amor y desarrollar su autoconfianza.

Los defensores del masaje en bebé prematuro argumentan a favor de éste su condición de práctica no invasiva; de no requerir un equipo especializado y la posibilidad de poderse realizar sin interrumpir los procedimientos de rutina. Para los niños clínicamente estables, no parece haber un riesgo de efectos adversos con el masaje y puede ser realizado por quienes no tienen una amplia formación en el tema, incluidos los padres.



El masaje en contacto piel a piel permite establecer un vínculo fuerte entre la madre y/o el cuidador principal y el niño pre término y/o de bajo peso al nacer, lo que ayuda a repa-

rar el vínculo que se rompió con el nacimiento prematuro por medio de la interacción temprana y disminuir la incidencia de la depresión postparto (Field, 2010).

Es posible establecer una analogía con la estimulación recibida por el bebé en posición canguro, la cual produce de manera permanente una estimulación y masaje físico sensorial. Con el masaje formal se agrega una estimulación especial y más intensa en un momento determinado, que a su vez, brinda placer a los cuidadores del bebé prematuro.

La International Association of Infant Massage-Canadá describe que en el sistema músculo esquelético se relajan los músculos tensos, se disminuye el efecto del estrés y se aumenta el tono en los músculos flácidos para mejorar la hipotonía propia del niño prematuro. Así también, el masaje facilita la coordinación de movimientos y ayuda al niño en la flexión de las articulaciones y cadenas musculares.

A pesar de la revisión del Cochrane del año 2004 donde se afirma que por ahora no hay evidencia de los beneficios del masaje, en las investigaciones de Hernández et al, el niño masajeador presenta menores signos de estrés durante la estancia hospitalaria, lo que nos indica que, realizado en casa, reduciría el acúmulo de eventos adversos recibidos por él (Hernandez, Diego, & Tiffany, 2007). Asimismo, Hyesang demuestra que el estímulo táct-

til ha logrado disminuir los niveles séricos de cortisol y reducir así las conductas de estrés y de la actividad motora (Hyesang & Eunjung, 2009).

De acuerdo con las investigaciones de Field y Diego, con el masaje el sistema digestivo del niño se estimula, se da una mayor actividad vagal, con aumento de la motilidad gástrica y se logra una mejor absorción de nutrientes que ayuda la digestión y evacuación del niño (Field T. , 2010) (Diego & al., 2007). De esta forma se mejoran problemas como cólicos, gases y estreñimiento. La mejor absorción de los nutrientes se ve reflejada en un mayor aumento de peso del bebé.

En el sistema respiratorio, refiere Sinclair et al, el masaje puede ayudar a una respiración más profunda a través de la asistencia mecánica y de los efectos del tacto sobre el sistema nervioso autónomo (Sinclair, 2005).

Estudios adicionales han demostrado disminución de la depresión materna cuando el masaje se incluye en las rutinas de cuidado del niño en la UCIN (Onozawa, Vivette, Adams, Modi, & Kumar, 2001) (Livingston K., Shay Beider, Alexis, Kant, & Gallardo, 2009).

Guzzetta realizó un estudio en diez bebés recién nacidos pre término con edad gestacional entre 30 a 36 semanas, quienes recibieron masaje corporal en sesiones de diez minutos

tres veces al día. Encontró que el masaje acelera la maduración de la actividad encefalográfica y la función visual, en especial la agudeza visual. Estos hallazgos estuvieron asociados a niveles elevados de IGF-1 (Insuline like growth factor o SOMATOMEDINA C) (Guzzetta, y otros, 2009).

4.4.2. Requisitos para realizar el masaje en posición canguro

Se sugiere efectuar el masaje todos los días si se tiene en cuenta que no se puede realizar hasta una hora después de haber alimentado al niño.

El lugar para la realización del masaje debe ser un espacio caliente, libre de corrientes de aire y se sugiere bajar la intensidad de la luz. Puede ponerse música relajante, aún más si ésta fue utilizada durante la gestación.

El masaje se hace en los costados derecho e izquierdo del cuerpo para que haya simetría (bilateral). Ello ayudará al niño a tener conciencia de su cuerpo y a reconocer su integridad.

El masaje en las extremidades se realiza desde la parte distal a la proximal (Brazo, antebrazo, manos y dedos) para lograr la integridad y el reconocimiento de todo el cuerpo.

En superficies pequeñas del cuerpo del niño se utilizan las yemas de los dedos, y en las superficies más grandes la palma de la mano. Se recomienda un contacto firme, rítmico, consis-

tente y continuo. En general es la interacción entre el niño y su cuidador la que determina el tipo de masaje o grado de firmeza ideal para cada área del cuerpo.

4.4.3. Precauciones para realizar el masaje piel a piel

- Se debe utilizar un aceite nuevo sacado de su envase original, en cantidad moderada.
- Nunca acostar al niño en las piernas o en la cama porque pierde calor y se puede presentar vómito y broncoaspiración. Siempre se debe hacer en posición canguro.
- Si se observan signos de rechazo o estrés en el niño como llanto, muecas, lloriqueo, cambios bruscos en el tono de la piel (mo-teado o palidez) o movimientos muy fuertes en sus extremidades, ello puede indicar rechazo del masaje en ese momento. Es necesario suspenderlo de manera inmediata y reintentar aplicarlo más tarde.
- No se debe realizar presión sobre las articulaciones del niño como hombros, codos, rodillas o columna vertebral.
- Evitar el uso de aceite en la cara
- Evitar realizar el masaje en el bebé prematuro en áreas de la casa frías o donde haya corrientes de aire.

- Si el niño muestra signos de apetito como búsqueda o bostezos repetidos, es necesario suspender la actividad y proceder a alimentar al niño.

4.4.4. Técnica del masaje

Antes de iniciar el masaje se le debe hablar al niño acerca de lo que se va a realizar

- El masaje en posición canguro se inicia en cabeza y cara. Se hacen movimientos circulares con la palma de la mano alrededor de la cabeza del niño de cinco a seis veces. Luego se deslizan las manos de la parte superior de la cabeza del niño hacia el cuello y los hombros.
- Se continúa con la espalda y se retira la camisilla del bebé. El tipo de masaje es 'de libro abierto', es decir, se colocan las manos en el centro de la espalda y se deslizan hacia los lados siguiendo la caja torácica, como si se alisaran las páginas de un libro (como la espalda del niño es pequeña, se puede hacer con una mano, deslizando alternativamente a cada lado).
- Luego se hacen movimientos ascendentes con la mano desde los glúteos del niño hasta los hombros sin tocar la columna y al llegar a los hombros; enseguida se devuelve la mano por el borde externo de la espalda y se repite el movimiento cuatro o cinco veces a cada lado de la columna vertebral.
- Se continúa con los hombros, brazos, manos y dedos. El tipo de masaje es de amasamiento de los músculos firmemente; se hace con la mano un movimiento descendente desde los hombros hasta las manos y dedos. Otro tipo de masaje para los brazos es hacer presiones firmes en un punto, aflojar y descender hasta llegar a las manos.
- En el tórax del niño se efectúan movimientos circulares alrededor del pecho y luego se realizan tres vibraciones con la mano en el centro del mismo.
- Para realizar el masaje en el abdomen se deben soltar los adhesivos del pañal y masajear en el sentido de las manecillas del reloj, de derecha a izquierda o haciendo caminitos alrededor del ombligo del niño. En esta zona es importante hacer presión firme para estimular el sistema digestivo. Luego se procede a ajustar las cintas del pañal del niño.
- Se continúa con las piernas, muslos, pie y dedos con un masaje de amasamiento firme y luego de presión y soltar (similar a los brazos).
- Finalmente, el masaje termina presionando el niño suavemente contra el pecho de la madre o cuidador.

4.5. Educación a la madre y la familia: la adaptación canguro intrahospitalaria

4.5.1. Características del bebé prematuro

Explicar a los padres las características del niño prematuro forma parte del apoyo que se presta para que ellos se familiaricen con estos aspectos del desarrollo y los cambios que observarán con el tiempo.

Se espera que un niño nazca a las 40 sema-



nas de gestación, porque se considera que a esta edad el niño ya tiene el peso y la madurez suficientes para enfrentar de manera adecuada la vida extrauterina. Por tanto, el concep-

to de edad corregida ayudará a los padres a comprender que el desarrollo neurológico de su hijo va de acuerdo con la edad corregida y no necesariamente con la cronológica. La edad corregida se calcula al restar a las semanas de nacido el número de semanas que le faltaron al niño para completar 40 semanas de gestación. Por ejemplo: si un niño nació de 32 semanas y tiene ocho semanas de vida, tiene dos meses de edad cronológica, pero de acuerdo con el concepto de edad corregida, apenas acaba de nacer: treinta y dos semanas de gestación más ocho semanas de vida extrauterina es igual a 40 semanas. Este cálculo se sigue al menos durante el primer año de vida: a los ocho meses de vida (edad cronológica) los padres no deben asustarse si el bebé no se siente bien, ya que en realidad tiene apenas seis meses corregidos (ocho meses menos dos meses, es decir, las ocho semanas que le hicieron falta al nacer), y se espera que el niño prematuro empiece a sentarse con normalidad a la edad de seis meses.

Como buena práctica se prevé hacer varios ejemplos con las edades de los niños para ayudar a los padres a comprender este concepto y el ritmo del desarrollo neurológico de cada uno de ellos. Así también, para crear mayor familiaridad con las características de los niños prematuros, éstas pueden ser ilustradas con la ayuda de fotografías.

Aquí se reseñan las principales características que ayudarán en este proceso de sensibilización de los padres de un niño prematuro.

Característica	Explicación
Es muy delgado, apariencia endeble y delicada	Se debe a la ausencia de grasa subcutánea la cual empieza a formarse después del sexto mes.
<p>La piel del prematuro es más fina y brillante. En algunos lugares se pueden ver con claridad las venas, como una red.</p> <p>Si está bajo la lámpara de fototerapia se puede llenar de un salpullido rojo que dura de dos a tres días, se llama eritema tóxicum neonatorum y también puede presentarse en niños a término.</p>	La piel aunque parece fina, es bastante fuerte, la ausencia de la grasa subcutánea la da esa apariencia delicada y transparente que evolucionará a un color más rosado con el paso de los días, o puede llegar a ser de un tono café si el niño tiene alimentación parenteral.
Suelen tener vello fino y más abundante (lanugo) por todo el cuerpo, o por el contrario, no tener vello en absoluto.	Este lanugo es transitorio, es usual que con el paso de los días desaparezca. Es un vello protector.
Las extremidades y los músculos en general tienen apariencia endeble, como si fuera de muñeca de trapo. No tienen ninguna fuerza cuando se moviliza el niño. Al estar acostado el bebé, su cuerpo toma la apariencia de un libro abierto.	Esto se debe a que el cuerpo del niño está preparado para flotar dentro del líquido amniótico. Al encontrarse en el aire, sus músculos no tienen fuerza aún para resistir la gravedad. Es una condición que mejora con la edad.
En las niñas es común que los genitales se presenten de una forma algo extraña, pues los labios mayores no cubren a los menores. En los niños, en muchos casos, aún no se ha producido el descenso de los testículos al escroto.	Por lo general estos órganos madurarán, y la apariencia de los labios será más cerrada y cubrirá los labios menores. En los niños los testículos descenderán al escroto.
El ritmo respiratorio es más rápido que el de los adultos e irregular. El niño prematuro suele hacer pausas ocasionales y luego respirar con rapidez.	Es la inmadurez neurológica la que ocasiona este comportamiento irregular.
Cartílago del oído suave y flexible	Se consolidará con la edad
Sobresaltos súbitos con movimientos de brazos y piernas, como si estuviese el niño en una situación de descontrol cuando se moviliza con rapidez o con un ruido fuerte.	Tal característica se debe al reflejo de Moro que consiste en una respuesta refleja a un estímulo súbito propioceptivo (cambio de posición, vibración) en el que el recién nacido extiende y abduce las extremidades (en especial las superiores), seguido de una aducción (cierre) como si él abrazara; puede estar acompañado por una expresión facial de sobresalto y terminar con llanto.

La uñas suelen estar largas al nacer, delgadas y muy flexibles.	Aún no han completado su conformación sólida
El niño puede hacer evacuaciones intestinales seguidas cuando se alimenta con leche materna.	La leche materna se absorbe muy rápido en el intestino del niño. Las evacuaciones suelen ser semilíquidas, amarillas o verdosas después de los primeros cinco días.
Lloran poco	Suelen hacer varios sonidos imperceptibles a través de las paredes de la incubadora; hacen un tipo de chillido audible que se torna en llanto cuando el bebé avanza en su proceso de maduración.
La visión está poco desarrollada	Aún cuando sea así su visión, el recién nacido percibe la luz fuerte e identifica contrastes a la distancia de su brazo.

4.5.2. Cuidados y precauciones

La enfermera evalúa los cuidados generales que se hacen con el niño en la casa haciendo énfasis en los siguientes aspectos.



Video kit
Puericultura canguro.

Aseo del niño: debe hacerse con celeridad. Se acuesta al niño en una superficie inclinada, aproximadamente 30 grados con la cabeza

siempre más elevada que el tronco, se limpian la zona del pañal sin levantar las piernas y la cadera del niño, girándolo de lado para el aseo de la zona de los glúteos y el ano.

Aseo del cordón umbilical: si persiste el muñón umbilical cuando el niño sale para la casa se debe mostrar a los padres la forma de limpiar el ombligo del niño.

Para hacer esta limpieza de modo correcto se toman uno o dos aplicadores de algodón humedecidos con una solución antiséptica. Se



levanta el muñón para facilitar el acceso del aplicador a la base del muñón que es el área que se debe desinfectar para evitar el crecimiento de bacterias.

Aseo nasal: se hace una irrigación nasal suave con pequeños volúmenes de solución salina estéril y que esté tibia. No se debe obstruir la nariz para forzar inhalaciones o exhalaciones bruscas (para 'sonar' al niño) ni irrigar a presión. Para esta actividad, los padres reciben el entrenamiento específico de la forma como lo deben realizar a través de un taller de lavado nasal.



Solterapia: también conocida como baño de sol; se hace en posición canguro, el niño debe estar únicamente con su pañal, el cual se dobla o se deja muy corto. Los ojos del niño se cubren con la mano del cuidador. El niño se asolea frente a una ventana dos veces por día en la mañana y en la tarde, diez minutos cada vez en cada lado del cuerpo (frente y espalda).

Masaje al niño en posición canguro: se hace a diario en estricta posición canguro, de acuerdo a la técnica presentada en el acápite 4.4.4.

Visitas: se informa sobre la precaución que debe guardarse con las visitas; con respecto a la prohibición del ingreso de personas con infección respiratoria de cualquier naturaleza; al uso obligatorio del tapabocas a miembros de la familia que cohabiten con el niño y presenten malestar; sobre las visitas de pocas personas cada vez y el lavado de manos como una práctica estricta. El bebé no debe ser manipulado por visitantes.

4.5.3. Enseñanza de los signos de alarma

La madre y la familia deben conocer perfectamente los signos de alarma que puede presentar el niño y por los cuales es obligatorio dirigirse a la consulta de urgencias de un centro hospitalario. Son los que se enumeran a continuación.

- Deposición con sangre
- Signos de dificultad respiratoria
- Temperatura corporal mayor a 38 grados centígrados, medida con termómetro y colocado bajo la axila del bebé prematuro.
- Decaimiento, no recibe alimento después de tres horas de ayuno
- No orina ni hace deposición en 12 horas
- Cuando el niño vomita en dos o más ocasiones en forma continua y/o que no quiera recibir alimento.
- Cuando el niño presente llanto inconsolable por más de tres horas
- En caso de enfriamiento del niño, es decir baja temperatura, aún al estar en posición canguro.

Así también, los padres deben saber que manifestaciones como pujo, antes de hacer deposiciones (a diferencia del quejido que es patológico), hipo y estornudo son normales en los niños. Deben asimismo, tener presente que el quejido respiratorio es un signo de dificultad respiratoria y se considera un signo de alarma.



4.5.4. Vestido

El vestuario del niño 'canguro' debe permitir que una mayor área de piel permanezca en contacto directo con la piel del cuidador como es la de los brazos y las piernas del infante. No se debe dejar descubierta la espalda, por lo cual se debe utilizar una camiseta esqueleto abierta en el pecho sin ningún tipo de botón, broche o cinta de algodón. El gorro y los 'patines' o medias, cubrirán las partes distales del niño, superficies que por su posición facilitan la pérdida de calor. El gorro cubre la cabeza que no está protegida por la faja y es esencial para evitar la pérdida de calor y con ella los episodios de hipotermia. Los pies deben mantenerse cubiertos y evitar que se enfríen.

Estas prendas deben ser de algodón como un material que es bien tolerado por la piel delicada del niño 'canguro', y aunque aísla algo (poco conductor del calor y protege contra la convección), permite un grado moderado de pérdida de vapor de agua por sudoración, por

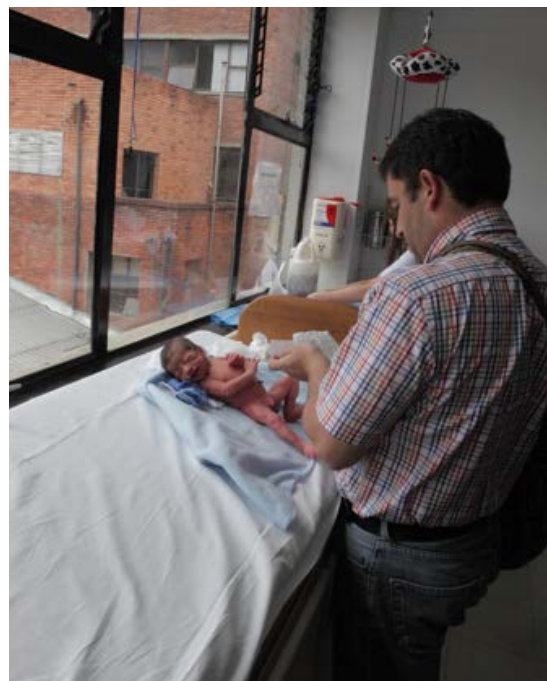
eso la piel se mantiene seca y fresca, no caliente y sobresaturada de agua como con la lana y otros materiales que favorecen la maceración (sobresaturación de agua) y la aparición de sudamina o miliaria y otros problemas.

El pañal es indispensable para proteger a la madre y al niño de las deposiciones y la orina. Debe ser hermético y ajustarse al tamaño del niño y cubrir solo el área justa y permitir que el resto de la piel permanezca en contacto con la piel del cuidador.

Es importante anotar que el niño no debe ser fajado, no debe llevar consigo en ninguna parte del cuerpo brazaletes o amuletos, cadenas, pulseras anillos o aretes, pues podrían eventualmente impedir una adecuada circulación sanguínea a la parte del cuerpo en la que se encuentre o incluso causar asfixia. En algunos casos de insistencia por tradición cultural, se puede proponer a la madre que ponga el amuleto en un lugar de la ropa que no incomode o ponga en peligro el bienestar del bebé.

4.5.5. Lavado de ropa

Toda la ropa del niño, al igual que la de la madre y la faja, deben ser lavadas con jabón no alcalino, no con detergente (por ejemplo: jabón de coco). Una vez que esta ropa ha sido lavada, es necesario sumergirla en agua con vinagre (una cucharada de vinagre adicionada a un balde de agua) o limón, para eliminar residuos de jabón y evitar dermatitis de contacto. Se recomienda también no planchar la ropa del bebé para evitar irritaciones.



4.5.6. Aseo

El aseo básico del niño 'canguro' se concentra en el área del pañal y se debe realizar siempre que haya un cambio de pañal, bien sea por deposición o por orina. Para realizar esta tarea se requiere disponer de un lugar que cumpla con condiciones básicas como evitar corrientes de aire (puertas y ventanas cerradas) y tener un área (cama, colchoneta o similar) donde se acuesta al niño con un grado de inclinación de 20-30 ° para evitar el reflujo y la broncoaspiración.

Es necesario acostar al niño sobre una superficie limpia e impermeable con facilidad para mantenerla así y desinfectada.



En cuanto al cambio de pañal se recomienda la aplicación de los pasos que a continuación se listan.

- Lavarse las manos antes de cambiar al niño
- Elegir un lugar en el cual no haya corrientes de aire que enfríen al niño
- Colocar al niño sobre una superficie inclinada (posición anti reflujo)
- Preparar todo el equipo requerido para el cambio de pañal como es la disponibilidad de pañales; de no contarse con los del tamaño apropiado para el niño, debe cortarse un pañal que se ajuste a su tamaño, así se evitará una abducción exagerada de la cadera; se necesita también paños húmedos o algodón y crema, si está indicada por el personal médico.
- Remover con sumo cuidado la cinta del pañal y evitar ruidos o movimientos bruscos.
- Observar la piel del niño
- Limpiar con un algodón húmedo el área perineal desde adentro hacia afuera
- Para limpiar el área posterior de los

glúteos, colocar al niño de lado y nunca levantar la cadera por encima del nivel del tórax para prevenir reflujo o broncoaspiración y aumento de la presión intracraneana por el riesgo de sangrados.

- Secar la piel con papel suave o algodón seco
- Usar cremas o pomadas sólo si han sido formuladas
- Colocar un pañal limpio prestando aten-



ción a que sea del tamaño adecuado y asegurándose de que el muñón umbilical no quede dentro del pañal (se humedece con la orina).

- Poner al niño nuevamente en la posición canguro
- Organizar el material utilizado
- Lavarse las manos con agua y jabón al finalizar el procedimiento.



4.5.7. Alimentación y frecuencia de alimentación

Para que la alimentación del niño sea eficiente y pueda realizarse de manera adecuada, es preciso que se inicie tan pronto como sea posible; para esto se requiere que el niño esté en capacidad de tolerarla por lo que se debe vigilar: i) signos vitales estables; ii) presencia de bradicardia o desaturación cuando se le manipula y, iii) presencia de apneas primarias y si éstas estuvieran presentes, ya deben estar controladas.

La alimentación en niños que no han cumplido la edad gestacional de 40 semanas y no están en el peso mínimo “cerca de los 2500g”, debe basarse de preferencia en el consumo de le-

che materna final. Es la leche que sale al final de la mamada y tiene mayor concentración de ácidos grasos, la cual es difícil que el prematuro logre tomarla por su debilidad para succionar y llegar a desocupar la mama y alcanzar a ingerir leche final.

No se debe olvidar que el amamantamiento puede tener excepciones: i) madre con tratamiento anticanceroso o con corticoides con altas dosis (en caso de haber dudas acerca de la leche y el consumo de medicamentos se recomienda consultar en esta página Web: www.e-lactancia.org; ii) madre que no desea amamantar y la extrae para darla al niño con otra técnica o, iii) la situación que se presenta cuando la madre fallece.

El tiempo empleado para la alimentación es diferente para un niño y otro, depende de variables como el volumen de leche producido, el reflejo de eyección y la coordinación del reflejo de succión-deglución- respiración del niño.

A medida que el niño madura, la succión también y se facilita que él tome toda la leche de un seno para poder llegar a la leche final. Por esta razón es indispensable que el niño tome la leche de un solo seno en cada mamada.

El tema de lactancia fue desarrollado con amplitud en el capítulo 3 del Método Madre Canguro (Nutrición canguro).



4.5.8. Métodos alternativos de alimentación

Existen varias técnicas de alimentación diferentes al amamantamiento directo; son utilizadas para alimentar al niño cuando la madre no está presente; en caso de que la producción de leche sea insuficiente o esté ausente del todo; cuando el bebé es incapaz de tomar la leche por succión o como método de transición en niños que fueron alimentados al principio por medio de sonda.

Las raciones diarias del infante se calculan sobre la base de 180 a 200cc/kg/día. Esta base no debe ser superior a 200cc/kg/día.

Los experimentos de administración de la leche con copa, vaso o jeringa muestran que con un buen entrenamiento, estas técnicas no toman más tiempo del empleado en amamantamiento directo y permiten una mejor adaptación a la succión directa del seno.

Sin embargo, hay que recordar también que una alimentación sin succión demasiado prolongada puede generar inconvenientes como retrasar la maduración de la coordinación succión deglución.

Se puede alimentar el niño al extraer leche materna y eventualmente fortificarla o hacer uso de una fórmula láctea para prematuros mediante taza, jeringa, cuchara, o gotero. El biberón (botella con chupo) debe ser evitado por los siguientes motivos: i) puede producir



confusión con el pezón; ii) la calidad de la succión del pezón materno se vuelve inadecuada y el volumen de leche materna puede disminuir por la poca eficacia de la succión; iii) trae problemas en el desarrollo dental y conformación mandibular y, iv) puede estorbar la respiración y oxigenación.

- Por el contrario, la administración de alimento con taza, cuchara o gotero presenta los siguientes beneficios: i) resulta más sencillo para los niños que nacieron prematuramente; ii) prepara al niño para mamar (la acción que involucra la boca y la mandíbula), ya que este tipo de alimentación es similar a aquella; iii) ejercita la base de la lengua, como una importante habilidad para mamar del seno; iv) impulsa al niño a estrechar la lengua delante de las encías, lo que ayuda posteriormente a que se pueda adherir al pezón; v) no involucra un gasto de energía excesivo; vi) el niño puede controlar la ingesta: qué tan rápido, qué tanto y cuando descansar; vii) la respiración es más sencilla, así que es mayor la toma de oxígeno; viii) no requiere de ningún equipo especial; ix) la preparación y la limpieza son más sencillos; x) no causa problemas dentales y hace más fácil el destete.
- Alimentar con copa y cuchara es una prác-

tica más apropiada, pero ante la cual es necesario tener presente estas indicaciones y aspectos: i) la alimentación con cuchara debe ser más lenta que cuando se utiliza solo copa; ii) la cuchara debe ser lo suficientemente pequeña para permitir al niño sorber la leche, cucharas grandes pueden lastimarlo; iii) una mayor cantidad de leche se derramará y, iv) se aumenta el riesgo de que el niño bronco aspire (especialmente si se le obliga a beber).

4.5.9. Cómo alimentar al niño utilizando las técnicas alternativas de alimentación

El niño debe estar despierto y sentado boca arriba o semi sentado en el pecho sin abandonar el contacto piel con piel y sin que la madre retire la faja. Se debe soportar los hombros del niño y el cuello con la mano y debe tenerse el control de la cabeza debajo de la barbilla del niño. Una toalla, babero o compresa servirá para atrapar las gotas de leche que se derramen.

En la siguiente tabla se enuncian algunos cuidados y precauciones que la enfermera debe tener en cuenta cuando enseña a la madre acerca de la alimentación del niño prematuro.

Cuidados y precauciones

Condiciones	Recomendaciones
Una alimentación completa no siempre es signo de éxito. La succión no refleja la habilidad para succionar pero si el nivel de coordinación de la succión-respiración y deglución.	<ul style="list-style-type: none"> No presione al infante a terminar la alimentación <ul style="list-style-type: none"> - Un patrón de succión maduro no es necesario para una alimentación oral segura y exitosa. - Los niños deben ajustar la succión para balancear un flujo apropiado a su capacidad de alimentación.
Aún bajo algunas condiciones médicas, los prematuros pueden alimentarse vía oral.	<ul style="list-style-type: none"> Por eso ellos no deben ser presionados a terminar la alimentación.
Para una alimentación oral el estado de conducta y organización del recién nacido debe ser apropiado. Las expresiones faciales y el lenguaje corporal son las formas de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> Acorotar la duración de la alimentación con observación de los cambios en el estado de conducta, organización y fatiga. Ayude al bebé a recuperar un estado apropiado de y/o reorganice. <ul style="list-style-type: none"> - Si es alcanzable continúe con la alimentación. - Si no, suspenda la alimentación Observar continuamente las expresiones del niño como indicadores de una apropiada iniciación, mantenimiento ó suspensión de la alimentación oral
El ambiente alrededor de enfermería puede impedir una alimentación oral	<ul style="list-style-type: none"> Optimice el ambiente alrededor del bebé: <ul style="list-style-type: none"> - Disminuya intensidad de la luz y el ruido - Mantenga la contención, la temperatura corporal del niño y una postura flexionada
Hay una alta ocurrencia de aversión a la alimentación oral	<ul style="list-style-type: none"> Permita al bebé que se alimente a su propio ritmo y déjelo descansar, si es necesario. Respete sus expresiones Suspenda la alimentación oral o por sonda si es necesario. La alimentación oral debe ser una experiencia positiva.

4.5.10. Manejo de equipos de oxígeno

Las familias de los niños usuarios de oxígeno deben conocer muy bien los equipos (cánula neonatal, humidificador, balas, flujómetros, entre otros) para la administración del oxígeno en casa así como su correcto uso y manipulación. La enfermera evalúa los conocimientos que tienen los padres, refuerza y corrige los

puntos débiles del conocimiento familiar en este aspecto.

Si los padres del bebé prematuro llegan a observar agua en la cánula, deben proceder de la siguiente manera: i) retirar la cánula de la nariz del niño y abrir por completo la llave de flujo de oxígeno, y con la mano presionar y aflojar la cánula varias veces hasta que salga el flujo de agua por la presión del oxígeno; ii) colocar nuevamente la cánula en el bebé y asegurarla con un adhesivo.



En cuanto a las precauciones que deben adoptarse en el manejo de equipos de oxígeno están las que se enuncian a continuación.

- Evitar que el agua del humidificador conectado a la bala portátil se vaya hacia la cánula de oxígeno por inclinación o caída del equipo.
- Lavar con agua y jabón el humidificador del oxígeno cada dos días.
- Cambiar diariamente el agua del humidificador.
- Vigilar que el agua burbujee como prueba de que el oxígeno sale.
- Estar atentos a las agujas del manómetro que miden la cantidad de oxígeno disponible para notificar al proveedor cuando ellas estén cercanas a la zona de color rojo que indica fin del volumen disponible.
- Evitar acercarse a la bala de oxígeno, veladoras, fósforos o llamas que pueden llegar a ocasionar una explosión.

Los padres deben tener perfecta información



sobre los trámites para la consecución de estos equipos, y tener en cuenta que al salir de la entidad hospitalaria, su niño debe tener en casa de manera permanente una bala de oxígeno de gran capacidad, así como una bala pequeña que les permita salir de casa para asistir a los controles médicos.

4.6. Evaluación de la calidad de la adaptación canguro intrahospitalaria

La evaluación del resultado de la adaptación canguro hospitalaria es una valoración cualitativa de varios aspectos que indican la preparación de la madre o del cuidador para llevar

al niño a la casa o en un alojamiento canguro madre hijo, como también la capacidad del niño para tolerar la posición canguro y para alimentarse con leche materna.

4.6.1. Evaluación de la madre

La escala que se presenta a continuación valora 11 aspectos de la madre y la familia, son ellos.

- Colocación del niño al seno y técnica de amamantamiento
- Manipulación y movilización del niño para alimentarlo, cambiarle el pañal y despertarlo.

- Estimulación y respuesta a las señales del niño
- Seguridad y confianza para cuidar el niño en el hogar
- Producción de leche materna
- Los conocimientos acerca de la metodología del MMC
- Aceptación y aplicación del MMC
- Fuentes de apoyo familiar y socioemocional
- Duración de la adaptación hospitalaria
- Estado de salud materno
- Posibilidad de asistir a diario al seguimiento ambulatorio.

4.6.2. Evaluación del niño

Calificación	Débil	Iniciándose	Bien establecido
1. Colocación del niño al seno y técnica de amamantamiento.	Dificultad para colocarlo. Siempre se requiere de ayuda.	Se coloca bien Algunas veces se requiere de ayuda.	La madre coloca sola el niño al seno. No se requiere de ayuda
2. Manipulación y movilización del niño para alimentarlo, cambiar el pañal y despertarlo.	Dificultad persistente para manipular y movilizar al niño.	Dificultad ocasional para manipular y movilizar al niño.	Manipulación y movilización del niño sin dificultad.
3. Estimulación y respuesta hacia el niño.	No se atienden las manifestaciones del niño. El bebé no es estimulado.	Se atiende pocas veces a las manifestaciones del niño. Se ofrece poca estimulación.	Son atendidas las manifestaciones del niño. Se estimula el niño con palabras, caricias o con el canto.
4. Seguridad y confianza para cuidar el niño en el hogar.	No se siente seguridad ni capacidad para continuar con el cuidado del niño en el hogar.	Se siente un poco de inseguridad e incapacidad para continuar con el cuidado del niño en el hogar.	Se siente seguridad y capacidad para continuar con el cuidado del niño en el hogar.

Calificación	Débil	Iniciándose	Bien establecido
5. Producción láctea	Se extrae menos de una onza de leche para dejarle al niño.	Se extrae de una a dos onzas de leche para dejarle al niño.	Se extraen más de dos onzas de leche para dejarle al niño.
6. Conocimientos acerca de la metodología del Programa Madre Canguro.	Se desconocen por completo los cuidados, precauciones, molestias, y signos de alarma del niño 'canguro'.	Se desconocen parcialmente los cuidados, precauciones, molestias y signos de alarma del niño 'canguro'.	Se conocen los cuidados, precauciones, molestias y signos de alarma del niño 'canguro'.
7. Aceptación y aplicación de la metodología del Programa Madre Canguro.	No es aceptada ni aplicada la metodología del MMC.	Se acepta y aplica parcialmente la metodología del MMC.	Es aceptada y aplicada la metodología del MMC.
8. Fuentes de apoyo familiar y socioemocional.	No se cuenta con ayuda ni apoyo en el hogar para cuidar el niño.	Se tiene poca ayuda y apoyo para cuidar el niño en el hogar.	Se tiene ayuda y apoyo para cuidar el niño en el hogar.
9. Duración de la adaptación hospitalaria.	Salida del bebé prematuro de la entidad hospitalaria antes de cumplir 24 horas de nacido.	Salida con adaptación hospitalaria inferior a tres días.	Salida con más de tres 3 días de adaptación hospitalaria.
10. Estado de salud materna.	Madre enferma. Evidente deterioro. Incapacidad total.	La madre manifiesta sentirse un poco enferma.	La madre tiene buen estado de salud.
11. Posibilidad de asistir a diario al seguimiento ambulatorio.	No hay certeza de poder asistir todos los días al seguimiento ambulatorio.	Puede asistir con dificultad al control de seguimiento ambulatorio.	Se asiste al control diario de seguimiento ambulatorio.

En el recién nacido se evalúan los siguientes cinco aspectos según la tabla que se enseña adelante.

- Duración de la adaptación canguro hospitalaria
- Respuesta del niño a estímulos
- Patrón de succión
- Temperatura corporal en contacto piel a piel
- Aumento de peso durante la adaptación

Una vez que se haya tomado la decisión de dar salida al niño prematuro de común acuerdo entre los padres y el equipo de salud, la enfermera debe evaluar cada aspecto sobre la tabla de calificación

Calificación	Débil	Iniciándose	Bien establecido
1. Respuesta a estímulos.	El niño se encuentra muy somnoliento y es difícil despertarlo y amamantarlo.	El niño se encuentra un poco somnoliento, es difícil despertarlo algunas veces.	El niño se encuentra dinámico al despertar y al amamantarlo.
2. Patrón de succión.	Episodios de tres a cinco succiones, pausa de igual duración y bien coordinada.	Episodios de cinco a diez succiones, pausa de duración variable. Succión desorganizada, arrítmica.	Episodios de diez a 30 succiones, pausa breve. Secuencia succión-deglución-respiración 1:1:1.
3. Temperatura corporal en contacto piel a piel.	El niño no regula temperatura en piel a piel, hay que interrumpir o posponer la adaptación y evaluar la causa.	Enfriamiento de las extremidades en contacto piel a piel.	Mantiene la temperatura corporal en contacto piel a piel.
4. Aumento de peso durante la adaptación.	Más de diez días de edad cronológica: gana menos de 5g/día. Menos de 10 días ha perdido más del 20% del peso al nacer	Más de diez días: gana de diez a 15g/día Menos de diez días: ha perdido más del 15% del peso al nacer.	Más de diez días: Gana 15 o más g /día. Menos de diez días: ha perdido menos del 10% de su peso.

(Ver formato para Evaluación de la Adaptación Canguro) y remitir dicha evaluación a la consulta ambulatoria o al alojamiento conjunto para el seguimiento respectivo.

Para la salida del centro hospitalario, estos temas deben estar bien establecidos. Si algunos están en proceso de iniciación, la madre debe quedarse en la Unidad Neonatal o pasar en

alojamiento conjunto si existe, hasta que estén bien establecidos y correspondan a una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa.

Capítulo 4

MÉTODO MADRE CANGURO				
ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN CANGURO				
Nombre de la madre: _____				
Nombre del niño y/o la niña: _____ Fecha de nacimiento _____				
Edad gestacional de nacimiento: _____ No. H.C. _____				
Diagnósticos y otros aspectos de importancia: _____				
Fecha de egreso : _____ Días de adaptación intrahospitalaria _____				
CRITERIOS	Fecha calificación	Fecha calificación	Fecha calificación	Fecha calificación
MADRE	HOSPITALARIA		AMBULATORIA	
1. Colocación del niño al seno				
2. Manipulación y movilización del niño al cambiarlo y despertarlo.				
3. Estimulación y responsividad hacia el niño				
4. Seguridad y confianza para cuidar el niño en el hogar.				
5. Producción láctea				
6. Conocimientos acerca de la metodología del Programa Madre Canguro.				
7. Aceptación y aplicación de la metodología del Programa Madre Canguro.				
8. Fuentes de apoyo familiar y socioemocional				
9. Duración de la adaptación				
10. Estado de la salud materna				
11. Posibilidad de asistir a diario al seguimiento ambulatorio.				
Calificación de la madre (sobre 22 puntos)				
Niño	HOSPITALARIA		AMBULATORIA	
1. Duración de la adaptación hospitalaria				
2. Respuesta a estímulos				
3. Patrón de succión				
4. Temperatura corporal en contacto piel a piel				
5. Aumento de peso durante la adaptación				
Calificación del niño (sobre 8 puntos)				
Observaciones a la salida				

4.6.3. Criterios de elegibilidad para la salida del niño

El médico pediatra tratante es quien decide la salida del niño de la Unidad Neonatal a un alojamiento conjunto o a la casa.

El niño se considera ELEGIBLE para la salida de la Unidad Neonatal sea para un alojamiento canguro conjunto para la díada madre-hijo o para la casa, independiente de su peso o edad gestacional cuando se dan las condiciones que se listan acá.

- El niño ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa, en especial regula su temperatura en posición canguro y tiene una adecuada coordinación succión-deglución-respiración.
- El niño tiene una adecuada ganancia de peso en la Unidad Neonatal con posición canguro e incubadora al menos durante dos días si tiene más de diez días de vida (En los primeros días puede perder peso y los criterios de salida en un niño estable son diferentes en este aspecto).
- El niño ha terminado su tratamiento médico, si lo había.
- Si recibe oxígeno por cánula nasal, éste debe ser inferior a ½ lt/min (Esto por razones prácticas, pues al calcular que en promedio el trayecto de desplazamiento tome una hora desde la entidad hospitalaria del Programa Madre Canguro, la bala de oxígeno debe durar el trayecto de ida y vuelta y quedar para guardar por una visita de urgencia).
- Cuenta con un Programa Madre Canguro ambulatorio en capacidad de brindarle un seguimiento adecuado.

4.6.4. Criterios de elegibilidad de la madre para la salida

La madre se considera ELEGIBLE para la salida de la Unidad Neonatal cuando se cumplen estas condiciones.

- Ha aceptado participar en el Programa Madre Canguro para lo cual ha recibido la educación necesaria en el Método Madre Canguro.
- Se siente capaz de cuidar su niño bajo el Método Madre Canguro (posición y nutrición) en su casa.
- Ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa y en particular ha adquirido las técnicas adecuadas de lactancia (succión directa al seno) y extracción de leche.
- Existe un compromiso y capacidad familiar de asistir a los controles del seguimiento ambulatorio canguro.
- Está en capacidad física y mental para cuidar a su hijo.

- El concepto del equipo multidisciplinario es favorable al seguimiento ambulatorio, en particular, en los casos de alto riesgo social como pueden ser: madres adolescentes, madre sola con niño con oxígeno ambulatorio, con gemelos o con más hijos pequeños, con hijos con problemas de salud y en caso de alcoholismo o drogadicción.

4.6.5. Criterios de elegibilidad en la familia para la salida

El grupo familiar que va a ingresar al programa de seguimiento ambulatorio del Método Madre Canguro debe cumplir con los siguientes aspectos.

- Desear entrenarse y asistir al Programa que aplica el Método Madre Canguro.
- Comprender bien el método y sentirse capaz de manejar al niño en su casa.
- Tener suficiente disponibilidad de tiempo y colaboración familiar en los cuidados, para lograr los objetivos del MMC y garantizar la seguridad del bebé.
- Poder asistir cumplidamente a las citas, respetar los horarios de lactancia, las instrucciones de aplicación de medicamentos y realizar los exámenes especiales ordenados.
- Poder adaptarse a los cambios transitorios que implica la adopción del Método Madre Canguro. Guardar posición can-

guro 24 horas al día, (dormir en posición semi sentada) y redefinir los roles de cooperación entre los miembros de la familia, que deben ser adoptados para apoyar al cuidador principal.

- Estar en capacidad física y mental para cuidar a su niño.
- Residir cerca o en la misma ciudad donde está ubicado el Programa Madre Canguro. Si la familia vive lejos o no hay un compromiso para asistir al seguimiento ambulatorio, sería aconsejable contar con un alojamiento conjunto temporal madre hijo 'canguro' donde el o los cuidadores pudieran permanecer al menos hasta que el niño suba de peso de forma adecuada, y puede pasar a un control semanal (Ver capítulo 5 Salida de la unidad neonatal en posición canguro y seguimiento ambulatorio de alto riesgo).

Es necesario que los familiares que van a colaborar en el cuidado canguro no tengan contraindicaciones para llevar su tarea. Ellos deben estar libres de las siguientes situaciones.

- Heridas en la piel
- Erupciones o enfermedades contagiosas
- Hiper o hipotermia
- No deben presentar epilepsia o enfermedad mental no controladas
- La obesidad extrema

BIBLIOGRAFÍA

AAP, C. o. (2008). Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. *Pediatrics* Volume 122, Number 5, November, 1129 - 26.

Aly, H; Moustafa, MF; Hassanein, SM; Massaro, AN; Amer, HA; Patel, KI (2004). Physical activity combined with massage improves bone mineralization in premature infants: A randomized trial. *Journal of perinatology*, 24:, pp 305-309.

Arias, N., Stimman, S., Plata, S., & Cristo, M. (2008). Comportamientos de cuidado sensible de 30 padres con sus hijos prematuros que asisten al programa madre canguro integral en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio Tesis de grado Facultad de Psicología.

Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., Ascencio, A., Begert, G. (2007). Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain. *Acta paediatrica*, 96, pp 1588-1591.

Fegran, S. H., & Fagermoen, M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 17, pp 810–816.

Ferber, S. G. (2002). Massage therapy by mothers and trained professionals enhances weight gain in preterm infants. *Early Human Development*, 67, pp 37– 45.

Field, T. (2010). Infant massage therapy research: A review. *Infant Behavior & Development*, 33:, pp 115-124.

Field, T. (2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev.* 2010 February; 33(1): 1. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005.

González AP, V.-M. G.-V.-R.-T.-G. (2008). Weight gain in preterm infants following parent-administered Vimala massage: a randomized controlled trial. *Am J Perinatol* 2009 Apr; 26 (4) Epub 2008 Nov 20, pp 274 -72.

Griffin, T; Abraham, M. (2006). Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. *J Perinat Neonatal Nurs.* Jul-Sep;20(3):243-9; pp 243 -9.

Guzzetta, A., Baldini, S; Bancale, A; Baroncelli, L; Ciucci, F; Ghirri, P; & al. (2009). *Massage Accelerates Brain Development and the Maturation of Visual Function.* *The Journal of Neuroscience*, 29(18);, pp 6042– 6051.

Hernandez, M. Diego, M; Tiffany, F; Hyesang, IM; Eunjung, K; Kevin, C & al. (2007). *Preterm Infants Show Reduced Stress Behaviors and Activity after 5 days of Massage Therapy.* *Infant Behav Dev.* 2007 December; 30(4) , pp 557–561.

Livingston, K; Shay Beider, AJ; Kant, CC; Gallardo, M H; Joseph, and Jeffrey I. Gold,. (2009). *Touch and Massage for Medically Fragile Infants.* *Evid base del complemento Alternat Med.* 2009 Diciembre, 6 (4) : 473-, pp 473 - 482.

Mazurek, B; Feinstein, NF; Alpert-Gillis, L; Fairbanks, E; Crean, HF; Sinkin, RA; Stone, PW, Leigh Small, Xin Tu (2006). *Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental.* *Pediatrics* Volume 118, Number 5, November 2006; e 1414, e1414 - 1428.

Muñoz, P., Varela, N., & Plata, S.J (2010.). *Impact of the skin to skin contact on the sensitivity in parental care of premature child in India.* 8Th international Conference on Kangaroo Mother Care (KMC) Quebec. Canada.

Onozawa, K; Vivette, G; Adams, D; Modi, N; Kumar, C (2001). *Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression.* *J Affect Disord* 2001;63:, 202–07.

Reyna, B; Pickler, RH; Thompson, A (2006). *A Descriptive Study of Mothers' Experiences Feeding Their Preterm Infants After Discharge.* *Advance in Neonatal Care*, December - Volume 6 - Issue 6, pp 333-340.

Rossel, K. C. (2002). *Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido.* *Rev. chil. pediatr.* v.73 n.1 Santiago ene, pp 15-21.

Sammons WA, Lewis. JM (1989). Parents of premature infants. In *Premature babies. A different beginning*, Part Three (pp 38 -88). Mosby.

Sinclair M. (2005) *Pediatric massage therapy*. 2nd edition. United States of America, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 1,57,72

Tessier, R; Charpak, N; Girón, M Cristo M.E Figueroa, Z; Ruiz, JG & al, (2009). Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Pediátrica* 98, pp 1444–1450.

Victorian, Infant Collaborative Study Group (1991). Improvement of outcome for infants of birth weight under 1000 g. *Arch Dis Child*; 66., p 765-9.



WFP Naciones Unidas
Programa
Mundial
de Alimentos
PMA

**Prosperidad
para todos**



Ministerio de Salud
y Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden