

**¿EN QUE CONSISTE EL MÉTODO MADRE CANGURO? EFECTOS Y  
BENEFICIOS**

POR:

MARIANA VARGAS PERDOMO

ASESORA:

MARCELA BURITICÁ

COLEGIO MARYMOUNT

PROYECTO DE GRADO

MEDELLÍN

2014

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>4</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
4.1 Objetivo general: .....	7
4.2 Objetivos específicos:.....	7
<b>5. DEFINICIONES: .....</b>	<b>8</b>
5.1 Neonato:.....	8
5.2 Neonatología:.....	8
5.3 Bebe prematuro:.....	8
5.4 Recién nacido pre término:.....	8
5.5 Recién nacido inmaduro:.....	8
5.6 Recién nacido prematuro:.....	8
5.7 Recién nacido a término:.....	9
5.8 Recién nacido pos término:.....	9
5.9 Recién nacido con bajo peso al nacer:.....	9
5.10 Recién nacido con muy bajo peso al nacer:.....	9
5.11 Recién nacido con extremadamente bajo peso al nacer:.....	9
5.12 Edad corregida: .....	10
5.13 Edad cronológica:.....	10
5.14 Marsupial:.....	10
<b>6. PROBLEMA DE NATALIDAD EN COLOMBIA .....</b>	<b>11</b>
<b>7. HISTORIA MÉTODO MADRE CANGURO.....</b>	<b>13</b>
7.1 Método Madre Canguro.....	13
7.2 Por qué empezó este método y en dónde se lleva acabo .....	14
<b>8. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO: .....</b>	<b>15</b>
8.1 Principales objetivos en la madre y en el bebé:.....	15
8.1.1 En el bebé:.....	15
8.1.2 En la madre: .....	16
<b>9. INCUBADORA.....</b>	<b>17</b>
9.1 ¿Qué es?.....	17
9.2 Sus principales componentes son:.....	17
9.3 Tipos de incubadoras: .....	17
9.4 Historia de la incubadora.....	17
<b>10. PROGRAMA MADRE CANGURO .....</b>	<b>20</b>

<b>11. FUNDACIÓN CANGURO.....</b>	<b>21</b>
<b>11.1 Factores.....</b>	<b>22</b>
11.1.1 La posición canguro.....	22
11.1.2 Lactancia materna.....	24
11.1.3 Neuropsicología del desarrollo: Detección Temprana.....	26
11.1.4 Alto riesgo.....	27
<b>12. CONCLUSIONES.....</b>	<b>30</b>
<b>13. REFERENCIAS .....</b>	<b>31</b>

## 1. RESUMEN

El Método Madre Canguro fue creado por el Doctor Edgar Rey Sanabria en 1978 debido al déficit de unidades neonatales en Colombia. Este método ha traído grandes beneficios a nuestro país y alrededor del mundo ya que ha logrado bajar las tasas de mortalidad neonatal. Además de este, tiene otros beneficios en los bebés pre-término o de bajo peso al nacer pues no sólo es un método más sencillo y eficaz, sino que gracias a él se genera un vínculo afectivo entre la madre y el bebé, con el cual la madre se siente más responsable al poder ser ella la primera cuidadora de su hijo y poder estar en contacto piel a piel las 24 horas del día. Es primordial que se tenga el compromiso y la responsabilidad de la madre ya que es ella la nueva encargada de cuidar a su bebé.

Se pretende pues con este Proyecto de Grado conocer acerca del Plan, sus inicios y beneficios, apoyada en investigaciones, documentos y estudios realizados por expertos en el tema, así mismo con información adquirida en las conferencias de las doctoras Ángela Lombo y Margarita Echeverri, y en visitas efectuadas a la Clínica Soma y a la Fundación Canguro.

## 2. INTRODUCCIÓN

El desarrollo del tema a continuación surgió a partir del interés de conocer e informar acerca de una alternativa ingeniosa para lograr la disminución de la mortalidad neonatal, ocasionada principalmente por el bajo peso al nacer. Además, investigar como un bebé nacido pre-termino o de bajo peso es capaz de lograr sobrevivir y finalizar su desarrollo fuera del útero de su madre de la misma forma que si estuviera dentro de ella.

Lo que se pretende lograr también al responder esta pregunta, es mostrar los beneficios que tiene el método tanto para el bebé como para su madre, ya que por medio de éste se involucra a los padres y se les da una mayor responsabilidad en el cuidado del bebé, logrando que el vínculo afectivo se desarrolle de forma más fuerte.

Una de las grandes ventajas que tiene el Programa Madre Canguro, es su posibilidad de ser utilizado en todos los bebés pre-término o de bajo peso al nacer, sin distinción de condiciones económicas. Se requieren para poder ser parte del programa unas adecuadas condiciones físicas del bebé para autorizar su salida del Hospital y un compromiso serio de la madre para asumir la responsabilidad. Si se dan ambas condiciones, se inicia el programa el cual incluye capacitaciones, controles y un estricto acompañamiento y soporte psicológicos para la madre y toda la familia durante todo el proceso.

Por tanto este sería un método que se puede implementar a todo nivel y no solo en nuestro país sino a nivel mundial.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿En qué consiste el método Madre Canguro? Efectos y Beneficios

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general:**

Dar a conocer a las personas de que se trata el método de Madre Canguro, sus orígenes, objetivos y beneficios, así como también explicar los efectos que tiene tanto en el bebé como en la madre.

### **4.2 Objetivos específicos:**

1. Definir el término Mamá Canguro, sus orígenes y causas.
2. Aspectos positivos.
3. Aspectos negativos.
4. Beneficios.

## 5. DEFINICIONES

**5.1 Neonato:** A un neonato se llama recién nacido. Se le denomina neonato del día 0-30.

**5.2 Neonatología:** Esta especialidad médica estudia el feto y el recién nacido antes, durante y después del nacimiento, hasta el 28º día de vida. También se preocupa tanto por el bebé que está sano como por el bebé que sufre enfermedades. Algunas de estas pueden ser malformaciones, problemas en el desarrollo debidas a la prematuridad o a otras causas. (Plus)

**5.3 Bebe prematuro:** “Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:” (prematuros, 2013)

De acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

**5.4 Recién nacido pre término:**

El niño o niña que nace entre las 22 semanas a menos de 37 semanas (menos de 259 días) de gestación. (practica, 2004)

**5.5 Recién nacido inmaduro:**

El niño o niña que nace entre o tiene de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos. (practica, 2004)

**5.6 Recién nacido prematuro:**

El niño o niña que nace entre o tiene de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que



equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos. (practica, 2004)

#### **5.7 Recién nacido a término:**

El niño o niña que nace entre o tiene de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más. (practica, 2004)

#### **5.8 Recién nacido pos término:**

El niño o niña que nace entre o tiene de 42 semanas o más de gestación. (practica, 2004)

De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

#### **5.9 Recién nacido con bajo peso al nacer:**

Recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 2500 gramos (hasta 2499 gramos inclusive), independientemente de su edad gestacional. (practica, 2004)

#### **5.10 Recién nacido con muy bajo peso al nacer:**

Recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 1500 gramos (hasta 1499 gramos recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a inclusive), independientemente de su edad gestacional. (practica, 2004)

#### **5.11 Recién nacido con extremadamente bajo peso al nacer:**

1000 gramos (hasta 999 gramos inclusive), independientemente de su edad gestacional. (practica, 2004)

**5.12 Edad corregida:**

Lo que le falta al bebe para llegar a las 40 semanas de gestación.

**5.13 Edad cronológica:**

El número de semanas con las que nació en bebe.

**5.14 Marsupial:**

Son un grupo de mamíferos Terios que se caracterizan por desarrollarse muy poco en el vientre de la madre y terminan de completar su proceso de crecimiento agarrados de las glándulas mamarias del interior de la bolsa del marsupial. (Marsupiales, Blogspot Marsupiales)

## 6. PROBLEMA DE NATALIDAD EN COLOMBIA

“La tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, entre 1985 a 1990 la tasa bruta natalidad era de 28,8 y para 2010 al 2015 se estima una tasa de 18,8. Del 2005 al 2010 alrededor del 62% de los nacimientos fueron en mujeres menores de 26 años.

La tasa de natalidad en Colombia: número de nacimientos por cada mil habitantes fue en 2012 del 19,11‰ y el índice de fecundidad de 2,32.” (Echeverri, 2014)

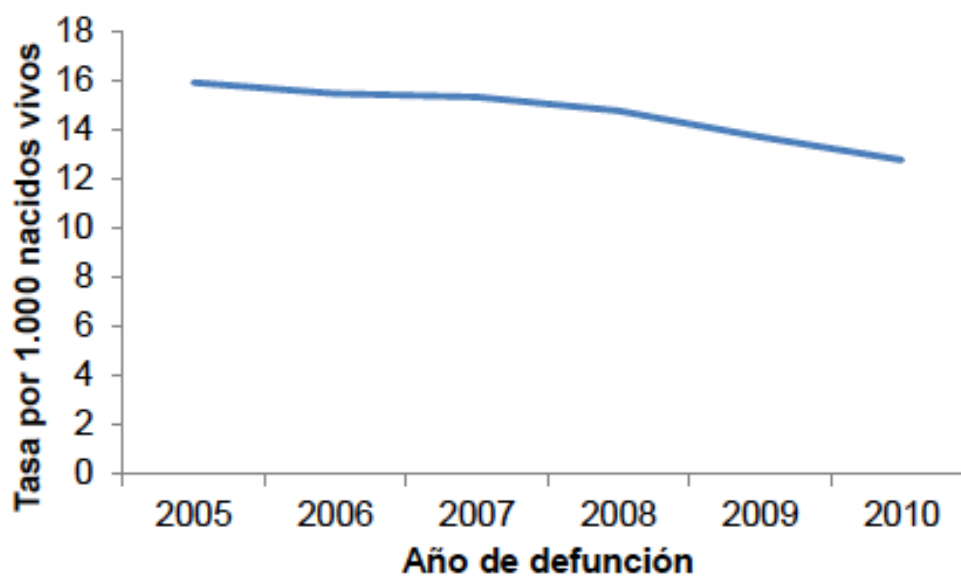
“20 millones de niños al año con bajo peso al nacer por prematuridad, patologías maternas o neonatales ó malformaciones congénitas, La mayoría en países no desarrollados y son más de la 1/5 de la mortalidad neonatal mundial”. (Echeverri, 2014)

“El bajo peso al nacer constituye uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad neonatal. En Colombia ha tenido una tendencia constante al incremento durante el quinquenio 2005-2010. Alrededor del 9% de los niños nacen con un peso inferior a 2.500 gramos.” (Echeverri, 2014)

“Las muertes neonatales representan el 40% de las muertes en menores de cinco años en los países en vía de desarrollo. Las tres causas principales son: asfixia al nacer, Infecciones y complicaciones debido a la prematuridad y BPN.” (Echeverri, 2014)

“Para alcanzar el 4 objetivo del Milenio los países deben reducir la mortalidad neonatal: cada año más de 20 millones de bebés nacen prematuros o con bajo peso y el 95% de estos ocurre en países en vía de desarrollo.” (Echeverri, 2014)

“La mortalidad neonatal ocupa un gran porcentaje, con el 63% de los casos durante los primeros 28 días de vida.” (Echeverri, 2014)



Fuente DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010.

## **7. HISTORIA MÉTODO MADRE CANGURO**

### **7.1 Método Madre Canguro**

Este método consiste en la atención a bebés prematuros o que nacen de bajo peso manteniéndoles en un contacto piel a piel con su madre. Se caracteriza por ser un método sencillo y eficaz, proporcionando bienestar tanto a los bebés como a las madres; se puede iniciar en el hospital y continuar en el hogar. Otro objetivo es dar a los padres la responsabilidad de cuidar a sus bebés y finalizar el proceso de maduración fuera del útero de la madre. (canguro P. b., 2013)

Es muy importante hacer entender a los padres que cuando se realiza la práctica ambulatoria del Método Madre Canguro la calidad del cuidado debe cumplir los estándares mínimos de la unidad neonatal. Es también importante evitar la separación de la madre y el niño; ya que el contacto piel-a-piel se debe iniciar lo más pronto posible, aun si el bebé se encuentra en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN).(canguro, 2014)

El Método Madre Canguro se inició en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá en 1978 por el Doctor Edgar Rey Sanabria, fue inspirado en los marsupiales, animales mamíferos que se terminan de desarrollar fuera del útero. La madre igual al Marsupial usa su metabolismo para ayudar a terminar el desarrollo del bebé. (canguro M. m., 2014)

## **7.2 ¿Por qué empezó este método y en dónde se lleva a cabo?**

El Método Madre Canguro empezó por el déficit de unidades neonatales y la insuficiencia de incubadoras en Colombia. Esta situación hizo que el jefe de neonatología y profesor de pediatría de la Universidad Nacional de Bogotá, Dr. Edgar Rey Sanabria, creara el Método Madre Canguro en el Instituto Materno Infantil de Bogotá en 1978 en compañía de otros médicos, como el Dr. Héctor Martínez (1979-1994) y el Dr. Luis Navarrete (1982-1994). Con el tiempo se fue perfeccionando hasta poder lograr la aceptación universal por la comunidad científica y hoy en día este método se aplica en los 5 continentes y en más de 30 países en el mundo. (canguro B. )

## **8. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO**

Los principales objetivos del Método Madre Canguro son:

1. Fortalecer el vínculo precoz madre-hijo.
2. Promover y estimular la lactancia.
3. Favorecer una regulación térmica adecuada.
4. Motivar a la familia sobre el uso de la posición vertical para evitar el reflujo gástrico.
5. Disminuir el riesgo de infección hospitalaria.
6. Humanizar el cuidado hospitalario.
7. Aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros
8. Mayor supervivencia en países en vías de desarrollo
9. Reducción de la estancia hospitalaria (canguro B. , Sura)

### **8.1 Principales objetivos en la madre y en el bebé:**

#### **8.1.1 En el bebé:**

1. Disminuye el riesgo de infecciones y apneas (períodos de ausencia).
2. Mejora la ganancia de peso.
3. Mantiene la temperatura estable.
4. Disminuye el trauma acústico y visual.
5. Beneficia la lactancia materna.
6. Mejora el sueño.
7. Proporciona regulación cardiorrespiratoria.

8. Se reducen grandemente los costos de tratamiento y por supuesto los días de internación y posibilidad de infecciones intrahospitalarias cruzadas. (canguro B. , Sura)

#### **8.1.2 En la madre:**

1. Facilita la lactancia materna.
2. Disminuye la ansiedad y la depresión posparto.
3. Domina el cuidado del niño.
4. Mejora su imagen como protectora.(canguro B. , Sura)



## **9. INCUBADORA**

### **9.1 ¿Qué es?**

Es un equipo que está diseñado para brindar un ambiente cerrado y controlado, para mantener los niveles de temperatura apropiados en los recién nacidos ya que ellos no pueden regular su temperatura. Normalmente ésta tiene los medios necesarios para producir aire caliente para calentar al bebé. También tiene un sensor de temperatura puesto en la piel del paciente para lograr la temperatura correcta.(neonatal, 2011)

### **9.2 Principales componentes:**

Compartimiento para el paciente, capacete, colchón, plataforma, base rodante y módulo de control, en el cual se encuentran todos los parámetros que se van a controlar como temperatura, humedad y oxígeno. (neonatal, 2011)

### **9.3 Tipos de incubadoras:**

Incubadoras Estacionarias:

Estas están ubicadas en las áreas de urgencias, cuidados intensivos, cuidados intermedios y cuidados transitorios. (neonatal, 2011)

Incubadoras de Traslado:

Son equipos usados para transportar neonatos ya sea dentro de la unidad médica o bien fuera de la unidad médica. Dicho transporte puede ser terrestre o aéreo. (neonatal, 2011)

### **9.4 Historia de la incubadora**

Antes del siglo XIX la mayoría de bebés morían cuando nacían ya que no recibían la

atención y el cuidado adecuado. Esto llevo a los obstetras franceses a lograr grandes descubrimientos tecnológicos en la neonatología.

La primera incubadora fue inventada por el médico Jean Louis Paul Denucé. Después en 1878 un medico obstetra de Paris, S. Tarnier teniendo en cuenta la incubadora para la cría de pollos modifico una cámara con un calentador y luego le propuso a Odile Martin que desarrollaran un equipo para los recién nacidos prematuros, lo cual logro disminuir la mortalidad neonatal de los niños que nacían con un peso menor a 2000g.

En 1981 Alexander Lyons desarrollo su incubadora. Las primeras incubadoras estaban destinadas para las personas de bajos recursos, estas estaban distribuidas por Francia.

El padre de la Neonatología Pierre Budín en 1907 dijo que había que controlar la temperatura del recién nacido para controlar la sobrevida, esto hizo que se perfeccionara y desarrollara las incubadoras de la época.

Luego el Dr. Charles Chapple en 1938 diseño una incubadora moderna que tenía niveles altos de oxigenoterapia pero esta incubadora llevo a una “epidemia” de Fibroplasia retrolental (Retinopatía de la prematuridad) en los años cuarenta y cincuenta.

Julius Hess fue quien empezó la parte académica en la atención al recién nacido, debido a esto el Jefe de pediatría del hospital Michael Reese de Chicago estableció conceptos de investigación en el recién nacido y desarrollo la incubadora de Hess, así se convirtió en el americano más experto en prematuridad.

En 1950 la prioridad era disminuir la mortalidad de los recién nacidos prematuros y en este año hubo grandes avances científicos y tecnológicos debido a esto.

La incubadora de traslado de creó entre los años 50 y 60 en los centros de prematuros de los Estados Unidos. Luego en 1963 falleció el hijo del presidente Kennedy por un síndrome de dificultad respiratoria. Este suceso hizo que hubiera un acercamiento más comprensivo y científico al cuidado del recién nacido. El Congreso de la República aprobó un aumento al Fondo Nacional Para Investigaciones Científicas al Desarrollo de Aspectos Neonatales. Gracias a esto la neonatología se vuelve una especialidad y” Schaeffer con su libro de texto “Enfermedades del recién nacido” marco un impacto en el conocimiento científico del neonato.” (incubadora)

## 10. PROGRAMA MADRE CANGURO

La red de Programas Madre Canguro en Colombia se expande. La Fundación Canguro se ha encargado de realizar el entrenamiento y seguimiento a la implementación de 17 nuevos Programas Madre (PMC) a nivel nacional y 5 otros que ya existían fueron reforzados con más personal entrenado.

En nuestro país, cuatro PMC fueron reconocidos como centros pilotos de aplicación del MMC, al cumplir con las normas exigidas por el Ministerio de Salud para su adecuado funcionamiento. Por esto los niños prematuros tienen ahora más oportunidad de recibir la atención que requieren para garantizar su sobrevivencia con calidad. (Canguro F. , 2014)

“El Método Madre Canguro permite disminuir las infecciones intrahospitalarias, el abandono y la sobrecarga en los servicios. Bajo la premisa de "amor, calor y leche materna" se inició en el Instituto Materno Infantil (IMI) lo que se conoce como Programa Madre Canguro.” (Canguro, 2014)

## 11. FUNDACIÓN CANGURO

La Fundación Canguro se creó en Bogotá en 1994, su misión es humanizar la neonatología, investigar, mejorar y dar a conocer de qué se trata el Método Madre Canguro (MMC). También busca difundir el conocimiento asociado con el MMC, publicar sus resultados, entrenar al personal de la salud y promocionar el manejo de alta calidad para el recién nacido de alto riesgo de una manera científica, humana, eficiente y teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta la población. Es así como la Fundación Canguro en asociación con Universidad Javeriana, la Dra. Zita del Carmen Figueroa Sánchez (1948-2009), Neonatóloga y la Dra. Nathalie Charpak, Pediatra; deciden formar una Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS) que se llamó Programa Madre Canguro Integral Ltda. (PMCI). La Fundación Canguro en estos 16 años, se ha convertido en una institución a nivel Nacional e Internacional pionera en la investigación y mejora continua del Método Madre Canguro. (canguro F. , Fundación canguro, 2011)

El programa Madre Canguro Integral (PMCI) es una empresa privada de servicios de salud, creada con el objetivo de satisfacer la necesidad de realizar un seguimiento interdisciplinario y sistemático de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer y sus familias, para así darse cuenta oportunamente de las diferentes desviaciones en el desarrollo de este grupo de niños. Hace más de 10 años esta IPS presta los servicios del Método Madre Canguro bajo la asesoría y supervisión de la Fundación Canguro, convirtiéndose en la IPS más importante en la aplicación, desarrollo y divulgación del método. (Canguro P. M., -)

## 11.1 Factores

### 11.1.1 La Posición Canguro

Es el contacto piel a piel entre la madre o cuidador y el niño, 24 horas al día, acomodado en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres no solo cumplen la función de mantener la temperatura corporal del niño sino que además son fuente principal de alimentación y estimulación. Sólo se debe sacar de la posición canguro para cambiarlo y mientras lo alimenta.

El contacto piel a piel: Su piel está siempre caliente y por lo tanto puede transmitir calor su bebé. Al ponerle ropa, él tendrá que calentarla y dejará de engordar o perderá peso.

Posición vertical: El bebé es inmaduro y al acostarlo, la leche puede regresar del estómago a la boca y pasar al pulmón, es lo que se llama Broncoaspiración. Por lo tanto, se debe mantener con la cabeza más alta que el resto del cuerpo, incluso para comer y cambiarle el pañal.

Las 24 horas: “Día y noche”: al ser extraído por unas horas, el bebé empieza a utilizar las calorías adquiridas durante la alimentación en calentarse y no para aumentar de peso y crecer.

¿Qué no se debe hacer mientras el bebé está en posición canguro?

Sacarlo del pecho para algo diferente a alimentarlo o cambiarlo, acostarlo en posición horizontal, fajarlo o ponerle botones en el ombligo, usar chupos, bañarlo, ponerle chaquiras en la muñeca u objetos pequeños, ofrecerle alimentos distintos a la leche materna o la

fórmula especial de prematuros indicada por el pediatra.

Salida de la posición canguro: El bebé va a determinar el momento de pedir la salida pues llora, pelea, se mueve, protesta, mueve los brazos y piernas cada vez que se pone en posición canguro.

Ropa del bebé canguro: Una camisa de algodón sin mangas preferiblemente, abierta adelante, un gorrito, medias y el pañal.

Cuándo y Cómo bañarlo: Por el momento el bebé no se debe bañar, pero hay que limpiarlo. Esto se puede hacer con un algodón mojado en agua tibia; no es recomendable el uso de pañitos húmedos para el aseo genital, ya que puede causar irritación.

Si lo va a canguriar otra persona: Cuando la madre lo esté canguriando y necesite bañarse o hacer algo, es importante que la madre entregue el bebé a la persona que lo va a canguriar por un tiempo mínimo de 2 horas, ya que es el tiempo requerido por el bebé para calentarse de nuevo. Los hermanos (as) mayores de 10 años también pueden ayudar. No se recomiendan más de 4 personas.

La relación con el padre: Es importante que el padre participe en el cuidado del bebé, para que la madre pueda descansar un poco y él tenga un contacto más estrecho con su hijo. Otra ventaja es que los hombres tienen 1 grado más de temperatura, entonces calientan más al bebé.

Comportamiento del bebé: Estudios demuestran que los bebés se sienten cómodos y se duermen rápidamente, con ciclos de sueño más completos, el llanto y la irritabilidad

raramente se presentan, inclusive cuando están despiertos.

Comportamiento de la madre:

Se sienten más seguras y adquieren más confianza en la lactancia.

Datos extra:

Ningún estudio ha dicho que el PMC sea peor que la incubadora.

India es el país que más prematuros tiene.

Efectos fisiológicos: El bebé está mejor que cuando estaba en la incubadora. (Lombo, 2014)

### **11.1.2 Lactancia materna**

Nutrición canguro basada en la lactancia materna:

1. Periodo de transición: desde que nace hasta los 10 días.
2. Es por vía intravenosa.
3. Periodo de crecimiento estable: 10 días a término (40 semanas).
4. Inicio de transición o alimentación enteral-oral
5. Reatrapamiento temprano del crecimiento (15gr/K/día)
6. Periodo de egreso: hasta los 2 años de edad corregida.
7. Lactancia materna exclusiva y prolongada
8. Reatrapamiento tardío del crecimiento.



Fuentes de nutrición:

1. Calostro
2. Leche exclusiva de la madre
3. Leche del final extraída
4. Leche de la madre fortificada
5. Leche de donantes fortificada (banco de leche)
6. Sucedáneo para prematuros

Vía de alimentación: Gavage, esto es succión no nutritiva clave para estimular la maduración de la succión.

Vía oral por succión directa:

1. Apretar los labios : 20 semanas
2. Reflejo de succión: 24 semanas
3. Sincroniza succión y deglución: 32 a 33 semanas
4. Puede ser alimentado directamente.

Vía mixta: Por sonda y succión ahorro de energía ganancia de peso.

Vía oral administrada con gasa o gotero: En casa de ausencia materna.

Variedad de técnicas para mejorar la producción:

Succión no nutritiva: Estimulo

Extracción manual: De la leche final

Leche materna prematura: Esta tiene mayor contenido de sodio, dos veces más proteínas que la leche madura y contiene calorías, calcio y fosforo más elevados.

La leche materna madura a las 4 semanas que nace el bebé

El contacto piel a piel y la posición canguro favorece con éxito la lactancia

Vinculo intenso: amor, nutrición y cuidado

Compromiso: Equipo de salud, por cercanía con la madre, es un agente fundamental a la hora de fomentar una lactancia satisfactoria tanto desde el punto de vista nutricional como racional. (Lombo, 2014)

### **11.1.3 Neuropsicología del desarrollo**

Hace referencia a la importancia de hacer un seguimiento continuo del desarrollo neuropsicológico del bebé prematuro teniendo en cuenta tanto la edad cronológica como la edad corregida del mismo; buscando siempre lograr un balance entre ambas. La meta es no sólo la supervivencia del bebé sino la calidad de vida que se pueda dar al niño.

Determinantes:

Estrés perinatal: Factores adversos al nacer.

Nivel socioeconómico: Lo que hace la familia, lo que sabe la familia.

Hemorragia grado 3

Cognición temprana y predicción:

La atención

## Seguimiento visual

Consecuencias: Escolares, emocionales y en funciones ejecutivas. (Lombo, 2014)

Beneficios neurológicos en el bebé:

1. Regula mejor el estrés
2. El bebé se adapta mejor al medio y a los estímulos externos
3. Se ha comprobado que el método canguro ayuda a los prematuros a tolerar mejor el dolor de las intervenciones médicas
4. Contribuye mejorar las respuestas adaptativas (Echeverri, 2014)

### **11.1.4 Alto riesgo**

Se empieza desde el momento en el que el bebé nace.

¿Por qué es necesario hacer un seguimiento?

1. Es la continuidad del cuidado perinatal del niño.
2. Permite brindar apoyo y contención familiar luego del alta.
3. Requieren un control especializado por el mayor riesgo de morbimortalidad.
4. Aumenta la cantidad de niños con un espectro de patologías no conocidas hace poco tiempo atrás.

Planificación del alta:

1. Debe ser pausada
2. La familia debe conocer al equipo e seguimiento
3. Se explicará en que consiste el seguimiento
4. Adonde dirigirse en casa de emergencia
5. Síntomas de stress
6. Indicar posiciones
7. Pauta para evitar infección
8. Signos de alarma
9. Curso de resucitación cardio-pulmonar

Criterios de alta:

1. Padres con buen estado de salud física y psicología.
2. Estabilidad de la temperatura corporal.
3. Adecuado ingreso calórico.
4. Buena succión y deglución respiración.
5. Aumento de peso
6. Estabilidad respiratoria
7. Sin apneas en los últimos 10-15 días
8. Resumen historia clínica
9. Citar en 48 horas
10. NO SE REQUIERE UN PESO O EDAD GESTIONAL

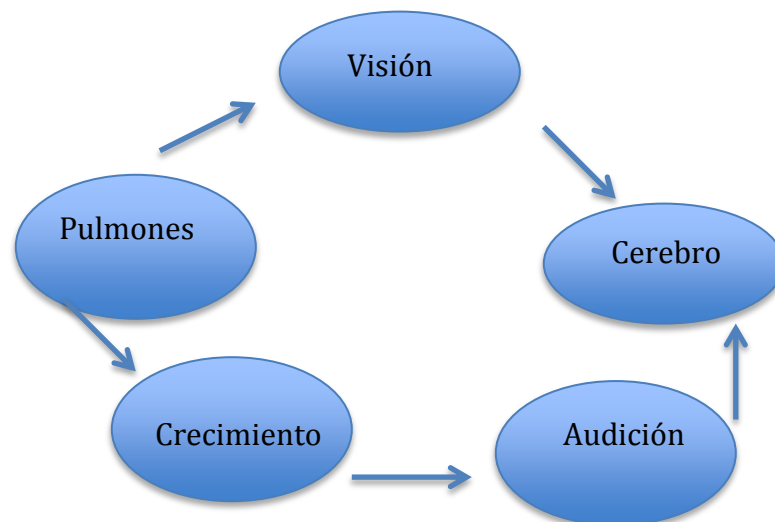
Dificultades: Estas pueden ser socioeconómica, UCI y entrenamiento de una mamá es muy

importante y eso asegura un éxito.

Socio-familiares:

1. Miedos
2. Cultura
3. Situación socioeconómica
4. Difícil acceso

Problemas más frecuentes en el recién nacido de alto riesgo:



Seguimiento:

1. Educación en el cuidado y detección de signos de alarma.
2. Evaluación del nivel socioeconómico familiar
3. Evaluación de trastornos neurosensoriales
4. Detección y manejo de patologías crónicas
5. Control de nutrición.

El seguimiento se hace hasta marcha independiente o 18 meses de edad corregida. (Lombo, 2014)

## 12. CONCLUSIONES

1. Después de realizar la investigación se puede concluir que los bebés pre-término o de bajo peso al nacer pueden continuar su desarrollo por fuera del útero de su madre en posición canguro, siempre y cuando se cumplan los parámetros del programa, ya que la madre se convierte en la primera cuidadora de su hijo.
2. El Método Madre Canguro es un método al cual tienen acceso todo tipo de personas sin importar su condición socio-económica, esto lo convierte en un método más eficaz ya que al poder implementar este método en toda la población hay una mayor probabilidad que las tasas de mortalidad neonatal disminuyan.
3. Los beneficios que tiene este método en la madre son muy positivos, ya que ella puede hacerse cargo de su bebé y ser la primera cuidadora de él. Esto le da más seguridad a ella de ser la responsable del cuidado de su bebé, este también disminuye la ansiedad y depresión posparto y al mismo tiempo facilita la lactancia materna.
4. Los beneficios que tiene el bebé al participar en este método son muy positivos ya que se reducen las infecciones intrahospitalarias, el abandono, el trauma acústico y visual, entre otros. El bebé gana peso con más facilidad, se mantiene una temperatura estable, mejora el sueño y se reducen los costos al tratamiento.

### 13. REFERENCIAS

- prematuros, N. (- de 2013 de 2013). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- practica, M. m. (- de 2004 de 2004). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Organización mundial de la salud:  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf>
- canguro, F. (- de 2014 de 2014). *Fundación canguro*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Fundación canguro: <http://fundacioncanguro.co/es/iquienes-somos/mision.html>
- canguro, P. b. (- de 2013 de 2013). *Bebes y más* . Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Bebes y más: <http://www.bebesymas.com/recien-nacido/que-es-el-programa-madre-canguro>
- canguro, M. m. (- de 2014 de 2014). *Planeta mamá*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Planeta mamá: <http://www.planetamama.com.ar/nota/el-metodo-madre-canguro?page=full>
- canguro, B. (s.f.). *Sura*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Sura:  
[http://www.epssura.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=410&catid=68:parto-y-lactancia&Itemid=230](http://www.epssura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=410&catid=68:parto-y-lactancia&Itemid=230)
- canguro, B. (s.f.). *Sura*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Sura:  
[http://www.epssura.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=410&catid=68:parto-y-lactancia&Itemid=230](http://www.epssura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=410&catid=68:parto-y-lactancia&Itemid=230)
- canguro, B. (s.f.). *Sura*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Sura:  
[http://www.epssura.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=410&catid=68:parto-y-lactancia&Itemid=230](http://www.epssura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=410&catid=68:parto-y-lactancia&Itemid=230)
- neonatal, I. (- de 2011 de 2011). *cenetec-salud*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de cenetec-salud:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipo\\_guias/guias\\_tec/4gt\\_incubadora.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipo_guias/guias_tec/4gt_incubadora.pdf)
- incubadora, L. h. (s.f.). *pdffactory*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de pdffactory:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/historia\\_de\\_la\\_incubadora.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/historia_de_la_incubadora.pdf)
- Canguro, F. (5 de 10 de 2014). *Fundación Canguro*. Recuperado el 5 de 10 de 2014, de Programa de prematuros en Colombia: <http://fundacioncanguro.co/es/home/159-el-mmc-llega-a-mas-ninos-prematuros-en-colombia.html>
- canguro, F. (- de - de 2011). *Fundación canguro*. Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Fundación canguro: <http://fundacioncanguro.co/es/quienes-somos.html>
- Canguro, P. M. (- de - de -). *Programa Madre Canguro*. Recuperado el 2 de 10 de 2014, de Programa Madre Canguro: <http://fundacioncanguro.co/es/quienes-somos.html>
- Lombo, D. A. (6 de 10 de 2014). Método Madre Canguro. (M. Vargas, Entrevistador)
- Echeverri, D. M. (2014). Método Canguro. *Método Canguro* (págs. -). Medellín: -.
- Plus, M. (s.f.). *Medline Plus*. Recuperado el 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002271.htm>
- Marsupiales. (s.f.). *Blogspot Marsupiales*. Recuperado el 2014, de <http://marsupilamyy.blogspot.com/2007/01/caractersticas-generales-y-clasificacin.html>