
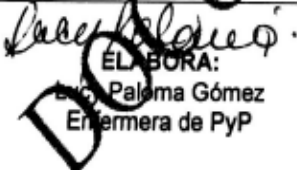


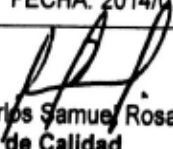


	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 1 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		



MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO

 ELABORA: Paloma Gómez Enfermera de PyP	 REVISÓ: Oscar I. Cardozo Baquero Subgerente Asistencial	 APRUEBA: Sandra Milena Ruiztrago Acosta Gerente
FECHA: 2014/01/22	FECHA: 2014/01/29	FECHA: 2014/02/17
Vo.Bo:  Ing. Carlos Samuel Rosado Sarabia Oficina de Calidad	FECHA: 2014/02/11	

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 2 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES	3
3.	GENERALIDADES	3
3.1	ATENCION	4
3.1.1	Posición canguro	4
3.1.2	Alimentación y nutrición canguro basada en la lactancia materna	6
3.1.3	Variantes: Método Madre Canguro y Leche Materna	7
3.1.4	Políticas de egreso hospitalario y seguimiento ambulatorio	7
4.	FLUJOGRAMA	7
5.	NORMATIVIDAD	9
6.	BIBLIOGRAFIA.....	10

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 3 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

1. **OBJETIVO**

Suministrar a los Centros de Atención de la ESE Departamental Solución Salud, las herramientas metodológicas y clínicas necesarias para poder desempeñarse con un alto nivel de calidad en la aplicación del Método Madre Canguro, como método de atención del neonato prematuro o de Bajo Peso al Nacer.

El Método Madre Canguro, es un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre y que busca empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.



2. **ALCANCES Y RESPONSABLES**

Los Centros de Atención de la ESE SOLUCION SALUD, ofertan el servicio de urgencias, así como la atención de partos de bajo riesgo, pero pueden presentarse situaciones en los cuales se atiende una urgencia por lo cual debe ofrecer a recién nacidos prematuros de menos de 37 semanas de gestación (independiente del peso) o recién nacidos con pesos menores a 2500 g (bajo peso, independiente de la edad gestacional), por lo cual todas las IPS deben remitir para garantizar la continuidad de su atención.

La Posición Canguro para transporte “no se recomienda como práctica rutinaria ni como política para sustituir la incubadora de transporte, sino como alternativa segura y adecuada cuando las incubadoras de transporte no son óptimas o no están disponibles, en un niño transportable” (Guías de práctica clínica).

3. **GENERALIDADES**

- Si nace un niño en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de nivel I, debe ser trasladado a una IPS donde exista una Unidad de Recién Nacido, con un Programa Madre Canguro (PMC) implementado de forma adecuada desde el ambiente intrahospitalario. Para que lo anterior sea posible es necesario hacer una capacitación del personal de las IPS de nivel I en lo referente al traslado y a los cuidados iniciales.
- Debido a la vulnerabilidad propia del niño prematuro o de bajo peso al nacer y a las condiciones propias de un hospital, se debe tener en cuenta que le conviene más al niño estar en su casa con los cuidados adecuados y no en una Unidad de recién Nacido en un hospital.
- La permanencia del niño en su casa es posible, si y solamente si, el niño tiene unas condiciones adecuadas de salud y de estabilidad. Siempre se debe valorar el riesgo beneficio del niño de permanecer hospitalizado o estar en su casa.
- Todas las decisiones del manejo de la diada (madre-niño o cuidador-niño) deben favorecer su permanencia conjunta.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 4 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

- Cuando el niño requiere estar en la Unidad de recién Nacido, se debe asegurar el acceso de los padres a la unidad neonatal durante las 24 horas. Igualmente, se debe asegurar que puedan interactuar con su hijo para facilitar el inicio de la adaptación madre canguro.
- Independientemente del Programa Madre Canguro implementado por la IPS de nivel II o III, el niño debe poder tener acceso fácil y oportuno a: la unidad de recién nacidos, el servicio de urgencias, atención especializada, medios de diagnóstico, de ser necesario.
- En la atención ambulatoria, al menos hasta las 40 semanas de edad corregida, debe haber atención telefónica a los padres, las 24 horas del día, todos los días (incluyendo horarios no hábiles del Programa madre Canguro. Esta línea telefónica debe ser atendida por un Pediatra y permite a los padres resolver inquietudes en relación con el manejo de su bebé canguro. Esto también permite orientar a los cuidadores con respecto a la necesidad o no de un desplazamiento de un niño que es frágil a urgencias.
- El Programa Madre Canguro se inicia una vez la estabilidad del niño se ha determinado en una IPS de nivel II o III con Unidad de recién Nacido. Todo lo estipulado en estos lineamientos anterior a dicho momento son recomendaciones.



3.1 ATENCION

En los Centros de Atención de la ESE SOLUCION SALUD se pueden aprovechar las ventajas de la Posición Canguro para proveer un ambiente térmico neutro y la No Canguro para disminuir el riesgo de la hipo glicemia, mientras se garantiza el transporte adecuado (Ver flujograma intrahospitalario).

3.1.1 Posición canguro

El sello distintivo del Método Madre Canguro es la llamada posición canguro. Los atributos de la Posición Canguro “típica” o de referencia son:

- Contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día, colocado en estricta Posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres cumplen no solo la función de mantener la temperatura corporal del niño (reemplazando en esta función a las incubadoras) sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación. Se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura en posición canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por cambios de posición (por ejemplo flexión o hiper extensión del cuello) lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 5 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

El bebé puede ser alimentado en cualquier momento permaneciendo en contacto piel a piel.

- Cualquier otra persona (el padre por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en Posición Canguro.
- Para dormir hay que hacerlo en posición semi-sentada (30°).
- La Posición Canguro se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no la soporta porque suda, araña y grita o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo coloca en Posición Canguro).
- Momento de iniciación: Se ha indicado la iniciación de la Posición Canguro en distintos períodos a partir del nacimiento, desde el post-parto inmediato hasta en el momento del egreso hospitalario tan pronto como se estabiliza el prematuro. También se ha indicado el uso de la Posición Canguro como parte de las maniobras de estabilización temprana.
- Continuidad de la Posición Canguro: se busca mantener la Posición Canguro durante las 24 horas del día. Sin embargo, en niños frágiles pero estables se aconseja colocar al niño sobre el pecho de la madre de forma intermitente, se considera adecuado por periodos de mínimo 2 horas, alternando con la incubadora. Esta modalidad intermitente se emplea sobre todo buscando fortalecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna, y se puede considerar como la etapa inicial de la adaptación a la Posición Canguro.



El propósito de esta posición es que el niño encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación cinética y sensorial, manteniendo la vía aérea permeable. La posición estimula y favorece la lactancia materna. Además, el contacto íntimo y prolongado entre la madre y el hijo busca establecer o reforzar el vínculo biológico y afectivo sano que debe existir entre todo recién nacido y su madre, y cuyo establecimiento se ve dificultado por la prematurez y enfermedad del niño que llevan a una separación física madre-hijo.

Para cumplir estos propósitos, la posición debe ser:

- a) continua, es decir con el mínimo posible de interrupciones,
- b) prolongada, es decir, por el mayor tiempo posible, de preferencia las 24 horas del día y no menos de 2 horas consecutivas, y
- c) duradera, por tantos días o semanas como el niño la necesite.

A continuación se presentan tres figuras que se consideran importantes para la comprensión del Método Madre Canguro.

POSICIÓN CANGURO

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 6 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		





17 Figuras tomadas del "Método madre canguro – guía practica", Organización Mundial e la Salud . 2004

3.1.2 Alimentación y nutrición canguro basada en la lactancia materna

Las necesidades nutricionales del niño de bajo peso al nacer y del prematuro son heterogéneas. En primer lugar, recién nacidos con el mismo bajo peso al nacer pueden ser niños a término con desnutrición intrauterina, niños prematuros con pesos adecuados y niños prematuros y con restricción del crecimiento intrauterino. Adicionalmente, en la categoría prematurez se incluyen niños casi maduros y cercanos al término (por ejemplo 3536semanas), niños prematuros moderados y niños prematuros extremos (23-28 semanasde gestación al nacer y pesos inferiores a 1000 g). Sus requerimientos y capacidad de recibir alimentación también pueden cambiar con la presencia de enfermedades y condiciones concomitantes o complicaciones de la transición a la vida extra uterina.

Un condicionante muy importante de las estrategias de alimentación y nutrición del niño prematuro, de bajo peso al nacer y/o enfermo, es el período post-natal en que se encuentra el niño. En general es apropiado reconocer tres grandes períodos:

- El período de transición, que abarca desde el nacimiento hasta que se completan los aspectos principales de la transición inmediata y mediata a la vida extrauterina (usualmente durante la primera semana de vida), donde suele ser eventualmente necesario el soporte nutricional parenteral y/o el uso de estrategias de adaptación

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 7 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

de la fisiología del niño al uso del tracto digestivo para administrarle los nutrientes que requiere.

- El período de “crecimiento estable”, desde que se completa la transición hasta llegar al término, que semeja el período de crecimiento intrauterino que hubiese ocurrido si el neonato hubiese podido llegar al término en el vientre de su madre, y en el cual ya suele ser apropiado usar formas de alimentación predominantemente por vía oral.
- El “período pos egreso”, desde el término hasta el año de edad corregida.

3.1.3 Variantes: Método Madre Canguro y Leche Materna

Hay ocasiones en las que la PC se ofrece a niños que no van a recibir la estrategia de alimentación canguro basada en la leche materna, como en los casos en los que aún no pueden succionar y de glutir, o que están recibiendo nutrición parenteral o por gastro clisis, o en aquellos otros casos en los que no hay posibilidad de lactancia materna (niño dado en adopción y mantenido en canguro por padres adoptantes, fallecimiento de la madre, contraindicaciones absolutas o relativas para la lactancia materna como madre con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)). En esos casos este componente del Método Madre Canguro no se puede dar, pero el cuidado ofrecido al niño puede seguir siendo considerado como un Método Madre Canguro, si se está empleando adecuadamente la Posición Canguro .

3.1.4 Políticas de egreso hospitalario y seguimiento ambulatorio



En su totalidad el programa canguro se ejecuta en el segundo y tercer nivel de atención, todos los controles y los seguimientos deben ser realizados por personal especializado del programa en cumplimiento de los lineamientos establecidos.

La utilización del Método Madre Canguro, permite transferir gradualmente las responsabilidades del cuidado físico y emocional del niño desde el personal de salud hacia la familia del niño, particularmente a la madre (y a cualquier otro proveedor de Programa Canguro aceptado por la familia, por ejemplo el padre, abuelos, entre otros).

Como la posición canguro continua hace que el niño pueda regular adecuadamente la temperatura y esté permanentemente bajo el cuidado y la observación directa del proveedor de la posición, ésta permite “des medicalizar” el cuidado del niño más tempranamente que lo que se logra si el niño es mantenido en una incubadora o en una cuna.



4. FLUJOGRAMA

Programa Madre Canguro- Atención Intrahospitalaria	Características y acciones en el niño	Características y acciones sobre los cuidadores	Consideraciones para los profesionales de la salud de la IPS
<p>Inicio</p> <p>Nacimiento del niño prematuro o debajo peso al nacer en sala de parto.</p>	<p>Se considera prematuro o de bajo peso al nacer si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño tiene menos de 37 semanas de gestación - El niño tiene menos de 2500g 		<p>El pediatra de la sala de parto debe recibir y examinar al niño prematuro o de bajo peso al nacer, en el momento de su nacimiento.</p>
<p>Adaptación neonatal PC y NC con niño estabilizado</p>	<p>Si el estado clínico del niño (según el Pediatra) lo permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pone al niño en contacto piel a piel de manera inmediata. - Se le proporciona leche materna para promover vínculo precoz y asegurar el éxito de la Lactancia Materna (LM). - E l niño debe ser inmobilizado en la posición Canguro(PC) adecuada para que no se deslice. Este procedimiento es muy importante ya que la madre puede estar bajo el efecto de medicamentos o del cansancio propio del parto. 		<p>El Pediatra elabora los procedimientos de adaptación neonatal según las necesidades del niño.</p> <p>El pediatra, de acuerdo con el examen clínico, determina si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se inicia la Posición Canguro (PC). - Se inicia la Lactancia Materna (LM). <p>Cuando el niño se pone en PC al nacer es bajo la supervisión permanente del Profesional de Enfermería o del Pediatra en sala de parto.</p>
<p>El niño nació en IPS II con URN o III con UCI?</p>			<p>El mejor método de transporte es el intrauterino, por lo cual hay que intentar transportar los niños, antes de su nacimiento, de una IPS a otra, utilizando este transporte. Esto se logra con un seguimiento prenatal adecuado.</p>
<p>El niño cumple las condiciones para la hospitalización con su madre?</p>			<p>Las condiciones del niño y de la madre para pasar de la sala de parto directamente a la hospitalización del niño con la madre deben estar establecidas en los protocolos de la institución.</p>
<p>Hay disponibilidad inmediata de incubadora de transporte?</p>			<p>El pediatra valora la situación del niño y determina el mejor método de transporte para el niño, teniendo en cuenta que la PC es una alternativa cuando NO HAY incubadora.</p>
<p>Transporte del niño en condiciones óptimas</p>	<p>Las condiciones óptimas de transporte del niño son con disponibilidad inmediata de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incubadora de transporte en buen estado de funcionamiento. - Médico - Ambulancia 	<p>Se transporta siempre a la madre (o cuidador) con el niño. Si el estado de los dos lo permite.</p>	
<p>Transporte del niño en PC</p>	<p>La PC se practica en el niño ya estabilizado, evitando siempre la hipoglucemia (dextrosa IU, SOG,...)</p>	<p>Se transporta siempre a la madre (o cuidador) con el niño.</p>	<p>La PC para transporte * no se recomienda como práctica rutinaria ni como política para sustituir la incubadora de transporte, sino como alternativa segura y adecuada cuando las incubadoras de transporte no son óptimas o no son disponibles, en un niño transportable* (Guías de práctica clínica).</p>
<p>Recepción del Niño en la IPS II con URN o III con UCI</p>	<p>En caso de venir de otra IPS la recepción puede hacerse a través del servicio de urgencias, pero lo óptimo es la entrada directa a la URN</p>		

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 9 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

5. NORMATIVIDAD

NORMA	ARTÍCULOS	TEMA(S)
Constitución Política de 1991	1, 2	De los principios fundamentales
	11, 12, 13, 18, 23	De los derechos, las garantías y los deberes
	42, 50, 64	De los derechos sociales, económicos y culturales
	78, 79	De los derechos colectivos y del ambiente
	86, 87, 88, 89	De la protección y aplicación de los derechos
	95	De los deberes y obligaciones
Ley 100 de 1993	49	
Ley 100 de 1993	185	Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de Atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.
Acuerdo 117 de 1998		Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 412 de 2000		Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 3384 de 2000		Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
Acuerdo 306 de 2005		Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
Decreto 1011 de 2006		Reglamenta el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.
Resolución 1441 de 2013		Por la cual se modifican los estándares de habilitación

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-31	Página 10 de 10	
	MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO	Fecha Vigencia 2014/02/17	Documento Controlado		

6. **BIBLIOGRAFIA**

Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro, Convenio de cooperación técnica financiera No 638 de 2009, entre el Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Unicef, y el programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas

DOCUMENTO CONTROLADO.