



**MINISTERIO
DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 348
De 24 de Junio 2024



Que aprueba los Lineamientos Técnicos y Administrativos del Programa Nacional Familia Canguro, para la implementación del Método Madre Canguro, en las prácticas de atención del recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer.

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 109 de la Constitución Política de Panamá, se señala que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que el Decreto de Gabinete No.1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado.

Que la Ley 15 del 6 de noviembre de 1990, por la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989, establece que los Estados Parte, los sectores de la sociedad y en particular los padres y los niños, deben conocer los principios básicos de la salud y nutrición, ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental.

Que el Texto Único de la Ley 50 del 23 de noviembre de 1995, ordenado por la Ley 135 de 2020, tiene como objetivo fomentar y proteger la lactancia materna de forma tal que se garantice una nutrición segura y eficiente al lactante y procure a este y a la madre el más completo bienestar físico, mental y social.

Que la Ley 285 del 15 de febrero de 2022, Que crea el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia establece, entre otros, la garantía de los derechos de supervivencia.

Que a través del Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, se señala, dentro de las funciones generales del Ministerio de Salud, la de mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación.

Que la 55a Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó como estrategia de salud pública mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, practicar una lactancia materna óptima exclusiva durante los primeros seis meses, y con alimentación complementaria adecuada y saludable hasta los dos años o más, encaminada a reducir la morbilidad y mortalidad infantil por causas evitables, y a disminuir el riesgo de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en la edad adulta.

Que Panamá mediante la Política Nacional de Salud establece lineamientos estratégicos para lograr el acceso y la cobertura universal a la salud con equidad, eficiencia y calidad, mediante el logro del objetivo estratégico que es "Garantizar la atención integral de la población, según curso de vida e indica en la línea de acción el Cumplimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales.



Resolución No. 348 de 24 de Junio de 2024

Que la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, mediante el Plan Maestro de Salud durante la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia de Panamá 2018 -2025, señala en la línea de acción N° 1, el Cumplimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales y en la Línea de acción N°2, la Promoción y fortalecimiento de la Lactancia Materna.

Que el Ministerio de Salud, en atención a todo lo antes señalado y en función de poder priorizar el cuidado neonatal esencial, mediante intervenciones comprobadas como el Método Madre Canguro y la promoción y apoyo a la Lactancia Materna, como norma biológica de alimentación del niño o niña hasta los seis meses de edad, y considerando que deben tomarse las medidas técnicas y administrativas que permitan el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales y la aplicabilidad de los derechos del niño/niña y madres, dicta los Lineamientos Técnico Administrativos para la implementación del Programa Nacional Familia Canguro en la instituciones públicas y privadas.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar los Lineamientos Técnicos y Administrativos del Programa Nacional Familia Canguro, para la implementación del Método Madre Canguro, en las prácticas de atención del recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad relacionada a la prematuridad y el bajo peso al nacer, que forman parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Que los lineamientos técnicos y administrativos para la organización e implementación del Método Madre Canguro están enmarcados en un Programa denominado Programa Nacional Familia Canguro, que forma parte de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO TERCERO: Señalar que el contenido de estos lineamientos va acorde con las normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento hasta los 9 años y otras normativas relacionadas vigentes.

ARTÍCULO CUARTO: Establecer en el Hospital del Niño, Dr. José Renán Esquivel, el Centro de Excelencia para la formación del recurso humano en el Método Madre Canguro.

ARTÍCULO QUINTO: Advertir que las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención públicas y privadas, donde ofrezcan los servicios de maternidad, neonatología y pediatría tendrán seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente Resolución para completar los procesos para la adecuación y funcionamiento de los espacios y la puesta en práctica de estos lineamientos.

ARTÍCULO SEXTO: Establecer que para dispensar el cuidado canguro en los hospitales del II y III nivel de atención, y para el seguimiento en instalaciones del primer nivel de atención, la madre y el niño deben llenar los requisitos y/o criterios necesarios descritos en los lineamientos del Programa Familia Canguro.

ARTÍCULO SÉPTIMO: Establecer las responsabilidades del Programa Nacional Familia Canguro, por nivel gerencial:

1. Nivel Nacional:

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, es el responsable de la difusión, asesoría técnica, supervisión y evaluación de los presentes lineamientos, por conducto de las Secciones de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva, y todas las instancias inherentes a la atención de la madre y del niño.

2. Nivel Regional:

Las direcciones regionales y las gerencias de las redes integradas de salud son responsables de la difusión, implementación, asistencia técnica, monitoreo y

Resolución No. 348 de 24 de Junio de 2024

supervisión del cumplimiento de los presentes lineamientos, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

3. Nivel Local:

El director de la instalación hospitalaria y la gerencia y/o jefatura del servicio de maternidad, neonatología y consultas externas especializadas del segundo y tercer nivel de atención, son responsables de la implementación, monitoreo y supervisión del Método Madre Canguro, como intervención clave en el cuidado del prematuro y/o bajo peso al nacer, en su nivel jerárquico.

ARTÍCULO OCTAVO: Señalar que la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, en conjunto con los hospitales designados para implementar la iniciativa del Método Madre Canguro, deben formular el plan de implementación de los primeros cinco años para conocer su efectividad.

ARTÍCULO NOVENO: Establecer que los Lineamientos Técnicos Administrativos del Programa Nacional Familia Canguro, estará sujeto a un proceso de revisión y actualización cada cinco años, bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública, a través de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia.

ARTÍCULO DÉCIMO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUIS FRANCISCO SUAREZ
Ministro de Salud





MINISTERIO DE
DE SALUD



LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO



Programa Nacional
Familia Canguro

www.minsa.gob.pa



AUTORIDADES

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Luis Francisco Sucre M.
Ministro de Salud

Dra. Ivett Berrío A.
Viceministra de Salud

Dr. Alessandro Ganci.
Secretario General

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dr. Oscar E. González A.
Subdirector General de Salud a la Población

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Enrique Lau C.
Director General

Dr. Edwin Rodríguez
Subdirector General

Año, 2024

**COORDINACION TÉCNICA Y METODOLÓGICA**

Dr. Edgardo Ureña C.

Jefe de la Sección de Niñez y Adolescencia

Dr. Mario Rodríguez

Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Magister Amarelis Quintero

Coordinadora Nacional de Enfermería

Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Yamilette Rivera

Médica Neonatóloga

Programa de Alto Riesgo/ Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Dra. Fairuz Fadlallah R.

Médico Neonatóloga

Programa Mamá Canguro/ Departamento de Neonatología

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Licda. Francia Maria Quintero

Psicóloga

Programa Mamá Canguro/ Departamento de Neonatología

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Licda. Marta Orellana Lucero

Enfermera Pediatra / Departamento de Neonatología

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Licda. Itza Coronado Sánchez

Enfermera Neonatóloga / Departamento de Neonatología

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

COLABORACIÓN Y APOYO TÉCNICO

Equipo de la Fundación Canguro

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

**EQUIPO TÉCNICO DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN**

Nombre	Cargo	Institución
Dr. Mario Rodríguez	Médico Pediatra Sección de Niñez y Adolescencia	Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia/MINSA
Dra. Sonia Trujillo Montenegro	Médico Pediatra	Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia/MINSA
Magister Julia de Domínguez	Enfermera Coordinadora Nacional de Enfermería	Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia/MINSA
Magister Micaela Morales de Vigil	Enfermera	Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia/MINSA
Magister Dora Polanco	Trabajadora Social Coordinadora de Trabajo Social	Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia/MINSA
Magister Amarelis Quintero	Enfermera Coordinadora Nacional de Enfermería	Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia/MINSA

EQUIPO PARTICIPANTE EN EL TALLER DE VALIDACIÓN

Nombre	Cargo	Institución
Dra. Yamilette Rivera	Médico Neonatóloga	Hospital del Niño José Renán Esquivel
Dra. Cecilia Biendicho	Médico Neonatóloga	Hospital San Miguel Arcángel
Dra. Angie Miranda	Médico Neonatóloga	Hospital José Domingo de Obaldía
Licda. Yanitzel Guerra	Enfermera	Hospital José Domingo de Obaldía
Dra. Eucaris González T	Médico Neonatóloga	Hospital Luis Fábrega
Licda. Fátima S. Castillo	Enfermera	Hospital Luis Fábrega
Licda. Vielka Kirton	Enfermera	Hospital Santo Tomás
Licda. Francia Quintero	Psicóloga	Hospital del Niño José Renán Esquivel
Licda. Marta Orellana	Enfermera	Hospital del Niño José Renán Esquivel
Dra. Wenxin Liu	Coordinadora de Niñez	Región de Salud de Bocas del Toro
Licda. Jackeline Obando	Enfermera	Región de Salud de Bocas del Toro
Dr. José Daniel Censión Z	Médico Pediatra Gastroenterólogo	Región Metropolitana de Salud
Licda. Leyla Muñoz Oro	Médico Pediatra	Hospital Lourdes Tzanetato/CSS
Licda. Carolina Gordón	Enfermera	Hospital Lourdes Tzanetato/CSS
Dra. Isabel Lloyd	Médico Ginecoobstetra	Hospital Santo Tomás
Dra. Geneva González	Médico Ginecoobstetra	Hospital Santo Tomás
Dra. Lilibeth Ureña	Médico Pediatra	Región de Salud de San Miguelito
Licda. Arleen Cobas	Voluntaria de Naciones Unidas (UNV), especialista de Primera Infancia	UNICEF



ANEXO 1
LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL
MÉTODO MADRE CANGURO.



ÍNDICE

Autoridades.....	2
Coordinación Técnica y Metodológica.....	3
Equipo Técnico de Revisión y Validación.....	4
Anexo 1 Lineamientos Técnicos y Administrativos para la implementación del Método Madre Canguro	5
Índice.....	6
Tabla de Anexo2.....	8
Listado de Acrónimos.....	9
Introducción.....	10
CAPÍTULO I. ANTECEDENTE Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO	11
1.1. Antecedente Internacional y Nacional	11
1.2. Justificación.....	12
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL	16
2.1. Generalidades.....	16
2.2. Definiciones conceptuales.....	16
2.2.1. Bajo Peso al Nacer (BPN).....	16
2.2.2. Edad Gestacional.....	17
2.2.3. Recién Nacidos Prematuros.....	17
2.2.4. Método Madre Canguro.....	17
2.2.5. Participación Familiar - Cuidados Centrados en las Personas.....	22
CAPÍTULO III. DISPOSICIONES GENERALES DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO...25	25
3.1. Fundamento Legal.....	25
3.1.1. Marco Normativo Internacional.....	25
3.1.2. Marco Normativo Nacional.....	25
3.2. Propósito.....	26
3.3. Objetivos.....	26
3.3.1. Objetivo General.....	26
3.3.2. Objetivos Específicos.....	27
3.4. Ámbito de Aplicación.....	28
3.5. Autoridad Competente.....	28
3.6. Vigencia de los Lineamientos del Programa Nacional Familia Canguro.....	28
3.7. Beneficiarios.....	28
3.8. Cobertura.....	28
3.9. Concentración de las consultas de atención del Prematuro y BPN en el nivel ambulatorio	29
3.10. Rendimiento.....	29
3.11. Presupuesto.....	29
3.12. Definiciones.....	29



3.12.1. Definiciones Básicas del Programa Nacional Familia Canguro. 29
 3.12.2. Definiciones Operativas. 30

CAPÍTULO IV. LINEAMIENTOS GENERALES TÉCNICOS - ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD INTRAHOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS 32

4.1. Organización de la Red para la Implementación y Ejecución del Programa Nacional Familia Canguro..... 32
 4.1.1. Marco Institucional..... 32
 4.1.2. Regionalización y Sectorización de los Servicios de Salud. 32
 4.1.3. Niveles de Complejidad..... 32
 4.1.4. Unidades Técnico-administrativas del Programa Nacional Familia Canguro. 32
 4.2. Componentes Básicos del Programa Nacional Familia Canguro. 34
 4.2.1. Posición Canguro (PC). 34
 4.2.2. Nutrición Canguro (NC). 34
 4.2.3. Participación Familiar. 34
 4.2.4. Egreso Temprano/Seguimiento y Manejo Ambulatorio. 35
 4.3. Fases para la Implementación del Programa Nacional Familia Canguro. 35
 4.3.1. Flujograma de Ingreso al Programa Nacional Familia Canguro. 36
 4.3.2. Implementación del Programa Nacional Familia Canguro en la Fase Intrahospitalaria para las Maternidades y Unidades del Cuidado del Recién Nacido. 37
 4.3.2.1. Lineamientos Administrativos de la Fase Intrahospitalaria..... 37
 4.3.2.2. Lineamientos Técnicos de la Fase Intrahospitalaria. 41
 4.3.3. Implementación del Programa Nacional Familia Canguro en la Fase Ambulatoria..... 53
 4.3.3.1. Lineamientos Administrativos de la Fase Ambulatoria. 53
 4.3.3.2. Lineamientos Técnicos de la Fase Ambulatoria. 54

CAPÍTULO V. SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO. 65

5.1. Sistema de Registro y Flujo de Información. 65
 5.2. Monitoreo y Supervisión..... 65
 5.2.1. Monitoreo. 66
 5.2.2. Supervisión 66
 5.3. Evaluación. 66
 5.3.1. Indicadores. 66

BIBLIOGRAFÍA. 70

CITAS. 71

ANEXO 2 Instrumentos de Referencias que forman parte de los lineamientos técnicos y administrativos para la implementación del Método Madre Canguro 72



TABLA DE ANEXO 2

Anexo 2.1. Formulario oficial para la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI modificado)	73
Anexo 2.2. Lista de Chequeo para la Posición Canguro.	78
Anexo 2.3. Instrumento de Evaluación de la Mamada y la Alimentación del Recién Nacido.	79
Anexo 2.4. Cálculo de la Edad Cronológica.	81
Anexo 2.5 A. Curva de Fenton para Niños Prematuros con edad gestacional menor a 37 semanas.	83
Anexo 2.5 B. Curva de Fenton para Niñas Prematuros con edad gestacional menor a 37 semanas.....	84
Anexo 2.6. Edad Gestacional por Test de Capurro.....	85
Anexo 2.7. Escenarios de Implementación.	86
Anexo 2.8. Registro Diario de Neonatos Prematuro o de BPN Ingresados al Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Intrahospitalario.....	87
Anexo 2.9. Registro Diario de Neonatos Prematuro y/o de BPN Egresados del Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Intrahospitalario.....	89
Anexo 2.10. Registro Diario de Neonatos Prematuro y/o de BPN Ingresados al Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Ambulatorio.....	91
Anexo 2.11. Registro Diario de Neonatos Prematuro y/o de BPN Egresados al Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Ambulatorio.....	93
Anexo 2.12. Consolidado Trimestral de Neonatos Prematuros y/o de BPN ingresados al Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Ambulatorio.....	95
Anexo 2.13. Consolidado Trimestral de Personal Capacitado. Nivel intrahospitalario.	96
Anexo 2.14. Consolidado Trimestral de Neonatos Prematuros y/o de BPN Ingresados del Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Intrahospitalario.....	97
Anexo 2.15. Consolidado Trimestral de Neonatos Prematuros y/o de BPN Ingresados del Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Ambulatorio.....	98
Anexo 2.16. Consolidado Trimestral de Neonatos Prematuros y/o de BPN Egresados del Programa Nacional Familia Canguro. Nivel Ambulatorio.....	99
Anexo 2.17. Consolidado Trimestral de Personal Capacitado. Nivel Ambulatorio.....	100
Anexo 2.18. Carné de Salud del Programa Nacional Familia Canguro.	101
Anexo 2.19. Extracción, conservación y administración de leche humana.....	103



LISTADO DE ACRÓNIMOS

BPN	Bajo Peso al Nacer
CAPPS	Centro de Atención para la Promoción y Prevención en Salud
CAPSI	Centros de Atención Primaria en Salud Innovador
CGRP	Contraloría General de la República de Panamá
ENSPA	Encuesta Nacional de Salud de Panamá
EC	Edad corregida
EG	Edad gestacional
HAN	Hospital amigo de los niños
IEC	Información, Educación y Comunicación
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
MINSA	Ministerio de Salud
MMC	Método Madre Canguro
NC	Nutrición Canguro
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PC	Posición Canguro
PMC	Programa Madre Canguro
PNFC	Programa Nacional Familia Canguro
ROP	Retinopatía del Prematuro
RNPT	Recién Nacido Pre-Término
ULAPS	Unidades Locales de Atención Primaria de Salud
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Siglas en inglés: United Nations International Children's Emergency Fund)
URN	Unidad de Recién Nacido



INTRODUCCIÓN

Pese al gran esfuerzo de las autoridades en salud, la prematuridad y el bajo peso al nacer, siguen siendo diagnósticos incidentes en gran escala, afectando la situación de salud neonatal. De este modo es motivo de atención y/o consulta médica especializada en las distintas instituciones sanitarias existentes a lo largo de la República de Panamá, situación que sugiere la necesidad de innovar con estrategias existentes y probadas en muchos países cuya visión del futuro les está siendo efectiva, permitiendo alternativas altamente prometedoras que contribuirán con el crecimiento y desarrollo de todos los neonatos bajo estas condiciones.

Hasta hace unos años el modelo de los cuidados en Neonatología consideraba como medio ambiente apto para el prematuro la incubadora. Actualmente existen muchas iniciativas, estrategias e intervenciones exitosas y probadas en donde se reconoce el papel importante que ocupa la madre, o en su ausencia el padre como participante en la recuperación del niño, mediante la estrategia del Método Madre Canguro (MMC): Sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, basado en el contacto piel con piel entre el niño y su madre, el cual busca transferir la capacidad y responsabilidad de satisfacer sus necesidades físicas, emocionales.

El Ministerio de Salud, consciente de su rol como unidad rectora y en cumplimiento de las políticas establecidas en la "Política Nacional de Salud y los Lineamientos Estratégicos 2016 -2025" y el Plan Maestro de Salud durante la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia 2018 -2025, implementa a través de la Dirección General de Salud Pública y de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, mecanismos e intervenciones probadas y exitosas hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad mediante el cuidado obstétrico y neonatal esencial. El MMC es una iniciativa que proyecta una "Neonatología humanizada", permitiendo cuidados sencillos y eficaces, contribuyendo con una mejor supervivencia y a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal, sobre todo, proporcionar una atención de calidad y de calidez a los neonatos que nacen antes de tiempo y / o con bajo peso al nacer. Esta puede ser exitosa en la medida que se logre el desarrollo y la participación de las instituciones de salud que tienen maternidades y salas de Neonatología. En donde se implementa promete ser efectivo a corto y mediano plazo en salud, involucrando a la familia en el cuidado, abaratando costos en la duración de la hospitalización, en los requerimientos de equipos y otorgando cuidado humanizados y cariñosos al neonato.

Esta iniciativa se integra a la red de servicios en dos fases, en primera instancia en cinco (5) instalaciones de atención hospitalaria donde se está implementando la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y la segunda fase en centros de atención ambulatoria; la implementación incluye acciones de sensibilización, capacitación, adecuación y reorganización de los servicios, además del seguimiento mediante el monitoreo, supervisión y evaluación.

A través de este instrumento metodológico, el MINSAL emite los lineamientos generales relacionados a la habilitación y funcionamiento del Programa Nacional Familia Canguro, en donde se aprueba el Método Madre Canguro (MMC) como una de las intervenciones claves para lograr la disminución de las muertes en niños prematuros y de bajo peso al nacer, la promoción de la lactancia materna y el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y las familias en la República de Panamá.



CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO

1.1. ANTECEDENTE INTERNACIONAL Y NACIONAL

Las Naciones Unidas hace un llamado mediante la Declaración de Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño, en abril del 2005, para que los países desarrollen acciones orientadas a salvar la vida de las madres, los recién nacidos y los niños, hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en este mismo año mediante la resolución WHA58.31, lanza la estrategia: Hacia una cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño.

En el 2008 se aprueba la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008–2015), resolución CD48.R4 Rev.1.

La Organización Panamericana de la Salud, en el año 2012, basados en estos mandatos de la OMS, en la 28ª Conferencia Panamericana de la Salud, aprueba por medio de la Resolución CSP28.R20, la Estrategia y Plan de Acción para la Salud Integral de la Niñez (2012–2017).

La 67ª Asamblea Mundial de la Salud del 2014, reconoce que la supervivencia de un neonato es un marcador sensible de la respuesta de un sistema de salud en favor de sus ciudadanos más vulnerables y piden a todos los interesados que mejoren la calidad de la atención en salud y el acceso a las mujeres y los recién nacidos a ella en el marco del proceso asistencial continuo que se extiende desde el periodo pregestacional y el embarazo hasta la infancia y la adolescencia, mediante Resolución WHA67.10, refrenda el Plan de Acción sobre la Salud del Recién Nacido e insta a los Estados miembros a poner en práctica el plan de acción.

El Consejo de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, mediante la Resolución A/HRC/22/L.27/Rev.1 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud afirmó la importancia de aplicar un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna e infantil prevenibles y pidió a los Estados que renovasen su compromiso político a ese respecto y adoptasen medidas para hacer frente a las necesidades de los neonatos.

En el 2016, los Estados Miembros de la OMS aprobaron la Resolución WHA69.2, que lanza la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. La estrategia mundial tiene tres objetivos: *sobrevivir*, poner fin a la mortalidad prevenible; *prosperar*, lograr la salud física y mental y el bienestar y *transformar*, ampliar los entornos propicios. Además, en el 2017 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), trabajando en el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, con miras a lograr el grado máximo de salud que se pueda alcanzar para todas las personas de la Región de las Américas, adoptaron la



Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 (ASSA2030) que está en consonancia con la estrategia mundial.

En septiembre del 2018 en la 56ª Consejo Directivo 70ª, sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas los Estados Miembros de la OPS adoptaron el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030.

El Método Madre Canguro es una estrategia creada y desarrollada por un equipo de pediatras del Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, ideado por el doctor Edgar Rey Sanabria en 1978 y desarrollado luego por los doctores Edgar Martínez y Luis Navarrete. El Programa Madre Canguro es reconocido por expertos a nivel del mundo como un componente del cuidado esencial del recién nacido.¹

En 1989, la Dra. Nathalie Charpak, el Dr. Juan Gabriel Ruiz y la Dra. Zita Figueroa, profesionales que luego crearon la Fundación Canguro (1994) iniciaron un estudio de cohorte comparando el grupo canguro manejado en el Instituto Materno Infantil (IMI) con un grupo control manejado en el Instituto de Seguro Social de Colombia (ISS) y la Clínica San Pedro Claver. Estos primeros resultados fueron publicados en 1994 en *Pediatrics*.

En el año de 1990 se establece la política de Lactancia Materna, basada en los 10 pasos para la una lactancia materna exclusiva promovida por la OMS/UNICEF y paralelamente se establece mediante la norma de la atención del parto y de recién nacido, el alojamiento conjunto las 24 horas con la intención de promover el apego temprano.

Basado en lo expuesto en el párrafo anterior es que se fundamentan algunos antecedentes de práctica parcial de la implementación de esta estrategia en algunos hospitales con maternidades en nuestro país sin haber sido protocolizados, ni oficializado.

Para la década del 2000 se realizaron en algunas instalaciones de salud del sector público, intervenciones dirigidas a favorecer el contacto piel a piel y a mejorar los cuidados centrados en el desarrollo de los recién nacidos.

En el 2018, se lanza en Panamá el Plan Maestro de Salud durante la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, 2018 -2025, donde se impulsa la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales y de Emergencias en las instalaciones públicas que lo requieran, incluyendo intervenciones para la prevención del parto prematuro, el retraso del crecimiento intrauterino, la detección y tratamiento de las complicaciones y secuelas en el recién nacido, las infecciones de transmisión sexual (ITS), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Sífilis.

1.2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la cifra de muertes neonatales se redujo a la mitad de 5,0 millones en 1990 a 2,5 millones en 2017.² No obstante, la reducción de la mortalidad neonatal entre 1990 y 2017 ha sido más lenta que la de la mortalidad post neonatal de menores de cinco años.³



Los mayores riesgos de muerte gestacional, neonatal y a lo largo de la lactancia y la primera infancia son los que corren los niños de pequeño tamaño o poco peso al nacer, es decir, los que nacen antes de tiempo o son pequeños para la edad gestacional.

Todos los años, alrededor de 20 millones de lactantes nacen con bajo peso en todo el mundo. Estos recién nacidos prematuros constituyen una carga pesada para los sistemas de salud y seguridad social de los países en vías de desarrollo. (OPS/OMS).

Más del 80% de las muertes de recién nacidos se deben a tres afecciones prevenibles y tratables: las complicaciones debidas a la prematuridad, las muertes relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal) y las infecciones neonatales. Existen intervenciones costo eficaces y de eficacia probada para prevenir y tratar cada una de las causas principales. Mejorar la calidad de la atención en torno al momento del nacimiento es lo que más vidas salvarán, pero para ello es imprescindible contar con personal de salud bien formado y equipado, en particular personal con habilidades en partería y disponer de los productos esenciales.⁴

El mayor riesgo de discapacidad se da en el primer día de vida y un 10% de la carga mundial de morbilidad está relacionada con las afecciones neonatales². Muchas discapacidades podrían prevenirse con una atención adecuada durante el trabajo del parto, el nacimiento y el periodo neonatal. Los bebés prematuros que sobreviven al primer mes de vida se enfrentan a un riesgo mayor de mortalidad post neonatal, trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo, retraso del crecimiento y enfermedades no transmisibles. Los niños que son pequeños para su edad gestacional pueden padecer retraso del crecimiento y trastornos metabólicos en la edad adulta.

En Panamá, ocurrieron 69,945 nacimientos en el año 2020, según datos de la Contraloría General de la República (CGR), para una tasa bruta de natalidad de 16.3 por mil habitantes; se reporta además que el 98.6% de los nacimientos vivos recibieron asistencia profesional, se describe que, de estos niños, 62.48 % nacieron en área urbana, sin embargo, un 37.5 % fueron en área rural con las limitantes que conlleva al nacer en estas áreas.

Para el 2020 del total de nacimientos vivos en el país, según la base de datos proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) niños con peso al nacer menor de 2,500 gramos fueron 6,040 (8.6%) por duración del embarazo se evidenciaron 5,780 (8.26%) nacimientos vivos en la categoría de Parto Prematuro en General el 2.7% correspondieron a Prematuridad Extrema, Muy Prematuros 10.9%, y Prematuros Moderados a Tardío corresponde el 86.3% de acuerdo con la clasificación de Prematuro de la Organización Mundial de la Salud.

Las cinco regiones con más BPN, de manera descendente tenemos: Comarca Ngäbe Buglé con 16.5%, Los Santos y Colón con 8.8% respectivamente, Darién con 8.3%, Panamá Oeste con 8.2% y Panamá Metro incluida San Miguelito 8.1%.

La mayoría de las muertes en menores de 1 año, ocurren en el periodo perinatal y neonatal, siendo el resultado principalmente de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, los defectos congénitos y las infecciones.



En el año 2020, las defunciones en general fueron de 25,151 para una Tasa de Mortalidad de 5.9x1,000 hab., observándose un descenso en la Tasa de Mortalidad Infantil de 11.2 x 1000 nacidos vivos en relación con el año anterior que fue de 14.8 x 1000 nacidos vivos. Con respecto a la Tasa de Mortalidad Neonatal se observó igual comportamiento para los mismos años de 8.22 x 1000 nacidos vivos y 6.9 x 1000 nacidos vivos. Sin embargo, sigue siendo la mortalidad neonatal el indicador que contribuye con el 60% de las muertes en los menores de un año.

Las estadísticas indican que, si bien las tasas de mortalidad infantil se han reducido significativamente, persisten grandes brechas y diferencias a lo interno del país. La persistencia en el indicador de BPN demuestra que cada vez son más los niños que nacen prematuros o de bajo peso en las distintas instalaciones de salud donde muchas veces, según el nivel de complejidad, se tiene que maniobrar e innovar en la atención para ofrecerle cuidados neonatales inmediatos y óptimos ante la ausencia de equipos requeridos.

Un estudio observacional Multicéntrico realizado en Latinoamérica y el Caribe (2016) y publicado en el Panamerican Journal of Public Health, identificó que en Panamá el 13% de los recién nacidos tiene un peso menor de 1,500g; 13% con peso entre 1,500 y 1,999 g. Se identificó además que el 13% de los prematuros con edad gestacional inferior a 32 semanas presentaron riesgo de padecer retinopatía del prematuro (ROP). En encuesta realizada en el 2015, revela que según estadísticas locales del 2014 obtenidas del Hospital del Niño 75 niños fueron tamizados y que el 20% (2) fueron tratados por ROP.

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019, el 55.4% de los menores de 6 meses recibieron Lactancia Materna dentro de la primera hora después del parto y el 82.1% dentro de las primeras 24 horas post parto. Igualmente se evidenció que 7 de cada 10 madres del área indígena y 6 de cada 10 del área rural dieron Lactancia Materna antes de la primera hora después del nacimiento, contrario a las áreas urbanas, donde 4 de cada 10 mujeres postergaron el inicio de la Lactancia Materna después de las 24 horas del nacimiento de su hijo (a). La prevalencia de la Lactancia Materna exclusiva en menores de 6 meses fue de 24.3%, siendo mayor en las niñas que en los niños. La Lactancia Materna exclusiva fue 4 veces mayor en las áreas rurales (42.7%) e indígenas (42.2%) que en las áreas urbanas (9.1%).

Considerando los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2025, la tendencia de la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva entre los niños menores de 6 meses cada vez más toma distancia de la meta esperada (50%).

En nuestro país de acuerdo con la estimación de población al 1 de Julio según la CGRP para el 2023 se espera 73,658 nacimientos. Destacándose en los cinco primeros lugares como de mayor índice de nacimientos la Región Metropolitana con 11, 055 (15.0%) Panamá Oeste 9,101 (12.3%) Chiriquí 8,578 (11.6%) Comarca Ngäbe Buglé 7,525 (10.2%) Colón 6,232 (8.5%) San Miguelito 5,396(7.3%) Bocas del Toro 5,086 (6.9%) y Veraguas 4,446 (6.0%).



Según las evidencias las intervenciones generales más eficaces para reducir las muertes neonatales y perinatales incluyen acciones dirigidas a prevenir y tratar la prematurez, las infecciones y los trastornos nutricionales. Entre las acciones más eficaces para poner fin a las muertes neonatales y fetales prevenibles se incluyen: la atención durante el trabajo de parto, el nacimiento y la primera semana de vida y la atención de los recién nacidos enfermos y de los pequeños para la edad gestacional.

Existen intervenciones probadas y con amplia repercusión en la salud de los recién nacidos como la lactancia materna y el Método Madre Canguro, que constituyen componentes costos efectivos de los servicios integrados, enfocadas en el fortalecimiento del bienestar y la salud de los recién nacidos.

"Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Se ha puesto de manifiesto que repercute eficazmente sobre la mortalidad, la tasa de infecciones severa, en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica"⁵.

Instaurar el Método Madre Canguro (MMC) implica una técnica no común utilizada y que en la actualidad son más las instituciones que están adoptando servicios basados en este cuidado, por las evidencias positivas reportadas en el manejo de los Recién Nacidos Prematuros y los de Bajo Peso al Nacer (BPN) especialmente en los países en desarrollo donde los requerimientos son muchos y los recursos son limitados, sin embargo el MMC es cada vez más utilizada en los países ricos que tienen una mortalidad muy baja y donde se salvan niños cada vez más pequeños por los beneficios sobre el crecimiento somático, la relación madre hijo, la lactancia materna y como protector cerebral para disminuir las secuelas debidas a la prematuridad.

El Ministerio de Salud, en su función de regente de la salud y garante del bienestar y la salud de los lactantes pequeños, por medio de la Dirección General de Salud Pública, quien tiene la misión de planificar acciones y desarrollar normativas dentro del territorio nacional para contribuir a garantizar el derecho a la salud de los menores durante la Infancia, centra los esfuerzos en ofrecer estrategias viables que respondan a una política de Estado y que trabaje en pro de los principales retos para el sector salud dictados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que contempla el bienestar de la población menor de 1 año promoviendo una vida saludable, **aprueba el Método Madre Canguro** como intervención del cuidado neonatal, sin embargo, es conocido que la implementación del método sugiere un proceso progresivo, partiendo de la aceptación y práctica de los profesionales de la salud, habilitación y adecuación de los entornos, hasta alcanzar una adecuada vinculación de todas las partes, incluyendo las familias y la comunidad por lo que requiere de un marco sistematizado efectivo y adecuado el cual representa un avance para la neonatología, progreso para un cálido y eficiente cuidado en donde los más favorecidos serían todos los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer de nuestro país. Mediante esta herramienta emite los lineamientos técnicos y administrativos para la implementación del Método Madre Canguro (MMC) en el marco del Programa Nacional Familia Canguro (PNFC) en el territorio nacional, bajo la dependencia de la Sección de Salud Integral a la Niñez.



CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1. GENERALIDADES

Según datos de la OMS (2019), el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal: aproximadamente un tercio el día mismo del nacimiento y cerca de tres cuartas partes en la primera semana de vida.⁶

Según el informe *Sobrevivir y Prosperar: Transformando la atención para cada recién nacido pequeño y enfermo*, se refieren a un "recién nacido" como un niño en los primeros 28 días después del nacimiento. Las muertes en los primeros 28 días de vida se deben a enfermedades y trastornos asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfisia perinatal), las infecciones y los defectos congénitos ocasionan la mayor parte de las muertes neonatales.

Se estima que cada año mueren 2,5 millones de recién nacidos durante los primeros 28 días de vida, de los cuales aproximadamente el 80% tenía un peso bajo al nacer y dos tercios nacieron prematuramente. Se presume que otro millón de recién nacidos enfermos o pequeños para la edad sobreviven con una discapacidad a largo plazo. En todo el mundo, hasta 30 millones de recién nacidos requieren algún nivel de atención hospitalaria al año.⁷

Esto incluye recién nacidos con complicaciones por prematuridad, lesión cerebral intraparto, infección bacteriana grave e ictericia patológica y aquellos con condiciones congénitas. Las complicaciones derivadas de los nacimientos temprano, demasiado pequeños o de los que se enferman aumentan el riesgo de muerte y discapacidad.

La prematuridad es la principal causa directa de mortalidad neonatal, lo que representa aproximadamente el 29% de los 3,6 millones de muertes neonatales por año (Lawn y col. 2010). Los recién nacidos con BPN tienen aproximadamente 20 veces más probabilidades de morir comparados con los niños de mayor peso. (Kramer 1987). Un tercio de los que tienen bajo peso mueren dentro de las primeras 12 horas después del parto. Una de las principales razones es que tienen un mayor riesgo de enfermar o morir porque tienen incapacidad para controlar la temperatura corporal, se enfrían fácilmente y llegan a la hipotermia; un recién nacido hipotérmico deja de comer y es más susceptible a la infección.

2.2. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.2.1. Bajo peso al Nacer: La Organización Mundial de la Salud, define bajo peso al nacer al peso inferior a 2500 g. Se estima que entre un 15 a 20% de los niños nacidos en todo el mundo presenta bajo peso al nacer, lo que supone aproximadamente 20 millones de neonatos cada año, hecho que continúa siendo en la actualidad uno de los problemas de salud pública a nivel mundial de la cual nuestro país no escapa.



2.2.2. Edad gestacional: La edad gestacional es un término utilizado para describir el progreso del embarazo, la medición comprende desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual que desea calcular. El embarazo normal transcurre desde las 38 hasta las 42 semanas de gestación.

2.2.3. Recién nacidos prematuros: Se define entonces a los recién nacidos prematuros como los niños que llegan al mundo sin completar su desarrollo dentro del útero materno, nacen antes de las 37 semanas de gestación, independiente del peso, hecho que los hace más vulnerables.⁷ La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan entre sí. Para su prevención, no basta solo las medidas de salud, se deben elaborar políticas y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, especialmente entre las mujeres, los neonatos y diferentes subgrupos de niños.

2.2.4. Método Madre Canguro (MMC): El Método Madre Canguro, hace de "incubadora"; es fuente de alimento con la lactancia materna y estimulación para el recién nacido prematuro o con peso bajo al nacer, mientras maduran lo suficiente para enfrentar la vida extrauterina en condiciones similares a los recién nacido de término. Es definida como: 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/o de bajo peso al nacer y su madre, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año de edad corregida. El MMC 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.⁹

El Método Madre Canguro para la gestión del riesgo de la población de niños prematuros, es una estrategia exitosa de intervención teniendo en cuenta el impacto en la morbilidad y la disminución en los costos en salud. Se basa en tres componentes⁹:

a) Posición Canguro (PC):

Con el contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día, 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 que permite al proveedor de la posición canguro relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura. El recién nacido puede ser alimentado en cualquier momento. Cualquier otra persona (el padre, por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en PC. Esta posición se mantiene hasta que el niño no la tolere más.

El contacto temprano de la madre con su recién nacido (piel a piel) favorece el apego, son vitales para la supervivencia del lactante durante la evolución ya que favorece el inicio y mantenimiento



de la lactancia materna exclusiva, el apego temprano madre-recién nacido, la estabilidad térmica, cardiorrespiratoria y del llanto.

“El contacto precoz piel a piel influye en la regulación térmica que es un elemento importante para la prevención de la muerte del neonato prematuro y/o de bajo peso al nacer (BPN) esta constituye una táctica barata, segura y efectiva para mantener su temperatura”¹⁰. *El contacto temprano piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo dentro de la primera media hora después del parto.*

Según Sánchez y colaboradores indican que el Apego Precoz representa el acto de colocar al niño sobre el abdomen de la madre inmediatamente después del parto, conservándolo a temperatura adecuada mediante el contacto piel a piel, envuelto únicamente con una tela tibia y seca sin alejarlo de su mamá en los 70 minutos posteriores al parto, que beneficia a iniciar el reflejo de búsqueda, hasta lograr la primera mamada.¹¹

Las evidencias dan muestra de las ventajas y beneficios de la posición canguro, es una de las intervenciones que garantiza el ejercicio de los derechos de los bebés y sus familias. La intervención canguro no pretende reemplazar a las Unidades de Cuidados Neonatales, más bien complementa las intervenciones de salud efectuadas en el recién nacido. Su objeto contempla los recién nacidos prematuros menores de 37 semanas de gestación (independientemente del peso) y/o los recién nacidos cuyo peso es menor a 2500g (bajo peso independientemente de la edad gestacional).

El alojamiento conjunto madre -recién nacido incrementa la confianza materna, su autoestima y el desarrollo de competencias; favorece el apego, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna; favorece su identidad como padres y el conocimiento de su hija o hijo; brinda tranquilidad y entusiasmo a los padres para el egreso. El alojamiento conjunto consiste en que el recién nacido permanece al lado de la madre las 24 horas del día.¹²

Si bien desde una perspectiva evolutiva el contacto piel a piel es la norma, en muchos lugares la práctica corriente es separar al recién nacido de la madre poco después del nacimiento. La OMS en sus nuevas recomendaciones de 2023 recomienda el MMC desde el nacer, se ha demostrado efectos del contacto temprano piel a piel en la exclusividad y la duración de la lactancia materna, sin separación en la Unidad de cuidado intensivo y en la unidad neonatal hasta la salida del niño del hospital. Piden trabajar la cero separación del niño prematuro enfermo de su madre y de la adecuación de las unidades neonatales para que se vuelven unidades neonatales madre-hijo. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

La posición Canguro es el sello de MMC y la definición de referencia consiste en: Posicionar al niño desnudo (excepto por el gorro, pañal y medias) en estricta posición vertical sobre el tórax de la madre entre sus senos, en contacto directo con su piel, bajo su ropa, las 24 horas.



b) *Nutrición Canguro (NC)*

Los estudios evidencian que la Lactancia Materna mejora la supervivencia infantil al disminuir la morbilidad y la mortalidad; aporta grandes beneficios físicos y cognitivos a los niños y contribuye a reducir el riesgo de padecer algunas enfermedades crónicas no transmisibles.

La Lactancia Materna exclusiva es una práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua), representa una práctica óptima natural en donde es instaurada la Lactancia Materna durante la primera hora de vida y la lactancia continuada hasta los 2 años o más.

La alimentación con leche materna es esencial para el desarrollo y la supervivencia. Se mantiene como meta de crecimiento una ganancia de peso al menos como la del crecimiento intrauterino (15g/kg/día hasta las 37 semanas de edad gestacional y luego de 8 a 11 g/kg/día de 40 semanas de edad gestacional).

El Método Madre Canguro (MMC) posee como fortaleza la nutrición canguro recomendando en primera instancia como alimentación natural la Lactancia Materna. La leche de las madres de los niños prematuros se adecúa específicamente a las necesidades del menor aportando múltiples beneficios comprobados en su salud.

El iniciar Lactancia Materna en la primera hora de vida disminuye la mortalidad neonatal en el 22 % y retrasar el inicio de lactancia después de 1 hora de nacido aumenta la probabilidad de muerte neonatal hasta 2.5 veces; después de un día la aumenta hasta 4.5 veces y después de 3 días aumenta 11 veces la mortalidad neonatal. Se han observado efectos estadísticamente significativos y positivos del contacto temprano (en cualquier momento de una a 24 horas después del nacimiento) piel a piel en la continuación de la lactancia de uno a cuatro meses después del nacimiento. También se observa una tendencia hacia una mejor duración de la lactancia. Igualmente se han demostrado beneficios estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel en el mantenimiento de la temperatura del recién nacido en el rango térmico neutral, el llanto del recién nacido, la glicemia del recién nacido, las puntuaciones globales con respecto al amor y a la conducta de contacto afectivo materno durante la lactancia observada dentro de los primeros días posteriores al nacimiento. Los recién nacidos prematuros casi a término han demostrado una mejor estabilidad cardiorrespiratoria con el contacto temprano piel a piel.¹²

La evidencia indica que la lactancia materna protege al lactante contra las enfermedades y mejora el sistema inmunitario, dándole protección a largo plazo contra, obesidad, diabetes, cáncer y elevación del colesterol. Para la madre, reduce el riesgo de hemorragia postparto, ayuda a la involución uterina, retrasa el retorno de la menstruación, por lo que ayuda a proteger a la madre de nuevos embarazos y contra la anemia al conservar el hierro. Además, reduce el riesgo de cáncer de mama o de ovario antes de la menopausia. Se han identificado beneficios psicológicos y de desarrollo, favorece el apego entre la madre y el lactante, así como un crecimiento y desarrollo óptimos, incluido el crecimiento del cerebro. Se ha logrado identificar



beneficios económicos a las familias al no tener que comprar sustitutos de la leche materna, reduce los costos de atención a la salud. Finalmente se identifican beneficios ambientales relacionados con la conservación de los recursos naturales y reducción de la contaminación.¹²

La leche de las madres de niños prematuros se adapta específicamente a las necesidades de su hijo y aporta beneficios en su salud, ya que protege frente a la enterocolitis necrosante, las infecciones nosocomiales, la atopia y la alergia (entre otros), el MMC contempla como forma de alimentación la Lactancia Materna.

La nutrición canguro basado en la lactancia materna tiene como objetivos:

- a) Lograr un adecuado crecimiento y retención de nutrientes a corto plazo, que le permita al niño prematuro acercarse a las curvas de crecimiento intrauterino y a la composición fetal de referencia.
- b) Disminuir la morbilidad neonatal al mejorar la tolerancia alimenticia, reducir la incidencia de enterocolitis necrosante (ECN) y al minimizar las infecciones nosocomiales.
- c) Reducir los índices de atopia y alergia.
- d) Disminuir el riesgo de aparición de enfermedades en la adultez, tales como hipertensión, enfermedades cardiovasculares e hipercolesterolemia.
- e) Lograr una alimentación que contribuya a un desarrollo neurológico óptimo a corto y largo plazo.

En la Nutrición Canguro se contemplan tres períodos determinantes: Transicional, crecimiento estable y posterior al alta hospitalaria.

1. Período Transicional de Crecimiento: Abarca desde el nacimiento hasta que se completan los aspectos principales de la transición inmediata y mediata a la vida extrauterina (usualmente del día 0 al día 10), donde suele ser necesario el soporte nutricional parenteral y/o el uso de estrategias de adaptación de la fisiología del niño al uso del tracto digestivo, para administrarle los nutrientes que requiere. Durante el período transicional la prioridad en el manejo del recién nacido prematuro y de bajo peso es la supervivencia. Debido a la inmadurez del niño y a los diversos problemas que pueden amenazar su vida, el objetivo del aporte nutricional en este momento puede limitarse a suministrar las calorías y nutrientes indispensables para mantener la vida, aún a costa de sacrificar el crecimiento. Las estrategias recomendadas para la alimentación del niño durante el período transicional se fundamentan en balancear las necesidades nutricionales estimadas para él, con las limitaciones fisiológicas impuestas por la inmadurez y/o la enfermedad.
2. Período de Crecimiento Estable: Esta etapa empieza cuando se concluye la transición y se extiende hasta que el niño prematuro llega a término. Fase que equivale para el nacido prematuro, al período de crecimiento intrauterino que hubiese ocurrido si el neonato llega a término y en el cual, ya suele ser apropiado el uso de maneras de alimentación enteral, con predominio de la vía oral. En estos niños que ya exhiben una razonable estabilidad clínica y toleran la alimentación enteral y preferiblemente oral, los objetivos principales de la alimentación son: a) recuperación del crecimiento hasta alcanzar



tamaños corporales adecuados para la edad corregida y b) normalización de la composición corporal.

3. Período de Crecimiento Post egreso: Este último período se prolonga desde que el niño llega a término (sin importar si ha egresado o no del hospital. Cuatro a ocho semanas después del nacimiento) hasta alcanzar un año, de edad corregida. La mayoría de los niños prematuros presenta una succión inefectiva en sus primeras experiencias para amamantar. Es usual que ellos succionen por períodos breves y se duerman con rapidez en la mama. Algunos pueden compensar esto si la madre tiene un volumen adecuado de leche y un reflejo de bajada bueno; sin embargo, hay que estar atentos y entrenar a la madre o acompañante para identificar que el niño realice al menos seis succiones seguidas con pausa respiratoria entre ellas.

El MMC facilita el inicio y la consolidación de la Lactancia Materna en neonatos pequeños. No obstante, los niños prematuros e inmaduros no tienen succión suficiente para extraer la leche. Se puede poner al seno y realizan una succión no nutritiva que les permite desarrollar al pezón de su madre su succión. Eso permite también a la madre producir más leche que se administra con sonda hasta que el niño tenga una coordinación succión deglución adecuada para la vía oral. El calostro se extrae desde el nacer y se administra lo más pronto posible para realizar una estimulación trófica del intestino de este bebe inmaduro.

El personal de salud deberá enseñar y ayudar a la madre a extraer leche de su pecho con el fin de proporcionársela al niño y mantener la lactancia, a alimentar al niño mediante métodos alternativos y a evaluar la alimentación de éste.

La extracción de Leche Materna es una intervención clave para mantener la productividad de las cantidades adecuadas de leche. El retardo en el inicio de la extracción por desconocimiento o por enfermedad materna y la falta de claridad en cuanto al transporte y almacenamiento de la leche, producen retraso en la estimulación temprana de los receptores de prolactina en la madre.

El inicio temprano de la extracción de leche materna con frecuencia de seis a diez veces en el día ha resultado ser un factor clave en la adecuación de la producción de leche (Flacking, Nyqvist, Ewald, & Wallin, 2003). Es probable que la insuficiencia en los niveles de producción de leche materna no sólo ponga en peligro el niño, sino también la carga de la madre con "alimentación de triple esfuerzo" (alimentación al pecho seguida por la suplementación con jeringa o vaso y luego extracción con bomba), lo cual conduce a que muchas madres abandonen luego de sus primeros esfuerzos.

c) Egreso Temprano/Seguimiento y Manejo Ambulatorio

El Alta Temprana con seguimiento ambulatorio estricto hasta el año de vida: El MMC fomenta al alta temprana del recién nacido, es decir, la salida temprana del hospital y la continuación del cuidado en el hogar, siempre y cuando el niño esté estable.

Actualmente la posibilidad del alta hospitalaria precoz está dada por la implementación del Método Madre Canguro. Este egreso precoz debe estar garantizado con seguimiento



ambulatorio oportuno, idóneo y diario hasta que el niño mantenga un incremento de peso a razón de 15g por Kg por día y luego semanalmente hasta su término (40 semana y 2500 g).

Al momento del alta hospitalaria la necesidad de la madre que amamanta de contar con un apoyo intensivo se convierte en una realidad. Las madres que amamantan a un niño prematuro necesitan la seguridad de una red de apoyo durante las primeras semanas en casa hasta que el niño sea capaz de ganar peso con Lactancia Materna exclusiva. El niño prematuro debe ser despertado para que se alimente, por lo cual es necesario advertir a la familia que la alimentación en el hogar no puede ser a libre demanda y sin límite de tiempo durante el amamantamiento, toda vez que debe ser protegido además de conservar la temperatura y el gasto calórico generado por la succión.

Durante este seguimiento se realiza la vigilancia y seguimiento estricto que incluye: La evaluación del estado de salud, la alimentación, el tamizaje oftalmológico para descartar retinopatías del prematuro en aquellos pacientes que cumplan los criterios definidos en cada institución (la instalación que no cuente con el recurso deberá realizar los trámites pertinentes para referir a una de mayor complejidad), auditivo y evaluaciones neuromadurativas de acuerdo con las escalas estandarizadas en la instalación de salud. El seguimiento incluye además medidas antirreflujo que es la posición, apnea primaria, uso de vitaminas (Ver Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el Nacimiento hasta los 9 años vigente) y ultrasonido cerebral en los casos que corresponda (referir a instalación de salud de mayor complejidad de ser necesario).

2.2.5. Participación Familiar- cuidados centrados en las personas

El componente de participación familiar se basa en el enfoque de servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Servicios de salud integrados y centrados en la persona conlleva, al ideal de que «todas las personas gocen de igual acceso a servicios de salud de calidad que estén coproducidos de tal modo que respondan a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital, que estén coordinados entre todos los eslabones de la cadena asistencial, que sean integrales, seguros, eficaces, oportunos, eficientes y aceptables, y en los que todos los cuidadores estén motivados, sean competentes y disfruten de condiciones de trabajo propicias». ¹³

Entiéndase por Coproducción de la salud: Atención de salud dispensada según una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales, los usuarios de los servicios asistenciales, su familia y la comunidad a la que pertenecen. Presupone una relación duradera entre la población, los proveedores de servicios y los sistemas de salud, en la cual se compartan la información, las decisiones y la prestación de servicios.

Es fundamental entonces definir los servicios neonatales prioritarios atendiendo a las necesidades a lo largo del ciclo vital. Ello supone evaluar el conjunto de los servicios de salud ofrecidos a distintos niveles del sistema asistencial teniendo en cuenta las mejores evidencias



disponibles y todo el ciclo vital, utilizando una combinación de estrategias e intervenciones costo-efectivas como alternativas para la toma de decisiones sobre la asignación de recursos a la atención sanitaria. Ello abarca también la evaluación de la tecnología sanitaria.

«Reorientar el modelo asistencial» significa un reto para enfrentar las resistencias en la atención sanitaria eficaces y eficientes mediante modelos asistenciales innovadores que pongan el acento en los servicios de atención primaria y comunitaria y la «coproducción» de la salud, lo que supone un cambio de la atención hospitalaria a la ambulatoria y de la atención curativa a la preventiva. Ello exige invertir en una atención holística e integral, que incluya estrategias de promoción de la salud y prevención de problemas sanitarios que favorezcan la salud y el bienestar de las poblaciones, en este caso la salud neonatal, este enfoque permite la integración de los padres y la transferencia de la responsabilidad del cuidado de hijo durante su tratamiento.

Para obtener los resultados clínicos deseados con la coproducción de servicios asistenciales, se requiere de la participación de los usuarios y sus familiares, ya que son ellos quienes son los portadores de sus propias necesidades en salud y son los gestores de prácticas, comportamientos y aptitudes saludables para cuidar su salud y de la familia. «Responsabilizar y hacer participar a las personas» se refiere a proveerles de las oportunidades, competencias y recursos que necesitan para constituirse en usuarios gestores de su propia salud, familiar y comunitaria.

La responsabilidad se ejerce también al dispensar una atención sanitaria presidida por una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales clínicos y no clínicos, por un lado, y los usuarios de los servicios asistenciales, sus familiares y sus comunidades, por el otro, todo lo cual mejorará la forma en que vivan el proceso asistencial.

Los parientes y demás cuidadores cumplen una función básica en la prestación de asistencia sanitaria. Los cuidadores deben recibir una capacitación adecuada para poder realizar un trabajo de calidad y defender los intereses de los beneficiarios de la atención a la vez dentro del sistema de salud y ante las instancias de planificación. Además, los cuidadores tienen sus propias necesidades de realización personal y requieren apoyo afectivo para cumplir duraderamente su función.¹³

Lo anterior fundamenta un modelo de atención centrado en las personas, familia y comunidad, vinculado a una red de servicios institucionales integradas. Se denomina “centrado en las personas” cuando las actividades desarrolladas por el sistema de salud tienen como eje la dignidad de las personas y entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. Se denomina “en red o en redes integradas” cuando un país hace arreglos para que diversos actores, o subsistemas, presten servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, compartiendo objetivos, reglas y normas comunes, rindiendo cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirven.¹⁴

Los recién nacidos prematuros y enfermos y sus familias tienen derechos y necesidades específicas. La participación de las familias en el proceso de atención, así como la obtención de apoyo en dicho proceso es esencial. La prestación de cuidados esenciales a los recién nacidos



pequeños y enfermos exige políticas y planes específicos tanto durante la internación como después del alta.

En el marco de la estrategia de atención primaria, el Método Madre Canguro nace como una alternativa en el cuidado integral de la niña o niño prematuro o de peso bajo al nacer. Se considera como una modalidad en el egreso temprano, convirtiendo a la madre en una incubadora humana al cuidado integral de su recién nacido en el hogar. El programa se basa en tres principios básicos para la supervivencia de la humanidad: Calor, amor y lactancia materna exclusiva, lo que se considera como un cuidado humanizado del recién nacido, ya que incorpora a la familia desde un principio y durante todo el proceso de atención y cuidado de su propio hijo o hija.

El acompañamiento y el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales y parentales de los miembros de la familia se establece como eje fundamental para potenciar el crecimiento y desarrollo armónico e integral de los niños prematuros y de BPN.¹³



CAPÍTULO III. DISPOSICIONES GENERALES DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO

3.1. FUNDAMENTO LEGAL

3.1.1. Marco Normativo Internacional

La Convención de los Derechos de la Niñez, aprobada en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas: Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, en el numeral, del artículo 24, “establece que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, deben conocer los principios básicos de la salud y nutrición de los niños, ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental” ...

En la Convención sobre los Derechos del Niño se consagra la salud de los recién nacidos como un derecho humano y se proporciona un marco jurídico y normativo integral para las leyes, las políticas, las estrategias y los programas nacionales destinados a reducir la mortalidad infantil y mejorar los servicios. Se reconoce al recién nacido no como un mero receptor de atención, sino como un ser humano con derechos fundamentales, como se estipula en las normas internacionales de derechos humanos, que incluyen los derechos a la vida, la supervivencia, la salud y el desarrollo, el derecho a una identidad jurídica desde el nacimiento, el derecho a ser protegido contra el daño, la violencia y el abandono y el derecho a un entorno en el que recibe atención, amor y cariño.

3.1.2. Marco Normativo Nacional

En Panamá, la infancia está protegida por:

Constitución Política de la República de Panamá

Artículo 109, establece “El Estado debe velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social”.

Código de la Familia

Ley 3 del 17 de mayo de 1994, modificada en la *Ley 12 del 25 de julio de 1994* y *Ley 4 del 20 de enero de 1995*. En el libro segundo de los menores, en el capítulo segundo, de los Derechos fundamentales del menor, en el artículo 489, numeral 4 que a la letra dice: “todo menor tiene derecho a recibir lactancia materna, alimentación, atención médica, educación, vestuario y protección de los riesgos o peligros contra la formación psicofísica, social y espiritual”.

Otras Normativas

Ley 15 del 6 de noviembre de 1990, “Panamá adopta y ratifica la Convención de los Derechos de la Niñez, aprobada en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas: Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989”. Establece que los Estados parte reconocen el Derecho del Niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.



Ley 285 del 15 de febrero de 2022, Que crea el Sistema de Garantía y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia y dicta otras disposiciones. En su artículo 1 esta ley tiene como objeto “establecer las garantías para la protección integral de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes, así como reordenar las instituciones competentes para garantizar, de acuerdo con su edad y madurez, el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de esos derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados y convenios internacionales ratificados por la República de Panamá, a través de un Sistema de Garantías y Protección Integral de los derechos de la Niñez y la Adolescencia”.

Ley 171 del 15 de octubre del 2020. De Protección Integral a la Primera Infancia y al Desarrollo Infantil Temprano. Que establece la protección integral de los derechos de los niños en la primera infancia en todo el territorio nacional.

Texto Único No. S/N De jueves 21 de enero de 2021” De la Ley 50 de 23 de noviembre de 1995, por la cual se protege y fomenta la Lactancia Materna, ordenado por la Ley 135 de 2020”.

Política Nacional de Salud y los Lineamientos Estratégicos 2016-2025, establece en la política 3: Lograr el acceso y la cobertura universal a la salud con equidad, eficiencia y calidad, mediante el logro del objetivo estratégico 3.2. Que es “Garantizar la atención integral de la población según curso de vida”; indica en la línea de acción 3.2.1. “Cumplimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales.

Decreto Ejecutivo N° 75 del 27 de febrero de 1969, establece el “Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud” indica que, entre las funciones generales del Ministerio de Salud, está el mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos, y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

3.2. PROPÓSITO

El propósito del Programa Nacional Familia Canguro es ofrecer cuidados e intervenciones al recién nacido con alto nivel de calidad y humanización, haciendo énfasis en el apego, el fomento de la lactancia materna y en la aplicación del Método Madre Canguro al neonato prematuro y/o de bajo peso al nacer, así como también el acompañamiento y fortalecimiento de la madre, padre y familia, contribuyendo así a alcanzar el mejor desarrollo integral de los niños panameños.

3.3. OBJETIVOS

3.3.1. Objetivo General

Mejorar las condiciones de salud integral de los niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, como también la humanización de los procesos de cuidado del niño y su familia en las Maternidades, Unidades de Cuidado Neonatal y a nivel ambulatorio del segundo y tercer nivel



de atención mediante el MMC con el fin detectar las variaciones en el desarrollo neuro-psicomotor para intervenir precozmente y así evitar secuelas de más difícil manejo y disminuir la morbi - mortalidad evitable.

3.3.2. Objetivos Específicos

- a) Implementar el Programa Nacional Familia Canguro de manera integral, con énfasis en el seguimiento del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer con enfoque interdisciplinario, a fin de favorecer su adecuado crecimiento y desarrollo.
- b) Definir el conjunto de intervenciones, actividades, procedimientos y los cuidados como parte del Programa Nacional Familia Canguro e integrar el Método Madre Canguro a la cartera de servicios de la institución (consultas, interconsultas, apoyos diagnósticos, vacunación, medicamentos, actividades educativas individuales y grupales, actividades de seguimiento domiciliario en los casos de riesgo social, transporte, alimentación y seguimiento).
- c) Desarrollar la capacitación del personal de salud asignado para la implementación Método Madre Canguro en los Hospitales y centros de atención ambulatorios seleccionados.
- d) Detectar de manera oportuna las variaciones en el desarrollo psicomotor e intervenir y prevenir las secuelas inherentes a la prematuridad y al BPN, durante el seguimiento.
- e) Empoderar a los padres y familias en el óptimo cuidado, protección de su niño y prepararlos para su regreso a casa.
- f) Permitir el desarrollo del apego entre el niño y sus padres tan pronto como sea posible después del nacimiento.
- g) Proporcionar información a las familias sobre el Método Madre Canguro, Lactancia Materna exclusiva y signos de alarma del recién nacido.
- h) Establecer mecanismos de coordinación entre nivel hospitalario y el nivel ambulatorio, así como con las familias involucradas en la atención del cuidado del recién nacido y el fortalecimiento de las redes de apoyo ambulatorio.
- i) Verificar y monitorear la continuidad y adherencia de la atención con el ingreso oportuno del recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer.
- j) Elaborar y aplicar los protocolos del conjunto de atención, intervenciones y cuidados integrales de acuerdo con el Método Madre Canguro.



- k) Generar información que permita el seguimiento a los indicadores de adherencia y desenlace del Método Madre Cangro y el cumplimiento de las actividades del Programa Nacional Familia Canguro en su componente intrahospitalario y ambulatorio.
- l) Desarrollar acciones de información, educación y comunicación (IEC).

3.4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Programa Nacional Familia Canguro se aplica en el territorio nacional, en los hospitales que ofrecen atención del recién nacido: en las Maternidades, Unidades de Cuidados Neonatales y en las instalaciones de atención ambulatoria habilitadas para proporcionar el componente de seguimiento del Método Madre Canguro al egreso.

3.5. AUTORIDAD COMPETENTE

El Ministerio de Salud, en la Dirección General de Salud Pública, a través del Departamento de Salud Integral a la Población, Sección de Niñez, es el ente responsable de emitir los lineamientos para su implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de los servicios y actividades salud y atención dirigidas al grupo de primera infancia a nivel hospitalario y ambulatorio.

3.6. VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO.

Los lineamientos del Programa Nacional Familia Canguro tendrán una vigencia de 5 años a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial. Al final de este período de no establecerse una nueva norma, esta continuará vigente hasta la promulgación de nuevas directrices.

De presentarse evidencia científica que contradiga lo dispuesto en la aplicación del Método Madre Canguro, mientras esté vigente los lineamientos del Programa Nacional Familia Canguro, las autoridades correspondientes procederán a emitir las respectivas adendas a estos lineamientos de atención, publicarlas y darles difusión adecuada entre los profesionales de la salud y la población en general.

3.7. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de las intervenciones del Programa Nacional Familia Canguro serán todos los recién nacidos prematuros y de bajo peso nacidos en la República de Panamá y sus familias.

3.8. COBERTURA

Las instalaciones de salud hospitalarias y ambulatorias al realizar la programación anual se organizarán para atender a los prematuros o BPN en el PNFC de manera progresiva hasta alcanzar el 90% o más.



3.9. CONCENTRACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN DEL PREMATURO Y BPN EN LAS INSTALACIONES AMBULATORIAS.

Fase	Edad	N° de frecuencia de la consulta de atención por disciplina					
		Médicos	Enfermeras	Psicología	Oftalmología/ optometría	Otorrino/ Fonoaudiología	Trabajo Social
Primera	Desde el egreso hasta las 40 semanas	9	3	1	1	-	PRN
Segunda	Desde 41 semanas hasta los 12 meses de EC	9	3	1	1	1	2
Tercera	Desde los 12 meses de EC	A partir del año si el niño/a presenta algún signo de alarma o bandera roja del neurodesarrollo debe ser referido a los módulos de desarrollo infantil o a su instalación de salud correspondiente para que continúe su vigilancia a través del Programa de Crecimiento y Desarrollo según lo establece las Normas Técnicas y Administrativas de Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el Nacimiento hasta los 9 años vigente.					

3.10. RENDIMIENTO DE LA ATENCIÓN

(Médicos generales y especialistas; enfermeras generales y especialistas)

Actividad/Profesional	Rendimiento (pacientes x horas)	Tiempo de la atención (minutos)
Ingreso al PNFC (Desde el egreso a cualquier EG)	2	60
Subsecuentes (cualquier EG)	3	30

3.11. PRESUPUESTO

El Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social garantizarán la asignación de los recursos suficientes y necesarios para la ejecución ininterrumpida y continua de las actividades y tareas del programa establecidas para cada instalación de salud, según las funciones y competencias definidas en la red de servicios y los planes operativos mediante la formulación del presupuesto en las unidades del Nivel Nacional, Regional y en las diversas instalaciones locales proveedoras de servicios de salud.

3.12. DEFINICIONES

3.12.1. Definiciones Básicas del Programa Nacional Familia Canguro



Método Madre Canguro (MMC): 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/o de bajo peso al nacer y su madre, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año corregida. El MMC 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.⁹

Programa Nacional Familia Canguro (PNFC): Es el conjunto de actividades organizadas y destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso el Método Madre Canguro, con un personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida⁹, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, que busca transferir a las madres como fuente principal de estimulación sensorial la capacidad y responsabilidad de satisfacer las necesidades físicas y emocionales del prematuro y/o BPN, o a los cuidadores con la participación de la familia y la comunidad.

3.12.2. Definiciones operativas (Son las que sustentan las intervenciones directas y deben estar enmarcadas en los diversos protocolos de acuerdo con el nivel de complejidad).

Adaptación canguro: Es el proceso de adaptación del niño tanto en el área hospitalaria como el ambulatorio a los diferentes componentes del Método Madre Canguro en un periodo determinado. En este periodo se transfieren de manera gradual, las responsabilidades a la madre y/o cuidador responsable, la técnica de la posición canguro para el cuidado del niño.

Atención centrada en la familia: Un enfoque de la atención sanitaria que respeta y responde a las necesidades y valores de cada familia¹⁵. Los ocho principios para la atención de los recién nacidos centrada en el paciente y en la familia en una unidad de cuidados intensivos neonatales son: el acceso de los progenitores sin limitaciones derivadas de los turnos de personal o las rondas médicas, el apoyo psicológico a los progenitores, el alivio del dolor, un entorno de apoyo, la asistencia a los progenitores, el contacto piel a piel, la asistencia al bebé y a la madre durante la lactancia y la protección del sueño¹⁶. El Método Madre Canguro es un ejemplo centrado en la familia.

Bajo peso al Nacer. Se define bajo peso al nacer al peso inferior a 2500 g, según la Organización Mundial de la Salud.

Cuidador: Madre, padre, pariente o cualquier otra persona responsable del cuidado de un niño o niña.

Edad cronológica: Edad del recién nacido a partir del nacimiento hasta la fecha de evaluación.



Edad corregida: Se define como la edad cronológica reducida del número de semanas que faltaron para las 40 semanas de gestación.

El ajuste de la edad se debe mantener para los niños nacidos antes de término hasta los 2 años de edad.

Edad gestacional (Del recién nacido): se define como el tiempo transcurrido (en semanas completas), entre el primer día del último período menstrual y el día de nacimiento.

Egreso temprano en posición canguro: Salida hospitalaria del niño sin tener en cuenta el peso o la edad gestacional, en Posición Canguro para regular su temperatura y después de una adaptación canguro exitosa. Una vez se cumplen los criterios de elegibilidad para la salida del niño, la madre y la familia.⁹

Familia: En este documento, el término «familia» se entiende en un sentido amplio y abarca a los parientes por consanguinidad, adopción o matrimonio y a los miembros de un mismo hogar.

Familia canguro: Entiéndase para el cuidado canguro, al familiar del primer y segundo grado de consanguinidad responsabilizado por el cuidado del bebé.

Faja canguro: Es un insumo tecnológico para sujetar al niño en posición canguro, consistente en una faja de tela con textura y tensión elástica específica que evita se produzcan apneas obstructivas posicionales, especialmente importantes debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro y con bajo peso al nacer. Facilita la posición de rana indicada para mantener la posición fisiológica de la cadera y el contacto auditivo del prematuro con la zona precordial materna, con el efecto relajante del latido cardíaco.

Nutrición y alimentación canguro: la nutrición canguro está basada en la lactancia materna exclusiva, representa una práctica óptima natural durante los primeros seis meses, si se puede. Si el niño no crece adecuadamente con LME se toman decisiones para evitar la desnutrición.

Posición canguro: Contacto piel a piel entre la madre y el niño, colocado en posición vertical, entre los senos de la madre por debajo de la ropa.

Es cuando se pone al niño en decúbito ventral y vertical sobre el pecho de un adulto proveedor de la posición (es habitual que sea la madre del infante). El pecho y el abdomen del niño y el pecho del (la) proveedor (a), están en contacto directo piel a piel. La espalda del niño queda abrigada bajo la ropa del (la) proveedor(a) y el niño permanece sostenido por la faja elástica que rodea el torso del proveedor (la faja mantiene la Posición Canguro del niño).⁹

Recién nacidos prematuros: Los recién nacidos prematuros son los niños que llegan al mundo sin completar su desarrollo dentro del útero materno, nacen antes de las 37 semanas de gestación, hecho que los hace más vulnerables.



CAPÍTULO IV. LINEAMIENTOS GENERALES TÉCNICOS - ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD INTRAHOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS

4.1. ORGANIZACIÓN DE LA RED PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO.

4.1.1. Marco institucional

El Ministerio de Salud ente rector, dentro del ámbito de su competencia determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud a nivel nacional, establece la implementación y ejecución del Programa Nacional Familia Canguro, cuya responsabilidad de las acciones se ubican en la Dirección General de salud, con la coordinación técnica y administrativa de la Sección de Niñez y Adolescencia y las direcciones hospitalarias nacionales, regionales y locales.

4.1.2. Regionalización y sectorización de los servicios de salud

Con el fin de asegurar la óptima eficiencia asistencial, el país se divide en 15 Regiones de Salud de acuerdo con las características geográficas poblacionales, a su vez las regiones se dividen en áreas de salud. Cada región cuenta con Servicios Hospitalarios, Centros de Salud con y sin camas, Policlínicas, Subcentros, Puestos de Salud, Policentros, MINSAs-CAPSI, CAPS, ULAPS, Centros de Promoción de la Salud y Centros Reintegrados donde se ejecutan las actividades del Programa de Atención Integral a la Niñez de acuerdo con las necesidades de salud y niveles de complejidad.

4.1.3. Niveles de complejidad

El Programa de Niñez en el país ejecuta sus actividades en salud siguiendo los niveles de atención de complejidad progresiva. Las Regiones de Salud adecuan la prestación de los servicios de salud tanto ambulatorios como hospitalarios a las necesidades de los usuarios con la mejor utilización de los recursos existentes.

El Ministerio de Salud establece que el PNFC formará parte de la cartera de servicio de una instalación de II y III nivel de atención que cuente con Maternidad, Unidad de Recién Nacidos (URN) y con extensión del seguimiento del paciente en instalaciones del primer nivel de atención habilitado para tal fin.

4.1.4. Unidades técnico-administrativas del Programa Nacional Familia Canguro y responsabilidades.

La ejecución del PNFC se realizará de acuerdo con los fundamentos técnicos y administrativos de la política de salud del país, siguiendo los niveles gerenciales y técnicos.



4.1.4.1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud es la instancia normativa responsable de hacer cumplir el programa en toda la geografía nacional.

El Nivel Nacional tiene su sede en la Dirección General de Salud, en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, el cual tiene una Jefatura Nacional de la Sección de Niñez, adscrita a la Sección de Salud y Atención integral a la Niñez y la Adolescencia.

Coordina con el Departamento Materno Infantil de la Caja de Seguro Social, las instancias hospitalarias y otras como: la Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de Provisión de Servicios, Dirección de Pueblos Indígenas, Dirección de Políticas y Planificación de la Salud y las Jefaturas de otros Programas de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, es el responsable de la difusión, así como de brindar asesoría técnica, supervisión y evaluación de los presentes lineamientos en coordinación con las Secciones de Niñez y Adolescencia, Salud Sexual Reproductiva y todas las instancias inherentes a la atención de la madre y del niño.

4.1.4.2. Nivel Regional

El director de la Región de Salud, con el apoyo del equipo de la Sección de Niñez y Adolescencia son responsables de la programación supervisión, evaluación y control de la ejecución de las actividades de atención integral de los niños desde el nacimiento hasta los 9 años en los diferentes establecimientos de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios. Estas actividades se realizan con la colaboración técnica del Nivel Nacional, coordinando con puntos focales de los diversos programas, departamentos y otros sectores.

Las direcciones regionales y los gerentes de las Redes Integradas de Salud son responsables de la difusión, implementación, asistencia técnica, monitoreo y supervisión del cumplimiento de los presentes lineamientos en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

4.1.4.3. Nivel Local

El director de la instalación hospitalaria /la Gerencia y/o Jefatura del Servicio de Maternidad y Neonatología del II y III nivel de atención, son responsables de la implementación, monitoreo y supervisión del Método Madre Canguro como intervención clave en el cuidado del prematuro y/o BPN en su nivel jerárquico.

El director asegurará la adecuada utilización del recurso humano nuclear y de otros miembros del equipo para ofrecer la atención con calidez, calidad apropiada y oportuna.

Las instituciones gubernamentales, autónomas, semiautónomas y del sector privado que presten servicios de salud a la población desde el nacimiento hasta los 9 años organizan sus servicios basados en sus decretos orgánicos y recursos, contando con el apoyo y las orientaciones de las



secciones responsables en el MINSA para garantizar el cumplimiento de los lineamientos de los Servicios de Salud.

4.2. COMPONENTES BÁSICOS DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO

El Programa Nacional Familia Canguro se basa en los lineamientos del Método Madre Canguro el cual contempla cuatro intervenciones fundamentales.

Estos componentes deben estar protocolizados y estandarizados de acuerdo con el nivel de complejidad de la instalación donde se implemente el MMC.

4.2.1. Posición Canguro (PC)

La Posición Canguro es el procedimiento piel a piel entre la madre/padre y el neonato el cual es colocado en estricta posición vertical, en el seno de la madre (entre ambas mamas) y debajo de la ropa, mantenido en buena posición por un soporte textil, idealmente elástico para que el bebé canguro pueda hacer unos movimientos como cuando estaba en el vientre de su madre, por medio del cual se pretende la regulación térmica promoviendo la Lactancia Materna y sobre todo favoreciendo el vínculo del cuidador con el Recién Nacido Prematuro o de Bajo Peso al Nacer.

4.2.2. Nutrición Canguro (NC)

La Nutrición Canguro se refiere a la alimentación basada en la leche humana apropiada para lograr la satisfacción de las necesidades nutricionales de los niños prematuros o de bajo peso.

La Lactancia Materna exitosa ofrece el aporte calórico y nutritivo ideal para la ganancia de peso y los elementos esenciales para el desarrollo continuo. En este sentido durante el proceso de la Lactancia Materna es importante estimular en el niño prematuro el reflejo coordinado de respiración-succión-deglución.

Se debe promover la Lactancia Materna como norma biológica de alimentación para la nutrición, crecimiento y desarrollo óptimo de los niños prematuros y/o de bajo peso al nacer con la debida monitorización nutricional. (Control de la ganancia de peso, talla y PC reportando el crecimiento somático sobre las curvas de crecimiento, antes de 40 semanas (Intergrowth or Fenton) y después de 40 semanas (OMS)

4.2.3. Participación Familiar

La información, la adecuada educación de la madre y/o cuidador sobre la vigilancia y el cuidado del recién nacido proporciona la oportunidad de participación de la familia en el cuidado del niño desde el hospital. Estos elementos contribuyen a la estadía menos prolongada en las instituciones y a la vigilancia continua de la salud del niño después de la salida, en el hogar y a través de la consulta ambulatoria.



Se debe permitir la participación de la familia las 24 horas del día, según los criterios establecidos y las normativas de la institución.

4.2.4. Egreso Temprano/Seguimiento y Manejo Ambulatorio

La salida “temprana” (oportuna) en posición canguro es uno de los componentes básicos del Método Madre Canguro. El niño sale del hospital independientemente de su peso o edad gestacional. Una vez en casa, el niño se mantiene en posición canguro 24 horas, hasta cuando rechace esta posición.

Este egreso temprano debe estar acompañado de un programa de seguimiento ambulatorio cercano y estricto. El niño, aunque ya ha egresado, continúa recibiendo atención en salud comparable a la que recibiría en una Unidad Neonatal de Cuidados Mínimos, sin exponerse a riesgos nosocomiales e integrada física y emocionalmente a su familia.

4.3. FASES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO

El Programa Nacional Familia Canguro (PNFC) se establece en dos fases y tipos de atención: La intrahospitalaria y la ambulatoria estrechamente coordinadas. Se inicia en el hospital tan pronto el estado de la madre y del niño lo permitan y por el tiempo requerido y/o la tolerancia de ambos, sin embargo, se recomienda que se continúe como mínimo hasta el año, de edad corregida.

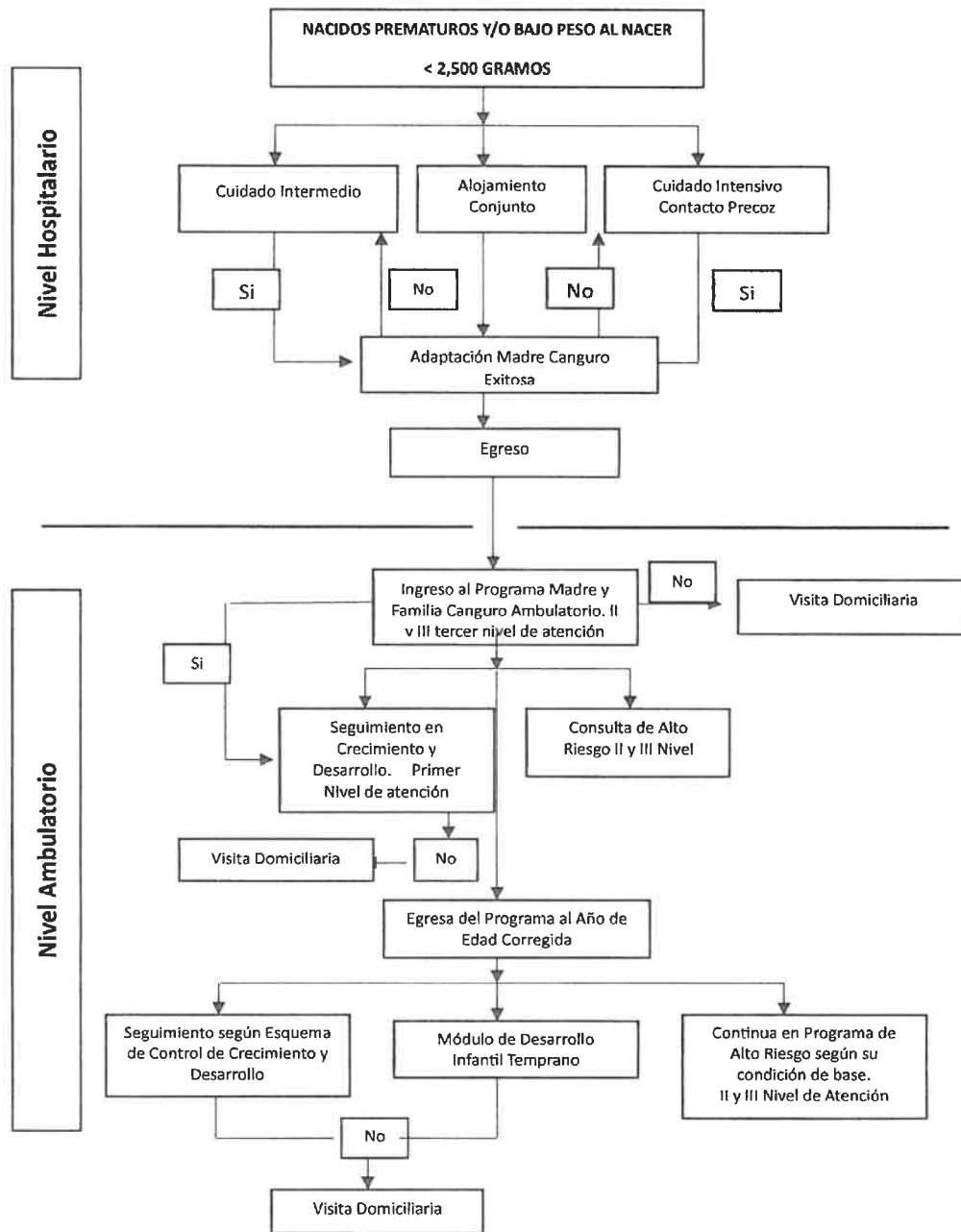
El Programa Nacional Familia Canguro deberá ser incluida en la cartera de la instalación como un servicio de protección específica y detección temprana que incluye: atención hospitalaria, consulta externa general con especialidades médicas, grupo de apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y servicio farmacéutico de baja complejidad.

De acuerdo con las actividades contempladas en el Programa Nacional Familia Canguro, las instituciones de salud deben cumplir con estándares y criterios mínimos específicos establecidos en la red de servicio del país y los lineamientos del Método Madre Canguro para la habilitación de dichos servicios como talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia.

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales.



4.3.1. FLUJOGRAMA DE INGRESO AL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO





4.3.2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO EN LA FASE INTRAHOSPITALARIA PARA LAS MATERNIDADES Y UNIDADES DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

4.3.2.1. LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LA FASE INTRAHOSPITALARIA.

A) Organización

1. La inducción al Método Madre Canguro intrahospitalario del RNPT y/ o de BPN constituye un complemento al cuidado que brindan los profesionales de la Unidad de Neonatología y las maternidades.
2. Se debe iniciar en cualquier momento desde su nacimiento, que puede ser en: sala de partos (en aquellas instalaciones habilitadas para MMC) en el alojamiento conjunto o en la unidad de neonatología, cuando haya logrado su estabilidad hemodinámica.
3. El equipo profesional debe extender su apoyo profesional especializado para la práctica del Método Madre Canguro a nivel ambulatorio.
4. El PNFC debe ser parte de una instalación de II y III nivel de atención que cuente con servicios de Maternidad y Unidades de Recién Nacidos (URN) habilitadas por los entes correspondientes.
5. El Método Madre Canguro debe estar incorporado a las rutinas del cuidado del recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer e involucrar a todo el personal responsable del cuidado.
6. Las instalaciones de salud deben contar con personal motivado que conozca el MMC y con la sensibilización del equipo en los tres (3) turnos durante las 24 horas.
7. La instalación de salud debe contar con una política institucional escrita aceptada por la dirección de la institución, de apoyo a la implementación del MMC (Posición Canguro, Nutrición Canguro, Participación Familiar y Alta Temprana).
8. Debe contar con protocolos de atención y procedimientos de intervención, basados en los lineamientos Canguro escritos y aprobados por el Comité de bioética y la dirección correspondiente.
9. Debe permitir el acceso de los padres a la URN y la interacción con éstos, durante las 24 horas del día, protocolizado y reglamentado.
10. La instalación debe contar, hasta donde sea posible, con una habitación donde se alojen varias madres con sus hijos con acceso a duchas y baños.
11. El PNFC debe contar con un programa de sensibilización y de educación continua en Lactancia Materna y en el Método Madre Canguro enmarcado en los planes de Desarrollo del Recurso Humano Institucional.
12. El contenido educativo, el proceso de planificación y ejecución debe ser coordinado con el Servicio de Docencia y el Comité de Lactancia Materna institucional de acuerdo con la normatividad y reglamentación existente.
13. Se debe contar con un equipo multidisciplinario entrenado en el MMC y Lactancia Materna.
14. La institución debe facilitar el amamantamiento, generar destrezas y confianza en su cuidado al tiempo que desarrolla las habilidades necesarias que permita reconocer los signos de alarma para proteger al niño en el hogar.



15. Durante esta fase intrahospitalaria los padres deben desarrollar las competencias necesarias para ofrecer los cuidados integrales a su niño durante el tiempo que dure la hospitalización ayudándoles a prepararse para su regreso a casa, una vez hayan sido resueltas las causas que motivaron su hospitalización.
16. Los padres y la familia deben estar comprometidos a cumplir con los reglamentos del Programa Nacional Familia Canguro.
17. El Programa debe facilitar el acceso a los medicamentos requeridos según los protocolos establecidos.

B) Recurso Humano

1. El PNFC debe contar con profesionales que cumplan con los requisitos tales como: Perfil, experiencia y dedicación exclusiva, encargándose de la selección, entrenamiento y apoyo a la familia canguro.
2. El Programa debe contar con disponibilidad de personal nuclear (enfermera, médico, psicólogo) que opere según las necesidades del servicio las 24 horas del día y con profesionales especializados de otras áreas cuya disponibilidad es necesaria para que el PMC se ejecute correctamente.
3. El personal debe contar con la formación de Lactancia Materna y con una formación en el Método Madre Canguro.
4. La formación mínima que se requiere para el personal que laborará en el Programa Nacional Familia Canguro es el siguiente:
 - a) Conocer los principios del Método Madre Canguro.
 - b) Cómo y cuándo se puede iniciar el Método Madre Canguro.
 - c) Dominar la habilidad para la evaluación de la mamada y la alimentación del recién nacido.
 - d) Conocer el procedimiento de alimentación de los RNPT y con BPN.
 - e) Saber sobre métodos de alimentación alternativos hasta que la Lactancia Materna resulte posible.
 - f) Dominar las técnicas de extracción de leche materna.
 - g) Dominar el posicionamiento canguro y cuándo iniciarlo.
 - h) Involucrar a la madre y/o familia en todos los aspectos relativos a la atención al niño, incluidos la vigilancia de los signos vitales y el reconocimiento de signos de alarma.
 - i) Adoptar las decisiones relativas al alta. Qué es el alta temprana y los cuidados en el hogar.
 - j) Tener la capacidad de animar y prestar apoyo a la madre y a la familia del recién nacido: Intervención y acompañamiento psicológico a la familia canguro.
5. Se debe contar con personal por requerimiento (Oftalmólogo, optómetra, psicólogo, trabajador social, estimuladora, fisioterapeuta, ocupacional, fonoaudiología, técnico de enfermería, entre otros).
6. El PNFC debe contar con la disponibilidad parcial y según la necesidad de personal administrativo de secretaría, mensajería y aseo.



7. Las competencias del personal de acuerdo con su perfil profesional se establecerán en el protocolo de acuerdo con la institución y nivel de atención.

C) Perfil del profesional

1. Médico Pediatra

- a) Pediatra o neonatólogo con registro profesional.
- b) Disponibilidad a tiempo completo para trabajar en la URN y en el Programa Nacional Familia Canguro.
- c) Entrenado en MMC, con certificado o una prueba de competencia. Tanto la certificación como la prueba de competencia deben evidenciar el conocimiento teórico y práctico en el MMC.
- d) Capacitado en el Curso Iniciativa Hospital Amigo de los Niños- Lactancia Materna vigente.
- e) Con experiencia en el manejo clínico del prematuro.

2. Enfermera/o:

- a) Enfermera con registro de idoneidad profesional.
- b) Experiencia con un año mínimo en el manejo de recién nacidos y Lactancia Materna.
- c) Entrenado en MMC con certificado o una prueba de competencia. Tanto la certificación como la prueba de competencia deben evidenciar el conocimiento teórico y práctico en el MMC.
- d) Capacitada en el Curso Iniciativa Hospital Amigo de los Niños- Lactancia Materna vigente.
- e) Capacitada en Consejería en Lactancia Materna (40 horas) vigente.
- f) Dedicar tiempo completo en el Programa Nacional Familia Canguro.

3. Psicólogo

- a) Con registro profesional.
- b) Entrenado en MMC con certificado o una prueba de competencia, deben evidenciar el conocimiento teórico y práctico en el MMC.
- c) Capacitado en el Curso Iniciativa Hospital Amigo de los Niños- Lactancia Materna vigente.
- d) Capacitado en Consejería en Lactancia Materna.
- e) Disponibilidad a tiempo completo en el Programa Nacional Familia Canguro intrahospitalario.

4. Profesional de apoyo

- a) El PNFC debe contar con disponibilidad de personal requerido según necesidad. (oftalmólogo, optómetra, trabajador social, estimuladora, fisioterapeuta ocupacional, fonoaudiología, técnico de enfermería y otros) con disponibilidad para la atención a los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer de la Unidad de Recién Nacidos.



- b) Sensibilizado y entrenado en el PNFC.
- c) Capacitado en el Curso Iniciativa Hospital Amigo de los Niños- Lactancia Materna vigente.

5. Personal Administrativo

- a) Sensibilizado en el Programa Nacional Familia Canguro.
- b) Capacitado en el Curso Iniciativa Hospital Amigo de los Niños- Lactancia Materna vigente.

D) Infraestructura

1. En las salas de maternidad y las unidades dedicadas al cuidado neonatal, el espacio físico para el PNFC se determinará de acuerdo con las necesidades evidenciadas por las estadísticas y debe contar con las siguientes áreas: 1) área para adaptación de la madre o cuidador al MMC (mantenimiento de Posición Canguro y Nutrición Canguro con práctica); 2) un área para educación y entrenamiento; 3) en la UCI neonatal un espacio con silla y un soporte textil elástico para que la madre o el padre puedan mantener la posición canguro lo más tiempo posible.
2. Las áreas deben contar con lavamanos preferiblemente de pedal.

E) Equipamiento

1. Equipos médicos
 - a) Oxímetro de pulso para la sala de adaptación.
 - b) Monitor de signos vitales.
 - c) Balanza electrónica con división de escala de 5 gramos y de 1 gramo.
 - d) Infantómetro.
 - e) Cinta métrica médica milimetrada estandarizada.
 - f) Fuente de oxígeno y aire con manómetro con fluxómetro neonatal.
 - g) Otros equipos de ser necesario.
2. Muebles e insumos
 - a) Una silla con espaldar y brazos por madre, la cual debe estar al lado de la incubadora o en la sala de adaptación canguro.
 - b) Camas reclinables.
 - c) Dos fajas canguro por niño.
 - d) Batas de cierre delantero para los cuidadores del niño que se encuentra en el PNFC Intrahospitalario.
 - e) Cojín de lactancia que garantice los protocolos de bioseguridad.
 - f) Descansa-pies para la madre.
 - g) Escritorio.
 - h) Armario con llave (lockers) para las pertenencias de los padres.
 - i) Archivador.
 - j) Papelería (formularios de registros diarios y consolidados).
 - k) Equipo de protección personal.
 - l) Basureros con tapas.



3. Material y Equipo para ayudas audiovisuales

- a) Equipo multimedia, pantalla, tablero seco, entre otros.
- b) Computadora.
- c) Material para ayudas didácticas (carteleros, rotafolios y folletos educativos).
- d) Papel para imprimir formatos y material de capacitación.

4.3.2.2. LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LA FASE INTRAHOSPITALARIA.

A). Captación del niño y/o familia beneficiarios del Programa Nacional Familia Canguro

1. El beneficiario debe ser captado en el área de parto, sala de puerperio (alojamiento conjunto), o en la unidad de cuidados neonatal, tanto por el médico y/o la enfermera.

B). Ingreso al programa

1. Para ingresar al Programa tanto la madre como el recién nacido debe cumplir una serie de criterios establecidos.
2. Cada Unidad Neonatal debe ajustar los criterios de elegibilidad para la adaptación neonatal canguro según la normativa y la viabilidad existente.
3. Se debe entregar a la madre un carné para el control y seguimiento de la evolución del recién nacido prematuro o BPN (Ver anexo 18).
4. En caso de riesgo psicosocial el médico debe solicitar la intervención del profesional de psicología y/o trabajo social mediante interconsulta.
5. La madre, el padre y la familia deben pasar por un proceso de educación, adaptación, de ajuste social, emocional y físico para lograr el éxito del MMC.

Requisitos necesarios para que el RN pueda iniciar el MMC

1. Los parámetros fisiológicos del neonato (frecuencia cardíaca, respiratoria y saturación de oxígeno) deben estar estables, pero no es determinante la estabilidad de la temperatura porque regula temperatura perfectamente en posición canguro.
2. La vestimenta básica para el MMC: Faja canguro, pañal, camisa sin mangas abiertas adelante, gorro liso (sin ningún tipo de adornos) y medias que lo abriguen, de manera que el rostro, el pecho, el abdomen y las extremidades permanezcan en contacto con la piel y abdomen de la madre.
3. Se evaluará la estabilidad de los signos vitales, el estado de alerta, el color y la apariencia de confort/bienestar del niño.
4. Los niños prematuros y/o BPN pueden recibir el MMC, independientemente de su edad gestacional.
5. Los niños que padezcan enfermedades graves o requieran de un tratamiento especial deben retardar su inicio al MMC hasta que estén estables.



Requisitos para que la madre pueda iniciar con el MMC

1. Toda madre independientemente de su edad, número de gestaciones, cultura, educación y religión si es su deseo pueden aplicar para el Método Madre Canguro.
2. El momento del inicio del MMC depende del estado físico y emocional de la madre y del niño.
3. La madre no debe tener: Erupciones cutáneas infecciosas, hipertermia, hipotermia, heridas en la piel, epilepsia no estabilizada o enfermedad mental no controlada.
4. Toda madre debe recibir información relativa a los beneficios, ventajas y el impacto del método sobre el neurodesarrollo del niño.
5. Cuando el niño esté listo, debe coordinarse con la madre el momento propicio de inicio al MMC.
6. Debe llevar ropa ligera y suelta de manera que facilite la colocación y uso apropiado de la faja canguro.
7. Debe estar convencida de las ventajas del MMC y de la importancia de la Lactancia Materna.
8. La primera sesión requiere una total atención de la madre y debe estar informada sobre: el uso de la faja canguro, Lactancia Materna y extracción de la leche, pasos y procedimientos del MMC, contacto piel a piel e intervenciones y cuidados en el hogar.
9. La madre debe recibir orientación y asesoría psicológica si es necesario.
10. La adopción del Método Madre Canguro debe ser el resultado de una decisión informada que debe quedar reflejada en la firma del consentimiento escrito que debe ser proporcionado por la instalación que brinde el servicio. Firma del profesional (el que autoriza) y la madre o padre.
11. La disponibilidad completa de la madre para ingresar al Programa Nacional Familia Canguro.

Proceso de aplicación del MMC intrahospitalario con la participación directa de la madre, padres y/o familias del prematuro y/o recién nacido BPN

1. Los padres deberán manifestar libremente su deseo de realizar la práctica del MMC después de haber sido informados, haber aclarado dudas y resuelto las preocupaciones.
2. Deben contar con la información sobre los diversos aspectos que conforman el Método Madre Canguro.
3. Los padres y los cuidadores deben estar claros y conscientes sobre los beneficios y el impacto sobre el neurodesarrollo del recién nacido y las ventajas para las familias.
4. Los proveedores de la Posición Canguro no deben tener: Erupciones cutáneas infecciosas, hipertermia, hipotermia, heridas en la piel, epilepsia no estabilizada o enfermedad mental no controlada.
5. La adopción del Método Madre Canguro debe ser el resultado de una decisión informada.
6. La madre debe contar con un apoyo práctico de la familia para cumplir con otras responsabilidades domésticas.



7. Los padres y cuidadores deben estar anuentes a recibir orientación y asesoría psicológica.

C). Momento de inicio del método madre canguro

1. El inicio de la Posición Canguro puede darse a partir del nacimiento, tan pronto como se establezca el recién nacido desde el post parto inmediato, esto se conoce como inicio temprano.
2. Inicio tardío significa que el RNPT y/o BPN ya ha superado el periodo de máximo riesgo para la salud: en este caso es el médico el que debe indicar el momento del inicio y la aplicación del Método Madre Canguro.
3. Se debe registrar hora de inicio y tolerancia al MMC. (Ver anexo 8).

Características de la Faja Canguro

1. La faja canguro constituye un elemento esencial en la práctica del MMC, tanto en la fase intrahospitalaria como la fase ambulatoria. Es un insumo sanitario transferido a nuestro país por la Fundación Canguro de Colombia.
2. Se debe tener en cuenta la textura y la tensión. Se recomienda que la faja canguro esté confeccionada con tela que contenga 97% algodón y 3% elástico con doble costura.
3. Tomando en cuenta la fragilidad del prematuro en las primeras semanas de vida extrauterina la textura y tensión de la faja debe ser apropiada para no causar irritación o algún tipo de problema al prematuro / BPN, facilitando el contacto auditivo del niño con la zona precordial materna, con el efecto relajante o del latido cardiaco.
4. La textura y la tensión deben ser específicas para evitar que se produzcan apneas obstructivas posicionales (Ejemplo: Flexión o hiperextensión del cuello) la cual es especialmente importante debido a la hipotonía que habitualmente presentan los prematuros y/o de BPN.
5. La tensión permite una posición cómoda del prematuro y /o BPN en contacto con la madre o quien haga sus veces, facilitando la "posición en rana", de tal forma que no esté muy floja y haga que el prematuro no esté "colgado", que no esté apretado, lo cual puede producir dificultad respiratoria y malestar en el niño.

Posición Canguro (Técnica)

1. La Posición Canguro del recién nacido y/o bajo peso al nacer debe ser aplicada por el personal de salud capacitado, previa explicación al cuidador, a fin de hacerles competentes en esta práctica.
2. Colocar gorra, medias y pañal al recién nacido.
3. 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.

4. Situar la otra mano bajo las caderas de recién nacido.
5. Se debe colocar al Prematuro y/o de BPN entre las mamas de la madre, en posición vertical, de modo que el pecho del recién nacido quede en contacto con el de la madre o la persona que practique el método.
6. La cabeza debe estar girada hacia un lado, ligeramente extendida y la parte superior de la faja canguro se encuentre justamente debajo de la oreja del recién nacido. La posición ligeramente extendida de la cabeza mantiene abiertas las vías respiratorias y permite el contacto visual madre- hijo. La posición canguro es adecuada cuando la madre puede bajar el mentón y besar la cabeza de su bebe.
7. Evitar la flexión hacia adelante como la hiperextensión de la cabeza, pues ambas dificultan la entrada de aire por las vías respiratorias.
8. Las caderas deben estar flexionadas y las piernas y las piernas extendidas en una postura "forma de rana"; los brazos también deben estar flexionados.
9. El abdomen del recién nacido debe observarse relajado (nunca apretado) y debe quedar a la altura del epigastrio de la madre. De este modo el niño dispone de espacio suficiente para la respiración abdominal. La respiración de la madre y sus latidos cardiacos estimulan al niño. La posición canguro es adecuada cuando la madre puede bajar el mentón y besar la cabeza de su bebe.
10. El personal de salud debe explicar y demostrar a la madre que la Posición Canguro facilita la Lactancia Materna. Debe explicar además que sostener al niño junto al pecho estimula la producción de oxitocina y la producción de leche.
11. El personal de salud después de colocar al recién nacido en Posición Canguro debe vigilar y apoyar a la madre. Debe explicar a la madre la importancia de observar en el recién nacido la respiración, coloración, irritabilidad, comodidad, entre otros.
12. Los recién nacido mientras estén en Posición Canguro pueden recibir la mayoría de los cuidados necesarios incluida la alimentación.
13. Solo es preciso interrumpir el contacto piel a piel para: Cambio de pañales, higiene, el cuidado del cordón umbilical, evaluación clínica y/o procedimientos especiales.
14. El baño diario durante la hospitalización del niño no es necesario ni recomendable. En caso de ser necesario debe ser breve y a una temperatura templada (37°C); inmediatamente se concluye, se debe secar y envolver con ropa que lo abrigue y colocarlo en la Posición Canguro lo antes posible.
15. Es importante la vigilancia continua de la adaptación de ambos a la posición canguro. El personal de salud debe ofrecer orientación frecuente sobre la posición, el uso del espejo redondo chiquito que la madre puede utilizar en permanencia para verificar que el niño está en buena posición y que los cables están bien puestos.

Duración diaria y total de la Posición Canguro

Duración diaria

1. El contacto piel a piel debe comenzar de forma gradual, de manera que el tránsito de la atención convencional al Método Madre Canguro sea imperceptible, salvo si la



- madre entendió bien los beneficios y quiere iniciar la posición canguro 24 horas. Mientras más temprano se hace por más tiempo posible es mejor para el bebé canguro.
2. Debe evitarse sesiones de duración inferior a 120 minutos (2 horas) para disminuir o evitar el estrés del recién nacido dado por los cambios frecuentes.
 3. Se debe aumentar paulatinamente la duración diaria de contacto piel a piel, hasta llegar a ser lo más continuo posible día y noche e interrumpirse únicamente para cambiar los pañales u otro procedimiento especial.
 4. Cuando la madre o el cuidador tenga que separarse del recién nacido, debe quedar en condiciones térmicas estables (incubadora, cuna radiante u otras alternativas).

Duración total

1. Mientras la madre y el recién nacido se encuentren cómodos, el contacto piel a piel puede continuar, en primera instancia, en la instalación de salud y posteriormente en el hogar.
2. El contacto puede prolongarse hasta cuando se alcance el plazo normal del parto a término (40 semanas de edad gestacional) o cuando supere los 2500 gramos y/o cuando el recién nacido muestre signos de incomodidad.
3. La Lactancia Materna debe continuar.
4. La madre o el cuidador puede retomar el contacto piel con piel ocasionalmente, tras bañar al recién nacido, durante una noche fría o cuando el niño necesite que lo conforten.

Alimentación y Nutrición Canguro

1. El objetivo de la Nutrición Canguro es asegurar un crecimiento adecuado que incluya el suministro de nutrientes específicos que el niño prematuro necesita para llegar a término en condiciones que sean idénticas a las de un niño no prematuro. La Nutrición Canguro se basa en la Lactancia Materna.
2. El calostro y la leche humana debe considerarse en todos los casos como la opción prioritaria nutricional debido a la naturaleza biológica única de la leche que se ajusta a la edad gestacional y a las necesidades del recién nacido. Por tanto, debe ser la política oficial de alimentación para todos los recién nacidos incluidos los prematuros y BPN.
3. El proveedor de salud después de analizar las curvas de peso, talla, PC y de acuerdo con la necesidad alimentaria del recién nacido debe seguir las siguientes opciones de alimentación al recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer:
 - a) Lactancia Materna exclusiva (directo al pecho, vasito, goteros, cuchara, sonda orogástrica) de su propia madre.
 - b) Leche Humana de Banco de Leche Humana Pasteurizada.
 - c) Alimentación con sucedáneos de la leche materna de acuerdo con la condición comprobada del recién nacido y debe ser por indicación médica.
4. El médico indicará la frecuencia, cantidad y tipo de alimentación según los protocolos establecidos en las instalaciones de salud.
5. Los recién nacidos muy pequeños que reciben alimentación con sucedáneos de la leche materna deben mantener un ritmo de dos a tres horas.



6. El personal de salud debe orientar a la madre sobre los beneficios del calostro y la leche humana, así como la posición adecuada, facilitar el agarre, verificar los signos de buen agarre para el amamantamiento y la extracción de leche materna.
7. El personal de salud debe ayudarlo a extraerse la leche dentro de las primeras 6 horas del nacimiento, independientemente del inicio de la alimentación, si las condiciones clínicas de la madre lo permiten. Debe enseñar a la madre a extraerse la leche para su propio hijo. (Ver anexo 19)
8. Todo el personal proveedor del cuidado madre y familia canguro debe promover, proteger y apoyar la Lactancia Materna exclusiva.
9. La madre con dificultades y necesidades durante la lactancia debe recibir sesiones de consejería individualizada.
10. Todo el personal proveedor del cuidado madre y familia canguro y certificado debe ofrecer consejería en Lactancia Materna.
11. El recién nacido de madre VIH positivo, debe entrar al Programa de Alimentación Suplementaria (Ver norma de VIH vigente).
12. Para iniciar la Lactancia Materna en Posición Canguro se debe:
 - a) Elegir una ocasión propicia (el recién nacido debe estar despierto y alerta).
 - b) Evaluar la mamada y ayudar a la madre. (Ver anexo 3)
 - c) En caso necesario se despertará a la madre al recién nacido de día y de noche, para garantizar la alimentación regular cada dos horas al menos.
 - d) Considerar los momentos iniciales de MMC como “un conocimiento al pecho” (Succión no nutritiva) más que esperar que el recién nacido prematuro y/o BPN tome inmediatamente todo lo que necesite del pecho materno.
 - e) Hasta que el recién nacido prematuro y/o BPN sea capaz de mamar, puede ser alimentado por medio de vasito, jeringas, sonda OG y/o suplementador de lactancia dependiendo del peso y la edad gestacional, el estado general del recién nacido y su capacidad de coordinar la succión y deglución. La unidad neonatal no debe usar chupos y teteros.

Se considera que la madre está adaptada al MMC cuando supera las dificultades y/o temores, con relación al manejo del recién nacido prematuro y/o bajo peso (temor de se puedan caer, inseguridad al movilizarlo o les falta habilidad para amamantarlo)

D). Atención y vigilancia del recién nacido prematuros y/o BPN con el método madre canguro

En la atención de recién nacido prematuro o de bajo peso, el profesional deberá seguir los pasos descritos en la atención de rutina del recién nacido, establecido en los protocolos de la institución.



Condición de los signos vitales y vigilancia de los signos de peligros en posición canguro

1. El personal de salud debe vigilar la temperatura corporal del recién nacido cada seis horas por tres días consecutivos, hasta lograr la estabilización (entre 36.5°C a 37° C). Posteriormente dos veces al día.
2. Se debe vigilar la respiración y el bienestar del recién nacido.
3. Si la temperatura corporal desciende menos de 35°C, se procederá a:
 - a) Calentar al recién nacido de inmediato.
 - b) Medir la T° cada hora hasta lograr valores normales.
 - c) Identificar la causa de la hipotermia.
 - d) Si a las tres horas no alcanza los valores normales, requiere examen completo para detectar una posible infección bacteriana.
4. El personal debe vigilar los signos de peligros y enseñarles a madres y/o cuidadores a ser capaz de detectarlas y solicitar ayuda:
 - a) Signos de peligros.
 - b) Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncós.
 - c) Respiración muy acelerada o lenta.
 - d) Ataques de apnea frecuentes y prolongados.
 - e) Hipotermia.
 - f) Alimentación dificultosa.
 - g) Convulsiones.
 - h) Diarrea.
 - i) Piel amarillenta.

Vigilancia de Crecimiento

1. El peso y la longitud del niño prematuro se deben evaluar con la edad corregida hasta el año, de edad cronológica. (Ver anexo 4). Graficar con la edad corregida, en todos los controles, hasta los dos años.
2. Para la evaluación del crecimiento el profesional de salud debe estar capacitado en la toma de medidas antropométricas, registrar el punto en la curva, graficar e interpretar los resultados.
3. Se debe determinar la existencia de un retardo de crecimiento y clasificar el niño según su peso y su edad gestacional utilizando gráficas de Lubchenco/Fenton (Ver anexo 5 A y 5 B).
4. Se debe pesar a los recién nacido diariamente para controlar el aumento de peso con el fin de evaluar la ingesta de líquido y el crecimiento.
5. En cuanto el recién nacido logre aumentar de peso, se debe pesar cada dos días durante su hospitalización y posteriormente se pesa una vez por semana hasta que el recién nacido haya alcanzado la edad en que debería haberse producido el nacimiento a término (40 semanas o 2,500 gramos).
6. Se debe pesar al recién nacido del mismo modo en todas las ocasiones (con la misma balanza, desnudo, colocado en una toalla limpia sobre la balanza para evitar el enfriamiento).



7. Se debe pesar y medir en un ambiente cálido.
8. Para la vigilancia del crecimiento se utilizarán los patrones de Fenton para recién nacido prematuro, hasta las 40 semanas de edad gestacional (termino) luego utilizar las curvas de la OMS.
9. En caso de peso inadecuado durante varios días, se debe examinar la condición de salud, técnica de alimentación, frecuencia y duración. Se debe verificar que se estén administrando, las tomas nocturnas.
10. Se debe recomendar y orientar a la madre incrementar las frecuencias de las tomas, el recién nacido prematuro duerme y no pide nada. Hay que enseñar a la madre como despertar suavemente su bebe para alimentarlo cada 2 horas al mínimo.
11. Si a pesar de los esfuerzos implementados el recién nacido no aumenta de peso, utilizar la técnica de la extracción de la leche final para los prematuros de < de 35 semanas de edad gestacional si aun así no aumenta de peso considerar la posibilidad de complementar la Lactancia Materna con una preparación apta para niños prematuros.
12. El perímetro craneal (PC) se debe medir semanalmente, igualmente se debe graficar y evaluar la tendencia.

Tratamiento preventivo

1. Los niños prematuros independientemente de su peso deben recibir micronutrientes, hierro desde el segundo mes de vida hasta que cumpla un año, de edad cronológica, excepto en aquellos casos que, por indicación médica lo requieran antes. La dosis diaria recomendada de hierro equivale a 2mg/kg de peso corporal por día. (Ver la Norma de Micronutrientes)
2. Se debe explicar a la madre la importancia del hierro para la salud del niño, que se debe tomar con regularidad, todos los días a la misma hora tras la Lactancia Materna. Es posible y normal que las deposiciones de los niños sean más oscuras.

Inmunizaciones

1. La vacunación a todos los niños prematuros y/o de BPN debe aplicarse de acuerdo con su edad cronológica y al esquema nacional de inmunizaciones vigente según lo indica el Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud (PAI).
2. Todos los recién nacido prematuros y/o de BPN debe contar con la libreta del niño, la niña y del adolescente con los registros de las atenciones correspondientes.

Parámetros DE CRECIMIENTO esperados:

15g/kg/día de ganancia de peso

0,5 a 0,8 cm en la talla/ semana

Aumento de 0,5 a 0,8 cm en el perímetro cefálico/ semana.



E) Cuidados centrados en la familia en el área hospitalaria

1. El personal hospitalario debe respetar las diferentes culturas, tradiciones y religión en particular las de las comunidades indígenas, migrantes y de las diversas etnias a fin de llegar a un mutuo consenso con la familia sobre el cuidado del niño prematuro y/o de BPN.
2. En todas las salas donde estén internados niños recién nacido se debe permitir la participación de los padres para el cuidado de los recién nacido lo antes posible.
3. Es importante que, al ingreso del recién nacido a la unidad neonatal, la madre, padre y/o familia sean acompañado por un personal de salud.
4. Iniciar el proceso de información y educación de los padres de manera sencilla.
5. Permitir el contacto de la madre con el recién nacido, estimular la participación en el cuidado.
6. La madre y el padre deben ser informados sobre el estado de salud de su hijo.
7. El personal de salud debe estar alerta a las necesidades emocionales, psíquicas y sociales de la madre y la familia para brindar apoyo y contención.
8. Respetar a la madre, padre y familia en las distintas etapas ya sea duelo, adaptación y reorganización del cuidado.
9. Apoyar la lactancia materna desde el nacimiento, independientemente del estado clínico del recién nacido promoviendo la extracción de la leche materna, para garantizar el sostenimiento de la producción.
10. Enseñar a la mamá, papá y familia en el manejo y cuidado del recién nacido, de acuerdo con su condición.
11. La mamá y el papá del recién nacido podrá entrar al lugar donde esté el niño internado, no serán excluidos en ningún momento.
12. Cuando se va a realizar procedimientos invasivos o tengan ingresos, se debe proveer la privacidad a la familia, colocando biombos en caso necesario.
13. En caso de que la madre no pueda movilizarse a la unidad de cuidado neonatales, se debe acercar la información al lugar donde se encuentre.
14. Se debe programar visitas periódicas y guiadas de abuelos y hermanos.
15. Promover y favorecer la creación de grupos de apoyo.
16. Realizar reunión con los padres a fin de indagar sobre el alcance y la importancia del programa de seguimiento para:
 - a) Disipar las dudas de los padres en cuanto a las medidas antropométricas, higiene, confort, nutrición, características de los hábitos fisiológicos y otros temas.
 - b) Investigar sobre los cuidados del niño, el tiempo dedicado a su cuidado, características del vínculo madre -niño y la incorporación al núcleo familiar.
 - c) Ofrecer sesiones de consejería sobre las actividades cotidianas del niño tales como el sueño, alimentación, comportamiento y temas específicos de acuerdo con las necesidades presentadas.
 - d) Verificar si la madre acudió a servicios de salud de referencia
 - e) Controlar deserciones, gestionar la reprogramación de la consulta de atención.
 - f) Orientar a la madre y el padre sobre la importancia de la consulta de planificación.
 - g) Detectar oportunamente las complicaciones y derivar según corresponda



- h) Realizar consejería sobre prevención de infecciones por contagios (Hermanos y otros miembros de la familia)
- i) Explicar sobre los signos de alarma
- j) Realizar visitas domiciliarias programadas según necesidad.

Las evidencias sugieren que el nacimiento de un niño en condiciones especiales plantea una "crisis" en los padres y su familia, por tanto, en este periodo la madre y el núcleo familiar necesitan apoyo, contención y ayuda para contribuir a afianzar el vínculo madre - hijo obstaculizado por la separación de la hospitalización.

F). Lineamientos de egreso temprano y seguimiento ambulatorio

1. Los lineamientos para el egreso temprano del hospital involucran tanto al recién nacido como a la madre y según evolución clínica de ambos.
2. El egreso temprano del RN se basará en los criterios de Método Madre Canguro y en las normas de cada instalación de salud.
3. Se debe coordinar la cita de seguimiento con el Programa de Alto Riesgo en la Consulta Externa o en la instalación de salud más cercana, a las 24 – 48 horas de su egreso y el Programa Familia Canguro Ambulatorio. Y de ser posible el mismo día la cita de control de seguimiento oftalmológico y fonoaudiología.
4. Debe existir en el segundo y tercer nivel de atención servicios habilitados para ofrecer la intervención del Método Madre Canguro a través del Programa Madre y Familia Canguro y en el primer nivel de atención la capacidad de brindar seguimiento madre canguro ambulatorio.
5. Se debe gestionar la posibilidad de: Casas, albergues maternos o alojamiento conjunto en la misma institución en caso de inaccesibilidad al Programa Nacional Familia Canguro ambulatorio.
6. Los neonatos prematuro y /o de bajo peso al alta con el MMC deben salir con una referencia y un plan de manejo en el nivel ambulatorio.
7. Los neonatos prematuro y /o de bajo peso al alta deben contar con los insumos y material para la práctica en el hogar (fajas provistas por el hospital). Cada hospital debe gestionar la adquisición de las fajas canguro, e implementar estrategias para garantizar la sostenibilidad de este Método.
8. El personal de salud debe explicar que durante el día la madre o quien le cuida debe cumplir con los cuidados de higiene personal, recalcar el lavado de manos frecuente.
9. El personal de salud debe explicar que, durante el día, la madre o el cuidador puede realizar algunas labores sin problema, teniendo al niño en Posición Canguro: Caminar, estar en pie, sentarse o participar en diferentes actividades recreativas, educativas o lucrativas.
10. El tamizaje auditivo neonatal en prematuros de preferencia con potenciales evocados auditivos de tallo cerebral automatizados antes de la salida hospitalaria. En caso de que no se cuente con este equipo se podría utilizar las emisiones otoacústicas y control posterior.



Criterios Egreso de Recién Nacido

1. El RN en PC puede egresar si tiene acceso a un Programa Nacional Familia Canguro Ambulatorio en el cual pueda ofrecer consultas de seguimiento.
2. Se debe tomar en cuenta la condición clínica del RN, para el alta temprana (Incluye ausencia de dificultad respiratoria, infecciones, problemas neurológicos, desórdenes metabólicos y otros).
3. El RN debe tener adecuada mecánica de alimentación, buenas respuestas a los estímulos, capacidad de mantener estable la temperatura corporal cuando está en posición canguro.
4. El egreso temprano del RN en Posición Canguro se dará si cumple los siguientes criterios:
 - a) Adaptación Canguro Intrahospitalaria Exitosa: El niño en Posición Canguro (PC) regula su temperatura corporal y tiene una adecuada coordinación succión - deglución – respiración.
 - b) Adecuada Ganancia de Peso: El niño que tenga más de diez días de vida hospitalizado en la Unidad Neonatal, en Posición Canguro (PC) e incubadora que presente una adecuada ganancia de peso por lo menos durante dos días consecutivos.
 - c) Cese de Tratamiento Médico: Cuando el niño ha culminado su tratamiento médico en el caso que aplique.
 - d) Regulación de Oxígeno: Si en el caso de los niños que dependan de oxigenoterapia y debe estar regulada a menos de ½ lt/min.

Las visitas de seguimiento ambulatorio del niño prematuro y/o de BPN consisten en un control sistemático con el fin de detectar cualquier variación del desarrollo somático y neuro-psicomotor basados en un cronograma de fechas determinadas en el segundo y tercer nivel de atención.

Criterios de egreso de las madres

1. Los criterios del egreso temprano del RN se basarán en las normas de cada instalación de salud que sean proveedores del Método Madre Canguro, basado en los criterios establecidos en el Programa.
2. La madre debe haber logrado completar la adaptación canguro exitosa. (Debe tener conocimientos sobre: Lactancia Materna exclusiva y extracción de leche materna, Posición Canguro, identificación de signos de alarma, estimulación del niño).
3. La madre no debe tener enfermedades infecciosas, ni trastornos mentales.
4. Debe estar en capacidad física y mental para alimentar y manejar al RN en Posición Canguro.
5. Debe ser capaz de aplicar el plan de manejo y tratamiento en casa.



6. Deber haber compromiso y apoyo familiar para asistir a los controles de seguimiento ambulatorio canguro y el seguimiento del control de crecimiento y desarrollo.

Criterios de elegibilidad de la Familia y/o Red de Apoyo

1. La familia o red de apoyo que va a ingresar al seguimiento ambulatorio del Método Madre Canguro (MMC) debe:
 - a. Apoyar voluntariamente a la madre a asistir al Programa Nacional Familia Canguro.
 - b. Ser capaz de comprender bien el método y de ayudar al manejo del niño en casa.
 - c. Contar con tiempo suficiente y apoyar en el logro de los objetivos del programa fortaleciendo los cuidados, y la seguridad del niño.
 - d. Apoyar a la madre y/o al cuidador en la asistencia a citas, respeto de los horarios de lactancia (por lo menos hasta las 40 semanas) continuidad de medicación y tratamiento, así como de exámenes especiales indicados.
 - e. Adaptarse a los cambios transitorios que implica la adopción del método. Brindar apoyo para mantener la Posición Canguro (PC) las 24 horas del día.
 - f. Redefinir roles de colaboración como apoyo al cuidador principal.
 - g. Gozar de salud física y mental o condiciones de salud que contraindiquen el cuidado (Ejemplos: Heridas en piel y tórax, erupciones en piel o enfermedades contagiosas, hiper o hipo termia, epilepsia o enfermedades mentales no controladas, obesidad extrema, entre otros).
 - h. Compromiso de seguimiento en el Programa ambulatorio y/o buscar medidas alternas de cercanía al lugar.
2. La disponibilidad completa de la madre para ingresar al Programa Nacional Familia Canguro (Contacto piel a pie y alimentación canguro: Lactancia materna). Otros miembros de la familia solo pueden dispensar el contacto piel a piel.
3. Si la madre ha sufrido complicaciones durante el embarazo, parto, post parto o se encuentra enferma debe recuperarse antes de iniciar el Método Madre Canguro.
4. La madre debe permanecer en el hospital hasta el momento del alta o bien regresar tan pronto como el niño esté listo para iniciar el Método Madre Canguro.
5. La madre debe contar con un apoyo práctico de la familia para cumplir con otras responsabilidades domésticas.

EL RECIEN NACIDO puede salir del hospital independientemente de su peso o su edad gestacional, lo importante es que tengan SUCCIÓN-DEGLUCIÓN COORDINADA y que garantice el seguimiento ambulatorio institucional.



4.3.3. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO EN LA FASE AMBULATORIA (Consulta Externa Especializada, II y III nivel de atención)

4.3.3.1. LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LA FASE AMBULATORIA.

1. Los servicios de salud deben priorizar la atención del recién nacido de alto riesgo, RNPT y/o de BPN para el control técnico y altamente especializado en las clínicas de alto riesgo en la consulta externa o en el Programa Familia Canguro en el segundo y tercer nivel de atención.
2. Las instalaciones ambulatorias deben contar con programas o rutinas de atención al niño de alto riesgo con seguimiento mínimo hasta los 8 años.
3. La instalación de salud que cuente con consulta para el seguimiento ambulatorio del paciente del MMC debe contar con personal capacitado para la vigilancia de los RN prematuro y /o de bajo peso con egreso en Posición Canguro. Además de contar con políticas escritas adaptadas a la realidad local, siguiendo los lineamientos del Programa Nacional Familia Canguro.
4. Se debe habilitar de acuerdo con la estructura física en las diferentes instalaciones de salud un área para el seguimiento ambulatorio para los niños prematuros y o de bajo peso al nacer que se encuentre en el Programa Nacional Familia Canguro.
5. Se debe contar con los servicios de psicología y de Trabajo Social ya que la integralidad de la atención rebaza los aspectos médicos, es decir se analizan situaciones de índole psicológica, social, económica que comprometa al niño, la madre, el cuidador y la familia, impidiendo una adecuada adaptación al Método Madre Canguro (MMC).

A) Recurso Humano

1. El programa ambulatorio debe estar compuesto por un equipo básico con entrenamiento en lactancia materna, manejo del recién nacido prematuro, y/o BPN neurodesarrollo, técnicas de consejería: Pediatras (o neonatólogos) entrenado en una prueba que permita la evaluación del desarrollo neuromotor, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

B) Infraestructura

1. La instalación de salud debe contar con un espacio físico que contemple las siguientes secciones: un área para la adaptación de la madre o cuidador al MMC (mantenimiento de Posición Canguro y Nutrición Canguro con práctica) y un área para dos consultorios (médico y psicología). La adecuación de estas áreas dependerá de la disponibilidad de espacio en cada instalación de salud. Estos consultorios deben garantizar la privacidad y confidencialidad de la atención.
2. El área de segundo nivel de atención debe contar con al menos un área para la madre-hijo canguro. Un espacio para ofrecer la atención integral multidisciplinaria.
3. Todos los consultorios deben contar con lavamanos preferiblemente de pedal.



C) Equipamiento

1. Equipos médicos

- a) Oxímetro de pulso para la sala de adaptación.
- b) Monitor de signos vitales.
- c) Balanza con división de escala de 5 gramos y de 1 gramo.
- d) Infantómetro.
- e) Cinta métrica médica milimetrada estandarizada.
- f) Otros equipos de ser necesario.

2. Muebles e insumos

- a) Una silla con espaldar y brazos para cada madre, la cual debe estar en la sala de adaptación canguro.
- b) Contar con fajas canguro en caso de que se requiera reemplazarla.
- c) Cojín de lactancia que cumpla con los protocolos de bioseguridad.
- d) Descansa-pies para la madre.
- e) Escritorio.
- f) Archivador.
- g) Papelería (formularios de registros diarios y consolidados).

3. Material y Equipo para ayudas audiovisuales

- a) Equipo multimedia, pantalla, tablero seco, entre otros.
- b) Computadora.
- c) Material para ayudas didácticas (cartelera, rota folios y folletos educativos).
- d) Papel para imprimir formatos y material de capacitación.

4.3.3.2. LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LA FASE AMBULATORIA

A) Cuidados centrados en la familia en la consulta ambulatoria

1. El seguimiento ambulatorio enfoca la evolución de estos niños desde el punto de vista somático, funcional y psíquico, enfatizando la importancia de las numerosas interacciones entre el médico y la familia, actividad que requiere la colaboración y apoyo de diversas disciplinas de la salud desde el primer contacto.
2. Los recién nacidos prematuros y los de bajo peso luego del alta deben ser evaluados por un equipo multidisciplinario en la Consulta Externa de los hospitales donde exista Programa Familia Canguro y en el Programa de Alto Riesgo a las 24 horas posterior a su egreso. (Primer día, primera consulta) Debe llevar a su bebe en Posición Canguro. Las citas subsiguientes se mantendrán de acuerdo con las necesidades identificadas durante la primera evaluación.
3. La segunda consulta después del egreso hospitalario debe ser entre las 24 a 48 horas. (Segundo y tercer día) de la primera evaluación.
4. En la tercera consulta puede establecerse cada semana luego de la última evaluación según las necesidades del niño hasta completar las 40 semanas de edad



- postconcepcional o tenga un peso de 2500 g, donde se vigilará la ganancia ponderal como el crecimiento en talla: 0.5 -0.8 cm por semana; así como también el aumento de 0.5 -0.8 cm del perímetro cefálico por semana.
5. A las 40 semanas y con un peso de 2500 gr, se evaluará al niño cada mes hasta el año, de edad corregida.
 6. En las regiones de salud donde no se cuente con consultas externas especializadas los recién nacidos prematuros y los de bajo peso luego del alta deben ser evaluados por un equipo multidisciplinario en los Centros de Salud o instalaciones de salud habilitados para el Programa Familia Canguro.
 7. El seguimiento de los recién nacidos prematuros y los de bajo peso en el Programa Familia Canguro ambulatorio de la PC debe darse hasta el primer año, de edad corregida (Ver anexo 2.2) y el seguimiento del neuro desarrollo en el Programa de Alto Riesgo hasta los 8 años.
 8. El peso del recién nacido deberá ser controlado diariamente hasta que alcance una ganancia de peso diaria durante al menos 2-3 días consecutivos de 15g/kg/día si tiene menos de 37 semanas de edad gestacional y luego 8 a 11 g/kg/día hasta el término. Cuando logra esta ganancia de peso se espacian los controles por semana hasta que el niño complete el término (40 semanas de edad gestacional) y/o 2,500 gramos.
 9. Se debe realizar evaluación del patrón de alimentación y asesorar en casos de dificultades con la lactancia. Los neonatos identificados con dificultades de alimentación deben ser referido para consejería en lactancia materna.
 10. Este cuidado incluye tratamientos sistemáticos profilácticos: Medidas antirreflujo, vitaminas, profilaxis de la apnea primaria del prematuro. Se realizan exámenes de Tamizaje Neonatal en caso de que estén pendientes (metabólico, auditivo, cardiaco y ocular).
 11. El criterio para dejar de usar el Método Madre Canguro (MMC) es principalmente:
 - a) El rechazo a la posición: Hace referencia a los cambios de comportamiento y postura que expresa el niño que indican que no está cómodo en la PC.
 12. El niño debe asistir a las citas de control de crecimiento y desarrollo según el esquema de las Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento hasta los 9 años vigente.
 13. El seguimiento ambulatorio debe ser integral y multidisciplinario. El niño pasa por un proceso de atención en donde se le ofrece seguimiento regular por un equipo básico compuesto por pediatras (o neonatólogos), enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. Según necesidades se pueden incluir otras disciplinas con el fin de resolver problemas de forma efectiva y oportuna para brindar el mejor cuidado posible al niño y para ayudarlo a alcanzar un desarrollo óptimo.
 14. Este seguimiento se realiza mientras que el niño permanezca en el Programa Nacional Familia Canguro (PNFC).
 15. Todos los controles de seguimiento durante el primer año que se realiza a los niños prematuros y de bajo peso al nacer se realizará utilizando la edad corregida, con vigilancia del crecimiento, el desarrollo motor, cognitivo y socio afectivo, excepto, la vacunación.



16. El psicólogo interviene en caso de detectar disfunción o factores de riesgo en la familia.
17. A las 40 semanas de edad postconcepcional, se aplicará la Escala de Amiel – Tison. En las siguientes consultas se realizará la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), InfantNeurological International Battery (INFANIB), Ages and StagesQuestionnaires 3 (ASQ3)
18. Se debe referir al Trabajador Social a la madre, padre y/o cuidador en caso de riesgo social.
19. El equipo del programa de seguimiento debe respetar las diferentes culturas, en particular las de las comunidades indígenas, migrantes y de las diversas etnias a fin de llegar a un mutuo consenso con la familia sobre el cuidado del niño prematuro y/o de BPN.
20. La consulta de seguimiento es el espacio ideal para continuar ofreciendo no solo la atención al niño sino acompañamiento a la familia para ello el personal de salud debe:
 - a) Realizar reunión con los padres a fin de indagar sobre el alcance y la importancia del programa de seguimiento.
 - b) Disipar las dudas de los padres en cuanto a las medidas antropométricas, higiene, confort, nutrición, características de los hábitos fisiológicos y otros temas.
 - c) Investigar sobre los cuidados del niño, el tiempo dedicado a su cuidado, características del vínculo madre -niño y la incorporación al núcleo familiar.
 - d) Ofrecer sesiones de consejería sobre las actividades cotidianas del niño tales como el sueño, alimentación, comportamiento y temas específicos de acuerdo con las necesidades presentadas.
 - e) Verificar si la madre acudió a servicios de salud de referencia
 - f) Controlar deserciones, gestionar la reprogramación de la consulta de atención.
 - g) Orientar a la madre y el padre sobre la importancia de la consulta de planificación.
 - h) Detectar oportunamente las complicaciones y derivar según corresponda
 - i) Realizar consejería sobre prevención de infecciones por contagios (Hermanos y otros miembros de la familia)
 - j) Explicar sobre los signos de alarma y sobre las maniobras básicas de reanimación infantil y acerca del lugar de atención más cercano al cual debe acudir en caso de emergencia.
 - k) Realizar visitas domiciliarias programadas según necesidad.

El seguimiento sistemático del niño prematuro o de BN, es un control general de crecimiento, nutrición, desarrollo neurológico, desarrollo psicomotor, afectivo y sensorial que se realiza durante todas las visitas del niño al PNFC, ambulatorio, a fin de identificar cualquier variación en el desarrollo neuromotor, psicomotor o sensorial que podría terminar en secuelas, secundarias a la prematuridad y otras patologías.



B) Actividades de seguimiento en la primera consulta ambulatoria

1. Durante la primera consulta ambulatoria el equipo debe realizar varias acciones y registros obligatorios en el expediente clínico, en el carné de seguimiento del Programa Nacional Familia Canguro, en la libreta del niño y del adolescente y en las hojas de registros de atención.
2. Desde el ingreso hasta las 40 semanas y/o 2,500 gr, el niño del Programa Nacional Familia Canguro debe recibir:
 - a) Evaluación diaria hasta que gane 15g/kg/día y luego se evalúa semanalmente hasta que alcance las 40 semanas de edad corregida y los 2500 g.
 - b) Peso longitud y perímetro cefálico.
 - c) Debe pesarse en la misma báscula.
 - d) Se debe determinar la edad gestacional del RN al nacer y al ingreso al PNFC.
 - e) Suministro de terapia multivitamínica (en el caso de que así lo requiera) y medidas anti-reflujo.
 - f) Se debe verificar que se le han realizado los tamizajes metabólico, ocular, auditivo y cardiaco, consignar los resultados de los estudios realizados en el carnet del PNFC y en la libreta del niño y del adolescente.
 - g) Se debe realizar ultrasonido cerebral (en caso de que se requiera) a las 40 semanas de edad corregida.
 - h) Consulta de oftalmología y seguimiento de retinopatía del prematuro hasta su resolución de ser necesario.
 - i) Suministro de complemento a la lactancia materna en caso de que sea necesario.
 - j) Asesoría psicológica si se requiere.
 - k) Educación individual y colectiva.
 - l) Toma de oximetrías para niños oxígeno-dependientes hasta el egreso del seguimiento.
 - m) Examen neuromotor a las 40 semanas
 - n) Aplicación de vacunas según el esquema nacional del PAI vigente.
 - o) Se debe verificar que esté recibiendo los medicamentos que sean necesarios, en dosis y frecuencia.

La oximetría dinámica se puede tomar en varios momentos: Cuando el niño esta despierto, mientras duerme, mientras se alimenta.

Durante la oximetría busque signos de hipoxia: Cianosis, respiración rápida o pausas para respirar, somnolencia. Fatiga durante la lactancia.

3. El médico pediatra debe realizar evaluación integral completa que incluye:
 - a) Determinar la edad gestacional al nacer y clasificarlo de acuerdo con las tablas de Lubchenco/Fenton para verificar la prematuridad y si existe un retraso del crecimiento.
 - b) Valorar las medidas antropométricas y graficar en los patrones establecidos.
 - c) Realizar un examen físico cefalocaudal al niño que incluya evaluación neurológica.



- d) Fortalecer o iniciar la adaptación canguro.
 - e) Indicar el ultrasonido cerebral y un examen oftalmológico en los casos que así se requiera.
 - f) Evaluar la necesidad de oxígeno y organizar progresivamente el destete de acuerdo con el protocolo.
 - g) Evaluar y organizar si es necesario el apoyo familiar.
 - h) Valoración nutricional, decidir y modificar la alimentación según los datos de las curvas de crecimiento.
 - i) Valoración del Neurodesarrollo al menos 2.
 - j) Toma de oximetrías para niños oxígeno-dependientes hasta el destete.
 - k) Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, Consejería en Orientación Familiar para el cuidado del desarrollo infantil temprano.
4. Las actividades de la enfermera en la primera consulta incluyen:
- a) Revisar y reforzar de manera exhaustiva los principios del MMC.
 - b) Toma de medidas antropométricas (peso, longitud, perímetro cefálico) y graficar en los respectivos patrones.
 - c) Revisa la libreta del niño y del adolescente y el carnet de prematuros y hacer el registro de las atenciones correspondientes.
 - d) Verificar que el niño tenga aplicado el esquema de inmunizaciones según edad cronológica y que este correctamente registrado, así como también corroborar que los padres y cuidadores han sido inmunizados con la vacuna Tdap e Influenza.
 - e) Inicia el primer día la adaptación canguro ambulatoria y repetirla el número de veces necesario si el niño no crece bien.
- C) Actividades de seguimiento en las consultas subsiguiente desde 40 semanas hasta los 12 meses de edad corregida**
1. Las actividades de la consulta ambulatoria subsiguientes incluyen la participación del equipo de salud multidisciplinario.
- a) Se debe tomar las medidas antropométricas (Peso., longitud, perímetro cefálico)
 - b) Evaluación del estado nutricional
 - c) Tamizaje de problemas de refracción
 - d) Tamizaje sensorial audiológico
 - e) Evaluación neurológica y psicomotora
 - f) Radiografía de caderas
 - g) Esquema de vacunación completo.
 - h) Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, Consejería en Orientación Familiar para el cuidado del desarrollo infantil temprano.

CRECIMIENTO MÍNIMO ESPERADO EN PREMATUROS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.			
Edad gestacional corregida	Peso (g/día)	Longitud (cm/semana)	PC (cm/ semana)
0-3 meses	25-35	0,7-1	0,5
4-12 meses	10-20	0,2 - 0,6	0,2

D) CRONOGRAMAS DE LAS CONSULTAS Y DE LAS ACTIVIDADES E INTERVENCIONES AMBULATORIAS SEGÚN COMPETENCIA

Frecuencia/edad	Personal competente	Actividades en cada control
Primera consulta: 24 horas de su egreso hospitalario.	Enfermera	Registro y apertura de expediente ambulatorio Ingreso al PNFC ambulatorio Toma de las medidas antropométricas (Peso, longitud, perímetro cefálico) Toma de Saturación y frecuencia cardíaca Evaluación de los factores de riesgos biopsicosocial Verificar el horario y día de las citas para organizar la consulta Verifica el posicionamiento canguro. Verificar el estado vacunal. Adaptación canguro Verificar la mecánica de la alimentación. Orientación y consejería en lactancia materna. Evaluar y organizar si es necesario el apoyo familiar para fortalecer la adaptación canguro.
	Médico Pediatra	Valorar las medidas antropométricas y Realizar un examen físico cefalocaudal al niño que incluya evaluación neurológica. Indicar el ultrasonido cerebral y un examen oftalmológico en los casos que así se requiera. Evaluar la necesidad de oxígeno. Evaluar la mecánica de la alimentación y evaluación nutricional con el uso de las curvas del prematuro. Valoración del Neurodesarrollo. Verificar resultados de los Tamizajes. (metabólico, ocular, auditivo y cardíaco) Evaluar y organizar si es necesario el apoyo familiar para fortalecer la adaptación canguro. Verificar e indicar las citas con especialistas de apoyo (Oftalmología, cardiología y otros) Coordinación del plan terapéutico.
	Psicóloga	Evaluación e intervención de la madres y familia del Programa Madre y Familia Canguro. Taller emocional con madres- familia al ingreso del PNFC ambulatorio
Segunda consulta: 24 a 48 horas de su egreso hospitalario.	Médico Pediatra	Evaluación clínica integral. Evaluación del neurodesarrollo (INFANIB, EDI, Cuestionario de Ages and Stages) Evaluación de la mecánica de alimentación y el estado Nutricional con el uso de las curvas del prematuro. Consejería en lactancia materna
	Enfermería	Toma de peso, longitud, perímetro cefálico. Verificar el estado de las vacunas. Orientación, consejería en lactancia materna y cuidados del recién nacido en casa
	Terapeutas	Inicio de las actividades terapéuticas según la indicación médica. Revisión de la tarjeta de prematuro, libreta del niño y el adolescente



Frecuencia/edad	Personal competente	Actividades en cada control
	Psicóloga	Revisión de la tarjeta de prematuro, libreta del niño y el adolescente. Evaluación e intervención de la madres y familia del Programa Madre y Familia Canguro. Taller emocional con madres- familia del PNFC ambulatorio
	Trabajadora Social	Revisión de la hoja de referencia, la tarjeta de prematuro, libreta del niño y el adolescente. Actividades de IEC. Sesiones de consejería. Organización de las intervenciones en el hogar. Evaluación social de pacientes y familia. Reporte y seguimiento de casos sociales especiales. Gestión de apoyo socio económico y coordinación red de apoyo a otras instituciones y ONG's
Tercera Consulta: Evaluación semanal hasta que el niño cumpla la edad de 40 semanas de EG.	Enfermera	Toma de las medidas antropométricas (Peso, talla/longitud, perímetro cefálico) Evaluación de los factores de riesgos biopsicosocial. Verificar el horario y día de las citas para organizar la consulta. Verifica el posicionamiento canguro Verificar el estado vacunal. Evaluar y organizar si es necesario el apoyo familiar para fortalecer la adaptación canguro. Evaluación de la mecánica de la alimentación. Orientación y consejería en lactancia materna si es necesario.
	Médico Pediatra	Evaluación clínica integral. Evaluación del neurodesarrollo (INFANIB, Cuestionario de Ages and Stages, escala de Amiel Tison, 40 semanas de edad postconcepcional) Evaluación de la mecánica de la alimentación. Valorar las medidas antropométricas. Evaluación diaria del crecimiento y la ganancia de peso. Solicitud de estudios complementarios. (USG Cerebral, Laboratorios de control: BHC, Creatinina, glicemia)
	Psicóloga	Evaluación e intervención de la madres y familia del Programa Madre y Familia Canguro. Taller educativo con madres- familia del PNFC ambulatorio, según necesidad Consejería individual según necesidad.
	Terapeutas Trabajadora Social	Inicio de las actividades terapéuticas según la indicación médica y necesidad del niño. Actividades de IEC. Sesiones de consejería Organización de las intervenciones en el hogar. Evaluación social de pacientes y familia Reporte y seguimiento de casos sociales especiales Gestión de apoyo socio económico y coordinación red de apoyo a otras instituciones y ONG's



Frecuencia/edad	Personal competente	Actividades en cada control
<p>Consultas mensuales: Durante el primer año de vida.</p>	<p>Médico Pediatra</p>	<p>Evaluación clínica integral. Evaluación del neurodesarrollo (INFANIB, Cuestionario de Ages and Stages, escala de Amiel Tison, 40 semanas de edad postconcepcional) aplicación de EDI después de las 40 semanas postconcepcional. Evaluación de la mecánica de la alimentación y la integración a la mesa familiar. Valorar las medidas antropométricas. Evaluación del crecimiento utilizando las gráficas establecidas. Dirigir la discusión del caso con el equipo terapéutico. Evaluación del Neurodesarrollo. Aplicar prueba de Griffiths e INFANIB. Recomendaciones de la estimulación según necesidad. Prescripción de hierro (4 meses) Detección de trastornos refractivos. Detección de displasia de cadera. Proporcionar a los padres material informativo. Referencia al módulo de Desarrollo Infantil Temprano. Referir a terapia física, optometría y/o auditiva si es necesario.</p>
	<p>Enfermería.</p>	<p>Medición del peso, longitud y del perímetro cefálico. Evaluación de la mecánica de la alimentación. Lactancia Materna exclusiva si es posible. Consejería en alimentación complementaria más Lactancia Materna. Verificar las vacunas en la libreta de niño y del adolescente. Proporcionar sulfato ferroso. Proporcionar a los padres material informativo. Integración al patrón normal de alimentación familiar (año)</p>
	<p>Terapeutas</p>	<p>Discusión de casos con el equipo terapéutico. Organización de las visitas e intervenciones en el hogar.</p>
	<p>Psicología</p>	<p>Evaluación e intervención de las madres y las familias Evaluación del neurodesarrollo con la aplicación de la prueba de Griffiths a los 6 meses. Taller de orientación psicomotor y aplicación de la prueba de Griffiths 12 meses. Taller educativo con madres- familia del PNFC ambulatorio. Proporcionar a los padres material informativo.</p>
	<p>Optometría</p>	<p>Evaluación al tercer mes de edad corregida.</p>
	<p>Fonoaudiología</p>	<p>Tamizaje auditivo de control a los 6 meses.</p>
	<p>Trabajadora Social</p>	<p>Actividades de IEC. Sesiones de consejería Organización de las intervenciones en el hogar. Evaluación social de pacientes y familia. Reporte y seguimiento de casos sociales especiales. Gestión de apoyo socio económico y coordinación red de apoyo a otras instituciones y ONGs.</p>



Frecuencia/edad	Personal competente	Actividades en cada control
<p>A partir del año de edad: Continuar en clínica de alto riesgo hasta los 8 años y la clínica de Crecimiento y Desarrollo según esquema. (Verificar las normas de atención desde el nacimiento hasta los 9 años)</p>	<p>Médico Pediatra</p>	<p>Evaluación clínica integral. Evaluación del neurodesarrollo (EDI) Evaluación de la alimentación. Valorar las medidas antropométricas. Evaluación del crecimiento utilizando los patrones de la OMS. Recomendaciones de la estimulación según necesidad. Prescripción de hierro. Proporcionar a los padres material informativo. Referir a terapia física y/o auditiva si es necesario. Egreso de Programa nacional Madre y Familia Canguro Dar cita a los 18 meses si no hay marcha independiente y referir a las instancias correspondientes. Seguimiento en clínica de alto riesgo hasta los 8 años, o a los Módulos de Desarrollo Infantil Temprano y a crecimiento y desarrollo según esquema.</p>
	<p>Enfermería.</p>	<p>Medición del peso, longitud y del perímetro cefálico. Evaluación de la alimentación. Lactancia Materna exclusiva si es posible. Consejería en alimentación complementaria más Lactancia Materna. Verificar las vacunas en la libreta de niño y del adolescente. Proporcionar a los padres material informativo. Integración al patrón normal de alimentación familiar (año) Sacar del censo del PNFC. Verificar y gestionar que el niño obtenga las citas con los servicios de seguimiento correspondiente. Evaluación e intervención de las madres y las familias si es necesario.</p>
	<p>Psicología</p>	
	<p>Trabajadora Social</p>	<p>Actividades de IEC. Sesiones de consejería. Organización de las intervenciones en el hogar. Evaluación social de pacientes y familia. Reporte y seguimiento de casos sociales especiales. Coordinar con las instancias de salud del primer nivel de atención el seguimiento del Programa. Gestión de apoyo socio económico y coordinación red de apoyo a otras instituciones y ONG's.</p>



E) ACTIVIDADES SEGÚN COMPETENCIA DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO EN EL PNFC

Actividad	Personal						
	Enfermera	Medico	Psicóloga	Fonoaudiología/ Otorrino	Optometría/ oftalmólogo	Terapeutas	Trabajo social
Apertura de historia clínica	X						
Toma de medidas antropométricas (Peso, longitud, PC)	X						
Ingreso del niño al PNFC		X					
Determinar la edad gestacional y clasificación de la prematuridad.		X					
Evaluación clínica integral.		X					
Evaluación del estado nutricional. (graficar y determinar la tendencia)		X					
Evaluación de la alimentación y nutrición del niño: Extracción de leche materna, posición, otras formas de alimentación del recién nacido.	X						
Adaptación Canguro Ambulatorio.	X	X					
Evaluación del neurodesarrollo.		X					
Indicación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas.		X					
Verificación e interpretación de los resultados de los tamizajes (metabólico, auditivo, ocular y cardiaco)		X					
Revisión de la hoja de referencia, la tarjeta de prematuro, libreta del niño y el adolescente.	X	X	X	X	X	X	X
Coordinación del plan terapéutico.	X	X	X	X	X	X	X
Registro en el expediente del niño las atenciones realizadas.	X	X	X	X	X	X	X
Registro en la hoja de registro diario de atención (REA)	X	X	X	X	X	X	X
Actividades de IEC.	X	X	X	X	X	X	X
Sesiones de consejería.	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación ocular.					X		
Tamizaje auditivo control a los 6 meses.				X			



Actividades administrativas: (pedidos, inventarios y otros)	X								
Revisión del esquema de vacuna y aplicación de vacunas si es necesario.	X								
Inicio de las intervenciones terapéuticas según necesidad de niño. (Plan terapéutico)		X						X	
Discusión de casos.		X						X	
Organización de las intervenciones en el hogar.								X	
Evaluación desarrollo psicomotor y aplicación de la prueba de Griffiths 6 meses y 12 meses				X					
Taller de orientación en desarrollo y pautas de crianza.				X					
Taller de orientación en afrontamiento de crisis y desarrollo del vínculo				X					
Atención individual -familiar a madres por primera vez				X					
Atención individual -familiar a madres en seguimiento				X					
Talleres con poblaciones de riesgo- adolescentes				X					
Taller emocional con madres- familia al ingreso del PNFC ambulatorio				X					
Atención individual -familia madres en duelo				X					
Actividades administrativas: informes mensuales, y semanales, reuniones de coordinación.	X	X	X	X				X	X
Evaluación social de pacientes y familia									X
Reporte y seguimiento de casos sociales especiales									X
Visita domiciliaria, casos especiales e inasistentes.									X
Fortalecimiento del proyecto de vida									X
Referencias a las instituciones sociales									X
Llamadas recordatorias									X
Taller para madres y padres adolescentes									X
Gestión de apoyo socio económico y coordinación red de apoyo a otras instituciones y ONG's				X					X





CAPÍTULO V. SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO

5.1. SISTEMA DE REGISTRO Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN

1. Para garantizar el desarrollo efectivo de las actividades del Programa, los diferentes niveles de ejecución realizarán procesos permanentes y continuos de registro de información, monitoreo, supervisión y evaluación.
2. Todos los funcionarios que participan en la atención integral de niños contribuirán de manera activa al fortalecimiento del sistema de información.
3. El equipo Técnico- Administrativo del PNFC (médicos pediatras, odontólogos, enfermeras, técnico de enfermería, trabajo social, psicología y otros) es responsable del registro correcto de las actividades que se desarrollan dentro del marco del Programa y de la atención de la niñez que realice, utilizando los instrumentos establecidos (Ver anexo del 8 -11).
4. El servicio debe mantener registros relativos a la atención del niño y de las actividades del Programa Nacional Familia Canguro.
 - a) Historia clínica del niño canguro y registros asistenciales.
 - b) Referencia y Contra Referencia de pacientes.
 - c) Seguimiento y prestación de servicios.
5. El servicio debe contar con un registro de cada pareja (madre – recién nacido) en donde se registren observaciones diarias, alimentación, peso e instrucciones orientadas a la vigilancia del recién nacido como las instrucciones específicas destinadas a la madre y/o cuidador.
6. El personal de Registros Médicos y Estadísticas de Salud tabulará diariamente la información generada por los centros de producción de servicios de salud.
7. Mensualmente el personal de REGES presentará las estadísticas de las actividades desarrolladas.
8. La información obtenida será remitida a la Dirección Médica de la instalación de salud y a la Coordinación del Nivel Regional y Nacional.
9. El director médico, los coordinadores del programa y el equipo de salud evaluarán semestralmente los resultados del Programa Nacional Familia Canguro en su instalación.
10. La información que se genere se remitirá cada tres meses a la Coordinación Regional de Salud y esta a su vez la remitirá al Nivel Nacional (Ver anexo del 12 al 17).

5.2. MONITOREO Y SUPERVISIÓN

1. El monitoreo y la supervisión son mecanismos para la vigilancia responsable y capacitante que aseguren la ejecución óptima de los procesos de atención pertinente de acuerdo con las realidades institucionales locales.
2. Cada instalación que implementa el PNFC deberá desarrollar procesos de monitoreo y supervisión, basado en una programación.



5.2.1. Monitoreo

1. Deben contar con un plan y cronograma de monitoreo permanente, periódico y capacitante de los procesos y procedimientos de atención, el mismo debe originar un informe y plan de mejora.

5.2.2. Supervisión

1. El Nivel Nacional y Regional elaborará y ejecutará anualmente un plan de Supervisión a las instalaciones que implementan el Programa Nacional Familia Canguro, de al menos dos visitas por año, para velar por el cumplimiento de los lineamientos.
2. La fecha de las visitas será oportunamente divulgada a los supervisados (al menos una semana de anticipación).
3. Al concluir cada supervisión se emitirá un reporte presentando recomendaciones de mejoras y una propuesta de fecha para la siguiente supervisión
4. Las supervisiones cuentan con su respectivo formulario.
5. Se realizarán supervisiones extraordinarias de acuerdo con la necesidad.

5.3. EVALUACIÓN

1. Con la evaluación se completa el ciclo de la planificación y acción estratégica del Programa Nacional Familia Canguro y comprende la vigilancia de la Salud, el control estratégico y la evaluación de las estructuras, los procesos, los resultados y el impacto con el consecuente plan de mejora y acción capacitante.
2. La evaluación de estructuras y procesos ubica las condiciones de calidad y eficiencia de los servicios de salud mediante el monitoreo de la atención médica, encuestas de opinión y entrevistas con informantes claves.
3. El control estratégico se logra mediante el monitoreo de las actividades y acciones emprendidas a través de indicadores definidos.
4. La evaluación de resultados e impacto mide las metas de producción y el efecto de las acciones en la salud de la población.
5. La información y análisis la enviarán trimestral, semestral y anualmente en los formatos establecidos.

5.3.1. Indicadores

1. Los indicadores son variables que ayudan a medir cambios, una advertencia de una situación dada o un reflejo de esa situación. Las actividades del programa utilizarán los indicadores de estructura y procesos de resultados, calidad y de impacto.

- a. El indicador de calidad es el más relevante para medir la efectividad del PNFC



1. Índice de deserción Inicial: Número de pacientes que no continúan con el Método Madre Canguro ambulatorio sobre el número de pacientes que estuvieron con el MMC intrahospitalario. Estándar 0%.
2. “Deserción inicial”: Pacientes captados por el PNFC intrahospitalario, pero no ingresados al PNFC ambulatorio.
3. Índice “captación”: Número de pacientes que llegan al PNFC ambulatorio, sobre número de pacientes elegibles egresados de una Unidad de Cuidado Neonatal.
A: 80% de todos los candidatos a un PNFC. Los casos faltantes deben ser explicados.
H: > 90% de los pacientes menores o iguales de 1800 g y 100% de los menos o iguales de 34 semanas de EG al nacer. Los casos faltantes (10%) pueden ser explicados.
4. Retraso inicial en el ingreso al PNFC: Número de pacientes que ingresan al PNFC después de las primeras 48 horas sobre el número de pacientes elegibles para ingresar a PNFC desde el inicio.
“Retraso inicial en el ingreso a un PNFC ambulatorio”: Número de pacientes que ingresan al PNFC ambulatorio después de las primeras 48 horas luego del egreso de un PNFC intrahospitalario sobre número de pacientes que egresan de un PNFC intrahospitalario.
A: menor o igual al 10%. Los casos faltantes pueden ser explicados.
5. Se debe tener en cuenta cuando hay un feriado de más de 48 horas que los padres deben tener un teléfono de urgencia para llamar a un pediatra en caso de necesidad.
H: menor o igual al 15%. Se debe tener en cuenta cuando hay un feriado de más de 48 horas que los padres deben tener un teléfono de urgencia para llamar a un pediatra en caso de necesidad.

b. Indicadores en el nivel hospitalario

1. Número de nacimientos ocurridos.
2. % de RN prematuros en riesgo.
- 3.
4. % de RN prematuros y de BPN captados (parto, alojamiento conjunto, Unidades neonatales) distribuidos según EG y el PN
5. % de RN prematuros y de BPN remitidos al PNFC.
6. % de niños que ingresan al PNFC.
7. % de RN prematuros y de BPN alimentados con leche materna exclusiva dentro de la primera hora de vida.
8. % de personal de salud intrahospitalario (De día y de noche) está capacitado en MMC.
9. % de RN prematuros y/o de BPN que salen con LME según el PN y la EG al nacer.

c. Indicadores del nivel ambulatorio



1. % de RN prematuros y de BPN remitidos al PNFC ambulatorio en PC y NC.
2. % de RN prematuros y de BPN que continúan en el PNFC ambulatorio (PC y NC).
3. % del personal de las instalaciones ambulatorias capacitados en el MMC.

d. Indicadores de adherencia

1. “Deserción a 1 año, de edad corregida”: Número de % de RN prematuros y de BPN que desertan del PNFC al año, de edad corregida.
2. “Optometría a 1 año, de edad corregida”: Número de niños prematuros y de BPN con seguimiento de optometría al año, de edad corregida.
3. “Audiología a 1 año, de edad corregida”: Número de niños prematuros y de BPN con seguimiento de audiolgía al año, de edad corregida.
4. “Desarrollo neurológico y psicomotor a 1 año, de edad corregida”: Número de niños prematuros y de BPN con seguimiento del desarrollo neurológico y psicomotor al año, de edad corregida.
5. “Esquema de vacunación completo a 1 año, de edad corregida”: Número de niños prematuros y de BPN con esquema de vacunación completo al año, de edad corregida.

e. Indicadores de desenlaces

1. “Lactancia Materna a 1 año, de edad corregida”: Número de niños prematuros y de BPN con lactancia materna al año, de edad corregida.
2. “Rehospitalización a 1 año, de edad corregida”: Número de niños prematuros y de BPN al año, de edad corregida, que ha sido reingresado.
3. “Mortalidad a 1 año, de edad corregida”. Número de defunciones de niños de edad corregida al año con relación al total de niños al año con edad corregida.
4. “Crecimiento en peso, talla y perímetro cefálico a 1 año, de edad corregida”.
 - a. Número y porcentaje de niños que se la toma medidas antropométricas a 1 año, de edad corregida.

f. Otros indicadores

1. % de niños prematuros y de BPN con Lactancia materna exclusiva.
Número de niños Prematuros y de BPN al año, de edad corregida que recibieron LME sobre el total de niños Prematuros y de BPN al año, de edad corregida.
2. Mortalidad a las 40 semanas.
Número de niños ingresados en el PNFC fallecidos a las 40 semanas con relación al total ingresados en el PNFC de niños de 40 semanas.
3. Mortalidad a los 2 años, de edad corregida.
Número de niños Prematuros y de BPN ingresados al PNFC fallecidos a los 2 años, de edad corregida con relación al total de niños Prematuros y de BPN ingresados al PNFC.



4. Mortalidad domiciliaria

Número de niños Prematuros y de BPN fallecidos en domicilio con relación al total de niños Prematuros y de BPN en el PNFC.

5. Cobertura de inmunización al año, de edad corregida.

Número de niños Prematuros y de BPN al año, de edad corregida inmunizados según esquema sobre el total de niños Prematuros y de BPN al año, de edad corregida.



BIBLIOGRAFÍA

1. Charpak, N, Ruiz-Peláez, Jg, Charpak, Y. (1994). Rey-Martinez Kangaroo Mother Program - An Alternative Way Of Caring For Low-Birth-Weight Infants - One-Year Mortality In A 2-Cohort Study *Pediatrics*, 94(6), 804-810.
2. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina – Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro de Cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, 2005 – 2007.
3. Howson CP, Kimmey MV, McDougall L, Lawn JE. (2013) Nacido demasiado pronto: el nacimiento prematuro importa. *Reprod Salud*. 2013; 10 (Suppl 1): S1. [Artículo gratuito de PMC]
4. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016; 388 (10063): 3027-35.
5. Ludington-Hoe, S. (2008). A Clinical Guideline for Implementation of Kangaroo Care with Premature Infants of 30 or More Weeks Postmenstrual Age. *Advances in Neonatal Care*. Vol. 8, No. 3S.
6. MINSALUD (2017) Actualización de los Lineamientos Técnicos para la Implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. Colombia.
7. OMS/UNICEF (2014) Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
8. OMS (2014) Observatorio Mundial de la Salud de la (<http://apps.who.int/ghodata/>, visitado el 24 de mayo 2014).
9. OMS (2021) Normas para mejorar la calidad de la atención a los recién nacidos enfermos o de pequeño tamaño en los establecimientos de salud [Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. OMS (2016) 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, 23-28 de mayo de 2016. Resoluciones y decisiones. Marco Sobre Servicios de Salud Integrados y Centrados en la Persona [A69/39 – 15 de abril de 2016] véase la resolución WHA69.24 (2016). Anexo 9. Pagina. Ginebra.
11. Secretaría de Salud (2020) Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI”. Segunda edición, ISBN en trámite Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). Francisco de P. Miranda 177, Lomas de Plateros, Álvaro Obregón, 01480 Ciudad de México, CDMX.
12. World Health Organization (1992) International classification of diseases and related health problems. 10th revision. Geneva.
13. Whitelaw, A., Heisterkamp, G., Sleath, K., Acolet, D., & Richards, M. (1988). Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child* 63, pp 1377-81.
14. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels and trends in child mortality: Report 2013. Nueva York (EE. UU).
15. UNICEF, 2013. (www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf, visitado el 12 de junio 2014).



CITAS

1. USAID/MChip (2012) Programa Madre Canguro. Guía de Implementación. 1776 Massachusetts Avenue, NW Suite 300 Washington, D.C. 20036, USA.
2. Lawn JE et al. Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.
3. OMS 72.ª Asamblea Mundial de la salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) Informe del director general. 8 de abril de 2019. Página
4. OMS/UNICEF. Todos los Recién Nacidos. Resumen de orientación.
5. OMS (2003) Método madre canguro: una guía práctica. 1ª edición, Ginebra: OMS.
6. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos (who.int). Página 37 -38;
7. Organización Mundial de la Salud. (2019). Sobrevivir y prosperar: transformando la atención para cada recién nacido pequeño y enfermo. Organización Mundial de la Salud.
8. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326495> . Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. A Clinical Guideline for Implementation of Kangaroo Care with Premature Infants of 30 or More Weeks' Postmenstrual Age Susan M. Ludington-Hoe, PhD, CNM, FAAN,1 Kathy Morgan, BSN, CNNP, RN,2 Amel Abouelfettoh, PhD, RN1) Article in *Advances in Neonatal Care* · June 2008 DOI: 10.1097/01.ANC.0000324330.25734.b6
10. Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. Página 17; 22;23;24
11. PAHO (2008) Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños.
12. Ignacio Sánchez, Daniel Beltramino, Alfonso Copto García Enrique (2014) Paris Mancilla. Editorial Médica Panamericana. 1300 páginas).
13. Organización Panamericana de la Salud (2010) "AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia". En El contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS. Página 13; 36; 42
14. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona1 [A69/39 – 15 de abril de 2016] véase la resolución WHA69.24 (2016).
15. Organización Panamericana de la Salud (2011) Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago Chile OPS. Página 80
16. Davidson JE, Aslakson RE, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103–28.
17. Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, Maastrup RA, Mitanchez D, Westrup B, et al. (2017) Eight principles for patient-centred and family centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonat*;102: F364–8.



ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE REFERENCIA QUE FORMAN PARTE DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO



ANEXO 2.1
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
Formulario Oficial para la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI Modificado)

Datos Generales del Paciente

EVALUACIÓN 1 MES	Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Presenta el niño problemas para alimentarse, con el proceso de succión-deglución		SI		NO	
Cuando cambia a su bebé ¿este pateo y mueve los brazos simétricamente?		NO		SI	
Se calma al escuchar la voz de la madre		NO		SI	
Balbucea o llora cuando quiere comer o está incómodo		NO		SI	
Cuando llora se calma al cargarlo o hablarle		NO		SI	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
¿El tono muscular es normal?		NO		SI	
¿Está presente el Moro, la prensión palmar y plantar? (Deben estar los 3 reflejos)		NO		SI	
Movimientos asimétricos de su cuerpo		SI		NO	
Presenta asimetría en los movimientos oculares y/o en la expresión facial		SI		NO	
¿Hay alteraciones del perímetro cefálico?		SI		NO	
¿En prono puede voltear la cabeza hacia ambos lados? Intentar 2 veces de cada lado		NO		SI	
Manos empuñadas la mayor parte del tiempo		NO		SI	
Puede mantener un sonajero en la mano al menos 3 segundos		NO		SI	
Sigue el rostro con la mirada		NO		SI	

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

CÉDULA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____

EVALUACIÓN 2 MESES	Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Denota ser un niño irritable la mayoría del tiempo aun cuando sus necesidades básicas hayan sido resueltas		SI		NO	
Muestra dificultades para alimentarse con el proceso de succión deglución		SI		NO	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Mantiene las manos empuñadas con el pulgar adentro la mayor parte del tiempo		SI		NO	
Permanece la mayor parte del tiempo aletargado y es muy difícil mantenerlo despierto		SI		NO	
El reflejo de Moro está ausente o asimétrico		SI		NO	

EVALUADOR:



NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____

EVALUACIÓN 3 MESES	Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Sostenido por el tronco mantiene la cabeza alineada momentáneamente		NO		SI	
Sigue con la vista a las personas y objetos		NO		SI	
Sonríe a los gestos, principalmente de la madre		NO		SI	
En prono logra sostener la cabeza al menos 3 segundos		NO		SI	
Logra mirar sus manos por segundos cuando las está moviendo		NO		SI	
Tiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo		NO		SI	
Al hablarle responde con sonidos o gestos		NO		SI	
Vocaliza		NO		SI	
Sonríe fácilmente		NO		SI	
Mueve su cabeza tratando de localizar la voz al hablarle		NO		SI	
Presenta alteraciones del tono muscular		SI		NO	
El Moro está ausente o asimétrico		SI		NO	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____

EVALUACIÓN 4 MESES	Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
Piensa usted que cuando su bebé ve la teta lo asocia con alimentación		NO		SI	
Interactúa con otras personas y llora cuando se alejan		NO		SI	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Nota asimetrías en el movimiento de las manos		SI		NO	
En supino, muestra interés por los objetos y trata de tomarlos		NO		SI	
El reflejo de Galant exacerbado		SI		NO	
En posición sentado con apoyo mantiene la cabeza en línea recta		NO		SI	
En supino se voltea hacia los lados		NO		SI	
Intenta llevar los brazos a la línea media para alcanzar un objeto		NO		SI	
Mantiene en la mano un objeto al menos 10 segundos		NO		SI	
Balbucea o grita para llamar la atención		NO		SI	
Emite sonidos: pa-gu-be-la-le guturales/vocálicos		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____



EVALUACIÓN 5 MESES	Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Reconoce a los extraños y se inquieta si quieren cargarlo		NO		SI	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Observa y juega con sus manos		NO		SI	
Emite sonidos guturales (vocaliza)		NO		SI	
En supino mantiene un objeto en las manos por 10 segundos		NO		SI	
En supino ayuda al invitarlo a sentarse		NO		SI	
Se voltea en ambas direcciones		NO		SI	
Al sostenerlo de pie sobre una superficie plana sostiene temporalmente su peso e intenta saltar		NO		SI	
Sentado sobre la madre intenta alcanzar un objeto cercano, aunque no lo logre		NO		SI	
Voltea la cabeza en dirección de la voz al llamarlo		NO		SI	
Responde a los sonidos emitidos por el examinador repitiéndolos o emitiendo nuevos		NO		SI	
Inicia a jugar el escondido.		NO		SI	
Presenta asimetrías al movimiento de las manos		SI		NO	
Persiste el Galant		SI		NO	
Se mantiene sentado y se apoya con sus manos (trípode)		NO		SI	
Se arrastra hacia adelante coordinado		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____

EVALUACIÓN 6 MESES	Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Reconoce a los extraños y se inquieta si quieren cargarlo		NO		SI	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Observa y juega con sus manos		NO		SI	
Emite sonidos guturales (vocaliza)		NO		SI	
En supino mantiene un objeto en las manos por 10 segundos		NO		SI	
En supino ayuda al invitarlo a sentarse		NO		SI	
Se voltea en ambas direcciones		NO		SI	
Al sostenerlo de pie sobre una superficie plana sostiene temporalmente su peso e intenta saltar		NO		SI	
Transfiere un objeto de una mano a otra		NO		SI	
Sentado sobre la madre intenta alcanzar un objeto cercano, aunque no lo logre		NO		SI	
Voltea la cabeza en dirección de la voz al llamarlo		NO		SI	
Responde a los sonidos emitidos por el examinador repitiéndolos o emitiendo nuevos		NO		SI	
Sabe jugar el escondido.		NO		SI	
Presenta asimetrías al movimiento de las manos		SI		NO	
Persiste el Galant		SI		NO	
Presenta defensas laterales simétricas		NO		SI	
Puede mantenerse sentado sin apoyo		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____



EVALUACIÓN 7 MESES	Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
Gesticula para pedir		NO		SI	
Se emociona con familiares e interactúa con ellos		NO		SI	
Ayuda a sostener su taza al tomar agua		NO		SI	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Usa sus dedos como rastrillo para alcanzar objetos		NO		SI	
Golpea objetos contra la mesa u otros objetos		NO		SI	
Silabea: Ta-ta; Ba-ba; Da-da		NO		SI	
Se mantiene sentado solo		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____

EVALUACIÓN 8-9 MESES	Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
Gesticula para pedir		NO		SI	
Se emociona con familiares e interactúa con ellos		NO		SI	
Ayuda a sostener su taza al tomar agua		NO		SI	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Usa sus dedos como rastrillo para alcanzar objetos		NO		SI	
Golpea objetos contra la mesa u otros objetos		NO		SI	
Silabea: Ta-ta; Ba-ba; Da-da		NO		SI	
Presenta reflejo de paracaídas		NO		SI	
Gatea		NO		SI	
Puede sentarse sin ayuda		NO		SI	
Puede ponerse de pie con ayuda		NO		SI	
Inicia pinza de 3 dedos con ambas manos		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____

EVALUACIÓN 10-11 MESES	Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
<i>CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</i>					
Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno		NO		SI	
Se mantiene entretenido con sus juguetes		NO		SI	
Tiene gateo coordinado		NO		SI	
Se desplaza de pie con ayuda (agarrado de una silla o mueble, en la cuna)		NO		SI	
Puede mantener un objeto pequeño en el centro de la mano		NO		SI	
Aplauda		NO		SI	
Responde al "NO" para luego continuar lo que hacía		NO		SI	
Se lleva la comida solo a boca con sus dedos		NO		SI	
Inicia pinza de dos dedos		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____



EVALUACIÓN 12 MESES	Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
Dice entre 3-5 palabras con sentido (verificarlo en la consulta)		NO		SI	
Ayuda para vestirse		NO		SI	
Usa gestos (señala) o palabras (balbuceos) para comunicarse		NO		SI	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno		NO		SI	
Se mantiene entretenido con sus juguetes		NO		SI	
Se desplaza de pie con ayuda (agarrado de una silla o mueble, en la cuna)		NO		SI	
Aplaudes		NO		SI	
Responde consistentemente a su nombre		NO		SI	
Responde al "NO" para luego continuar lo que hacía		NO		SI	
Se lleva la comida solo a boca con sus dedos		NO		SI	
Hace pinza de dos dedos		NO		SI	
Intenta marcha independiente		NO		SI	

EVALUADOR:

NOMBRE _____ REGISTRO _____ SELLO _____



ANEXO 2.2

LISTA DE CHEQUEO PARA LA POSICIÓN CANGURO

Objetivo: Verificar que el personal de salud aplique la posición canguro correctamente.

Procedimiento: El personal debe cumplir con los criterios.

N°	Criterios	Casos observados		
		1	2	3
1	Verificó la indicación médica.			
2	Saluda a la madre y hace que se sienta cómoda.			
3	Verificó la condición de la madre y del niño			
4	Explica lo que va a hacer y la invita a hacer preguntas.			
5	Viste al RN con camisilla abierta adelante, pañal, gorro y medias.			
6	Instruye a la madre sobre cómo ponerse la faja.			
7	Coloca el niño entre los senos de la madre, en posición vertical, con las piernas en posición rana.			
8	Se asegura de que se cumpla las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - El niño se encuentra sostenido por la mano de la madre. - El borde superior de la faja se encuentra debajo de las nalgas del niño y contiene sus pies. - El borde que aprieta se encuentra por encima del pecho del niño. - El abdomen del niño no se encuentra constreñido por la faja. - La faja permite a la madre sentirse cómoda y segura con el niño cargado en posición canguro. 			
9	Se asegura de que la madre sea capaz de realizar el mismo proceso.			
10	Registró: <ul style="list-style-type: none"> - Hora de inicio - S/v - Tolerancia a la PC 			

El personal de salud competente durante el proceso de adaptación al MMC, debe poner en práctica los pasos establecidos para la puesta en PC al niño.



ANEXO 2.3



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA MAMADA Y LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Nombre de madre: _____ Fecha: _____

Nombre del RN: _____ Edad del RN: _____ SG _____ PN: _____

Alimentación: PE _____ Mixta: _____ Fórmula: _____ NXB: _____

SIGNOS QUE LA LACTANCIA ESTÁ YENDO BIEN (✓)		SIGNOS DE POSIBLES DIFICULTADES (X)	
GENERAL: Madre:		GENERAL: Madre	
<input type="checkbox"/>	Madre se ve sana	<input type="checkbox"/>	Madre se ve enferma o deprimida
<input type="checkbox"/>	Madre relajada	<input type="checkbox"/>	Madre se ve tensa o inquieta
<input type="checkbox"/>	Signos de apego entre la madre y el bebé	<input type="checkbox"/>	No hay contacto visual madre hijo
GENERAL: Bebé		GENERAL: Bebé	
<input type="checkbox"/>	Se ve sano	<input type="checkbox"/>	Se ve con sueño y enfermo
<input type="checkbox"/>	Tranquilo y relajado	<input type="checkbox"/>	Inquieto y llora frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Alcanza, busca el pecho si hay hambre	<input type="checkbox"/>	No busca ni alcanza el pecho
<input type="checkbox"/>	Moja el pañal (más o menos) 8 veces	<input type="checkbox"/>	Moja menos de 5 veces el pañal
<input type="checkbox"/>	Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	No aumento de peso
PECHOS		PECHOS	
<input type="checkbox"/>	Los pechos se ven sanos	<input type="checkbox"/>	Pechos rojos, hinchados y adoloridos
<input type="checkbox"/>	No hay dolor ni inquietud	<input type="checkbox"/>	Pechos o pezón dolorosos
<input type="checkbox"/>	Pecho bien agarrado con los dedos lejos del pezón	<input type="checkbox"/>	Pechos sujetos con los dedos en la areola
<input type="checkbox"/>	Pezones sanos	<input type="checkbox"/>	Pezones con lesiones o agrietados
<input type="checkbox"/>	Pezón protráctil	<input type="checkbox"/>	Pezón plano, no protráctil
POSICIÓN DEL BEBE		POSICIÓN DEL BEBE	
<input type="checkbox"/>	Bebé con cabeza y cuerpo en línea	<input type="checkbox"/>	Bebé con cuello y cabeza desalineados
<input type="checkbox"/>	Bebé pegado a la madre	<input type="checkbox"/>	Bebé no está pegado
<input type="checkbox"/>	Bebé con todo su cuerpo apoyado	<input type="checkbox"/>	Bebé apoyado en la cabeza y cuello solo
<input type="checkbox"/>	Cara de bebé hacia el pecho, nariz frente al pezón	<input type="checkbox"/>	Bebé se acerca al pecho con su labio inferior y el mentón hacia el pezón.
AGARRE DEL BEBÉ		AGARRE DEL BEBÉ	
<input type="checkbox"/>	Más areola vista por encima del labio superior	<input type="checkbox"/>	Más areola vista por debajo labio inferior
<input type="checkbox"/>	Bebé con la boca bien abierta	<input type="checkbox"/>	Bebé con la boca apenas abierta
<input type="checkbox"/>	Labio inferior evertido	<input type="checkbox"/>	Labios invertidos
<input type="checkbox"/>	El mentón del bebé toca el pecho	<input type="checkbox"/>	El mentón del bebé no toca el pecho
SUCCIÓN		SUCCIÓN	
<input type="checkbox"/>	Lentas, profundas succiones con pausas.	<input type="checkbox"/>	Succión superficial y rápida.
<input type="checkbox"/>	Mejillas redondas cuando succiona	<input type="checkbox"/>	Mejillas hundidas cuando succiona
<input type="checkbox"/>	Bebé libera el pecho cuando termina/Saciedad	<input type="checkbox"/>	Madre quita al bebé del pecho
<input type="checkbox"/>	Madre nota signos de reflejo de oxitocina	<input type="checkbox"/>	No se notan signos de reflejo de oxitocina

Observaciones: _____

Nombre y Firma del evaluador: _____

Instrumento adaptado del UNICEF/OMS. Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. HAN



**MINISTERIO DE SALUD
INSTRUCTIVO DE INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA MAMADA Y LA ALIMENTACIÓN DEL
RECIÉN NACIDO**

Hospital: Registrar el nombre del hospital correspondiente.

Nombre de la Madre: Anote el nombre y apellido completo de la madre del recién nacido.

Fecha: Registre el día, mes y año de la evaluación.

Nombre del recién nacido: Anote el nombre y apellido del recién nacido, en caso de no tener aún su identidad, registre hijo (a) con el nombre y apellido de la madre.

Edad del recién nacido: Registrar la edad del recién nacido en días.

Semanas Gestacionales: Se coloca la edad gestacional del recién nacido al nacer.

Peso al nacer: Se coloca el peso del recién nacido al nacer en Kilogramos.

Alimentación: Registre con un gancho que tipo de alimentación recibe el recién nacido: Pecho Exclusivo (PE), Mixta, Fórmula o Nada por Boca (NXB).

Signos de que la lactancia está yendo bien: Registre con un gancho los signos de que la lactancia está yendo bien. Evaluando los siguientes aspectos:

- Estado general de la madre
- Estado general del bebé
- Condición de los pechos
- Posición del bebé
- Agarre del bebé
- Succión del bebé

Signos de posibles dificultades: Registre con una equis (X) los signos de posibles dificultades. Evaluando los siguientes aspectos:

- Estado general de la madre
- Estado general del bebé
- Condición de los pechos
- Posición del bebé
- Agarre del bebé
- Succión del bebé

Observaciones: Registre cualquier otro aspecto evaluado que no esté en el listado anterior. Resaltando aspectos positivos observados en la madre.

Nombre y firma del evaluador: Colocar nombre y firma de la persona que realiza la evaluación.



ANEXO 2.4
CÁLCULO DE LA EDAD CRONOLÓGICA

Para calcular la edad cronológica se realiza una resta entre la fecha de evaluación y la fecha de nacimiento del niño:

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

Por ejemplo, en un niño nacido el 5 de febrero de 2011 y evaluado el 23 de septiembre del 2012

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012	09	23
Fecha de nacimiento	2011	02	05
Edad cronológica	01	07	18

El niño tiene un año, siete meses y 18 días.

En algunos casos para realizar la operación es necesario restar y pedir prestados días al mes y meses al año. Si el día de la fecha de la evaluación es menor al día de la fecha de nacimiento, se le piden 30 días al mes. Si el mes de la fecha de evaluación es menor al mes de la fecha de nacimiento, se le piden 12 meses al año.

Ejemplo 1: los días le piden prestado 30 días al mes (un mes es igual a 30 días)

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012	03 -1= 02	05+30=35
Fecha de nacimiento	-2010	- 01	-21
Edad cronológica	02	01	14

El niño tiene dos años, un mes y 4 días, y le corresponde la aplicación de la prueba del grupo ONCE (de 25 meses a 30 meses 29 días).

Ejemplo 2: (los meses le piden prestado a12 meses al año)

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012 -1=2011	03 +12= 15	20
Fecha de nacimiento	- 2011	- 07	- 14
Edad cronológica	0	08	06

El niño tiene ocho meses y seis días y se le debe aplicar la prueba del grupo SEIS (de los siete meses a un día de cumplir los diez meses). Esto es el caso de que haya sido de término (mayor de 37 semanas de gestación) En caso contrario, ANTES DE APLICAR LA PRUEBA DEBE CALCULARSE LA EDAD CORREGIDA.



PROCEDIMIENTO PARA CALCULAR LA EDAD CORREGIDA

Cuando el niño es menor de dos años y nació antes de las 37 semanas es necesario **CORREGIR LA EDAD**, calculando el número de semanas que le faltaron para cumplir las 40 semanas y restándolas a la edad cronológica siguiendo los siguientes pasos.

1. Restar a 40 el número de semanas de gestación.
2. Multiplicar el resultado por siete (número de días de una semana).
3. Restar el número de días a la edad cronológica.

Si el paciente del ejemplo 2 a quien se calculó una edad cronológica de ocho meses seis días, nació a las 34 semanas de gestación, se hace de la siguiente se hace de la siguiente forma: $40 - 34 = 6$ semanas. Para convertir las semanas resultantes a días, se multiplican por 7: $6 \times 7 = 42$ días. Para corregir la edad, se deben restar los 42 días a la edad cronológica:

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012 -1=2011	03 +12= 15	20
Fecha de nacimiento	- 2011	- 07	- 14
Edad cronológica	0	08	06
34 semanas de gestación (40-34 =6)	-	-	6x7=42
Edad corregida	0	6	24

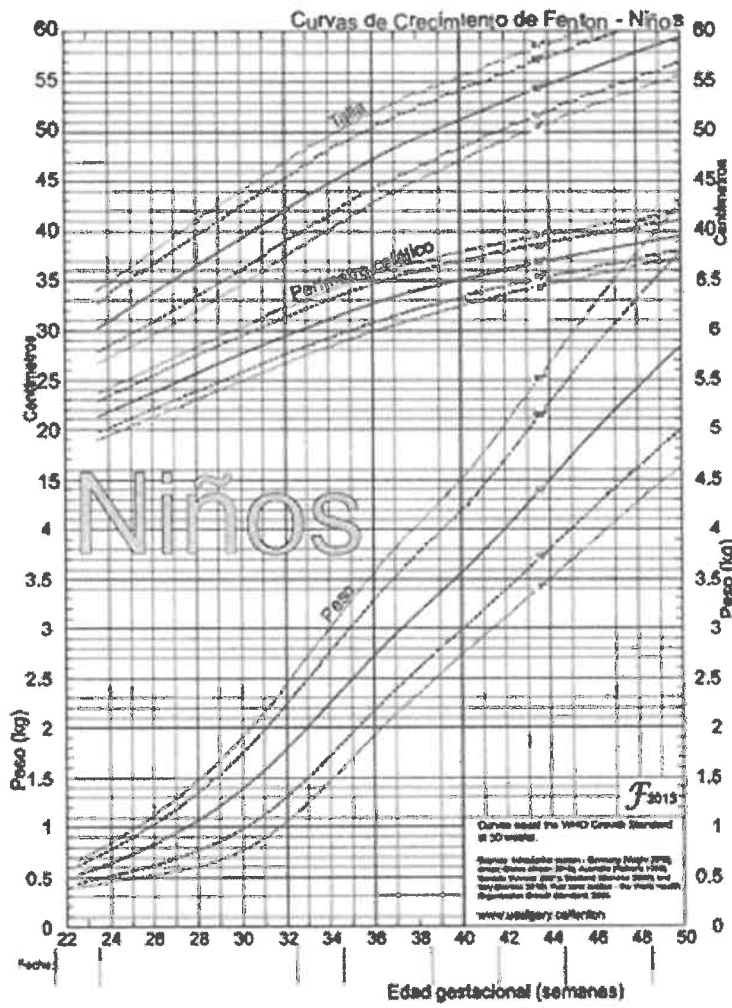
Así, aunque el paciente tenga ocho meses y seis días de nacido, realmente tiene seis meses 24 días, por lo que la prueba que realmente le corresponde es la del grupo CINCO (de los cinco meses a un día antes de cumplir los siete meses). El aplicarle la prueba del grupo siguiente habría calificado automáticamente al paciente como amarillo, aunque tuviera un desarrollo normal lo que es inadecuado. Por esto es fundamental corregir la edad, y así poder evaluar realmente el desarrollo que corresponda.

Fuente: Secretaría de Salud (2020) Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI”. Segunda edición, ISBN en trámite Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). Francisco de P. Miranda 177, Lomas de Plateros, Álvaro Obregón, 01480 Ciudad de México, CDMX.



ANEXO 2.5 A

Curva de Fenton para niños prematuros con edad gestacional menor a 37 semanas

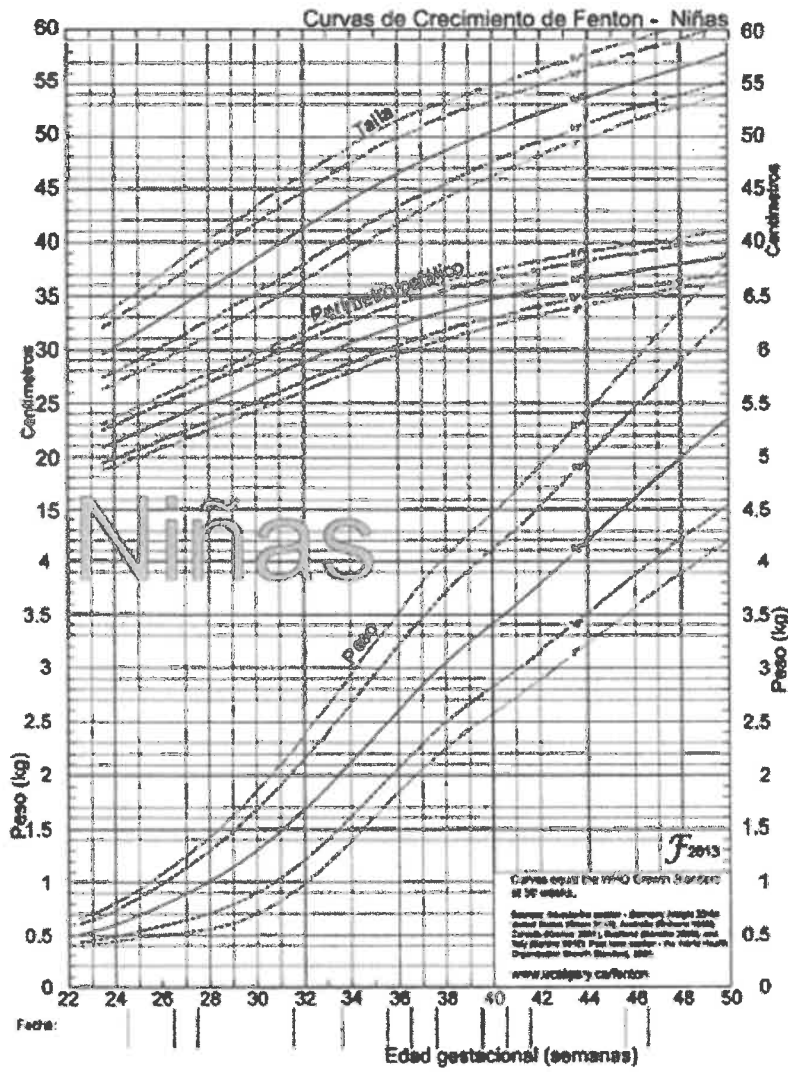


University of Calgary, Curvas de Crecimiento para recién nacidos prematuros. Calgary, 2013. Disponible en: <http://www.uscalgary.ca/cento/2013-12-29-usges>



ANEXO 2.5 B

Curva de Fenton para niñas prematuras con edad gestacional menor a 37 semanas

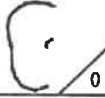
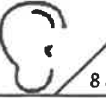


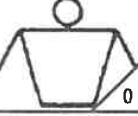
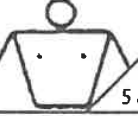
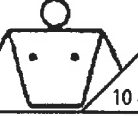
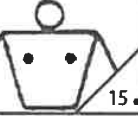


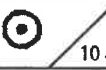

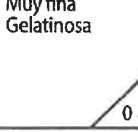
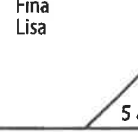

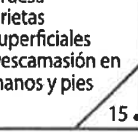
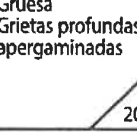










University of Calgary. Curvas de Crecimiento para recién nacidos prematuros. Calgary, 2013. Disponible en: <http://ucalgary.ca/centos/2013-januaras>



ANEXO 2.6

EDAD GESTACIONAL POR TEST DE CAPURRO

<p>FORMA DE LA OREJA</p>	<p>Chata-Deforme Pabellón no incurvado</p>  <p>0.</p>	<p>Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior</p>  <p>8.</p>	<p>Pabellón incurvado en todo el borde superior</p>  <p>16.</p>	<p>Pabellón totalmente incurvado</p>  <p>24.</p>	
<p>TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA</p>	<p>No palpable</p>  <p>0.</p>	<p>Palpable: Menor de 5 mm</p>  <p>5.</p>	<p>Palpable: Entre 5 y 10 mm</p>  <p>10.</p>	<p>Palpable: Mayor de 10 mm</p>  <p>15.</p>	
<p>FORMACIÓN DEL PEZÓN</p>	<p>Apenas visible Sin areola</p>  <p>0.</p>	<p>Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata</p>  <p>5.</p>	<p>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde no elevado</p>  <p>10.</p>	<p>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde levantado</p>  <p>15.</p>	
<p>TEXTURA DE PIEL</p>	<p>Muy fina Gelatinosa</p>  <p>0.</p>	<p>Fina Lisa</p>  <p>5.</p>	<p>Más gruesa Descamación Superficial Discreta</p>  <p>10.</p>	<p>Gruesa Grietas Superficiales Descamación en manos y pies</p>  <p>15.</p>	<p>Gruesa Grietas profundas apergamizadas</p>  <p>20.</p>
<p>PLIEGUES PLANTARES</p> <p>Surcos  Lineas bien definidas  Lineas mal definidas </p>	<p>Sin pliegues</p>  <p>0.</p>	<p>Marcas mal definidas en la 1/2 anterior</p>  <p>5.</p>	<p>Marcas bien definidas en la 1/2 anterior Surcos en la 1/2 anterior</p>  <p>10.</p>	<p>Surcos en la 1/2 anterior</p>  <p>15.</p>	<p>Surcos en más de la 1/2 anterior</p>  <p>20.</p>



ANEXO 2.7

Escenarios de Implementación		
Niveles de complejidad: Infraestructura	Recurso Humano	Requerimientos mínimos para las instalaciones
Primer Nivel Consulta Ambulatoria	Médico Especialista, enfermeras y psicólogos. Otros profesionales de la salud: Oftalmología, Nutrición, Trabajo Social y Estimulación Temprana, Fisioterapia, Técnico en Enfermería.	1 Salas de espera Canguro 1 consultorio médico 1 consultorio psicólogo 1 área de vacunación (área existente) -Sillones reclinables cómodos, con brazos y apoya-pies (Favorecer la posición y la nutrición Canguro).
Segundo Nivel Maternidades: -Sala de Partos -Alojamiento conjunto (Puerperio) -Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) -Consulta ambulatoria	Médicos Subespecialistas, médicos especialistas, médicos generales, enfermeras especialistas, enfermeras básicas, Psicólogos (as), Trabajadores Sociales, Nutricionistas, Estimulación Temprana, Fisioterapistas, Fonoaudiología, Técnicas en Enfermería.	1 sala Mamá Canguro en área de hospitalización. 1 sala Mamá Canguro en área de Consulta Externa. 1 consultorio médico 1 consultorio de psicología -Camas reclinables -Sillones reclinables cómodos, con brazos y apoya-pies (Favorecer la posición y la nutrición Canguro). -Equipo de protección personal. -Lavamanos. -Salidas de oxígeno -Fajas para la aplicación del método.
Tercer Nivel Maternidades: -Sala de Partos -Alojamiento conjunto (Puerperio) -Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) -Consulta ambulatoria especializada.	Médicos Subespecialistas, médicos especialistas, médicos generales, enfermeras especialistas, enfermeras básicas, Psicólogos (as), Trabajadores Sociales, Nutricionistas, Estimulación Temprana, Fisioterapistas, Fonoaudiología, Técnicas en Enfermería.	1 sala Mamá Canguro en área de hospitalización. -Camas reclinables 1 sala Mamá Canguro en área de Consulta Externa. -Sillones reclinables cómodos, con brazos y apoya-pies (Favorecer la posición y la nutrición Canguro). -Equipo de protección personal. -Lavamanos. -Salidas de oxígeno -Fajas para la aplicación del método.

ANEXO 2.8
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

REGISTRO DIARIO DE NEONATOS PREMATUROS O BAJO PESO AL NACER INGRESADOS AL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL INTRAHOSPITALARIO

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____ MES / AÑO: _____

N°	NOMBRE /HIJO (A) DE:	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA/MES/AÑO	SEXO		FECHA DE INGRESO	EDAD GESTACIONAL	PESO	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO	INGRESO AL PROGRAMA		EGRESO DEL NIÑO EN POSICIÓN CANGURO	DÍAS DE ESTANCIA	OBSERVACIÓ N
				H	M						<48 HORAS DE NACIDO	> 48 HORAS DE NACIDO			
1			/ /												
2			/ /												
3			/ /												
4			/ /												
5			/ /												
6			/ /												
7			/ /												
8			/ /												
9			/ /												
10			/ /												

RESPONSABLE: _____



INSTRUCTIVO
REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER INGRESADO AL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL INTRAHOSPITALARIO

Institución de Salud: Colocar el nombre de la institución de salud.

Mes / Año: Registrar el mes y año en que se realiza el registro de ingreso al Programa.

N°: Corresponde al número secuencial diario del llenado del formato.

Nombre: Registre hijo (a) de: Nombre completo de la madre.

N° de identificación: Colocar el número de expediente asignado al neonato en la institución.

Fecha de Nacimiento: Colocar el día, mes y año de nacimiento del niño.

Sexo: Colocar un gancho en la casilla correspondiente al sexo del niño.

Fecha: Colocar la fecha completa (Día/Mes/Año) de ingreso al Programa.

Edad Gestacional: Colocar la Edad Gestacional del niño cuando ingresa al Programa.

Peso: Registre el Peso (Kg) del niño cuando ingresa al Programa.

Talla: Registre la Talla (cm) del niño cuando ingresa al Programa.

Perímetro Cefálico: Colocar el Perímetro Cefálico (cm) del niño cuando ingresa al Programa.

Tiempo de Ingreso al Programa

<48 Horas de Nacido: Colocar un gancho si el niño tiene menos de 48 horas de nacido.

>48 Horas de Nacido: Colocar un gancho si el niño tiene más de 48 horas de nacido.

Días de Estancia: Registre los días de hospitalización que tuvo el niño desde el ingreso hasta el egreso del Programa Intrahospitalario.

Observaciones: Registre cualquier información que se requiera aclarar del niño tanto en su ingreso al Programa.

Responsable: Nombre y registro del profesional que realiza las anotaciones.



ANEXO 2.9

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
 SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER EGRESADO DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
 NIVEL INTRAHOSPITALARIO

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____ MES / AÑO: _____

N°	NOMBRE / HIJO (A) DE:	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA/MES/AÑO	SEXO		FECHA DE EGRESO	EDAD GESTACIONAL	PESO	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO	EGRESO DEL PROGRAMA			EGRESO DEL NIÑO EN POSICIÓN CANGURO	DÍAS DE ESTANCIA	OBSERVACIÓN
				H	M						CONSULTA A CANGURO AMBULATORIO	TRANSFERIDO A III NIVEL	DEFUNCIÓN			
1			/ /													
2			/ /													
3			/ /													
4			/ /													
5			/ /													
6			/ /													
7			/ /													
8			/ /													
9			/ /													
10			/ /													

RESPONSABLE: _____



INSTRUCTIVO
REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER EGRESADO DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL INTRAHOSPITALARIO

Institución de Salud: Colocar el nombre de la institución de salud.

Mes / Año: Registrar el mes y año en que egresa el niño al Programa.

N°: Corresponde al número secuencial diario del llenado del formato.

Nombre: Registre hijo (a) de: Nombre completo de la madre.

N° de Identificación: Colocar el número de expediente asignado al neonato en la institución.

Fecha de Nacimiento: Colocar el día, mes y año de nacimiento del niño.

Sexo: Colocar un gancho en la casilla correspondiente al sexo del niño.

Fecha: Colocar la fecha completa (Día/Mes/Año) de egreso al Programa.

Edad Gestacional: Colocar la Edad Gestacional del niño cuando del Programa.

Peso: Registre el Peso (Kg) del niño cuando egresa del Programa.

Talla: Registre la Talla (cm) del niño cuando egresa del Programa.

Perímetro Cefálico: Colocar el Perímetro Cefálico (cm) del niño cuando egresa del Programa.

Egreso del Programa Intrahospitalario

Consulta a Canguro Ambulatorio: Colocar un gancho si el niño egreso del Programa Intrahospitalario hacia la Consulta de Canguro Ambulatorio.

Transferido a III Nivel: Colocar un gancho si el niño egreso del Programa Intrahospitalario hacia el III Nivel de atención.

Defunción: Colocar un gancho si el niño ha fallecido. Aclarar la causa en observaciones.

Egreso en Posición Canguro: Colocar un gancho si el niño egresa en Posición Canguro o una rayita si no lo hace.

Días de Estancia: Registre los días de hospitalización que tuvo el niño desde el ingreso hasta el egreso del Programa Intrahospitalario.

Observaciones: Registre cualquier información que se requiera aclarar del niño tanto en su ingreso como en su egreso.

Responsable: Nombre y registro del profesional que realiza las anotaciones.



ANEXO 2. 10
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER INGRESADO AL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL AMBULATORIO

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____ MES/AÑO: _____

N°	NOMBRE /HIJO (A) DE:	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA/MES/AÑO	SEXO		FECHA DE INGRESO	EDAD GESTACIONAL	PESO	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO	POSICIÓN CANGURO	NUTRICIÓN CANGURO	INGRESO AL PROGRAMA		OBSERVACIÓN	
				H	M								<48 HORAS DE NACIDO	>48 HORAS DE NACIDO		
1			/ /													
2			/ /													
3			/ /													
4			/ /													
5			/ /													
6			/ /													
7			/ /													
8			/ /													
9			/ /													
10			/ /													

RESPONSABLE: _____



INSTRUCTIVO
REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER INGRESADO AL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL AMBULATORIO

Institución de Salud: Colocar el nombre de la institución de salud.

Mes / Año: Registrar el mes y año en que se realiza el registro de ingreso al Programa.

N°: Corresponde al número secuencial diario del llenado del formato.

Nombre: Registre hijo (a) de: Nombre completo de la madre.

N° de identificación: Colocar el número de expediente asignado al neonato en la institución.

Fecha de Nacimiento: Colocar el día, mes y año de nacimiento del niño.

Sexo: Colocar un gancho en la casilla correspondiente al sexo del niño.

Fecha: Colocar la fecha completa (Día/Mes/Año) de ingreso al Programa.

Edad Gestacional: Colocar la Edad Gestacional del niño cuando ingresa al Programa.

Peso: Registre el Peso (Kg) del niño cuando ingresa al Programa.

Talla: Registre la Talla (cm) del niño cuando ingresa al Programa.

Perímetro Cefálico: Colocar el Perímetro Cefálico (cm) del niño cuando ingresa al Programa.

Posición Canguro: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño practica la Posición Canguro.

Sino la practica colocar una rayita y aclarar en observaciones.

Nutrición Canguro: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño practica la Nutrición Canguro.

Sino la practica colocar una rayita y aclarar en observaciones.

Tiempo de Ingreso al Programa

<48 Horas de Nacido: Colocar un gancho si el niño tiene menos de 48 horas de nacido.

>48 Horas de Nacido: Colocar un gancho si el niño tiene más de 48 horas de nacido.



ANEXO 2.11
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER EGRESADO DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL AMBULATORIO

MES / AÑO: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

N°	NOMBRE /HIJO (A) DE:	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA/MES/AÑO	SEXO		FECHA DE EGRESO	EDAD GESTACIONAL	PESO	TALLA	PERÍMETRO O CEFÁLICO	POSICIÓN CANGURO	NUTRICIÓN CANGURO	REFERENCIA		EGRESO DEL PNFC	OBSERVACIÓN	
				H	M								ALTO RIESGO	C Y D			
1			/ /														
2			/ /														
3			/ /														
4			/ /														
5			/ /														
6			/ /														
7			/ /														
8			/ /														
9			/ /														
10			/ /														

RESPONSABLE: _____



INSTRUCTIVO
REGISTRO DIARIO DE NEONATO PREMATURO O BAJO PESO AL NACER EGRESADO DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL AMBULATORIO

Institución de Salud: Colocar el nombre de la institución de salud.

Mes / Año: Registrar el mes y año en que se realiza el registro de egreso del Programa.

N°: Corresponde al número secuencial diario del llenado del formato.

Nombre: Registre hijo (a) de: Nombre completo de la madre.

N° de identificación: Colocar el número de expediente asignado al neonato en la institución.

Fecha de Nacimiento: Colocar el día, mes y año de nacimiento del niño.

Sexo: Colocar un gancho en la casilla correspondiente al sexo del niño.

Fecha: Colocar la fecha completa (Día/Mes/Año) de egreso al Programa.

Edad Gestacional: Colocar la Edad Gestacional del niño cuando egresa del Programa.

Peso: Registre el Peso (Kg) del niño cuando egresa del Programa.

Talla: Registre la Talla (cm) del niño cuando egresa del Programa.

Perímetro Cefálico: Colocar el Perímetro Cefálico (cm) del niño cuando egresa del Programa.

Posición Canguro: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño practica la Posición Canguro.

Sino la practica colocar una rayita y aclarar en observaciones.

Nutrición Canguro: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño practica la Nutrición Canguro.

Sino la practica colocar una rayita y aclarar en observaciones.

Referencia:

Alto Riesgo: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño es referido a Alto Riesgo.

C y D: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño es referido a control de Crecimiento y Desarrollo.

Egreso del PNFC: Colocar un gancho en la casilla correspondiente si el niño egresa del Programa Nacional Familia Canguro.

Observaciones: Registre cualquier información que se requiera aclarar del niño durante su egreso al Programa.

Responsable: Nombre y registro del profesional que realiza las anotaciones.



ANEXO 2.12
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE NEONATOS PREMATUROS O BAJO PESO AL NACER INGRESADOS AL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL AMBULATORIO

INSTALACIÓN DE SALUD: _____

FECHA: _____

N°	NÚMERO DE RECIÉN PREMATURO O BPN QUE INGRESARON AL PAC	SEXO		EDAD GESTACIONAL			PESO DEL NIÑO		POSICIÓN CANGURO	NUTRICIÓN CANGURO	INGRESO AL PROGRAMA		OBSERVACIONES
		HOMBRE	MUJER	<28 SEMANAS	28 a 32 SEMANAS	33 a 36 SEMANAS	>37 SEMANAS	<2,500 GRAMOS			>2,500 GRAMOS	<48 HORAS DE NACIDO	
1													
2													
3													
TOTAL													

RESPONSABLE: _____



ANEXO 2.13

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

**CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE PERSONAL CAPACITADO PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
NIVEL INTRAHOSPITALARIO**

INSTALACIÓN DE SALUD: _____ FECHA: _____

N°	PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA			PERSONAL DE SALUD CAPACITADO EN MÉTODO MADRE CANGURO			PERSONAL DE SALUD CAPACITADO EN LACTANCIA MATERNA			OBSERVACIONES																														
	MÉDICOS	ENFERMERA S (OS)	TÉCNICOS EN ENFERMERÍA	MÉDICOS	ENFERMERAS (OS)	TÉCNICOS EN ENFERMERÍA	MÉDICOS	ENFERMERAS (OS)	TÉCNICOS EN ENFERMERÍA																															
											N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%																				
1																																								
2																																								
3																																								
Total																																								

RESPONSABLE: _____



ANEXO 2.14

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE NEONATOS PREMATUROS O BAJO PESO AL NACER INGRESADO AL PROGRAMA
NIVEL INTRAHOSPITALARIO

INSTALACIÓN DE SALUD: _____ FECHA: _____

N°	TOTAL DE NACIDOS PREMATUROS O BPN EN EL MES		SEXO		EDAD GESTACIONAL				PESO AL NACER		INGRESO AL PROGRAMA		NÚMERO DE EGRESOS EN POSICIÓN CANGURO	OBSERVACIONES
	HOMBRE	MUJER	<28 SEMANAS	28 A 32 SEMANAS	33 A 36 SEMANAS	>37 SEMANAS	<1,500 GRAMOS	1,500 GRAMOS	<48 HORAS DENACIDO	>48 HORAS DENACIDO				
1														
2														
3														
		TOTAL												

RESPONSABLE: _____



ANEXO 2.15

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE NEONATOS PREMATUROS O BAJO PESO AL NACER INGRESADOS AL PROGRAMA
NIVEL AMBULATORIO

INSTALACIÓN DE SALUD: _____ FECHA: _____

N°	TOTAL DE RECIÉN NACIDOS PREMATURO O BAJO PESO QUE INGRESARON AL PROGRAMA AMBULATORIO	SEXO		EDAD GESTACIONAL			PESO DEL NIÑO		POSICIÓN CANGURO	NUTRICIÓN CANGURO	INGRESO AL PROGRAMA		OBSERVACIONES
		HOMBRE	MUJER	<28 SEMANAS	28 A 32 SEMANAS	33 A 36 SEMANAS	>37 SEMANAS	<2.500 GRAMOS			>2.500 GRAMOS	<48 HORAS DE NACIDO	
1													
2													
3													
TOTAL													

RESPONSABLE: _____



ANEXO 2.16

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE NEONATOS PREMATUROS O BAJO PESO AL NACER EGRESADOS DEL PROGRAMA
NIVEL AMBULATORIO

INSTALACIÓN DE SALUD: _____ FECHA: _____

N°	TOTAL DE RECÉN NACIDOS PREMATURO O BPN QUE INGRESARON AL PROGRAMA AMBULATORIO	SEXO		EDAD GESTACIONAL				PESO DEL NIÑO		POSICIÓN CANGURO	NUTRICIÓN CANGURO	REFERENCIA		EGRESADOS DEL PNFC*	OBSERVACIONES	
		HOMBRE	MUJER	<28 SEMANAS	28 A 32 SEMANAS	33 A 36 SEMANAS	>37 SEMANAS	<2,500 GRAMOS	>2,500 GRAMOS			ALTO RIESGO	C y D			
1																
2																
3																
TOTAL																

*PNFC: PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO

RESPONSABLE: _____



ANEXO 2.17

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
 SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE PERSONAL CAPACITADO PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO
 NIVEL AMBULATORIO

INSTALACIÓN DE SALUD: _____ FECHA: _____

N°	PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA				PERSONAL DE SALUD CAPACITADO EN MÉTODO MADRE CANGURO				PERSONAL DE SALUD CAPACITADO EN LACTANCIA MATERNA				OBSERVACIONES	
	MÉDICOS		ENFERMERAS (OS)		MÉDICOS		ENFERMERAS (OS)		MÉDICOS		ENFERMERAS (OS)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1														
2														
3														
Total														

RESPONSABLE: _____



ANEXO 2.18. CARNÉ DE SALUD DEL PROGRAMA NACIONAL FAMILIA CANGURO


**Programa Nacional
Familia Canguro**

CARNÉ DE SALUD

FOTO

APELLIDOS _____ NO HABRES _____

IDENTIFICACIÓN N.º _____



AÑO: [] [] [] MES: [] [] DÍA: [] []

FECHA DE VACUNACIÓN: [] [] [] [] [] []

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

TIPO DE NACIMIENTO: _____

HOSPITALIZACIÓN: _____

APGAR: PESO DE SALIDA: _____

PESO: TALLA DE SALIDA: _____

TALLA: PC DE SALIDA: _____

PC: GASTRO: FECHA DE SALIDA: _____

SANGUINEO: RHE: SANGUINEO: _____

EDAD: RHE: _____

GESTACIONAL: EDAD GESTACIONAL: _____

VALORACIONES DE OTOLINGÜEA, ORFOMETRÍA Y AUDIOLÓGICA

FECHA (AÑO- MES- DÍA)	EVOLUCIÓN		AUDIOLÓGICA
	OTOLINGÜEA	ORFOMETRÍA	
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

VALORACIONES DE TESTES DE BAPUA FÍSICA Y DE EFECTIVIDAD

FECHA (AÑO- MES- DÍA)	EVOLUCIÓN	
	TOMPA FÍSICA	TOMPA ODONTOLÓGICA
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

CONTROLES E CIFAS

FECHA (AÑO- MES- DÍA)	MOM	SERVICIO	CONTROL DE ASISTENCIA	
			SI	NO
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

CONTROLES MEDICOS DEL NIÑO(A)

FECHA (AÑO- MES- DÍA)	VALORACIONES					PROFESIONAL DE SALUD
	EDAD OBTENIDA	EDAD CORRECTA	PESO	TALLA	PC	
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						

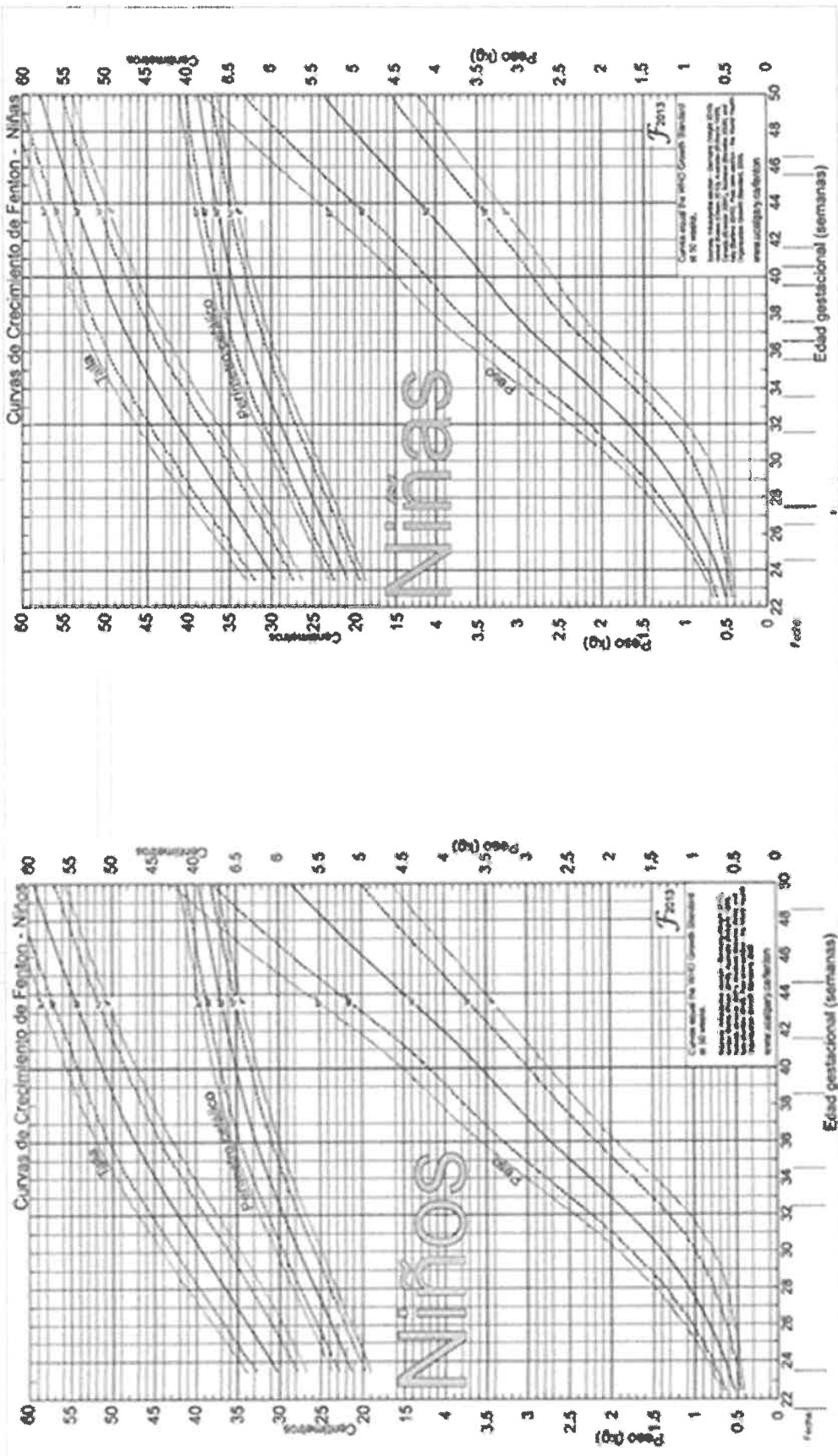
EXAMEN NEUROLÓGICO Y DE DESARROLLO

FECHA (AÑO- MES- DÍA)	TEST DE NEURODESARROLLO				
	EDAD CORRECTA	TRASTORNO	ANÁLISIS	DESEMPEÑO	PLAN
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					

DESARROLLO PSICOMOTOR

FECHA (AÑO- MES- DÍA)	EDAD CORRECTA	COMO CORRECTA	RESEÑALADO
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			







ANEXO 2.19

EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LECHE HUMANA

Para aumentar la producción, la madre puede necesitar momentos para la extracción de la leche, además que previene y alivia la congestión u obstrucción de los conductos mamarios. El entorno debe ser favorable para realizar dicha actividad. La madre debe sentirse madre antes que productora de leche, por tanto, se debe permitir el acompañamiento irrestricto de los padres a la hospitalización y la extracción de leche al lado del recién nacido, o en contacto físico con él, pues esto facilita el proceso y aumento de la producción de leche.

A. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN

1. Preparación

- a) Mantener las uñas cortas y limpias. Evitar accesorios: reloj, anillos, pulseras y celulares.
- b) Reunir los materiales a utilizar: recipiente de vidrio o plástico duro libre de bifenol A con tapa de plástico, de boca ancha, limpios; rotulados; extractores de leche limpio si es necesario.
- c) Utilizar mascarilla durante la extracción si cursan con procesos respiratorios. Cabello recogido.
- d) Baño diario. No es necesario el lavado del pezón antes ni después de cada extracción.
- e) Lavarse las manos antes y después de cada extracción, con agua y jabón líquido (de preferencia con clorhexidina) y secarlas con papel toalla desechables.

2. Estimulación

- a) Masaje con las yemas de los dedos desde la base hacia el pezón con movimientos circulares.
- b) Frotar suavemente las mamas desde la base hasta el pezón.
- c) Estimular los puntos de oxitocina.
- d) Pensar en su bebé, mirar o ver su foto desencadena sentimientos de amor y provoca la bajada de la leche.

3. Extracción

- a) En caso de que el recién nacido se encuentre hospitalizado, se aconseja iniciar la extracción cuando las condiciones físicas y psíquicas de la madre lo permitan, preferiblemente dentro de las primeras 6 horas posterior al parto, y c/ 3 horas.
- b) Cuando se produzca la bajada de la leche lo aconsejable es realizar c/2 horas de día y c/3 horas de noche. Cuando la lactancia está bien establecida el número de extracciones puede ser menor.
- c) Evitar hablar, manipular celulares y tocarse la cara durante la extracción manual o mecánica.
- d) Al terminar y al empezar la extracción manual o mecánica colocar algunas gotas de leche materna alrededor de la aréola 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.



3.1. 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 sin deslizar los dedos en forma intermitente: presionar, soltar, presionar, en todo el contorno de la areola secuencialmente.

Usar primero una mano y luego la otra en cada mama.

Si la leche no sale no presionar más fuerte, sino constante y rítmicamente.

3.2. Extracción mecánica

Mantener el acoplamiento adecuado entre la copa del extractor y la mama.

Usar solo la presión necesaria para mantener el flujo.

La frecuencia de la extracción varía según el uso de la leche extraída, idealmente cada 3 horas.

La duración de la extracción es de aproximadamente 7 a 10 minutos en cada mama.

Evitar extracciones prolongadas, suspender si el flujo de leche en mínimo o cesa.

Lavar los accesorios del extractor después de cada uso, según las recomendaciones del fabricante.

B. CONSERVACIÓN DE LA LECHE HUMANA

No se recomienda conservar la leche materna a temperatura ambiente ni para uso hospitalario ni para uso en casa.

En la parte más fría de la heladera por 2 días (5-8°C) nunca en la puerta.

En el congelador dentro de la heladera por 2 semanas (-15°C)

En el congelador separado por 3 a meses (-20°C)

En un termo de boca ancha con helo en el fondo por 4 horas.

C. ADMINISTRACIÓN

Si la leche se encuentra a temperatura ambiente (dentro de las 2 horas) se utiliza directamente.

Si la leche se encuentra en la heladera entibiar a baño maría (fuera del fuego)

Si está congelada se descongela en la heladera y se usa en 24 horas, o a baño maría (fuera del fuego) se utiliza en el lapso de 1 hora.

La leche descongelada no utilizada se descarta.

No se debe hervir la leche ni calentar en el microondas porque puede quemar la boca del recién nacido.

La leche materna se puede administrar por vasito, jeringa, por sonda oro-gástrica y suplementador dependiendo del peso, la edad gestacional, el estado general del recién nacido y su capacidad de coordinar la succión y la deglución.

No se recomienda usar biberón, porque puede ocasionar confusión del pezón