MÉTODO MADRE CANGURO

GUÍA DE MANEJO CLÍNICO

PROGRAMA desarrollo infantil temprano
PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko´ãga guive
Construyendo el futuro hoy

MÉTODO MADRE CANGURO

GUÍA DE MANEJO CLÍNICO

PROGRAMA desarrollo infantil temprano
PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko´ãga guive
Construyendo el futuro hoy

El presente documento es el resultado de un proceso de construcción colectiva a lo largo de los últimos cinco años.

En la primera versión, para su elaboración en el año 2011, se ha tomado como base al manual desarrollado por Saving Newborn Lives en Malawi (incluyéndose secciones traducidas literalmente); se ha consultado también al Manual Kangaroo Mother Care de la OMS, Técnica Madre Canguro - Guías de Manejo de Colombia; al Programa Madre Canguro ISS World Laboratory de la Clínica del Niño San Pedro Claver, Colombia y se ha consultado con profesionales de servicios de salud del Paraguay.

La segunda versión publicada en el año 2012 bajo el título **"Método Mamá Canguro Guía del Participante"** ha sido elaborada por un equipo técnico conformado por profesionales nacionales e internacionales.

En esta tercera versión se integra ambos documentos, se reelabora, se agregan los capítulos concernientes a los derechos de los recién nacidos prematuros y de IEC-Capacitación para madre y /o persona designada.

La "Guía de manejo clínico del Método Madre Canguro" tiene como objetivo constituirse en un instrumento para la práctica del personal de salud en el cuidado del recién nacido de bajo peso y/o prematuro.

EQUIPO TÉCNICO

Asesora de Gabinete:
Dra. Mercedes Portillo.
Departamento de Lactancia Materna:
Dra. Mirian Ortigoza.
Departamento de Niñez:
Dra. Sonia Avalos, Dra. Blanca Villalba Flores, Dra. Aurea Ortellado.
Hospital San Pablo:
Dr. Domingo Bogarín.
Consultoría UNICEF:
Dra. Raquel Escobar.

PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LA GUÍA

Representantes del Ministerio de Salud Pública

Dirección de Niñez y Adolescencia:
Dra. Natalia Meza.
Dirección de Obstetricia:
Licenciada Sandra Recalde.
Dirección de Salud Sexual y Reproductiva:
Dra. Gladys Mora.

Hospital General Barrio Obrero:
Dr. Rodrigo Valdez.
Hospital General San Pablo:
Dr. Domingo Bogarín.
Hospital Nacional de Itauguá:
Dra. Rocío Rienzi Lic. Margarita Riveros.
Hospital Reina Sofía. Cruz Roja Paraguaya:
Dra. Martha Bareiro.
Hospital Regional de Encarnación:
Dra. Laura Román.
Hospital Regional de Caacupé:
Dra. Esther Navarro.
Hospital Regional del Alto Paraná:
Dr. Carlos Gómez, Dra. Graciela Rojas.
Hospital Regional de Pedro Juan Caballero:
Dra. Verónica Rocha.
Hospital Distrital de Trinidad:
Dr. Sebastían Britez, Lic. María C. Prado.
Hospital Distrital de Limpio:
Dra. María Irrazabal.

Otras instituciones

Sociedad Paraguay de Pediatría. Hospital de Clínicas de San Lorenzo. Dpto. de Neonatología: Dra. Elizabeth Céspedes.
Dirección de Medicina Preventiva y Programas de Salud del IPS:
Dra. Carolina Ruiz Lic. Gloria Benítez.

Coordinación de edición:
María Elena Cuevas.

Diseño gráfico: Entre Paréntesis.
Imprenta: M y M.
Tirada: 3.000 ejemplares.
ISBN: XXXXXXXXX
Mayo de 2017 / Asunción, Paraguay.

Material de distribución gratuita.
Prohibida su venta.

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencia entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra institución, sin embargo, su utilización en nuestra lengua plantea soluciones muy distintas sobre la 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.

AUTORIDADES

Doctor Antonio Carlos Barrios Fernández
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk
Viceministra de Salud

Doctora Lida Mercedes Sosa Arguello
Directora General de Programas de Salud

Doctora María Ligia Aguilar
Directora
Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social

Licenciada María de los Ángeles Acosta
Jefa del Departamento de Lactancia Materna

EQUIPO TÉCNICO

Dra. María Ligia Aguilar
DIRSINA

Dra. María Isabel Del Puerto
UEP DIRSINA

Lic. M. Ed. Nancy Elías
UEP DIRSINA

Dr. Bernardo Sánchez
UEP DIRSINA

Dr. Aldo Irala
UEP DIRSINA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 7

CAPÍTULO 1: LOS DERECHO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO 8
LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN) Y
EL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA 9
LOS DERECHOS DEL PREMATURO 9

CAPÍTULO 2: EL MÉTODO MADRE CANGURO (MMC) 11
¿QUÉ ES Y QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL MMC? 12
VENTAJAS DEL MMC 13
COMPONENTES DEL MMC 14
POSICIÓN CANGURO (PC) 14
NUTRICIÓN CANGURO (NC) 16
EGRESO OPORTUNO 23

CAPÍTULO 3: FASES DEL MMC 24
FASE INTRAHOSPITALARIA 25
FASE AMBULATORIA 31

**CAPÍTULO 4: INFORMACIÓN-EDUCACIÓN-COMUNICACIÓN (IEC)
Y CAPACITACIÓN EN EL MMC PARA MADRES, PADRES, FAMILIA Y/O
PERSONA DESIGNADA** 34
SESIONES IEC Y CAPACITACIONES 36

SIGLAS 46

GLOSARIO DE TÉRMINOS 46

ANEXO 1: LAVADO DE MANOS 48
ANEXO 2: ORIENTACIÓN EN EL MMC 49
ANEXO 3: ESCALA DE ALERTA NEONATAL 54
ANEXO 4: HIPOTERMIA DEL RECIÉN NACIDO 55
ANEXO 5: EVALUACIÓN DE LA MAMADA 58
ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN
DEL MÉTODO MADRE CANGURO 59

BIBLIOGRAFÍA 60

INTRODUCCIÓN

La mortalidad neonatal en Paraguay corresponde al 68,5 % de las muertes infantiles, pues la tasa de mortalidad neonatal registrada en el año 2015 es de 9,7 por 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil es de 14,2[1].

La prematuridad y el bajo peso al nacer son factores subyacentes en el 60 a 80% de las muertes neonatales. Como causa directa la prematurez representa al 8,7% y a ello hay que sumar muchos de los casos que se registran como dificultad respiratoria[2].

Además, el 6% de todos los recién nacidos (RN) vivos nacen con un peso menor de 2.500 gramos y el 0,9% con menos de 1.500 gramos[3].

Recordemos que las tasas de mortalidad promedio ocultan tasas muy dispares según las condiciones geográficas, económicas, culturales y sociales en las que nacen los niños. La tasa de mortalidad infantil de la población indígena es cuatro veces mayor que en el resto de la población infantil del país.

Más del 65% de los casos de muerte neonatal pueden prevenirse con un manejo prenatal, perinatal y neonatal oportuno y de calidad.

El manejo perinatal que se precisa en la mayoría de los casos no requiere de alta tecnología sino de cuidados básicos y esenciales: referencias oportunas con estabilización y transporte seguros, contacto piel a piel y lactancia materna según el Manual de Atención Neonatal del MSPBS.

Con el avance de las investigaciones en neurociencias y los estudios basados en evidencia científica, hoy en día las propuestas terapéuticas más novedosas y exitosas en neonatología están en relación con el reconocimiento del crucial papel que tiene la madre, el padre y la familia del recién nacido en sus cuidados y estabilización .

El Método Madre Canguro (MMC) se basa en el cuidado piel a piel y en la lactancia materna, dos pilares fundamentales a la hora de ofrecer a cada RN lo que necesita para sobrevivir, avanzar en su crecimiento y desarrollo y en su adaptación a la vida fuera del útero materno. Los cuidados que propone el MMC están avalados por la medicina basada en evidencia científica y consiguen mejorar ostensiblemente la supervivencia y la calidad de vida de RN prematuros y los RN de bajo peso al nacer.

La atención a los RN debe darse en un continuo con equipos multidisciplinarios en los servicios de distintos niveles de complejidad que articulados y funcionando en red garanticen oportunamente los tratamientos e intervenciones que cada recién nacido, su madre y su familia necesitan según sus particularidades y circunstancias.

El contacto piel a piel en posición canguro puede ser utilizado para el transporte neonatal a un servicio de salud con mayor capacidad de resolución. La red de servicios de salud que ofrezca los cuidados neonatales integral e integrado, son imprescindibles para garantizar el éxito del MMC.

[1] *Indicadores básicos de salud. Paraguay. MSPBS/OPS. 2014-2015. p. NN. 6.*
[2] *Indicadores básicos de salud. Paraguay. MSPBS/OPS. 2014-2015. p. NN. 6*
[3] *Indicadores básicos de salud. Paraguay. MSPBS/OPS. 2014-2015. p. NN. 6*

CAPÍTULO

1

LOS **DERECHOS** DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN) , EL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y LA LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

La CDN es un tratado internacional y un instrumento de Derechos Humanos específico para los niños y adolescentes (personas menores de 18 años de edad) basado en su consideración como personas merecedoras de respeto, dignidad y libertad.

Todos los países del mundo, con la sola excepción de Somalia y Estados Unidos de América, han ratificado la CDN (aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989).

Los cuatro principios fundamentales de la CDN son los siguientes:

- El interés superior del niño, el cual supone la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos y garantías.
- Derecho al desarrollo, supervivencia y protección.
- Derecho a ser escuchado.
- No discriminación.

Paraguay ratificó esta Convención en 1990 y desde entonces la legislación nacional se fue adecuando a los principios y a las normativas de dicho tratado internacional.

En el año 2001, con la aprobación de la Ley Nº 1680/01 –Código de la Niñez y la Adolescencia, se produce un cambio normativo importante y significativo de todo el régimen jurídico nacional.

Este Código establece y regula los derechos, garantías y deberes del niño y del adolescente conforme a lo dispuesto en la Constitución Nacional, la CDN, los instrumentos internacionales sobre la protección de los derechos humanos aprobados y ratificados por el Paraguay y las leyes.

La ley Nº 5508/15 “De La Promoción, Protección de la Maternidad y Apoyo a la Lactancia Materna” ampara a las madres de recién nacidos en situaciones especiales en el artículo 11: “ Cuando el parto se produjese antes de iniciada la semana número 35 (treinta y cinco) de gestación, o si el niño al nacer pesare menos de 2.000 (dos mil) gramos o naciera con enfermedades congénitas que ameriten incubadora o cuidados especiales, justificados con certificación médica, el permiso será de 24 (veinticuatro) semanas”.

LOS DERECHOS DE LOS PREMATUROS

Los primeros mil días de vida del ser humano son cruciales para establecer las bases estructurales y funcionales de su vida.

Por su condición de desarrollo acelerado y crítico los recién nacidos que nacen antes de término tienen necesidades específicas que deben ser satisfechas para el logro de su óptimo potencial y el adulto tiene la obligación de garantizar su cumplimiento.

Derechos del recién nacido Prematuro. Unicef.

CAPÍTULO

2

EL **MÉTODO MADRE CANGURO** (MMC)

ESTE MÉTODO FUE DISEÑADO POR LOS DOCTORES REY Y MARTÍNEZ EN BOGOTÁ, COLOMBIA, EN EL AÑO 1978. EN EL PARAGUAY SE INICIÓ EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE ENCARNACIÓN Y PEDRO JUAN CABALLERO PARA EL CUIDADO DEL RN CON PREMATURIDAD Y/O RN DE 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.

¿QUÉ ES Y QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL MMC?

El MMC es el cuidado del recién nacido prematuro y recién nacido de bajo peso que se basa en el contacto piel a piel con su madre en forma temprana, continua y en la lactancia materna independientemente de la edad gestacional. Orientado a satisfacer las necesidades físicas y emocionales de los prematuros: calor, lactancia, protección de infección, seguridad y amor.

No necesita de tecnología sofisticada para iniciarlo en el servicio de salud y permite a la madre continuar el tratamiento en el domicilio. Cualquier otro integrante de la familia (padre, hermanos, abuelos, tíos etc.) puede brindar al recién nacido contacto piel a piel, además de la madre.

Requiere de supervisión, seguimiento cercano del personal de salud que debe evaluar si hay mejora en el estado de salud del recién nacido.

El MMC se puede aplicar como una técnica eficaz para el traslado del recién nacido que necesita ser referido a otro hospital y que no cuenta con otra alternativa de traslado (incubadora de transporte).

En este caso la técnica puede ser realizada por cualquier persona, inclusive por el personal de salud.

Método Madre Canguro en Trillizos Unidad Neonatal. Hospital San Pablo. Asunción. XVIII R. S. 2016.

VENTAJAS DEL MMC

Para el recién nacido

- Favorece el adecuado desarrollo neurológico y psicomotor.
- Ayuda al prematuro y recién nacido de bajo peso a poner en marcha los programas biológicos que le permiten estabilizarse, crecer y desarrollarse.
- Mantiene estable la temperatura del recién nacido, alrededor de 36.5 °C a 37,5 °C.
- Promueve la lactancia materna exclusiva.
- Disminuye el gasto energético del recién nacido facilitando su crecimiento (peso, talla y perímetro cefálico).
- Estimula adecuadamente al recién nacido con los movimientos respiratorios, ruidos cardiacos, y actividad de la persona que realiza el método.
- Fortalece el lazo afectivo madre-recién nacido.
- Disminuye los episodios de apnea, respiración irregular e hipotermia del recién nacido prematuro y de bajo peso.
- Disminuye el riesgo de enfermedades infecciosas.
- Disminuye el reflujo gastroesofágico y la bronco aspiración.

Para las madres y las familias

- Empodera, transfiere gradualmente la capacidad y responsabilidad del cuidado del recién nacido.
- Ayuda a las madres y familias a estabilizarse emocionalmente.
- Aumenta la confianza y autoestima de la madre.
- Disminuye el estrés de la madre con las consiguientes ventajas para su recuperación post parto.
- Al acelerar el alta beneficia también desde el punto de vista económico a las familias.
- Posibilita una mejor relación y vínculo afectivo entre el recién nacido y la familia.

Para el servicio de salud:

- Reduce el tiempo de hospitalización del recién nacido.
- Disminuye los costos de hospitalización.
- Optimiza los tiempos del personal de salud mejorando la calidad y calidez de atención.

Para el país

- Es costo efectivo al proteger el neurodesarrollo y promover la lactancia materna.

MMC. Hospital San Pablo.

COMPONENTES DEL MMC

Los componentes del MMC son la posición canguro, la nutrición canguro basada en lactancia materna y el egreso oportuno y temprano en posición canguro con estricto seguimiento ambulatorio que cumple con los principios básicos de la metodología canguro: amor, calor, y lactancia materna logrando el desarrollo integral pleno del recién nacido.

POSICIÓN CANGURO (PC)

Concepto: La Pc es el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, 24 horas al día, en estricta posición vertical de rana.

Técnica:

- Colocar gorra, medias y pañal al recién nacido.
- La transferencia del recién nacido de la incubadora a la posición canguro se debe hacer en forma suave: sostener al recién nacido con una mano situada detrás del cuello y sobre la espalda. Apoyar ligeramente la parte inferior de la mandíbula del recién nacido en los dedos de la persona que lo moviliza, con el fin de evitar que la cabeza se incline hacia abajo y obture las vías respiratorias. Situar la otra mano bajo las caderas del recién nacido.
- Poner el cuerpo del recién nacido en posición vertical, en contacto directo piel a piel entre los pechos de la madre o la persona que practique el método.
- Acomodar la mejilla del recién nacido contra el pecho de la madre.
- Verificar la posición de la cabeza del recién nacido sin que exista flexión o hiperextensión para que las vías aéreas se encuentren libres y permeables.
- Poner sus piernas y brazos abiertos en posición de rana.
- Mantener al recién nacido en posición vertical, utilizando una faja de tela (algodón lycrado) que no debe ser muy ajustada ni muy floja para que el recién nacido no se deslice y permita a la madre relajarse y descansar.
- Como 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 para que no se deslice[4].
- El recién nacido debe estar en posición vertical cuando la madre está sentada o caminando.
- Al acostarse la madre debe acomodarse con almohadas en posición semi sentada (ángulo de 30°) para que el recién nacido mantenga su posición, evite el reflujo gastroesofágico (muy frecuente en prematuros) y ambos estén confortables.
- El recién nacido puede ser alimentado en cualquier momento permaneciendo en contacto piel a piel.
- El contacto piel a piel debe comenzar de forma gradual, de manera que el paso de la atención convencional al MMC sea imperceptible.
- La duración diaria del contacto piel a piel no debería ser inferior a 60 min y debe ir aumentando paulatinamente hasta llegar a ser lo más continuo posible e interrumpirse solo para cambiar el pañal porque los cambios frecuentes estresan a los recién nacidos.

[4] *Método Mama Canguro. Guía del participante. Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay, 2011. p. NN. 30.*

- Cuando la madre tenga que separarse de su recién nacido, otro miembro de la familia o persona designada (padre, abuela y/o hermanos) puede contribuir al cuidado del recién nacido manteniéndolo en posición canguro y en contacto piel a piel.

Recuerde siempre lavarse las manos antes y después de tocar al RN siguiendo las normas del Manual neonatal del MSPBS.

Posición canguro Unidad Neonatal. Hospital Regional. Pedro Juan Caballero. XIII Región Sanitaria.

Madre y padre en MMC, realizando actividades cotidianas.

Contraindicaciones para la aplicación de la Pc

Madre o Persona designada con:

- **Lesiones en la piel:** erupciones contagiosas, heridas, sobre todo a nivel del sitio donde se ubicará al recién nacido.
- Epilepsia, enfermedad mental, fiebre.

NUTRICIÓN CANGURO (NC): LACTANCIA MATERNA

La alimentación se basa en leche de la propia madre para aprovechar al máximo las propiedades inmunológicas, el aporte de nutrientes esenciales y el perfil de seguridad respecto al riesgo de enterocolitis necrotizante[5].

Para lograr una lactancia materna exitosa en un RN Prematuro y RN de BPN:

- La lactancia Materna debe ser la política oficial de alimentación para todos los recién nacidos.
- El personal de salud debe orientar a la madre desde el prenatal sobre los beneficios del calostro y la leche materna, así como la posición adecuada, cómo facilitar el agarre, los signos de buen agarre para el amamantamiento y la extracción de leche materna .
- No separar al recién nacido de la madre si las condiciones clínicas de ambos lo permiten. En la primera hora post-parto se recomienda poner al recién nacido al pecho de la madre, para estimular la succión y producción de leche.
- En caso del recién nacido hospitalizado implementar el ingreso irrestricto de los padres a los servicio de neonatología, incluyendo la posibilidad de la permanencia continua y de la participación activa en el cuidado del recién nacido.
- Considerar los momentos iniciales del MMC como “un conocimiento al pecho” (Succión no nutritiva) más que esperar que el RN prematuro o RN de bajo peso tome inmediatamente todo lo que necesite del pecho materno[6].
- Extraer leche materna, si las condiciones clínicas de la madre lo permiten, dentro de la primeras 6 horas del nacimiento, independiente del inicio de la alimentación.
- Hasta que el recién nacido sea capaz de mamar, puede ser alimentado por vasito o con sonda.
- Evitar el uso de chupete y biberones[7].

[5] *Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos. Primera edición. 2009. p. NN. 25.*

[6] *La Iniciativa Hospital Amigo del niño. Módulo 3. Curso de 20- horas para el personal de la maternidad. Organización Mundial de la Salud.Unicef.OPS.2009. p. NN. 150.*

[7] *La Iniciativa Hospital Amigo del niño. Módulo 3. Curso de 20- horas para el personal de la maternidad. Organización Mundial de la Salud.Unicef.OPS.2009. p. NN. 155.*

a) Fuente de alimentación:

- La alimentación del RN prematuro y/o RN de bajo peso que se encuentra en canguro, hospitalizado o en ambulatorio, es la leche de su propia madre por ser nutricional e inmunológicamente apta y segura.
- Se recomienda administrar primero la leche final de cada mamada o de la leche extraída porque es más rica en grasas, asegurando un ascenso ponderal sostenido y luego la leche de inicio (ver glosario).
- Puede considerarse el uso de leche humana de banco, en lo posible de una edad gestacional similar, administrada de forma segura preservando al máximo sus ventajas y valor nutricional.
- Se puede utilizar fortificadores de leche materna, los cuales se agregan una vez que haya alcanzado el volumen pleno de leche, acorde a la edad[8].
- De no ser posible la alimentación con leche materna extraída exclusiva o leche de banco, se complementará o suplementará al recién nacido con leche de fórmula para prematuros que se utilizará hasta obtener un peso aproximado de 3.500 gramos o hasta una edad post concepcional de 40 semanas[8].
- En recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino severo y prematurez extrema (menos de 30 semanas), se puede extender su uso hasta los 6 meses de edad gestacional corregida.
- No se recomienda administrar leche libre de lactosa o hidrolizados[10].

b) Vías de alimentación:

- La leche materna se puede administrar por succión directa, vasito, jeringa, suplementador y por sonda oro-gástrica. La vía de alimentación depende del estado general del recién nacido, su capacidad de coordinar la succión y la deglución, peso y edad gestacional.
- Recuerde siempre lavarse las manos antes y después de cada alimentación del RN según las normas del Manual Neonatal del MSPBS.
- Alimentación por succión.
- Succión no nutritiva.

Al inicio del MMC la succión no nutritiva permite al recién nacido prematuro en estado de alerta buscar, acercarse, lamer y chupar el pezón de la madre, incluso llegar a mamar un poco de manera libre cuando está en la posición canguro[11].

[8] *Manual de Atención Neonatal. MSPBS/OPS. IBSN 978-99967-638-8-5. Paraguay, 2011. Actualización y reimpresión 2017. p. NN. 236.*

[9] *Manual de Atención Neonatal. MSPBS/OPS. IBSN 978-99967-638-8-5. Paraguay, 2011. Actualización y reimpresión 2017. p. NN. 236.*

[10] *Manual de Atención Neonatal. MSPBS/OPS. IBSN 978-99967-638-8-5. Paraguay, 2011. Actualización y reimpresión 2017. p. NN. 236.*

[11] *La Iniciativa Hospital Amigo del niño. Módulo 3 .Curso de 20- horas para el personal de la maternidad. Organización Mundial de la Salud. Unicef. OPS. 2009. p. NN. 155.*

- El patrón de succión no nutritiva: presenta movimientos repetitivos de la boca en presencia del pezón, caracterizada por episodios de 2 succiones por segundo.
- La succión no nutritiva se debe iniciar tan pronto la condición clínica del recién nacido y la madre lo permita.
- Este entrenamiento favorece el estímulo de succión y ayuda a la maduración más rápida de la coordinación succión-respiración-deglución.
- El estímulo de succión brinda beneficios al recién nacido tales como:
  - Ayuda al recién nacido prematuro desorganizado a autorregularse.
  - Mejora la velocidad de crecimiento y aumenta la ganancia de peso.
  - Produce una rápida transición a la vía oral total.
  - Favorece la maduración de la motilidad gástrica.
  - Reduce el estrés, la irritabilidad y las conductas defensivas (puño cerrado, tono aumentado, movimientos espasmódicos).
  - Favorece el vínculo afectivo.
  - Favorece el sueño estable.
  - Acorta la estadía hospitalaria.
- De a poco se desarrollará una succión nutritiva mediante la estimulación del pezón, sin necesidad de otras maniobras adicionales o terapias particulares.

Succión Nutritiva. Para indicar la alimentación por succión se debe considerar la coordinación de succión, deglución independientemente del peso y la edad gestacional.

Técnica de amamantamiento en el RN prematuro y RN de BPN

1. ***Señales de hambre:*** La alimentación al pecho del recién nacido prematuro y recién nacido de bajo peso en posición canguro no es a demanda, sino que la madre debe aprender a colocarlo al pecho cuando esté empezando a despertarse, al ver movimientos oculares rápidos bajo el párpado, movimientos de succión con su lengua, boca o a despertarlos cada 2 horas como mínimo[12]. Es necesario anticipar el momento de la alimentación para evitar que el recién nacido lloré y gaste energía.

2. ***Buena posición:*** significa cómo la madre sostiene al RN para agarrar bien el pecho. El cuerpo del recién nacido necesita estar:

- En línea con la oreja, hombro y cadera, así el cuello del recién nacido no estará torcido ni extendido (hacia atrás) o flexionado (hacia adelante).
- Pegado al cuerpo de la madre, así el recién nacido es llevado al pecho y no el pecho hacia el recién nacido apoyando tanto la cabeza, los hombros, y todo el cuerpo.
- Con la nariz del recién nacido frente al pezón, mientras se acerca al pecho.

[12] *Neurodesarrollo en Neonatología. Intervenciones ultratemprana en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Basso, G. Capítulo 6 y 8. Editorial Panamericana. 2016. p. NN. 111*

Las mejores posiciones para amamantar en posición canguro que permiten mantener el contacto piel a piel son:

a) Posición Cruzada (o de cuna cruzada).
b) Posición por debajo del brazo (de sandía).
c) Posición de caballito.

MMC. Unidad Neonatal. Sala Canguro. Hospital San Pablo. XVIII RS.

En todas las posiciones la madre sostiene el cuerpo del recién nacido con el antebrazo y apoya y controla la cabeza con la mano, sin apretarla.

3. ***Agarre:*** boca bien abierta, labio inferior evertido (volteado), areola más visible por encima que por debajo de la boca y el mentón toca el pecho (o casi). Para mantener un buen agarre en los recién nacidos prematuros y recién nacidos debajo peso se puede utilizar la posición de dancer o en mano de bailarina: la madre sostiene la mandíbula del recién nacido entre el pulgar y el índice para estabilizarla y coloca los tres dedos restantes bajo su pecho para sostenerlo.

4. ***Succión efectiva:*** El reflejo de succión está presente a las 24 sem. de gestación, siendo vigoroso a las 32 sem. y sincronizada con la deglución a las 34 sem. de gestación. El recién nacido prematuro o recién nacido bajo peso puede tener un patrón de succión inmaduro: Episodios de 3 a 5 succiones. La respiración y la deglución antes y después de cada episodio de succión. Esta corta succión se acompaña de una pausa de igual duración. Mientras aumenta gradualmente la succión nutritiva se deberá seguir administrando leche materna extraída mediante vasito o sonda, de manera que el recién nacido reciba cuanto necesita.

Amamantamiento en RN Prematuro o RN de Bajo Peso. En posición canguro. Hospital San Pablo. XVIII Región Sanitaria. Asunción.

Alimentación con vasito

La alimentación con vasito muestra que con un buen entrenamiento, esta técnica no toma mucho tiempo y permite una adaptación más rápida a la succión del pecho, que cuando se administra por sonda oro-gástrica[13].

Sirve para alimentar a recién nacidos que son capaces de deglutir pero que todavía no pueden succionar lo suficientemente bien para alimentarse ellos mismos totalmente del pecho. No tienen energía suficiente para succionar o no coordinan aun succión-deglución, así también como complemento de la succión[14].

A menudo un recién nacido prematuro de 30-32 semanas de gestación puede empezar a tener tomas de leche por vasito[15].

Las ventajas de la alimentación con vasito:

- Es placentera para el recién nacido porque no es invasivo.
- Permite al RN usar su lengua y aprender sabores.
- Estimula la digestión, la coordinación respiración/succión/deglución del RN.
- Permite al RN controlar su propia ingesta.
- No interfiere con la succión del pecho materno.
- No crea confusión del pezón como sucede con el biberón.
- Evita la aparición de infecciones como muguet, otitis etc. porque es más fácil mantener el vasito limpio que un biberón y no se puede transportar con leche por tiempo prolongado evitando la contaminación.

La alimentación con vasito será realizada por el personal de salud o madre entrenada y capacitada, bajo supervisión.

¿Cómo alimentar con vasito?

- 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 vasito limpio y pequeño cargado hasta la mitad con leche materna sin llenar.

Alimentación con vasito. Unidad Neonatal. Hospital Regional. Pedro Juan Caballero. XIII Región Sanitaria.

- Apoyar el borde del vasito en el labio inferior.
- Inclinar un poco el vasito de manera que la leche sólo llegue hasta el labio inferior. El recién nacido debe estar alerta, con los ojos y la boca abierta y debemos dejar que el mismo lama la leche, no debemos verter la leche en su boca. Un recién nacido prematuro o con bajo peso empezará a tomar la leche con la lengua.
- Esperar a que trague ya que el recién nacido mantiene pequeñas cantidades de leche en su boca antes de tragar.
- No chorrear la leche en la boca del recién nacido.
- Mantener el vasito 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 tomo suficiente puede tomar más la siguiente vez, o usted puede incrementar la frecuencia de alimentación.
  Evaluar la cantidad de leche que el recién nacido recibe en 24 horas, antes que lo que toma cada vez.

Alimentación con jeringa: La alimentación con jeringa será realizada por el personal de salud o madre entrenada y capacitada bajo supervisión.

- Utilizar jeringa estéril de 3 a 5 ml.
- Calcular la cantidad de leche para la toma.
- Administrar lentamente la leche en la boca del recién nacido y dejar que mantenga pequeñas cantidades por un tiempo antes de tragar.
- Mantener la leche a temperatura adecuada durante la administración.
- Cuando el recién nacido este satisfecho cerrará la boca y no aceptará más.
- Alimentar al recién nacido con más frecuencia si no toma la cantidad calculada.

Alimentación con sonda orogástrica: Es la administración de leche materna mediante el uso de una sonda orogástrica. Se puede realizar por gavage o por bomba de infusión.

La alimentación con sonda orogástrica será realizada por el personal de salud o madre entrenada y capacitada, bajo supervisión y con el recién nacido en posición canguro siempre que sea posible.

Criterios para utilizar la alimentación por sonda orogástrica:

- Succión y deglución débiles.
- Falta de coordinación succión- deglución.
- Cansancio fácil.
- Escasa ingestión de leche por otras técnicas.
- Escasa ganancia de peso.

Alimentación por sonda orogástrica en posición canguro. Hospital San Pablo. XVIII RS.

- Una manera de estimular la succión es realizar la succión no nutritiva durante la alimentación por sonda orogástrica.
- En los recién nacidos que no tienen alimentación por succión, el calostro de su propia madre se debe administrar por sonda tan pronto como sea posible, para estimular la maduración del tubo digestivo (estimulación trófica).
- Una vez que el recién nacido sea capaz de succionar o de alimentarse por vasito se debe ir remplazando una toma por sonda oro gástrica por una toma por vasito o pecho en forma directa, hasta conseguir que todas las tomas de leche lo sean, para suspender por completo el uso de la sonda y desarrollar la capacidad digestiva, el reflejo de vaciamiento y plenitud oro gástrica.

Alimentación por Suplementador: Es la administración de leche materna a través de un dispositivo formado por un recipiente o jeringa conectado a una sonda de alimentación fina y flexible que se sujeta por el otro extremo a la areola, de forma que el recién nacido al succionar toma al mismo tiempo del pecho y de la sonda. Para utilizar este método el recién nacido debe tener un buen agarre al pecho materno.

¿Cómo alimentar por suplementador?

- Adaptar una sonda de alimentación K-33 o 35 a una jeringa o recipiente.
- Colocar el otro extremo de la sonda a lo largo de la areola y el pezón dejando sobresalir aproximadamente medio centímetro de la sonda de manera que el recién nacido succione del pecho y la sonda al mismo tiempo.
- Fijar la sonda al pecho con una cinta adhesiva por encima de la areola.
- El recién nacido obtiene leche del recipiente a través de la sonda y su succión estimula la producción.
- No colocar la jeringa o recipiente más arriba del pecho ya que esto aumentará la velocidad de la salida de la leche por la sonda y el recién nacido podría atorarse.
- No colocar la jeringa o recipiente por debajo del nivel de los pechos pues el recién nacido, tendría que succionar con mucha fuerza para lograr sacar la leche.

c) Cantidad a administrar, intervalos, horario

La leche materna se administra al inicio a intervalos fijos, para asegurar un aporte mínimo apropiado. Iniciar con aportes de 10 a 20 ml/kg/día cada 2 a 3 horas con incrementos progresivos de esta misma cantidad hasta alcanzar 180 a 200 ml/kg/día, que sería la cantidad necesaria para garantizar un crecimiento constante[16].

d) Suplementos

Vitaminas A, D, K, hierro, calcio y fosforo según normas del manual atención neonatal del MSPBS[17].

[16] *Manual de Atención Neonatal. MSPBS/OPS. IBSN 978-99967-638-8-5. Paraguay, 2011. Actualización y reimpresión 2017. p. NN. 235.*
[17] *Manual de Atención Neonatal. MSPBS/OPS. IBSN 978 99967-638-8-5. Paraguay, 2011. Actualización y reimpresión 2017. p. NN. 238.*

e) Meta clínica

Sebusca obtener:

- Una ganancia de peso como la del crecimiento intrauterino de al menos 15 g/Kp//día hasta el término.
- Incrementos semanales de talla de 0,8 cm por semana.
- Incrementos semanales de perímetro cefálico de 0,5 a 0,8cm por semana.

Si la alimentación exclusiva con leche materna (apoyada en la adaptación canguro intrahospitalaria que incluye estrategias de iniciación y establecimiento de la lactancia materna, alimentación con leche final y leche de banco) no logra la meta, se procede a descartar condiciones patológicas que expliquen la inadecuada ganancia de peso (por ejemplo anemia, infección, hipotermia, no adherencia a posición canguro, entre otros).

Una vez corregida la condición de base, debe mejorar el crecimiento[18].

Si aun así no se logra o si no existen causas secundarias de inadecuado crecimiento, se suplementa con fortificadores a la leche de la propia madre y/o con leche especial para prematuro administrada con vasito, jeringa o suplementador para no interferir con la lactancia materna según las características del recién nacido[19].

Con base en los cálculos de aporte, la meta es suplementar hasta un 30% de la recomendación calórica diaria. Después de al menos 1 semana de crecimiento adecuado se intenta siempre una disminución progresiva de la suplementación para cumplir la meta de llegar a las 40 semanas de edad gestacional exclusivamente con leche materna[20].

EGRESO OPORTUNO

Se evaluara el egreso de la unidad de cuidados neonatales cuando el RN prematuro y/o bajo peso en posición canguro:

- Se alimenta bien y aumenta de peso sosteniblemente.
- La madre y la familia demuestran competencia para el cuidado del RN.
- Existen posibilidades reales de poder traerlo al seguimiento ambulatorio según un cronograma establecido.

[18] *Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos. Primera edición. 2009. p. NN.25.*

[19] *Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos. Primera edición. 2009. p. NN. 25.*

[20] *Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos. Primera edición. 2009. p. NN. 25.*

CAPÍTULO

3

FASES DEL **MÉTODO MADRE CANGURO** (MMC)

TABLA 1 **FASES DEL MMC Y SUS CARACTERÍSTICAS**

Fase	Momentos del MMC	¿Dónde se aplica?	Componentes del MMC
Intrahospitalaria	Intermitente	Unidad de cuidados neonatal	Contacto piel a piel en posición canguro + Alimentación con leche materna
	Continuo	Unidad de Cuidados neonatales Salas adaptadas.	
Ambulatoria	Seguimiento	En la casa	
		Servicios de Salud (tres niveles)	Consultas individuales Consultas colectivas

FASE INTRAHOSPITALARIA

La fase intrahospitalaria es necesaria para el éxito del MMC.

La madre, el padre y la familia pasan por un proceso de adaptación, ajuste social, emocional y físico. Deben recibir el apoyo y el acompañamiento integral del equipo multidisciplinario de salud de neonatología incluyendo la psicóloga y la trabajadora social desde el ingreso a la unidad neonatal.

Ellos pueden y deben tener acceso a las salas de internación las 24 h del día.

Las sesiones de IEC (Información-educación –comunicación) y capacitación en el MMC, para los padres o los responsables del recién nacido prematuro o recién nacido de bajo peso, se iniciarán en cuanto sea posible en la unidad neonatal, de manera a estar preparados en el momento que el equipo neonatal identifique al recién nacido que cumpla con los criterios para iniciar el método.

En esta fase, el rol del personal de salud bien entrenado en la técnica MMC es muy importante para la enseñanza y la supervisión que debe brindar a la madre, padre o persona designada.

Requisitos

a. Servicios de Salud Comprometidos:

- Recursos humanos sensibilizados, capacitados, trabajando en equipo siguiendo la norma del Manual Atención Neonatal del MSPBS.

- Infraestructura: el MMC no está basado en equipos necesita básicamente una silla cómoda, para la madre o persona designada al lado de las incubadoras para la adaptación canguro intrahospitalario. Mantener la temperatura ambiente de la unidad neonatal en 24 a 26°C según la norma del Manual de Atención Neonatal del MSPBS.
- Política de ingreso irrestricto de los padres a las salas de la unidad neonatal las 24 horas al día siguiendo la norma Manual Neonatal del MSPBS.

b. Población objetivo

Los criterios de selección para el inicio del MMC hospitalario son:

Recién nacido.

- Menor de 37 semanas de edad gestacional.
- Peso menor a 2500 gramos independiente de la edad gestacional.
- Estabilidad, es decir no presentar bradicardia o hipoxemia cuando se lo manipula, no presentar apneas primarias o si estas estuvieran presentes, ya están controladas[21].

Padres y familia.

- Madre o persona designada entrenada o capacitada en el MMC.
- Motivación, disciplina y compromiso de la madre o la persona designada para cumplir el MMC.
- Los padres, especialmente la madre o la persona designada para aplicar el MMC, deben manifestar libremente su deseo de practicarla una vez que hayan sido adecuadamente informados, aclaradas sus dudas y preocupaciones acerca del MMC.
- Es necesario ratificar dicho deseo después de que hayan experimentado la posición canguro.
- Los padres y la familia deben manifestar que conocen los alcances del MMC y sus responsabilidades mediante un consentimiento informado (Anexo 6).
- Que la familia esté dispuesta a apoyar, ayudando con las responsabilidades domésticas cotidianas, y brindándoles afecto, cuidado y buen trato a la madre y a otros niños si hubieran.

Objetivos

- Propiciar el contacto piel a piel y la lactancia materna lo más temprano posible.
- Proteger el neurodesarrollo del recién nacido prematuro, disminuir su estrés, dolor y miedo.
- Informar, capacitar y educar a la madre y a la familia para conocer las características, el cuidado y los signos de alarma del prematuro y /o RN de bajo peso.
- Atenuar temores, preocupaciones y el estrés materno, paterno y de la familia originado al tener que cuidar un recién nacido extremadamente frágil.
- Entrenar a la madre en los métodos de alimentación del recién nacido prematuro: pecho materno, extracción, almacenamiento y administración de leche materna, con vasito, jeringa y suplementador.

[21] *Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos. Primera edición. 2009. p. NN. 21.*

- Disminuir las dudas que puedan haber con respecto al MMC, mediante testimonios de madres (apoyo madre a madre) que han experimentado los beneficios.
- Propiciar el reconocimiento físico y una relación estimulante entre madre-recién nacido a través de la mirada, las caricias, hablándole cariñosamente y llamándole por su nombre mientras está en contacto piel a piel.
- Observar y evaluar si la madre o la persona designada ha comprendido los principios básicos de la metodología canguro, el apego y vínculo con su recién nacido, su motivación y compromiso.

Momentos del MMC Intrahospitalario

Durante el proceso de adaptación intrahospitalaria se evalúa continuamente qué tanto toleran la posición canguro el recién nacido y la madre/persona designada. Se determina si es necesario efectuar el MMC en forma intermitente o si se puede proceder a mantenerlo en forma continua desde el comienzo.

De ahí se distinguen:

Primer momento: Intermitente. Se iniciará el MMC tan pronto como sea posible, beneficioso y con mínimos riesgos.
La adaptación a la posición canguro tiene una duración variable (mínimo1 a 2 horas) para ello la madre o la persona designada va a la sala de neonatología, luego el recién nacido permanece en la incubadora al cuidado del personal de salud.

MMC Intermitente. Hospital San Pablo. RS XVIII.

Segundo momento: Continuo. Se practica las 24 h del día aunque a veces se puede interrumpir cuando la madre necesita descansar. Puede alternar con otro miembro de la familia capacitado y motivado en el método.

MMC Continuo. Hospital Regional Pedro Juan Caballero. RS XIII.

Los dos momentos se podrá implementar en las distintas salas de los cuidados neonatales.

Vigilancia durante la fase intrahospitalaria

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

En la adaptación materna pueden observarse temores y dificultades con relación al manejo del RN prematuro y/o RN de bajo peso. A veces temen que se puedan caer, sienten inseguridad al movilizarlo, o les falta habilidad para amamantarlo.

Esta inseguridad crea tensión en la madre y perjudica la adaptación al MMC. Para superar este momento, el equipo de salud debe orientarla frecuentemente sobre la posición, alimentación y cuidados del recién nacido.

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

En la adaptación del recién nacido se evalúa la estabilidad de los signos vitales, la regularidad de la respiración, el estado de alerta, el color, la postura y la apariencia de confort o de incomodidad, la presencia de sueño y vigilia y el bienestar general del recién nacido en el MMC.

Si durante la posición canguro se alteran los signos vitales (saturación menor de 85% y/o FC mayor a 180/min) se suspende hasta el día siguiente.

El personal de salud debe registrar estos datos en la historia clínica del recién nacido antes, durante y al finalizar la posición canguro intermitente o continuo.

En el canguro continuo en la unidad de cuidados neonatales los controles de signos vitales se realizan en posición canguro cada 6 horas.

El examen clínico y el control de peso se debe realizar diariamente en la unidad de cuidados neonatales, unificándolos en un solo momento.

Se considera que el recién nacido está adaptado al MMC cuando al realizarlo 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/Kg/día por día como mínimo, verificado en tres días consecutivos mientras está en MMC.
- No presenta signos de alarma o problemas de salud.
- Cuando el recién nacido se considera adaptado al MMC, es candidato para la fase ambulatoria.
- Para la valoración se puede utilizar la lista de chequeo de adaptación canguro.

TABLA 2

LISTA DE CHEQUEO DE ADAPTACIÓN AL MÉTODO MADRE CANGURO

Escala de la madre	0	1	2
1. **Colocación de RN en el pecho.**	Dificultad para colocarlo. Siempre requiere ayuda.	Lo coloca bien. Algunas veces requiere ayuda.	Coloca el RN al seno sola. No requiere ayuda.
2. **Manipulación y movilización del RN al cambiarlo y despertarlo.**	Dificultad persistente para manipular y movilizar al RN.	Dificultad ocasional para manipular y movilizar al RN.	Manipula y moviliza al RN sin dificultad.
3. **Estimulación y responsabilidad hacia el RN.**	No atiende las manifestaciones del RN. No estimula.	Atiende pocas veces las manifestaciones del RN. Poca estimulación.	Atiende las manifestaciones del RN. Estimula al RN con palabras, caricias o canto.
4. **Seguridad y confianza para cuidar el RN en el hogar.**	No se siente segura no capaz de continuar el cuidado del RN en el hogar.	Se siente un poco insegura e incapaz de continuar el cuidado del RN en el hogar.	Se siente segura y capaz de continuar el cuidado del RN en el hogar.
5. **Producción láctea.**	Se extrae menos de 30 ml de leche para dejarle al RN.	Se extrae de 30 a 60 ml de leche para dejarle al RN.	Se extrae más de 60 ml de leche para dejarle al RN.
6. **Conocimiento del MMC.**	Desconoce totalmente los cuidados, precauciones, molestias y signos del alarma del RN canguro.	Desconoce parcialmente los cuidados, precauciones, molestias y signos del alarma del RN canguro.	Conoce los cuidados, precauciones, molestias y signos del alarma del RN canguro.
7. **Aceptación y aplicación del MMC.**	No acepta ni aplica la metodología canguro.	Acepta y aplica parcialmente el MMC.	Acepta y aplica el MMC.
8. **Fuentes de apoyo familiar y socioemocional.**	No tiene ayuda ni apoyo en el hogar para cuidar el RN. Madre sola.	Tiene poca ayuda y apoyo para cuidar el RN en el hogar. Ayuda ocasional parte del día.	Tiene ayuda y apoyo para cuidar el RN en el hogar. Ayuda la mayor parte del día.
9. **Duración de la adaptación hospitalaria.**	Salida antes de cumplir 24 horas de nacido.	Salida con adaptación hospitalaria inferior a 3 días.	Salida con mas de 3 días de adaptación hospitalaria.
10. **Estado de salud materno.**	Madre enferma. Evidente deterioro. Incapacidad total.	Madre manifiesta sentirse mal y se observa deterioro.	Buen estado de salud de la madre.
RN	**0**	**1**	**2**
1. **Respuesta a estímulos.**	El RN se observa muy somnoliento, es difícil despertarlo y amamantarlo.	El RN se observa un poco somnoliento, es difícil despertarlo algunas veces.	El RN se observa dinámico al despertar y al amamantarlo.
2. **Patrón de succión.**	Episodios de 3-5 succiones, pausa de duración variable, succión desorganizada, arrítmica.	Episodios de 5-10 succiones, pausa de duración variable, succión desorganizada, arrítmica.	Episodios de 10-30 succiones, pausa breve, secuencia suc-deglu-resp. 1:1:1.
3. **Temperatura corporal en contacto piel a piel.**	Se enfría en contacto piel a piel con la madre.	Enfriamiento de las extremidades en contacto piel a piel.	Mantiene la temperatura corporal en contacto piel a piel.
4. **Aumento de peso durante adaptación.**	Más de 10 días: gana menos de 5g/k/día. Menos de 10 días: pierde más de 20% del peso al nacer.	Más de 10 días: gana menos de 10-15g/k/día. Menos de 10 días: pierde más de 15% del peso al nacer.	Más de 10 días: gana 15g/k/día. Menos de 10 días: pierde menos del 10% de su peso.

Lista de chequeo de la Adaptación Canguro. Clínica Pedro Claver-Clínica del niño. Programa Madre Canguro. Colombia. 2008. Modificado en RN por Bebé y la equivalencia de 1 onza: 30 cc.

El egreso oportuno y temprano.

El recién nacido puede salir del hospital independientemente de su peso o su edad gestacional, si cumple con los criterios de egreso oportuno y lo más importante que se garantice el retorno para sus controles. Si no hay medios económicos, de transporte o el domicilio está alejado para regresar a la consulta debe permanecer en alojamiento conjunto en MMC en el hospital.

Criterios que se deben cumplir para un egreso oportuno

Del Recién nacido:

- Condición estable y sin enfermedad concurrente.
- Regula su temperatura en posición canguro
- Es capaz de coordinar succión- deglución .
- Tiene una adecuada ganancia de peso de15 gr/Kp/día verificado en tres días consecutivos mientras está en MMC.

De la madre:

- Se siente capaz de manejar a su recién nacido en la casa con el MMC y cumplir con los controles rutinarios.
- Está capacitada en signos de alarma y reanimación básica
- Puericultura con énfasis en lactancia materna sostenible y estimulación temprana

De la familia:

- Existe compromiso de la familia en apoyar a la madre en el hogar para el MMC y asistir a los controles de seguimiento.
- Está capacitada en el MMC, signos de alarma y reanimación básica,
- Puericultura con énfasis en lactancia materna sostenible y estimulación temprana.
- Tienen posibilidades de acceso hasta el servicio de salud.

Del servicio de salud:

- Servicio de salud con personal comprometido, capacitado y calificado para brindar el seguimiento sistemático, riguroso, multidisciplinario y bien establecido del manejo ambulatorio del MMC.

Una vez que el recién nacido pasa a la fase canguro ambulatorio, el personal de salud debe coordinar acciones, proporcionar una copia de los registros al servicio de salud (primer, segundo o tercer nivel) más cercano al domicilio a fin de que cuente con la información necesaria para realizar los controles de seguimiento.

FASE AMBULATORIA

El Método Madre Canguro permite transferir gradualmente las responsabilidades del cuidado del recién nacido desde el personal de salud hacia su familia.

La clave para la implementación exitosa del seguimiento ambulatorio es la adaptación intra-hospitalaria al método madre canguro.

Seguimiento ambulatorio del recién nacido en MMC

En la consulta Individual: el personal de salud requiere de todo el tiempo necesario para la atención del recién nacido, sin límites.

Frecuencia: Idealmente el seguimiento es diario, si esto no es posible debe ser por lo menos dos veces por semana o según signos de alarma. El seguimiento se vuelve semanal cuando vemos que el recién nacido tiene un crecimiento adecuado hasta alcanzar los 2.500gr y luego los controles se hacen una vez por mes.

Pasos de la consulta

Lavarse las manos antes y después de cada consulta según las normas del Manual Neonatal del MSPBS.

1. Buscar signos de alarma según la escala de alerta neonatal precoz (Anexo 2).
2. Conocer la historia de la madre y el recién nacido sobre la práctica del MMC en casa, aplicando la lista de chequeo de Adaptación Canguro (ver Tabla 2)
3. Evaluar la Alimentación: Evaluación de la mamada (Anexo 5).
4. Hacer un examen físico completo e integral según el Manual de Atención Neonatal del MSPBS.
5. Evaluar el crecimiento

- Peso: Se espera una ganancia de peso de alrededor de 15 gr/kg/día (velocidad de crecimiento intra útero) hasta que cumpla 37 semanas de EGC. Luego se espera que el crecimiento sea de por lo menos 10 gr/kg/día hasta las 40 semanas.
- Talla: debe aumentar en promedio 0,8 cm por semana.
- Perímetro cefálico: se espera un aumento de 0,5 a 0,8 cm por semana.

  Si el aumento de peso es inadecuado se examinara la técnica de alimentación, el amamantamiento su frecuencia, duración y comprobar que se están dando las tomas o mamadas nocturnas.

  Se recomendará a la madre que amamante al recién nacido con leche final y que aumente la frecuencia. Si hay posibilidad, hacer un crematocrito de la leche de la madre para asegurar que el tenor graso es satisfactorio.

6. Evaluar el desarrollo psico-sensorio-motriz: La maduración neurológica debe ser evaluada con base en la edad gestacional corregida y según el Manual de vigilancia del desarrollo de 0 a 5 años.
7. Vacunas: Los RN prematuros y RN de bajo peso se vacunan según edad cronológica, y las normas del PAI del MSPBS.
8. Estudios diagnósticos para RN prematuros y/o RN de bajo peso según el Manual de Atención Neonatal del MSPBS.
9. Verificar y registrar en la historia clínica y en la Libreta de Salud del niño: Peso, Talla, Perímetro cefálico (graficar en la curva) y temperatura.
10. Alentar a la madre y/o la familia a continuar con el MMC, los cuidados del recién nacido en el hogar y la estimulación del desarrollo, así como a observar la aparición de señales de alarma y buscar ayuda de inmediato.

El seguimiento para la vigilancia del crecimiento y del desarrollo neuropsicomotor y sensorial debe hacerse hasta que el recién nacido alcance los dos años de edad gestacional corregida.

Recuerde que la atención integral, el examen físico y los estudios necesarios según cada recién nacido deberán realizarse de acuerdo a lo establecido en el Manual de Atención Neonatal del MSPBS.

En la Consulta Colectiva: es colectiva porque están los recién nacidos, las madres y el personal de salud en el mismo ambiente. Esto hace posible que las madres escuchen lo que se dice, piensa y permite compartir informaciones y experiencias entre ellas sobre los problemas planteados.

La presencia de niños de diferentes edades con buen crecimiento y desarrollo que han practicado el MMC demuestra lo beneficioso que ha sido para ellos, su madre, padre y familia y ayuda a que disminuyan los miedos y ansiedades de las nuevas madres, fortaleciendo su confianza en el MMC.

En las visitas de seguimiento en el servicio de salud o en el domicilio se deben detectar factores por los cuales sería necesario suspender el MMC.

Criterios para suspender definitivamente el MMC

a. La madre ya no desea continuar con el MMC, a pesar de la orientación recibida.
b. La madre está enferma o no se siente capaz de mantener el MMC y ningún otro miembro de la familia lo puede realizar.
c. El recién nacido ya no tolera el MMC, es muy activo y se le nota incómodo (suda, araña y llora) en la posición de rana pidiendo su salida.

Criterios para re hospitalización de recién nacido en MMC ambulatorio

La presencia de uno o más de los siguientes criterios:

a. El recién nacido está perdiendo peso.
b. Ganancia de peso menor a 15 g/kp/día.
c. Algún signo de peligro.
d. Enfermedades o complicaciones.
e. La madre no cumple o tiene dificultades para practicar el MMC.

Una vez que el problema de salud ha sido superado en la re hospitalización y el recién nacido está nuevamente estable, puede ser considerado candidato para volver al MMC ambulatorio siguiendo los mismos criterios descritos anteriormente.

CAPÍTULO

4

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN (IEC) Y CAPACITACIÓN PARA MADRES, PADRES Y /O PERSONA DESIGNADA EN EL MMC

LA ESTRATEGIA BÁSICA PARA FACILITAR LA IMPLEMENTACIÓN Y EL ÉXITO DEL MMC SE BASA EN: INFORMACIÓN-EDUCACIÓN-COMUNICACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, MADRES, PADRES Y /O PERSONA DESIGNADA EN EL MMC.

Para obtener estos objetivos, es necesario:

- **Que el MMC sea parte del protocolo de cuidado del recién nacido en todas las unidades neonatales del país.**
- **Sensibilizar, comunicar, informar, educar y capacitar al personal de salud de los servicios de neonatología en el manejo clínico del MMC.**
- **Informar, educar, comunicar y capacitar a la madre, padre y/o persona designada en el cuidado del recién nacido en el MMC.**

El equipo de neonatología integrado por neonatólogo y/o pediatra, enfermera especializada en neonatología, neurólogo, psicólogo, oftalmólogo, fonoaudiólogo, neumólogo, ortopedista, fisioterapeuta físico, ocupacional, del lenguaje, optómetra, nutricionista y trabajador social, deben estar capacitados en el MMC, pero lo más importante es que tengan el deseo, la voluntad y el compromiso de querer llevar adelante la metodología canguro.

Las madres, padres y/o persona designada de los recién nacidos internados en la unidades neonatales recibirán capacitación para el cuidado de su recién nacido a través de sesiones interactivas dadas por el equipo de la unidad neonatal, según cronograma y organización del servicio.

Cuando la madre empieza las sesiones de educación y capacitación frecuentemente expresa su temor de que el recién nacido caiga, inseguridad cuando lo están movilizando, miedo de sofocarlo con el pecho y falta de habilidad para darle el pecho.

Es importante manejar estas situaciones estresantes de la madre y sobre todo proporcionar orientación en el proceso de ayudar a la madre/padre/persona designada a tomar sus propias decisiones dándoles información precisa e imparcial y apoyo emocional.

El personal de neonatología debe estar capacitado en habilidades de comunicación (Anexo 2) como:

- Acercarse a la madre con empatía.
- Llamar a la madre y a su hijo por su nombre.
- Ayudar a la madre a entender sus sentimientos al inicio de la adaptación.
- Hablar sin levantar la voz, teniendo una actitud cálida y amigable.

- Establecer contacto personal y visual de forma apropiada según el ámbito cultural en el que se realice.
- Promover una actitud positiva en la madre, celebrándole sus logros y haciéndola sentir orgullosa de su rol de madre.

El MMC propicia una activa participación del padre, favorece la sensibilidad y cambia su percepción acerca de su rol de padre.

Si es posible en alguna de las sesiones, es importante contar con una madre/padre y /o persona designada que ya haya egresado del hospital para dar testimonio de la experiencia del cuidado del recién nacido en el MMC y pedirle que responda a preguntas acerca de preocupaciones de las madres.

También se debe dejar muy claro a la madre que recibirá todo el apoyo adicional que pueda necesitar, de ello depende su seguridad y tranquilidad.

SESIONES IEC-CAPACITACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO

Sesión 1: Técnica canguro-extracción de leche materna

Objetivos: Informar del MMC, comunicar los beneficios del MMC para el recién nacido, su madre y familia y entrenar en la técnica canguro, extracción de leche materna y conservación.

Actividades: Escuchar las dudas, temores y expectativas de la madre, padre o persona designada respecto al MMC. Mostrar y practicar con muñecos como sostener y colocar al recién nacido en la posición canguro. Mostrar y practicar extracción manual de leche materna y extracción de leche materna final.

Contenidos

1. ***Enseñando como sostener al recién nacido y Posición canguro:*** La madre y/o persona designada debe tener uñas cortas y limpias, cabello recogido. Evitar accesorios como reloj, anillos, aros, cadenas, pulseras y celulares. Utilizar una blusa o camiseta con abertura en la parte delantera y/o faja, para tener fácil acceso al pecho y estar en condiciones de colocar al muñeco en contacto piel a piel.

Enseñar y practicar el lavado de manos con la madre/o persona designada según las normas del Manual de atención neonatal del MSPBS.

El personal de salud hará una demostración con el muñeco: sosteniendo con una mano ubicada en la parte posterior del cuello y la espalda, permitiendo que sus dedos alcancen el segmento bajo del mentón para prevenir que la cabeza se escurra y bloquee el paso de aire mientras el muñeco está en posición vertical. La otra mano se ubicará debajo de las nalgas. Colocar al muñeco dentro de la faja y dejar que la madre repose con él.

En la medida en que la madre se familiarice con ésta práctica su miedo de dañar al recién nacido mientras lo está sosteniendo desaparecerá.

Una vez que la madre se sienta segura de aplicar el MMC podrán hacerlo con su recién nacido con el acompañamiento y observación del personal de salud.

Se explicará a la madre cómo observar al recién nacido, qué signos de alarma debe buscar. Además se debe orientar a que ella puede amamantar en posición canguro porque facilita la lactancia materna, y estimula la producción de leche, incluso puede movilizarse en forma normal, pues el recién nacido está seguro en esa posición.

2. ***Nutrición Canguro:*** Técnica de extracción de leche materna.

Lavarse las manos antes y después de cada extracción según las normas del Manual de Atención Neonatal del MSPBS.

a. Preparación.

- Mantener las uñas cortas y limpias. Evitar accesorios: reloj, anillos, pulseras y celulares. Recoger el cabello y usar gorro.
- Reunir los materiales a utilizar: recipiente de vidrio o plástico duro libre debifenol A, con tapa de plástico de boca ancha, limpio, rotulado. Extractores de leche limpios para cada uso de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
- Utilizar mascarilla, durante la extracción.
- No es necesario el lavado del pezón antes ni después de cada extracción, basta con el baño diario de la madre.

b. Estimulación.

- Masaje con las yemas de los dedos desde la base hacia el pezón con movimientos circulares.
- Frotar suavemente las mamas desde la base hasta el pezón.
- Pensar en el recién nacido, mirar, o ver su foto desencadena sentimientos de amor y la bajada de la leche.

c. Extracción.

- Se aconseja iniciar la extracción cuando las condiciones clínicas físicas y psíquicas de la madre lo permitan, preferiblemente dentro de las 6 horas del parto y cada tres horas.
- Cuando se produzca la bajada de la leche lo aconsejable es realizar extracciones cada 2 horas de día y cada 3 horas de noche. Cuando la lactancia está bien establecida el número de extracciones puede ser menor.
- Evitar hablar, manipular celulares y tocarse la cara durante la extracción manual o mecánica.
- Al terminar y al empezar la extracción manual o mecánica colocar algunas gotas de leche materna alrededor de la areola y el pezón de cada pecho, porque contiene sustancias que mantienen la elasticidad de la piel y grasas que actúan como bactericidas, evitando infecciones y previniendo grietas.

d. Extracción Manual.

- Tomar el pecho rodeándolo con los dedos en C: el pulgar por encima, y el resto de los dedos por debajo, apoyando detrás de la areola.
- Empujar la mama hacia el tórax, sin separar los dedos.
- Presionar suavemente el pecho en forma intermitente: presionar, soltar, presionar, en todo el contorno de la areola secuencialmente, sin deslizar los dedos.
- Usar primero una mano y luego la otra en cada mama.
- Si la leche no sale no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente.

e. Extracción Mecánica.

- Mantener el acoplamiento adecuado entre la copa del extractor y el pecho.
- Usar solo la presión necesaria para mantener el flujo.
- La duración de la extracción es de aproximadamente 7 a 10 min por cada pecho.
- Evitar extracciones prolongadas, suspender si el flujo de leche es mínimo o cesa.
- Lavar los accesorios del extractor después de cada uso, según las recomendaciones del fabricante.

Leche materna final: Extraer leche materna hasta que cambie de color (amarillento o blanco espeso), a partir de aquí cambiar el frasco y seguir extrayendo hasta que deje de gotear. Está leche es rica en grasa, con alto valor calórico. Se recomienda administrar primero la leche final extraída, para asegurar un mejor ascenso ponderal.

Conservación de la Leche Materna Extraída.

- A temperatura ambiente no se recomienda en el hospital.
- A temperatura ambiente menor a 26°C durante 2 horas en la casa.
- En la parte más fría de la heladera 5-8 °C (en la rejilla superior) por 2 días.
- Nunca en la puerta, ni en la parte inferior de la heladera.
- En el congelador dentro de la heladera (-15 °C): 2 semanas
- En la heladera con congelador separado y frezzer (-20°C): 3 a 6 meses.

Recuerde alimentar al RN prematuro y RN de bajo peso al nacer, preferentemente con leche fresca recién extraída.

Sesión 2: amamantando al RN prematuro y/o rn de bajo peso en posición canguro.

Objetivos: Capacitar a la madre en las técnicas de amamantamiento del recién nacido prematuro y/o recién nacido de bajo peso y en la administración de leche materna extraída por métodos alternativos.

Actividades: Escuchar dudas, temores y expectativas de la madre, padres o persona designada respecto al amamantamiento. Mostrar y practicar con muñecos las diferentes posiciones y el agarre del prematuro y recién nacido de bajo peso. Mostrar y practicar la administración de leche materna por vasito, jeringa, suplementador y sonda orogástrica.

Contenidos

1. ***Enseñando a amamantar en posición canguro.***
   Explicar a la madre que el recién nacido tiene reflejos naturales y mecanismos que lo ayudan a alimentarse: reflejo de búsqueda, de succión, de deglución, de extrusión de la lengua, del vómito, etc.

Recordar que el amamantamiento es un acto que la madre y el recién nacido deben aprender a hacer.

Es probable que al principio el recién nacido de bajo peso o prematuro se canse con facilidad y succione débilmente por periodos breves el pecho o utilice más tiempo para cada succión. Quizá necesite pausas más largas después de succionar porque tienen un sistema nervioso inmaduro (se sienten incómodos por el ruido, la luz y la actividad). Puede quedarse dormido mientras succiona y no siempre se despierta para mamar. Por ello, si pasan más de tres horas y continúa dormido hay que estimularlo con suavidad y amamantarlo nuevamente.

El personal de salud evaluará y estimulará el amamantamiento directo todos los días durante la adaptación canguro intrahospitalaria, debiendo comenzar tan pronto como el estado del recién nacido lo permita y lo tolere.

Estimulando al recién nacido para mamar.

- Antes de iniciar el amamantamiento la madre puede estimular al recién nacido, realizando caricias suaves en la cara, pasando el dedo índice suavemente alrededor de los labios para evocar el reflejo de búsqueda y cosquilleos en la planta del pie.
- Una estimulación suave continua hace que el recién nacido abra sus ojos.
- Cambiar los pañales, antes de mamar puede contribuir a que esté más alerta.
- La alimentación es un proceso complejo que va a exigir del recién nacido lo máximo de sí, por lo que pueden aparecer señales de estrés como reducción de los movimientos de succión, mirada fija, temblor de lengua, cianosis de extremidades, hipoactividad, hipo etc. A la primera manifestación de estrés debemos suspender la estimulación[22].

Para darle pecho al RN prematuro y/ o RN de bajo peso.

- Posición de la madre: La madre se sienta derecha y cómodamente, en una silla, utilizado un vestido abierto al frente. Debe mantener su hombro recto y relajar el cuello, hombros y brazos para estar lo más cómoda posible. Algún familiar puede facilitar la relajación de la madre tocando y masajeando sus hombros y brazos para reducir la tensión.
- Posición del Recién nacido. Las mejores posiciones para amamantar al prematuro y/o recién nacido de bajo peso son:
  - **Posición debajo del brazo (de sandía):** El recién nacido es colocado al lado del pecho que amamantará, en contacto piel a piel, bajo el brazo de la madre. La madre tratará de apoyar la cadera y los brazos del bebé con la parte interna de su antebrazo. Coloca la mano del mismo brazo en la región posterior del cuello, nunca en la cabeza, y los dedos en forma de C, alrededor de la nuca del niño, tratando de alcanzar con el dedo del medio y el dedo pulgar la parte baja del mentón. La otra mano apoya y retracta el pecho hacia el tórax de la madre.
    Con el bebé ligeramente hacia arriba y frente al pecho de la madre, se estimula el reflejo de búsqueda aproximando la cara del recién nacido al pecho, rozando los labios con el pezón hasta que logre la apertura máxima de la boca; en este momento la madre tiene que acercar el recién nacido al pecho en un movimiento rápido y firme, de tal manera que la mayor parte del pezón entre dentro de la boca del bebé.
  - **Posición cruzada (inversa):** El recién nacido es colocado frente al cuerpo de la madre, sosteniéndolo con el brazo del lado opuesto del cual va a mamar.
  - **Posición de caballito:** El recién nacido es colocado en posición vertical sentado enfrente de la madre, con sus piernas en el abdomen de ella.
    La madre deberá sostener al recién nacido de la parte posterior del cuello, aproximándolo a su pecho. Cuando el recién nacido empieza a succionar la madre exprime suavemente su pecho para asegurar la salida de leche con cada esfuerzo de succión.
  - **Posición de Dancer:** La madre puede ubicar el dedo de la mano que sostiene el pecho, bajo la barbilla del niño para evitar que se le escurra la mandíbula, favoreciendo de esta manera una succión efectiva particularmente en niños de menos de 34 semanas de edad posconcepcional, y en quienes la coordinación de tragar, succionar y respirar puede ser difícil. Si el RN parece estar cansado o presenta cianosis, la alimentación deberá ser suspendida.

[22] *Método Madre Canguro. Guía de Manejo. N. Charpak, Z. Figueroa. Fundación Canguro. P. NN. 22.*

Agarre. Mostrar a la madre los signos que indican un buen agarre: Recién nacido con la boca bien abierta, labio inferior evertido (volteado), areola más visible por encima que por debajo de la boca y el mentón toca el pecho (o casi).

Succión efectiva. Es la succión lenta profunda con pausas ocasionales, mejillas redondeadas mientras mama, deglución audible y mantiene un ritmo de succión nutritiva (succiona, deglute y respira coordinadamente: 1:1:1).

En el recién nacido por encima de 36 semanas se puede regular el número de succiones retirando el pezón o dejando de administrar leche después de 3 a 4 succiones esperando 3 segundos para permitir que respire y se reinserta el pezón nuevamente, de esta manera aprende a coordinar en forma sistemática succión, deglución y respiración.

Las madres pueden participar en la evaluación de la succión del niño contando los movimientos de succión hechos entre pausas. Esto permite apreciar el progreso de sus recién nacidos.

Mientras aumenta gradualmente la succión nutritiva se deberá seguir administrando leche materna extraída, de manera que el recién nacido reciba cuanto necesita.

2. ***Administracion de leche materna por métodos alternativos.*** La madre entrenada, capacitada y bajo supervisión puede administrar leche materna por método alternativos de alimentación como: vasito, jeringa, suplementador y por sonda oro-gástrica dependiendo del peso, la edad gestacional, el estado general del recién nacido y su capacidad de coordinar la succión y la deglución. Las técnicas se describen en el capítulo 3 de esta guía.

Sesión 3: cuidados de la madre y el RN de bajo peso y RN prematuro en el MMC

Objetivos: Capacitar a la madre y/o persona designada en el cuidado e identificación de signos de alarma del RN prematuro y RN de bajo peso durante el MMC.

Actividades: Escuchar dudas, temores y expectativas de la madre, padres o persona designada respecto al cuidado del recién nacido. Mostrar los cuidados del recién nacido en MMC. Cuidados de la madre lactante en canguro. Enseñar a detectar los problemas más frecuentes que se pueden presentar en posición canguro. Firma del consentimiento informado.

Contenidos: Cuidados del recién nacido en el MMC. Los recién nacidos pueden recibir la mayoría de los cuidados, incluida la alimentación, mientras se encuentran en posición canguro. Sólo es preciso interrumpir el contacto piel a piel para:

- La higiene del recién nacido.
- La evaluación clínica del recién nacido (peso)
- Cuando el estado clínico del recién nacido lo amerite,
- Cuando la madre o la persona designada necesita realizar sus actividades y no cuenta con otra persona que la reemplace.

Recuerde es importante de ser posible, cuando se interrumpe el contacto piel a piel, realizar todos los cuidados del RN en un solo momento.

Higiene

1. ***Baño***. Se recomienda realizar solo la higiene de la región perineal con aceite vegetal en cada cambio de pañal. No bañar al recién nacido hasta que deje la posición canguro.

Lavarse las manos antes y después de cada cambio del pañal según las normas del Manual de Atención Neonatal del MSPBS.

El pañal se debe cambiar:

- Cada vez que se encuentre sucio o mojado.
- En un lugar sin corriente de aire, con temperatura ambiente de 26 a 28 °C.
- Colocando al recién nacido en posición de 20-30° para evitar el reflujo o la broncoaspiración.
- No levantar las piernas, ni las caderas del recién nacido por encima del tórax para evitar reflujo, bronco aspiración e hipertensión intracraneana.

2. ***Cordón Umbilical.*** El cuidado, se debe hacer según lo indicado en el Manual de atención neonatal del MSPBS.

3. ***La ropa.*** El recién nacido en posición canguro deber usar en lo posible ropa de algodón que incluye gorro, medias, y pañal dejando el resto del cuerpo desnudo para que contacte con la piel de la madre y /o persona designada. Puede utilizar una bata de algodón abierta por delante.

El recién nacido no debe tener amuletos, collares, anillos, pulseras en o alrededor de cualquier parte de su cuerpo.

Masaje y estimulación:

- El recién nacido es capaz de comunicarse a través de su comportamiento y llanto. Así, nos dice cómo se siente y lo que quiere. La madre es el mejor vínculo para conocer e identificar sus necesidades.

- Los masajes suaves con amor y en el momento adecuado tranquilizan al recién nacido, lo hacen sentir seguro, disminuyen el estrés, fortalece las relaciones afectivas con su madre/ padre, le generan auto confianza y mejora sus periodos de sueño.
- La técnica consiste en desvestir al recién nacido para ser colocado en contacto piel a piel con la madre dejando solamente el pañal. La madre lubrica su mano con aceite vegetal para hacerle masajes suaves empezando por la parte superior de la espalda y haciendo movimientos circulares de arriba abajo, a ambos lados de la columna. Después, se aplican movimientos circulares y una suave presión sobre los brazos y antebrazos, terminando en las manos del recién nacido, tomando cada uno de los dedos y haciéndoles una presión suave. El mismo tipo de masaje se aplica a las extremidades inferiores.
- Los masajes continúan hacia las orejas y los ojos moviendo las yemas de los dedos alrededor de los mismos (tres veces), luego en la nariz en la comisura de los labios, y finalmente se aplica en las sienes.
- Si la madre está muy ansiosa, el personal de salud la puede ayudar a sostener al recién nacido en la posición apropiada. La duración del masaje debe ser corta, y el ambiente debe ser tibio, para prevenir una pérdida excesiva de calor.
- La estimulación se realiza a través del masaje suave, hablándole y mirándole a los ojos.

Cuidados de la madre en el MMC

Técnicas para la relajación de las madres en la etapa de adaptación del MMC intrahospitalario:

- En un ambiente calmado, con luces bajas, y música suave se conduce la sesión de relajación, pidiendo a las madres en un tono suave de voz mantener sus ojos cerrados y alternativamente contraer y estirar diferentes partes del cuerpo, y después relajarlas mientras exhala.
- Los ejercicios propuestos para esta actividad son estiramiento, contracción, flexión y movimientos circulares del cuello, brazos y hombros.
- Cuando las madres se sienten relajadas, es el momento de darles mensajes positivos en relación con su habilidad de cuidar, estimular y alimentar a su recién nacido.
- Ellas pueden compartir sus experiencias.
- También se recomienda hacer los ejercicios de relajación en la casa.
- Actividades que la madre puede realizar mientras el recién nacido está en la posición canguro.
- La madre y/o persona designada que tiene a un recién nacido en posición canguro puede movilizarse normalmente: caminar, permanecer de pie, sentarse o participar en diferentes actividades educativas planificadas por el hospital.
- Durante la noche debe adoptar una posición semisentada cuando duerme con el recién nacido en posición canguro.
- Cuando necesite realizar actividades propias (hábitos fisiológicos), se recomienda que el padre u otra persona la remplace en la posición canguro.

Higiene de la madre

- Apropiado aseo personal: especialmente el área que estará en contacto directo con la piel del recién nacido, pelo recogido, uñas cortas y limpias sin esmalte y no debe usar joyas, anillos, cosméticos ni perfume.

- Ropa liviana con abertura delantera o bata hospitalaria.
- Banda o faja de algodón lycrado sencillo, sin prendedores, ganchillos o broches.
- Recordar a la madre y/o persona designada que realiza el MMC que no debe fumar, beber bebidas alcohólicas, ni consumir drogas ilícitas (heroína, cocaína, marihuana, crack etc.).

Nutrición de la madre lactante

Es importante que el servicio de salud asegure a la madre la provisión de líquidos y alimentos durante su estadía en el MMC, para ello se priorizará un lugar cómodo e higiénico en el albergue de madre de la unidad neonatal. La madre lactante necesita alimentación adecuada en cantidad y calidad para mantenerse saludable y poder satisfacer las necesidades básicas del recién nacido.

Salud mental

Los profesionales de salud mental del equipo de la unidad neonatal o del servicio de salud deben participar de la sesiones a fin de interiorizarse de las necesidades e identificar los temores reales y las soluciones posibles, como también los candidatos para apoyo adicional desde el inicio de las sesiones.

- **Manifestaciones de miedo:** terminada la sesión educativa es importante animar a las madres a compartir sus preocupaciones y temores (no tener suficiente leche, alzarlo inapropiadamente, sofocación) que podrían haber aparecido durante el proceso de entrenamiento. La idea es discutirlos y resolverlos conjuntamente.
- **Miedo al alta:** Por lo general en el momento del alta de la unidad neonatal el temor de la madre aparece nuevamente: algunas madres, consciente o inconscientemente, tratarán de evitar llevarse al recién nacido a casa. Cuando esto suceda, el personal de salud deberá ayudar a la madre a darse cuenta de las características y de las razones de este comportamiento.

Podría ser de ayuda repetirle siempre a la madre su progreso durante el proceso de adaptación y su mejora en la habilidad de darle un cuidado apropiado al recién nacido. Esto le permite a la madre exteriorizar y compartir sus miedos a tiempo y ayudará positivamente al éxito de la fase ambulatoria.

Signos de alarma

Se debe enseñar a la madre, padre y la familia a reconocer los signos de alarma y buscar ayuda de inmediato en el personal de salud o acudir al servicio de salud. Siempre que el recién nacido presente un signo o más tiene un problema grave (Anexo de alerta neonatal precoz).

Apnea

La madre debe estar entrenada para observar la respiración, las pausas respiratoria y contar la frecuencia respiratoria del recién nacido e informar al personal de salud de inmediato o acudir al servicio de salud.

- Explicarle qué es la apnea y las consecuencias que tiene en el recién nacido.
- Demostrar los efectos de la apnea pidiendo a la madre que contenga su respiración por un breve lapso (menos de veinte segundos) y durante un lapso más prolongado (más de veinte segundos).
- Explicarle que si la respiración se detiene durante veinte segundos o más, o bien si el recién nacido presenta un color azulado en labio y rostro, es una apnea y es signo de enfermedad grave.
- Enseñarle a estimular al recién nacido frotándole suavemente la espalda o el tórax.
- Si sigue sin respirar, la madre deberá avisar inmediatamente al personal de salud.
- Si está en su domicilio deberá iniciar reanimación Cardio-pulmonar básica (Curso Taller de reanimación Cardiopulmonar básica para padres de recién nacidos y lactantes de la American Heart, dictado por profesionales de la Sociedad paraguaya de Pediatría).

SIGLAS

AEG	Adecuado a edad gestacional
BPN	Bajo peso al nacer
CDN	Convención de los Derechos del Niño
EBPN	Extremo bajo peso al nacer
EG	Edad gestacional
FC	Frecuencia cardiaca
FR	Frecuencia respiratoria
MBPN	Muy bajo peso al nacer
MMC	Método Madre Canguro
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEG	Pequeño para edad gestacional
Tº	Temperatura
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UCIMN	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
USF	Unidad de Salud Familiar
RN	Recién nacido
SN	Succión Nutritiva
SNN	Succión no Nutritiva
Pc	Posición Canguro

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Edad gestacional (E.G.):** Número de semanas que el recién nacido ha completado en el útero. El pediatra evalúa la edad postconcepcional de acuerdo a varios criterios: Escalas de evaluación por Ballard, Capurro, Dubovich, 280 días reglamentarios, etc.
- **Recién Nacido Término:** es todo recién nacido entre las 37 y las 42 semanas de edad gestacional.
- **Recién Nacido Pre-término:** recién nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional.
- **Los recién nacidos dependiendo de su peso al nacer se clasifican:**
  - Recién nacido Bajo peso al nacer (BPN): cuando nace con un peso entre 1500 y 2499 gramos, independiente de su edad gestacional.
  - Recién Nacido Muy bajo peso al nacer (MBPN) : cuando nacen con un peso entre 1000 y 1499 gramos, independiente de su edad gestacional.
  - Extremado bajo peso al nacer (EBPN): cuando nacen con un peso entre 500 y 999 gramos, independiente de su edad gestacional.
- **Edad Cronológica:** Edad calculada a partir del nacimiento.
- **Edad Corregida:** Edad posnatal menos las semanas que faltaron para completar 40 semanas.
- **Contacto piel a piel:** La madre sostiene a su recién nacido desnudo en contacto con su piel.
- **Apego precoz:** El apego es una vinculación afectiva intensa que implica un complejo sistema de conductas innatas que las especies mamíferas comparten. Es importante realizarlo inmediatamente al nacimiento.

- **Vínculo afectivo:** Desarrollo de una estrecha relación de amor entre padres y recién nacido.
- **Alojamiento conjunto:** El recién nacido permanece con su madre en la misma habitación.
- **Calostro:** La leche que las mujeres producen en los primeros días (1 a 4 día) después del parto; es amarillento.
- **Leche madura:** La leche que se produce aproximadamente a los 14 días después del nacimiento.
- **Leche materna extraída:** Leche que ha sido extraída manual o mecánicamente de los pechos.
- **Leche de inicio:** leche materna que se produce al comienzo de cada mamada, de color claro, contiene mayor proporción de agua y lactosa.
- **Leche final:** leche materna que se produce en la parte tardía de cada mamada, rica en grasas.
- **Reflejo:** Una respuesta automática a través del sistema nervioso del cuerpo.
- **Reflejo de búsqueda:** El recién nacido abre la boca y voltea para buscar el pezón.
- **Reflejo de deglución:** El recién nacido traga automáticamente cuando su boca se llena de líquido.
- **Reflejo de eyección de la leche:** La leche fluye del pecho debido a la liberación de oxitocina causada por la succión del recién nacido o condicionado.
- **Reflejo de succión:** El recién nacido succiona o chupa automáticamente cualquier cosa que toque su boca.
- **Succión del pecho:** Acción mediante la cual el recién nacido extrae con su boca la leche del pecho materno.
- **Succión no nutritiva (SNN):** es un comportamiento complejo que involucra la coordinación de varios músculos para la generación de patrones motores orales. Se produce sin ingesta de alimentos, cumpliendo una función calmante y de exploración del medio. Colabora con el desarrollo de la succión nutritiva y se presenta entre la semana 18 y 24 de gestación. Tiene un tiempo de duración menor que la SN y se organiza en series de succiones cortas separadas de pausas breves. Su frecuencia es de dos succiones por segundo.
- **Succión Nutritiva (SN):** Es el medio primario de alimentación del recién nacido que permite extrae eficazmente leche materna de los pechos.
- **Extraer:** Presionar o exprimir el pecho para hacer salir la leche.
- **Extractores de leche materna:** Aparatos diseñados para extraer leche de los pechos maternos.
- **Agarre:** La forma como el recién nacido toma el pecho dentro de su boca.
- **Alimentación a demanda o sin restricciones o guiada por el recién nacido:** Alimentar al recién nacido cada vez que muestre señales de querer comer, tanto de día como de noche.
- **Suplementador de lactancia:** una sonda pegada a la areola del pecho a través del cual el recién nacido puede tomar leche materna extraída al mismo tiempo que succiona del pecho.
- **Lactancia materna exclusiva:** Alimentación solo con leche materna sin la adición de otros alimentos, líquidos o agua (se permite vitaminas, jarabes y SRO).
- **Alimentación artificial:** solamente leche artificial y no recibe leche materna.
- **Alimentación con jeringa:** es la administración de la leche materna utilizando la jeringa sin la aguja.
- **Crematocrito:** Técnica que permite determinar el tenor de grasa y el contenido energético de la leche humana extraída.

ANEXO 1

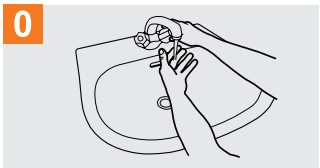
LAVADO DE MANOS

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

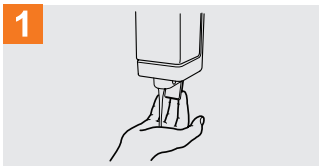
Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

0



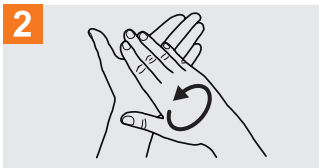
Mójese las manos con agua;

1



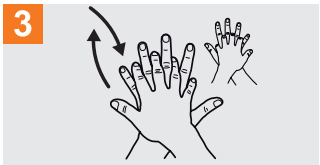
Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;

2



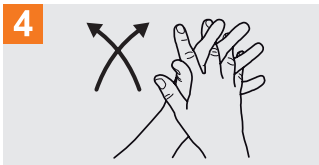
Frótese las palmas de las manos entre sí;

3



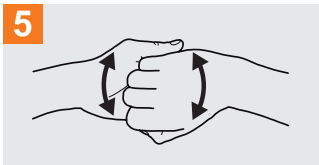
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

4



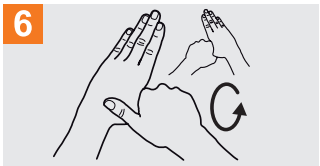
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;

5



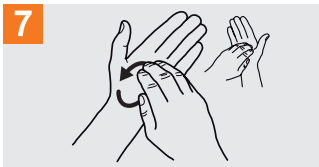
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

6



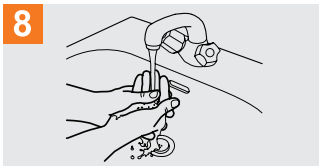
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

7



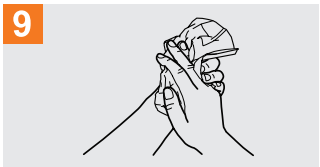
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;

8



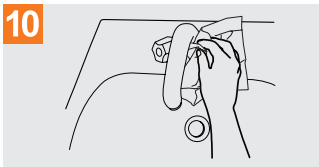
Enjuáguese las manos con agua;

9



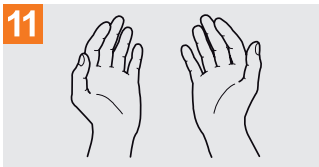
Séquese con una toalla desechable;

10



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;

11



Sus manos son seguras.

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente — UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA | SAVE LIVES Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.
La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

ANEXO 2

ORIENTACIONES DEL MMC

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 al servicio de salud y continúa durante su permanencia, y posteriormente en el hogar y la comunidad.

La orientación no aconseja ni asesora, sino proporciona información para que la usuaria o el usuario hagan un análisis y tome una decisión por sí mismo. La esencia de la orientación es escuchar empática y activamente y ayudarle en la exploración de alternativas y acciones respecto a la utilización del MMC.

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. Para una comunicación interpersonal efectiva es necesario que la misma se realice en forma horizontal, dialogada y ante todo respetuosa, utilizando 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.

Si esto se logra, la consulta tendrá un impacto más positivo para la práctica de MMC.

a. **Utilizar gestos y palabras para ser cordiales:** Cuando nos comunicamos cara a cara no lo hacemos solo mediante palabras, nuestro cuerpo también expresa y comunica, mediante los gestos, posturas corporales, señas.

   Las señales 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 de la usuaria o usuario. A continuación damos a conocer algunos ejemplos:

TABLA 3

MANIFESTACIONES NO VERBALES POSITIVAS Y NEGATIVAS

Manifestaciones no verbales positivas	Manifestaciones no verbales negativas
• Sonreír con agrado. • Dar la mano a la madre. • Ofrecer un asiento a la madre. • Inclinarse hacia la madre. • Mantener contacto visual con la madre/ padre.	• Mirar el reloj. • Mirar más el registro que a la madre. • No mirar a la madre/padre. • Mascar chicle. • Hablar por teléfono en el momento de la atención.

TABLA 4

MANIFESTACIONES VERBALES POSITIVAS Y NEGATIVAS

Manifestaciones verbales positivas	Manifestaciones verbales negativas
• (Saludar) ¡Buenos días! • Pase, por favor. • ¿Cómo se ha sentido con el método (canguro) desde la última consulta? • Entiendo su preocupación. • ¡Qué buena pregunta!	• Señora, ¡usted no entiende! • No quiere seguir las indicaciones y por eso no hay mejoría • ¡Tranquila, hija! • ¡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 a las usuarias:** El uso de palabras simples y sencillas en el idioma hablado por la madre ayuda a que la comunicación sea más clara y fluida. Si el personal de salud utiliza términos técnicos, rebuscados o difíciles, las usuarias o usuarios no pueden comprender con facilidad los mensajes, se confunden, se distraen o tienen temor y pueden hacerle sentir incómodo, 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:
"Si el bebé se enfría es una señal de peligro".

Por la diversidad de culturas que conviven en nuestro país, a veces ocurre que el personal de salud no habla el idioma de las madres, padres, familias. Para lograr ser comprendido puede recurrir a una persona para que traduzca y también puede apoyarse en materiales de información como rotafolios, láminas y otros.

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

Es necesario estimular la comunicación. La persona que orienta debe expresar interés y comprensión por medio de manifestaciones verbales y no verbales positivas. De esta manera hace saber a la usuaria que la está escuchando y la anima para 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".*

Es importante hablar pero más importante es escuchar a las madres, padres, familias. Escuchar es prestar atención a aquello que se percibe por medio del oído y si hay capacidad de escuchar se puede conocer mejor a las madres, padres, familias, el orientador 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 la madre o el padre o el familiar dejan de hablar para pensar o abordar una situación, se recomienda no apresurarla. Es importante respetar esa pausa. Tampoco es recomendable interrumpir a la persona cuando está hablando.

c. **Hacer preguntas adecuadas:** Para obtener información de calidad, relevante, pertinente, oportuna y comprender los problemas y sentimientos de la madres, padres, familias con relación a la utilización del MMC, 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 que, demandan reflexión y expresan sensaciones, preocupaciones o dificultades. También hacen posible conocer los conocimientos, sentimientos y prácticas de las madres, padres, familias.

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 MMC en su casa?”.
- “¿Cuándo comenzó a dejar de mamar?”.

Preguntas de sondeo: 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 las madres, padres, familias, pues se sienten escuchados con atención. Por ejemplo:
- “Según me cuenta, esta semana le costó mucho seguir con el MMC en su casa, ¿la están apoyando en su hogar?, ¿cómo?

Recomendaciones:

- Es importante manejar toda la información de los usuarios confidencialmente. Si es necesario comentar los casos con los colegas se lo puede hacer sin identificar a las personas involucradas. De esta manera se conservan la credibilidad y confianza.
- Si en algún caso una madre, padre o familiar 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 por falta de atención y cambiamos de tema.

d. **Negociar con respeto:** Negociar es llegar a un acuerdo. En la vida cotidiana todas las personas niños, niñas, adolescentes, adultos y adultas negocian constantemente.

Como personal de salud necesitamos conocer algunas claves que nos ayuden a negociar mejor con las usuarias. La negociación es un camino para buscar consensos, llegando a un compromiso voluntario entre las madres, padres, familias y el personal de salud.

En la negociación influyen al menos tres factores:

1. **Los actores:** Es decir, las personas que están negociando. Por ejemplo, la enfermera y la madre de un recién nacido.
2. **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 el bebé utilizando el MMC, y la madre insiste en que duerma a su lado en la cama.
3. **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:

1. **Hacer preguntas abiertas:** que permitan conocer más a la madre, padre o familiar y para obtener más información para negociar con ella o él.
2. **Tener interés por conocer a la madre, padre o familiar:** es importante estar atento a las emociones y sentimientos y demostrar ese interés por comprenderla.
3. **Escuchar:** es estar atento a sus manifestaciones verbales (lo que dice) pero también a las no verbales (lo que hace). Escuchar es una condición básica para negociar la opinión de los demás: aunque se tenga la misma opinión que la madre, padre o familiar, es importante respetar sus ideas, creencias y costumbres.
4. **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.
5. **Tener objetivos claros de cómo aplicar el MMC:** tener en mente los pasos clave que son necesarios que la madre, padre o familiar sigan para cumplir con la aplicación del método.
6. **Ceder y lograr que la madre, padre o familiar 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.
7. **Llegar a un compromiso voluntario entre la madre, padre o familiar y el personal de salud:** el compromiso de utilizar el MMC debe partir de una decisión informada de la madre, padre o familiar y no ser resultado de presión o manipulación.
8. **Hacer seguimiento:** esto es fundamental para verificar el progreso del recién nacido y la correcta aplicación del MMC.

e. Utilizar mejor el tiempo y el espacio:

- El tiempo y el espacio son factores importantes en la calidad de atención a la madre, padre o familiar.
- El tiempo de las madres, padres y familias es tan importante como nuestro tiempo, por lo tanto es necesario: ser puntuales, calcular el tiempo de atención para aprovechar al máximo el mismo y utilizar las habilidades de comunicación más eficientemente.
- 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, que sea iluminado y disponga de material de apoyo como afiches, rotafolios y otros.
- Un ambiente agradable facilita la confianza y comunicación en el momento de la orientación.
- Además 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.
- 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 bebé que lleva junto a su cuerpo y lo que no debe hacer.
- Hay que explicarle las ventajas y las implicaciones de este tipo de cuidados para ella y para su recién nacido y exponerle en todo momento las razones que subyacen a toda recomendación. La adopción del MMC debe ser el resultado de una decisión informada y con consentimiento firmado, en ningún caso debe percibirse como una obligación.

ANEXO 3

TABLA 5

ESCALA DE ALERTA NEONATAL PRECOZ

NOMBRE Y APELLIDO DEL/LA RECIEN NACIDO:

ESCALA DE ALERTA PRECOZ NEONATAL																			
FECHA:	HORA:																		
ASPECTO GRAL (coloración)	Rosado																		
	Rubicundez																		
	Palidez																		
	Cianósis generalizada																		
	Ictericia antes de las 24 horas o por debajo del ombligo																		
FRECUENCIA RESPIRATORIA (Respiraciones por minuto)	40 - 60																		
	Mas de 60 o menos de 30																		
ESFUERZO RESPIRATORIO	Regular																		
	Apneas																		
	Aleteo nasal																		
	Quejido																		
	Tiraje subcostal																		
SATURACION DE 02 (%)	Menos de 88% (pretérmino)																		
	menos de 90% (término)																		
TEMPERATURA (C°)	36,5 – 37,5																		
	<36,5																		
	>37,5																		
FRECUENCIA CARDIACA (latxmin)	100 a 160																		
	< 100																		
	> 160																		
LLENADO CAPILAR	< 2 segundos (buen llenado capilar)																		
	>2 segundos (mal llenado capilar)																		
RESPUESTA NEUROLÓGICA	Alerta tranquilo																		
	Llora fuerte																		
	Irritabilidad																		
	Convulsión																		
	Hipotonia o hipertonia																		
	Letárgico o inconciente																		
HABITOS FISIOLÓGICOS	Presencia de micción (dentro de las 24 hs de nacimiento) Heces oscuras (dentro delas 48 hs de nacimiento)																		
	Orina poco(cambio de pañal menos de 3 veces al dia)																		
	Ausencia de micción > 24 hs y de deposición > 48 hs Chorro de orina débil																		
GLICEMIA (Tira reactiva)	45 - 150 mg/dl																		
	<45 mg/dl o >150 mg/dl																		
MANIFESTACIONES DE SANGRADO	Equimosis																		
	Petequias																		
	Hemorragias																		
SIGNOS DE INFECCIÓN	Secreción purulenta conjuntival																		
	Ombligo eritematoso que no se extiende a piel																		
	Pústulas en la piel pocas o localizadas																		
	Placas blanquecinas en la boca																		
	Pústulas o vesículas en la piel(muchas o extensas)																		
	Supuración de oido																		
	Secreción purulenta del ombligo y enrojecimiento que se extiende a la piel																		
ALIMENTACIÓN	Se alimenta bien																		
	Distensión abdominal																		
	Vomita todo																		
	No puede alimentarse																		
ANTECEDENTES MATERNOS	Infecciones intrauterinas (TORCH)																		
	Fiebre materna																		
	RPM >18 hs en RNT >12 hs en RNPT																		
	Madre rH negativa																		
CONDICIÓN AL NACER	Trauma o lesiones severas debidas al parto																		
	Requirieron maniobras de reanimación																		
	Anomalias congénitas mayores																		
	Peso < 2000 gr																		
	Edad gestacional < 35 sem																		
	GEG																		
	PEG																		

ANEXO 4

HIPOTERMIA DEL RECIÉN NACIDO

Se considera hipotermia 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. Los recién nacidos no regulan 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.

La hipotermia puede ser también causada por enfermedad infecciosa sistémica como sepsis y alteraciones metabólicas como hipoglucemia u otras. Los recién nacidos 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.

a. Mecanismos de pérdida de calor en el recién nacido

TABLA 6 **VÍAS POR LAS QUE EL RECIÉN NACIDO PIERDE CALOR Y ACCIONES PARA PREVENIR SU PÉRDIDA**

Vías por las que el recién nacido pierde calor	Acción para prevenir la pérdida de calor
1. **EVAPORACIÓN:** Cuando el líquido amniótico sobre la piel se evapora al aire	• Secar con compresas tibias al bebé tan pronto haya nacido. • Cambiar la compresa o ropa húmeda por otra seca, tibia y limpia.* • Contacto piel con piel. • Retrasar el baño mientras este en posición canguro.
2. **CONDUCCIÓN:** Cuando el recién nacido es puesto desnudo sobre una superficie fría (ej. Mesa, balanza o cama fría) *	• Poner al bebé en contacto piel con piel con la madre. • Cubrir con una gorra la cabeza y con una compresa tibia el cuerpo del recién nacido. • Evitar poner al recién nacido en contacto con superficies frías. • Asegurarse de que una compresa tibia cubre la mesa, la balanza o la cama.
3. **CONVECCIÓN:** Cuando el recién nacido está expuesto a un ambiente frío o hay corriente de aire por puertas, ventanas abiertas, ventiladores o aire acondicionado funcionando.	• Asegurar que la temperatura ambiental de la sala de parto, quirófano, UCIN. UCIM y Alojamiento conjunto. • Evitar las corrientes de aire.

Vías por las que el recién nacido pierde calor	Acción para prevenir la pérdida de calor
	• Cubrir con una gorra la cabeza, con medias los pies del recién nacido. • Mantener abrigado al recién nacido.
4. **RADIACIÓN:** Cuando el recién nacido está cerca de objetos fríos, no necesariamente en contacto (paredes, muebles)	• Mantener al recién nacido en contacto con la madre u otra persona.

En caso de recién nacido menores de 1500 g seguir las normas del Manual de atención Neonatal. 2017.

b. Signos de hipotermia:

- Llanto débil.
- Llanto ausente ante estímulo.
- Succión débil.
- No puede mamar o ausencia de succión.
- Piel fría al tacto.
- Abdomen y tórax muy fríos (comparados con la temperatura del torax de una persona).
- Letárgico, hipoactivo e inconsciente.

c) **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:

Calor durante el nacimiento.

- La temperatura de la sala de parto/quirófano debería ser superior a 28 °C(termómetro de pared funcionando en la sala de parto y/o quirófano)
- No debe haber corrientes de aire.
- Las compresas y ropas para secar y vestir al recién nacido deben estar preparadas a tiempo, secas, limpias y tibias.

Secar inmediatamente al recién nacido y ponerlo en contacto piel a piel.

- Secar inmediatamente al recién nacido después del nacimiento con una compresa tibia limpia y seca mientras se lo acomoda sobre el abdomen de la madre.
- Cubrir al recién nacido con otra compresa seca, limpia y tibia.
- Luego cubrir al recién nacido y la madre con una frazada y ponerle una gorra de algodón al recién nacido.
- Mantener contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido en forma continua, si las condiciones clínicas de ambos lo permite.

Alimentación.

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

Retrasar el primer baño.

- En las primeras semanas de vida no es necesario el baño diario.
- 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.

Abrigo durante el transporte.

- Si el recién nacido necesita ser transportado al hospital o dentro de él, la posición canguro es una forma segura de transporte neonatal, evitando el desarrollo de hipotermia durante su traslado.
- Vestirlo con gorra, medias y una bata abierta adelante para hacer contacto piel a piel.

Abrigo durante los procedimientos.

- 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.

d. Tratamiento: Tratar la hipotermia

- Mantener la temperatura del ambiente en 28°C.
- Medir la temperatura Axilar del recién nacido.
- Enseñe a las madres a prevenir estas situaciones y a medir la temperatura axilar:
  - Utilizar un termómetro limpio, sacudirlo hasta que indique una temperatura inferior a 35° C
  - Colocar la punta del termómetro en el centro de la axila; la piel de la axila debe estar completamente en contacto con dicha punta y no deben formarse bolsas de aire entre la piel y la punta.
  - Mantener el brazo del recién nacido suavemente presionado contra la pared lateral del tórax; mantener el termómetro inmóvil durante al menos tres minutos.
  - Retirar el termómetro y leer la temperatura.
  - Si se constata una temperatura corporal inferior a 36,5 ºC, cubrirlo con una manta estando en contacto piel a piel y asegurarse de que la madre permanezca en un ambiente cálido.
- Avisar al personal de salud o consultar al servicio de salud.

ANEXO 5

EVALUACIÓN DE LA MAMADA

TABLA 6

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LA MAMADA

Nombre de la madre _____ Fecha: _____

Nombre del bebé_____ Edad del bebé_____

Signos que la lactancia está yendo bien:	Signos de posibles dificultades:
GENERAL	
Madre:	*Madre:*
☐ Madre se ve sana	☐ Madre se ve enferma o deprimida
☐ Madre relajada y cómoda	☐ Madre se ve tensa e inquieta
☐ Signos de apego entre la madre y bebé	☐ No hay contacto visual madre-bebé
Bebé	*Bebé:*
☐ Bebé se ve sano	☐ Bebé se ve con sueno y enfermo
☐ Bebé tranquilo y relajado	☐ Bebé inquieto llora
☐ Bebé alcanza, busca el pecho si hambre	☐ Bebé no busca ni alcanza
PECHOS	
☐ Pechos se ven sano	☐ Pechos rojos, hinchados, adoloridos
☐ No hay dolor ni inquietud	☐ Pechos o pezón dolorosos
☐ Pecho bien agarrado con los dedos Lejos del pezón	☐ Pechos sujetos con los dedos en la areola
☐ Pezón protráctil	☐ Pezón plano, no protráctil
POSICIÓN DEL BEBÉ	
☐ Bebé con cabeza y cuerpo en línea	☐ Bebé con cuello y cabeza torcida
☐ Bebé pegado a la madre	☐ Bebé no está pegado
☐ Bebé con todo su cuerpo apoyado	☐ Bebé apoyado en la cabeza y cuello solo
☐ Bebé se acerca al pecho, nariz frente al pezón	☐ Bebé se acerca al pecho, con su labio inferior y mentón hacia el pezón
AGARRE DEL BEBÉ	
☐ Más areola vista por encima del labio superior	☐ Más areola vista por debajo labio inferior
☐ Bebé con la boca bien abierta	☐ Bebé con la boca apenas abierta
☐ Labio inferior evertido	☐ Labios invertidos
☐ El mentón del bebé toca el pecho	☐ El mentón del bebé no toca el pecho
SUCCIÓN	
☐ Lentas, profundas succiones con pausas	☐ Succión superficial y rápida
☐ Mejillas redondas cuando succiona	☐ Mejillas hundidas cuando succiona
☐ Bebé libera el pecho cuando termina	☐ Madre quita al bebé del pecho
☐ Madre nota signos de reflejo de oxitocina	☐ No se notan signos de reflejo de oxitocina

Notas:

UNICEF/OMS Promoción y Apoyo a la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño – Curso de 20 horas 2009

Debe presentar todos los signos de amamantamiento adecuado y no presentar signos de posibles dificultades.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO

Nombre de la madre/o tutor: .....
C.I Nº: .....

1. Por la presente autorizo al Servicio de Salud a realizar el Método Madre Canguro(favor escribir a máquina o letra de imprenta)

2. El Dr./Dra. me ha explicado suficientemente en que consiste el Método Madre Canguro, me ha informado de los beneficios para mí, mi hijoy mi familia y los posibles riesgos que pueden presentarse durante su implementación en la fase intrahospitalaria como en la ambulatoria en mi domicilio.

   Realicé capacitaciones prácticas del MMC, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

   Además se me ha comunicado mi derecho para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.

   Así mismo se me ha comunicado sobre mi responsabilidad en el cuidado de mi hijo en el MMC en la unidad neonatal o en mi domicilio, por lo que estoy dispuesta a practicar el método madre canguro.

   También doy mi consentimiento para la admisión de observadores del área de la salud en la unidad de cuidados neonatales.

   Confirmo que he leído y comprendo perfectamente todo lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido rellenados antes de mi firma.

Fecha: .....

Padres o tutores firma
CINº: .....

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del método Madre Canguro, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas .Creo que el/la paciente/pariente/tutor comprende completamente lo que he explicado y contestado.

Fecha: .....

Médico firma y sello
CINº: .....

Modificado del Manual de Bioética 2011 (17).

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. Indicadores básicos de salud. Paraguay. MSPBS/OPS, 2014-2015.
2. Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). ISBN: 978-99953-847-7-7. Setiembre, 2013.
3. Convención de los derechos del niño y el adolescente. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.
4. Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley 1680. Convención de los Derechos del Niño. Secretaría de la Niñez y la Adolescencia. Material impreso en el marco de del proyecto: Atención integral a la niñez y la adolescencia en sus comunidades. Ejecutado por Plan Paraguay con fondos de Itaipú Binacional. Paraguay, 2008.
5. Método Mama Canguro. Guía del participante. Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay, 2011.
6. Bergman, N. Somos mamíferos, recuperando el paradigma original. https://www.youtube.com/watch?v=hDOpnCPoBg0.
7. Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos. Primera edición, 2009.
8. Neurodesarrollo en Neonatología. Intervenciones ultratemprana en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Basso, G. Capítulo 6 y 8. Editorial Panamericana, 2016.
9. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR, Randomized Controlled trial of skin-to-skin contact frombirth versus convention alincubat orforphysiological stabilization. Acta Pediatricas.2004;93(6):779-85.
10. Cochrane Database of Systemic Revienws.2003, Issue 2.
11. Kylie BlacKwell and Adriano Catanneo reviewers. Whatisthe evidence for Kangaroo mothercare of theveryl owbirth weight baby. International Child Health Review Collaboration, 2007.
12. Lawn J. Mwansa-Kambafwile J, Horta B, Barros, Cousens. Kanguro Mother Care to prevent neonatal deaths duet opreterm birth complications. International Journal of Epidemiology, 2010.Vol 39.144-154.
13. Método Madre Canguro Guía de manejo. N. Charpak, Z Figueroa. Fundación Canguro.
14. Guías Alimentarias del niño menor de 2 años. MSPBS. INNAN, 2015.
15. Manual de Atención Neonatal. MSPBS/OPS. IBSN 978 -99967-638-8-5. Paraguay, 2011. Actualizacion y reimpresión 2017.
16. La Iniciativa Hospital Amigo del niño. Módulo 3 .Curso de 20- horas para el personal de la maternidad. Organización Mundial de la Salud. Unicef. OPS, 2009.
17. Maternidad segura y centrada en la familia. Conceptualización e implementación del modelo. Primera edición. Ministerio de la República de Argentina.
18. Guías de práctica clínicas basadas en evidencia para la óptima utilización de MMC en el recién nacido pre termino y /o bajo peso al nacer. Fundación canguro. Departamento d epidemiología clínica y bioestadística. Facultad de Medicina-Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2005 - 2007.

19. Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para agentes comunitarios de la salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.2015 20- Lineamientos Técnicos para la atención integral del Prematuro con peso menor de dos mil gramos al nacer. Ministerio de Salud del San Salvador. San Salvador, septiembre de 2013.
21. Guías Alimentarias del Paraguay. INNAN, 2014.
17. Manual de Bioética. Enrique de Mestral.3ra. Edición- EFACIM. Paraguay.
18. Brundi, M: Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel madrea/padre/hijo. Capítulo 2. Acciones a desarrollar. En: Guías para transformar maternidades tradicionales en "Maternidades Centradas en la familia". Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en : https://www.yumpu.com/es/document/view/30961299/maternidades-centradas-en-la-familia-ministerio-de-salud/49.
19. Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)-OPS-OMS. Regionalización Perinatal. En: Regionalización de la atención perinatal. Ministerio de Salud de la Nación-OPS/OMS, 2011.
20. Charpak N,and Ruiz-Pelaez JG. 2006. Resistance to implementing KMC in developing countries and proposed solutions. Acta Pediátrica 95: 529–534.
20. Estrategia Nacional de Salud Neonatal. "Hacia una mejor calidad de vida de la población neonatal del país". MSPNS, OPS. Paraguay, 2011.
21. Lansdown G, Goldhagen J, Waterson T: Manual "Interfase entre los derechos y la salud de la niñez. Curso de profesionales". Adaptación CRED PRO/ FLACSO Argentina, 2006.
22. Necochea E, Bossemeyer D: Gerencia y Reconocimiento Basado en Estándares. Una guía de campo. USAID /Jhpiego. Segunda edición, 2007.
23. Ruiz, J.G. y Charpak, N. (editores): Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Bogotá, Colombia, 2007.
24. OPS/ OMS. Método Madre Canguro: Una solución segura y eficaz. Disponible en : http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=2647%3Akangaroo-mother-care&catid=6601%3Akbr-case-studies&Itemid=40275&lang=es.
25. Atención del neonato prematuro en la UCIN. Centrada en la prevención de los factores de riesgos de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo. María del Carmen Sánchez Pérez, María Arévalos Mendoza, Miriam Figueroa OLE y otros. Universidad autónoma Metropolitanas. Editorial Manual Moderno. México, 2014.

DIRSINA
Dirección de Salud Integral
de la Niñez y la Adolescencia

DGPS
DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS DE SALUD

Todos y todas por la
PRIMERA
INFANCIA
PLAN NACIONAL DE
DESARROLLO INTEGRAL
DE LA PRIMERA INFANCIA
2011-2020

PROGRAMA DE DESARROLLO
INFANTIL TEMPRANO
"PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS"