

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**

“Guía educativa para la madre que asiste al Programa Madre Canguro en el  
Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría del Hospital  
Roosevelt”

**Informe de Tesis**

**Ericka Elizabeth Minera Zapón**

**Para optar al título de**

**Química Farmacéutica**

Guatemala, marzo del 2006

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**

“Guía educativa para la madre que asiste al Programa Madre Canguro en el  
Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría del Hospital  
Roosevelt”

**ERICKA ELIZABETH MINERA ZAPÓN**

Química Farmacéutica

Guatemala, marzo del 2006

**JUNTA DIRECTIVA****FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

<b>M. Sc. Gerardo Leonel Arroyo Catalán</b>	<b>Decano</b>
<b>Licda. Jannette Sandoval Madrid de Cardona</b>	<b>Secretaria</b>
<b>Licda. Gloria Elizabeth Navas Escobedo</b>	<b>Vocal I</b>
<b>Licda. Liliana Vides de Urizar</b>	<b>Vocal II</b>
<b>Licda. Beatriz Eugenia Batres de Jiménez</b>	<b>Vocal III</b>
<b>Br. Juan Francisco Carrascoza Mayén</b>	<b>Vocal IV</b>
<b>Br. Susana Elizabeth Aguilar Castro</b>	<b>Vocal V</b>

## **ACTO QUE DEDICO**

### **A DIOS**

**Por estar siempre a mi lado y brindarme toda la sabiduría.**

### **A MIS PADRES**

**Dr. Augusto César Minera al que le debo todo lo que soy y ahora ya descansa en los brazos del Señor y a mi madre Maria Elena viuda de Minera gracias por todo tu amor y tu apoyo durante todo este tiempo, a ustedes les dedico este triunfo.**

### **A MI ESPOSO**

**Axel Vela porque gracias a ti logre llegar al final de mi carrera, por brindarme todo tu amor y tu apoyo, lo logramos.**

### **A MIS HIJOS**

**Alex e Iris porque me han dado el valor para seguir adelante y porque son la ilusión de mi vida, gracias por todo su amor.**

### **A MIS ABUELOS**

**Pablo quien siempre se ha preocupado por mi y me ha brindado todo su amor y Manuela quien se encuentra en la presencia del Señor, gracias.**

### **A MI HERMANO**

**Estuardo por su cariño y su apoyo, gracias por estar siempre cuando te he necesitado.**

### **A MIS AMIGAS**

**Mónica, Blanky y Mishell por nuestra linda amistad y por estar conmigo en este día tan importante.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Doctor Carlos Manuel Pérez por ayudarme a realizar el presente trabajo.**

**A la Licenciada Eleonora Gaitán Izaguirre por apoyarme, ser mi amiga y tener la paciencia para asesorarme en el presente trabajo.**

**A la Licenciada Raquel Pérez por su colaboración en la revisión del presente trabajo.**

**A todos los docentes de la Universidad, por ser los formadores de mis conocimientos como profesional.**

**A la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por haber sido durante tantos años el lugar donde me formé como profesional.**

**A las madres del Programa Madre Canguro, por dejarme compartir con ellas sus experiencias y sentimientos, muchas gracias.**

## INDICE

	Pags.
1. Resumen	01
2. Introducción	02
3. Antecedentes	03
4. Justificación	13
5. Objetivos	14
6. Materiales y Métodos	15
7. Resultados	17
8. Discusión de Resultados	21
9. Conclusiones	23
10. Recomendaciones	25
11. Referencias	26
12. Anexos	29

## 1. RESUMEN

En el presente trabajo se proporcionó información importante para las madres que asisten al Programa Madre Canguro elaborando una guía educativa. Esta guía se elaboró por medio de una encuesta que se llevó a cabo dentro del Programa Madre Canguro del Hospital Roosevelt para poder determinar así cual era la información que las madres del Programa querían que ésta guía tuviera.

Por medio de esta encuesta se elaboró la guía educativa la que contiene temas como: Programa Madre Canguro, Técnica Canguro, Lactancia Materna, Enfermedades del bebé prematuro y medicamentos entre otros.

Luego de tener elaborada la guía educativa se procedió a leerles y explicarles la guía para después pasarles una encuesta, y determinar, cuánto ellas habían aprendido de la guía educativa.

El resultado más importante de la validación de la guía educativa fue que las madres aprendieron los conceptos más importantes del Programa Madre Canguro, así también que el principal alimento para el bebé prematuro es la lactancia materna y que no se debe automedicar al bebé, sino que cualquier medicamento debe de ser prescrito únicamente por el médico.

## 2. INTRODUCCION

El embarazo normal dura 40 semanas, cuando el parto tiene lugar antes de las 37 semanas se conoce como parto prematuro; las causas que pueden dar lugar a un parto prematuro suelen ser diversas, como enfermedades de la madre o del feto (3).

Los bebés nacidos antes de que hayan transcurrido las 37 semanas se conocen como prematuros y poseen una serie de particularidades derivadas de la inmadurez de sus órganos vitales (2).

El peso de un bebé prematuro es inferior a 2,500 gramos y su talla está por debajo de los 46 centímetros, los huesos del cráneo son blandos, el cabello suele ser escaso y la mayor parte de su cuerpo está cubierto de un fino vello denominado lanugo. Debido al escaso desarrollo de la grasa subcutánea, a través de la piel se traslucen los vasos sanguíneos y sobresalen los relieves óseos (1,2).

Debido al incompleto desarrollo de sus órganos los bebés prematuros tienen dificultades para llevar a cabo funciones vitales necesarias para la supervivencia fuera del útero materno, debido a ello se da un gran número de muerte de bebés prematuros (2).

Debido a todas estas situaciones que se presentan, y la falta de conocimiento que tienen los padres en cuanto a los bebés prematuros, es necesaria la elaboración de una “guía” que puede contener información importante para los padres, para que puedan resolver las dudas que tengan en cuanto a las diversas necesidades de su hijo (2).

Esta guía se elaboró para los padres que se encuentran dentro del Programa Madre Canguro para que por medio de ella tengan una orientación en cuanto a consejos prácticos para el aseo del bebé, alimentación, enfermedades del prematuro y medicamentos, tratando que la información sea de ayuda para las madres y padres del Programa Madre Canguro.

### 3. ANTECEDENTES

El Programa Madre Canguro, se desarrolla en Bogotá desde 1979 y considerado actualmente como una alternativa en el manejo integral del recién nacido con bajo peso al nacer, ha intentado, a través de una técnica fácil y natural, integrar los tres elementos indispensables para la supervivencia humana: calor, amor y lactancia materna, acelerando el proceso de apego madre-hijo y la posibilidad de un egreso más temprano con una rápida integración dentro del grupo familiar (1,3).

Sin embargo, a pesar de la introducción de la técnica canguro y sus ventajas en el manejo integral del recién nacido de bajo peso, aún existen elementos de discusión debido a su dificultad en ser medido y comprobado científicamente (1).

Conociendo estos antecedentes se desarrollo una investigación como proyecto colaborativo con el aval de UNICEF entre el Hospital Roosevelt y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que constituye la fase inicial de un programa de seguimiento a largo plazo para probar la eficacia del “Programa Madre Canguro” (1).

La incidencia en niños con bajo peso a alcanzado en algunas regiones de América Latina cifras por arriba del 20% y los niños para poder sobrevivir requieren de cuidados especiales así como de una alta tecnología y costos elevados, y aquellos que logran sobrevivir deben permanecer largos períodos de tiempo dentro del hospital, con alto riesgo de contaminación nosocomial, para luego ser egresados con un peso tal, que puedan superar las malas condiciones ambientales en el hogar (1,5).

Desgraciadamente los niños muy pequeños sufren una separación especial y la estancia en incubadora para la regulación artificial de temperatura por tiempo prolongado. (1) Además se han establecido métodos para proteger al niño de infecciones, especificando que las visitas deben ser evitadas y sólo se permite a la madre ver a su hijo a través de una ventana. Por eso ahora se dan instrucciones especiales para que la participación de la madre en el cuidado de su hijo en el hospital sea de calidad y se pueda conservar el suministro lácteo. Sugiriendo que las madres de prematuros también amamenten a sus niños para estimular la producción de la leche (4,5).

La tecnología hospitalaria es necesaria para los recién nacidos prematuros, sin embargo se ha tratado de minimizar la separación madre-hijo ya que se ha determinado que dicha separación no sólo interfiere con el materna. La interacción que hay entre la madre que está dando el pecho y el niño, tiene un efecto sobre todos los sentidos del recién nacido (tacto, gusto, visión, olor, etc.) creando una sensación estimulante (4).

Los bebés de muy bajo al nacer, aún después de egresar tienen un alto riesgo de rehospitalización y las posibilidades de fallecer en el primer mes son altas y si sobreviven esta posibilidad persiste en el primer año de edad. MacCormick y colaboradores demostraron que los recién nacidos de muy bajo peso eran rehospitalizados en un 38.2% en el primer año de vida en relación al 9.1% de los recién nacidos a término con peso adecuado. Se ha determinado que la edad materna, el nivel cultural, el estado marital y el nivel socioeconómico, son factores que tienen un riesgo elevado en la mortalidad de los recién nacidos prematuros; incrementando también los riesgos de morbilidad y rehospitalización (1, 2,3).

De ahí la importancia del cuidado del “Bebé Canguro” o contacto piel a piel que no es más que el método de tener al recién nacido prematuro desnudo excepto por el pañal, entre el pecho de la madre o el padre (1).

Esta metodología fue ideada por los doctores Rey y Martínez en Colombia en 1979 por la necesidad de dar un egreso temprano a los prematuros en una maternidad sobre poblada con serios problemas de morbilidad y mortalidad (2). En Guatemala este programa llamado “Madre Canguro” se inició como parte del manejo integral del prematuro en abril de 1988 en los Hospitales Roosevelt y el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), como tratamiento innovador en nuestro medio logrando el crecimiento y desarrollo fuera del ambiente hospitalario e incorporándolo al ambiente familiar lo más pronto posible (1).

La técnica de este programa surgió por el cuidado que los marsupiales dan a sus crías prematuras; el cuidado canguro consiste en que la madre o padre tienen a su bebé completamente desnudo, únicamente con el pañal en posición vertical entre su pecho, la madre o padre pueden estar vestidos como normalmente lo hacen, sólo que de

preferencia la prenda de vestir sea abierta por el frente y que facilite que el bebé esté cubierto hasta el cuello (1). Como ya se ha mencionado, los padres también deben y pueden participar en este tipo de cuidado, pero muchas veces lo lleva a cabo la madre por la lactancia (1,3).

Bosque y colaboradores (1) determinaron que la respiración y la saturación de oxígeno eran similares tanto en el bebé con cuidado canguro como dentro de una incubadora. Se debe tener el cuidado que el bebé canguro no tenga una posición flexionada que imposibilite los movimientos diafragmáticos, los períodos de apnea disminuyen o no se presentan (7). También se ha determinado en otros estudios realizados por Bosque que los neonatos en el Programa Madre Canguro no tienen más procesos infecciosos, probablemente porque la flora bacteriana de la piel de la madre es menor en relación con la de los gérmenes nosocomiales (1).

Los principios fundamentales del Programa Madre Canguro son:

1. Calor: generado y transmitido por la madre a través del contacto piel a piel con el bebé. Es uno de los fundamentos principales de la neonatología, mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutro, ya que es primordial para la estabilización metabólica (1).
2. Amor: estimula al bebé por medio de caricias, arrullos, la voz y latidos cardíacos maternos y por supuesto hacen más intenso y prolongado el apego materno, que no puede dar ninguna incubadora.
3. Lactancia Materna: la que le proporciona al bebé nutrición y protección inmunológica, con una duración prolongada (1).

Los objetivos del Programa Madre Canguro son:

1. Estimular a la madre para una estrecha relación con su hijo.
2. Por medio de la comunicación, lograr la participación materna en el manejo integral del neonato prematuro.

3. Por medio del egreso temprano, prevenir infecciones nosocomiales debidas al hacinamiento intrahospitalario.
4. Motivar a la madre y a la familia para continuar con los cuidados extrahospitalarios, tanto en el hogar como en la clínica de seguimiento de crecimiento y desarrollo.
5. Servir de centro de capacitación para multiplicar los beneficios del programa a otros centros asistenciales (1).

Los criterios maternos para ingresar al Programa Madre Canguro son:

1. Ausencia de enfermedad infecciosa.
2. Capacidad física y mental para alimentar y manejar adecuadamente al bebé.
3. Gran deseo de asumir responsabilidad por su bebé.
4. Asistencia regular a la clínica de seguimiento de crecimiento y desarrollo (1).

Los criterios para ingresar un prematuro al Programa Madre Canguro son:

1. Condición clínica estable.
2. Capacidad para succionar, con peso mínimo de 3 libras (1,500 gramos)
3. Adecuada respuesta a estímulos y reflejos adecuados según la edad.
4. Autorregular temperatura (1).

Determinados estudios de investigación y observación en curso están evaluando la eficacia en el uso de este método científico en situaciones en las que no se dispensan cuidados intensivos a neonatos ni se tiene acceso a centros de referencia, y en las que

los profesionales sanitarios están debidamente capacitados. En dichos entornos el Método Madre Canguro previo a la estabilización pueden representar la mejor opción de supervivencia saludable (11).

Los cuidados madre canguro suponen una ayuda tanto para los recién nacidos como para sus progenitores. Las madres dicen sentirse bastante menos estresadas si se aplican dichos cuidados que si el recién nacido recibe atención convencional y expresan una mayor confianza, autoestima y plenitud incluso en los países de altos ingresos. Se refieren asimismo al sentimiento de confianza que experimentan y a la sensación de poder hacer algo positivo por sus bebés prematuros en diferentes contextos y culturas. Los padres también dicen sentirse relajados, cómodos y contentos cuando dispensan cuidados de tipo canguro. De este modo el Método Madre Canguro potencia su confianza a la hora de tratar y alimentar a sus recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer (11).

Es preciso recabar más pruebas sobre las ventajas del Método Madre Canguro, con respecto a otros métodos de atención, particularmente en lo que se refiere a:

- la eficacia y la seguridad del Método Madre Canguro antes de la estabilización, en entornos que dispongan de recursos muy escasos (como lo son, incubadoras, ni demás tecnologías costosas).
- la lactancia materna y los suplementos alimenticios en recién nacidos con bajo peso al nacer de menos de 32 semanas de edad gestacional.
- el Método Madre Canguro en los recién nacidos con bajo peso al nacer de menos de 1000 gramos y en neonatos que se encuentren gravemente enfermos.
- las barreras culturales y administrativas que puedan obstaculizar la aplicación del Método Madre Canguro y las acciones que puedan fomentarlos, particularmente en entornos de recursos muy limitados.
- la aplicación del Método Madre Canguro a recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer nacidos en el hogar sin haber contado con la ayuda de personal capacitado y sin la posibilidad de recurrir al nivel de atención adecuada (11).

Esta última situación podría constituir en la actualidad la fuente más importante de mortalidad y morbilidad de índole perinatal y neonatal. Las pruebas relativas a las ventajas que se desprenden del Método Madre Canguro para recién nacidos prematuros

y con bajo peso al nacer se refieren a los que han nacido y han recibido asistencia en centro de salud o a los que tienen acceso a un meticuloso seguimiento ambulatorio, pero no a los nacidos en el hogar. Es preciso recabar pruebas científicas inequívocas con el fin de determinar la seguridad y la idoneidad del Método Madre Canguro ambulatorio para bebés nacidos en el hogar. No obstante, no se dispone de pruebas que indiquen que dichos cuidados podrían resultar perjudiciales o menos seguros que las prácticas actuales. Podría ser razonable prescribir el Método Madre Canguro para la atención domiciliaria de recién nacidos prematuros y con bajo peso nacidos en el hogar y que no se pueda llevar a un hospital, a menos que futuras investigaciones pongan de manifiesto la mayor eficacia de otros métodos de atención domiciliaria. En caso de que formularan tales recomendaciones, convendría tener en cuenta la cultura y las actividades locales encaminadas a mejorar la asistencia al parto (11).

La investigación y la experiencia muestran que las madres aprecian el Método Madre Canguro una vez que se han familiarizado con él. Por lo tanto inmediatamente después del nacimiento del bebé prematuro la madre debería recibir información sobre el Método Madre Canguro que debería ofrecerse como alternativa a los métodos convencionales, tan pronto como el bebé esté preparado. Dado que el Método Madre Canguro exige la presencia continua de la madre, convendría que se le explicaran las ventajas derivadas de cada método y se debatieran con ella las posibles alternativas del cuidado del bebé. Debe disponer de tiempo y tener ocasión para debatir las repercusiones del Método Madre Canguro con su familia, ya que estos cuidados requerirán que la madre permanezca más tiempo en el hospital, continuando el método en el hogar y llevará al bebé al hospital únicamente para su seguimiento. En caso que surjan dificultades, con el método canguro, éstas deben discutirse con el fin de encontrar soluciones con la familia antes de abandonar el método canguro. Asimismo la madre debe gozar de un apoyo pleno por parte de su familia de modo que pueda ir asumiendo paulatinamente la responsabilidad del cuidado de su bebé. En teoría es posible aplicar plenamente el Método Madre Canguro con una persona que sustituya a la madre, por ejemplo, la abuela, aunque realmente si resulta difícil en la práctica (11).

### 3.1 TECNICA CANGURO:

- Atuendo de la madre: puede llevar cualquier prenda que le parezca cómoda y abrigada para la temperatura ambiente circundante, siempre que la ésta prenda permita acomodar al bebé y que lo mantenga firme y cómodamente en contacto con su piel. No es

necesario el uso de ropa especial, a no ser que la que se lleve habitualmente sea demasiado ajustada (7,8,11).

- Faja de sujeción: se trata del único artículo especial, necesario para la aplicación del Método Madre Canguro. Ayuda a que las madres sostengan a sus bebés junto a su pecho de un modo seguro.
- Atuendo del bebé: si el recién nacido recibe cuidados madre canguro continuos, no necesitará más ropa que su pañal, un gorro y unos calcetines que lo abriguen; en una habitación entre 22 y 24°C y si estuviera por debajo de los 22°C necesitará una camisilla sin mangas y abierta por el frente para que pueda estar piel a piel con la madre; para que posteriormente la madre se cubra con su ropa habitual (8,11,12).

### 3.2 Alimentación de los bebés:

La leche materna se adecua a las necesidades del bebé, aunque el parto se haya producido de manera prematura o el neonato sea pequeño. Así pues la leche materna constituye el alimento ideal para recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer y es el mejor método de alimentación que existe. La lactancia materna debería considerarse en todos los casos una prioridad nutricional debido a la naturaleza biológica única de la leche prematura, que se ajusta a la edad gestacional y a las necesidades del bebé (5,8).

La extracción manual constituye el modo más sencillo de extraer la leche del pecho; dado que no necesita instrumental alguno, la madre puede proceder a ella en todo momento (5).

### 3.3 Cuando comenzar el Método Madre Canguro:

Cuando nace un bebé pequeño cabe esperar que se produzcan complicaciones, cuanto más prematuro y pequeño para su edad gestacional sea el recién nacido, más frecuentes serán los problemas. Los cuidados iniciales dispensados a recién nacidos con complicaciones se ajustarán a las directrices del centro asistencial. El momento exacto en el que procede iniciar el Método Madre Canguro con bebés pequeños debe juzgarse a título individual y se debe tener muy en cuenta la condición y el estado de cada bebé y su madre; no obstante se debe alentar a las madres de bebés pequeños a que comiencen a aplicar el Método Madre Canguro desde una fase temprana (11).

Los bebés cuyo peso al nacer equivale o supera los 1800 gramos (edad gestacional de 30 a 34 semanas o más) pueden presentar algunos problemas

relacionados con su nacimiento prematuro tales como el síndrome de distrés respiratorio (SDR). Ello puede suponer graves dificultades para una minoría de dichos recién nacidos, que precisará de cuidados en unidades especiales. En la mayoría de los casos, no obstante, el Método Madre Canguro se puede iniciar poco tiempo después del nacimiento.

Los bebés cuyo peso es inferior a 1200 gramos (edad gestacional inferior a 30 semanas) padecen con frecuencia problemas graves debidos a su nacimiento prematuro, la tasa de mortalidad es muy alta y únicamente una pequeña parte sobrevive a dichos problemas. En la mayoría de los casos, a las madres de estos neonatos se las traslada antes de dar a luz a una institución que disponga de unidades de cuidados intensivos. Pueden transcurrir varias semanas antes de que su estado permita iniciar el Método Madre Canguro (10,11).

Los siguientes criterios contribuirán a determinar en que situaciones conviene recomendar a las madres que adopten el Método Madre Canguro:

- La madre:

Todas las madres, independientemente de su edad, número de partos, educación, cultura y religión pueden aplicar el Método Madre Canguro; ya que este método puede resultar el indicado para madres adolescentes y para aquellas amenazadas por factores de riesgo social (10).

Conviene describir cuidadosamente a la madre los diversos aspectos que conforman este método: la posición, las opciones de alimentación, la atención en la institución y en el hogar, lo que puede hacer por el bebé que lleva junto a su cuerpo y lo que no debe hacer. Hay que explicarle las ventajas y las implicaciones de este tipo de cuidados para ella y para su bebé y exponerle en todo momento las razones que subyacen a toda recomendación. La adopción del Método Madre Canguro debería ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso debería percibirse como una obligación (11).

- El bebé:

Los bebés que padezcan enfermedades graves o que requieran un tratamiento especial pueden aguardar a su recuperación antes de que comiencen a recibir cuidados canguro continuos. Las sesiones del Método Madre Canguro abreviadas pueden iniciarse durante el periodo de recuperación, en tanto el bebé necesite tratamiento médico (fluídos IV, baja concentración de oxígeno adicional), no obstante, en el caso del Método Madre Canguro es preciso que el estado del bebé sea estable; o sea, que

debe respirar espontáneamente, sin oxígeno adicional. La capacidad de alimentarse (mamar y tragar) no constituye un requisito fundamental. El Método Madre Canguro se puede iniciar durante la fase de alimentación por sonda. Tan pronto como el bebé comience su recuperación, procederá discutir la conveniencia del Método Madre Canguro con la madre (8,11).

### 3.4 INICIO DEL MÉTODO MADRE CANGURO:

Cuando el bebé esté listo para iniciar el Método Canguro se concertará con la madre el momento que le resulte propicio a ella y a su bebé. La primera sesión es importante y requiere una atención total. Se le pedirá que lleve ropa ligera y suelta. Convendrá alentarla para que traiga consigo a su pareja o a un acompañante de su elección si así lo desea, esto contribuirá para que se sienta apoyada y tranquila.

Mientras la madre sostiene a su bebé, se le describirán los pasos de que consta el Método Madre Canguro. Se procederá a explicársele por que cada gesto es importante y cuál es su utilidad, se hará hincapié en que el contacto piel a piel es esencial para mantener al bebé caliente y para protegerlo de las enfermedades (8,10,11,12).

#### 3.4.1 Atención al bebé en posición canguro:

Los bebés pueden recibir la mayoría de los cuidados necesarios, incluida la alimentación, mientras se encuentran en posición canguro. Sólo es preciso interrumpir el cuidado piel a piel para:

- el cambio de pañales, la higiene y el cuidado del cordón umbilical.
- la evaluación clínica cuando sea necesaria.

Durante el día, la madre que lleva el bebé en posición canguro puede hacer cualquier actividad, como caminar, permanecer de pie, sentarse o participar en diferentes actividades recreativas, educativas o lucrativas. Tales actividades pueden aliviar el aburrimiento y hacer más llevadera su estancia en el hospital o en la casa. No obstante, la madre debe cumplir algunos requisitos básicos como la limpieza y la higiene personal, es decir debe tomar su baño diario y asearse frecuentemente las manos. Asimismo debe garantizar un entorno tranquilo para su bebé y procurarle su alimento con regularidad (8,11).

#### 3.4.2 Duración Diaria:

El contacto piel a piel deberá comenzarse de forma gradual, no obstante deberían evitarse sesiones de duración inferior a 60 minutos, dado que los cambios frecuentes estresan a los bebés. La duración diaria del contacto piel a piel debería ir aumentando

paulatinamente hasta llegar a ser lo más continuo posible, día y noche interrumpiéndose únicamente para cambio de pañales.

Cuando la madre tenga que separarse del bebé éste debe quedar en su cuna bien arropado y alejado de corrientes de aire o bien en estas circunstancias algún miembro de la familia (padre, pareja, abuela, etc.) puede contribuir para poder mantener al bebé en posición canguro (12).

#### 3.4.3 Duración Total:

Mientras la madre y el bebé se encuentren cómodos el contacto piel a piel podrá continuar, en primera instancia en el hospital y posteriormente en la casa, hasta que deje de ser posible. Dicho contacto suele prolongarse hasta alcanzar el plazo normal del parto a término (edad gestacional alrededor de 40 semanas) o los 2500 gramos. Alrededor de dicho plazo el bebé ha crecido hasta tal punto que la posición canguro deja de ser necesaria. Comienza a retorcerse para denotar que no está cómodo, saca sus extremidades, llora y se queja cada vez que la madre intenta volver a ponerlo en contacto con su piel. A partir de entonces resulta seguro recomendarle a la madre que abandone gradualmente los cuidados canguro; por supuesto prosiguiendo con la lactancia materna. La madre podrá retomar el contacto piel a piel ocasionalmente, después del baño del bebé, guante una noche fría o cuando el bebé necesita que lo conforten (11,14).

#### 3.5 Signos de Peligro:

- Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncós.
- Respiración muy acelerada o muy lenta.
- Ataques de apnea frecuentes o prolongados.
- El bebé está frío: la temperatura corporal es baja pese a haber procedido al recalentamiento.
- Alimentación dificultosa: el bebé deja de despertarse para las tomas, deja de alimentarse o vomita.
- Convulsiones.
- Diarrea.
- Piel amarillenta.

El bebé no correrá peligro si:

- Estornuda o tiene hipo.
- Evacua deposiciones blandas después de cada toma.
- No defeca en 2 o 3 días (14).

#### **4. JUSTIFICACION**

La lactancia materna posee ventajas y beneficios de varios tipos como: inmunológico, bioquímico, nutricional, psicológico y económico, los cuales favorecen al recién nacido, especialmente al recién nacido prematuro.

Las necesidades de un niño prematuro en cuanto a cuidados y medicamentos son muy importantes ya que su organismo no se encuentra totalmente desarrollado para llevar a cabo muchas funciones por lo que necesita del cuidado especial por parte de sus padres.

Debido a que no existe ninguna guía informativa que describa los cuidados que se deben de tener con el recién nacido prematuro; se pretende mediante una encuesta a los padres de familia que asisten al Programa Madre Canguro poder evaluar los conocimientos que tienen en cuanto al cuidado de sus hijos y algunos tópicos en los que se desea más información.

Por estas razones es necesario elaborar una guía dirigida especialmente para los padres que asisten al Programa Madre Canguro, para que por medio de ésta puedan resolver dudas acerca de los cuidados para su bebé prematuro.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. GENERAL:

Elaborar una guía educativa para la Madre Canguro en el Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt.

### 5.2. ESPECÍFICOS:

- 5.2.1 Identificar las dudas que tienen las madres respecto a los cuidados que se deben tener con un bebé prematuro.
- 5.2.2 Elaborar la guía para poder brindar la educación necesaria a las madres que asisten al Programa Madre Canguro.
- 5.2.3 Validar la guía con las madres que están dentro del Programa Madre Canguro.

## 6. MATERIALES Y MÉTODOS

### 6.1 Universo:

Madres que asisten al Programa Madre Canguro en el Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría de Hospital Roosevelt.

### 6.2 Muestra:

Madres que se encuentran dentro del Programa Madre Canguro en el momento de realizar la encuesta.

### 6.3 Materiales:

#### 6.3.1 Recursos Humanos:

- Autora: Ericka Elizabeth Minera Zapón
- Asesores: Dr. Carlos Manuel Pérez Valdéz  
Licda. Eleonora Gaitán Izaguirre
- Revisora: Licda. Raquel Pérez Obregón

#### 6.3.2 Recursos Materiales:

- Útiles de escritorio
- Equipo de computación
- Bibliografía consultada
- Papelería
- Fotocopias
- Encuestas realizadas a las madres del Programa Madre Canguro

### 6.4 Método:

Primero se hizo una revisión bibliográfica relacionada con el tema a trabajar, para poder elaborar así el protocolo, luego se realizó una encuesta entre las madres que se encuentran en el Programa Madre Canguro, luego se analizaron las encuestas para poder así determinar los temas que debería contener la guía educativa. Luego de

elegidos los temas principales se procedió a elaborar dicha guía; ya teniendo elaborada la guía se procederá a pasarles una encuesta para poder validar la guía.

Teniendo los datos de la segunda encuesta realizada se tabularán y analizarán los datos obtenidos para poder así validar la guía.

## 6.5 Diseño de la Investigación:

### 6.5.1 Muestra:

25 Padres de familia que asisten al Programa Madre Canguro del Servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt.

### 6.5.2 Procedimiento:

Se llevó a cabo por medio de una encuesta que se les pasó a los padres que están asistiendo al Programa Madre Canguro a través de una entrevista con ellos; para que por medio de éstas encuestas se llegue a un consenso de los temas más importantes o los temas que para los padres sean los que a ellos más les interesa. Luego los temas escogidos se incluyeron y describieron ampliamente en una guía que se elaboró y validó; esto se hizo con la colaboración de 11 padres de familia que estaban asistiendo al Programa Madre Canguro del Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt; leyéndoles y explicándoles detenidamente la guía ya elaborada, para poder determinar así lo que habían comprendido de dicho documento.

## 7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al encuestar a las 25 madres que asistieron al Programa Madre Canguro, del Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt para poder saber con que información se debía elaborar la guía educativa, ya que ésta debía contener información que para ellas fuera útil e importante.

Resultados de la encuesta realizada para la elaboración de la guía educativa:

**Tabla No. 1**

Problemas durante el embarazo

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Enfermedad	10	40
Amenaza de aborto	6	24
Ninguna	9	36
Total	25	100

**Tabla No. 2**

Consumo de sustancias durante el embarazo

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Medicamentos	4	16
Drogas	1	4
Nada	20	80
Total	25	100

**Tabla No.3**

Padecimiento de enfermedades desde el nacimiento

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	19	76
Si	3	12
No sabe	3	12
Total	25	100

**Tabla No.4**

Se le administra a su hijo algún medicamento

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	8	32
Si	6	64
No sabe	11	44
Total	25	100

**Tabla No. 5**

Conocimiento del Programa Madre Canguro

<b>Pregunta – Respuesta</b> ↓                      →	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Total</b>	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocía el Programa Madre Canguro y su utilidad?	2	8	23	92	25	100
Sabe por qué está en el Programa Madre Canguro?	14	56	11	44	25	100
Le han explicado el problema que tiene su hijo?	11	44	14	56	25	100
Conoce los cuidados que se deben tener con un bebé prematuro	9	36	16	64	25	100

**Tabla No. 6**

Llevó Control Prenatal

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	15	60
No	10	40
Total	25	100

**Tabla No. 7**

Número de hijos que tiene la madre

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ninguno	7	28
1	10	40
2 - 3	4	16
4 - 5	3	12
6 ó más	1	4
Total	25	100

**Tabla No. 8**

Edad Materna

<b>Respuesta</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
15 - 20	9	36
21 - 25	6	24
26 - 30	6	24
31 ó más	4	6
Total	25	100

Al tener elaborada la guía educativa (Anexo 2) se procedió a leerse y explicárselas a las madres del Programa Madre Canguro para poder saber cuanto ellas lograron aprender de dicha guía. El número de madres que estaba en el Programa en el momento de validar la guía fue de 11 madres, a las cuales se les pasó una encuesta. De esta encuesta se obtuvieron los siguientes resultados, tomando como correcto que si comprendió la pregunta e incorrecto que no comprendió la pregunta:

**Tabla No. 9**

Resultados obtenidos de la validación de la guía en el Programa Madre Canguro

Pregunta	SI		NO	
	No.	%	No.	%
1. ¿Sabe cuáles son los principios del Programa Madre Canguro?	9	81.82	2	18.18
2. Comprende en qué consiste el cuidado canguro?	8	72.73	3	27.27
3. Entiende los objetivos del Programa Madre Canguro?	7	63.64	4	36.36
4. ¿Qué es un bebé prematuro?	10	90.91	1	9.09
5. Mencione algunas razones por las que se puede dar un parto prematuro	10	90.91	1	9.09
6. ¿Cuáles son los grupos de mujeres que pueden estar en riesgo de un parto prematuro?	10	90.91	1	9.09
7. ¿Cuál es el alimento ideal para un bebé prematuro?	11	100	0	0
8. ¿Qué aspectos son importantes en el momento de comenzar la técnica Madre Canguro?	8	72.73	3	27.27
9. Describa con sus palabras la posición canguro	10	90.91	1	9.09
10. ¿Qué signos de peligro se deben identificar en un bebé prematuro?	8	72.73	3	27.27
11. Mencione algunos aspectos importantes del aseo del bebé	11	100	0	0
12. ¿Qué información le da a conocer la guía respecto a los medicamentos que se le pueden administrar a un bebé prematuro?	9	81.82	2	18.18

\*Nota: 11 madres = 100%

## 8. DISCUSION DE RESULTADOS

Según los resultados obtenidos al encuestar a las madres del Programa Madre Canguro previo a la elaboración de la guía se puede observar que el 40% (10 madres) padeció alguna enfermedad durante su embarazo, entre las que se mencionaron: preeclamsia, infecciones urinarias y alergias; el 36% (9 madres) no tuvieron ningún padecimiento durante su embarazo y el 24% (6 madres) tuvo amenaza de aborto en el primer trimestre de embarazo (Tabla No. 1); por lo que se puede ver que no existe una diferencia significativa entre estos tres aspectos para decir que alguna de ellas sea un factor predisponente para provocar un parto prematuro.

Dentro de los medicamentos que consumieron las 4 madres (16%) que estaban en el Programa Madre Canguro, por padecer alguna enfermedad fueron: Metildopa, Acetaminofen, Cimetidina y Fenobarbital y únicamente 1 madre (4%), consumió drogas (heroína y cocaína) durante su embarazo (Tabla No. 2).

Según se puede observar en los resultados es poco el conocimiento que tienen las madres del Programa Madre Canguro (Tabla No. 5) ya que el 92% (23 madres) no tenían ningún tipo de conocimiento por lo que la elaboración de la guía va a ser una herramienta útil para el Programa Madre Canguro.

Dentro de los temas que sugirieron las madres, que debería contener la guía educativa que se iba a elaborar fueron:

1. Alimentación del bebé prematuro.
2. Enfermedades más comunes del bebé prematuro.
3. Programa Madre Canguro.
4. Aseo del bebé prematuro.
5. Medicamentos que se le pueden administrar al bebé prematuro.

Se observa también que no existe una diferencia significativa entre las madres que llevaron su control prenatal (56%), en relación con las que no tuvieron su control prenatal (44%) (Tabla No. 6).

En los resultados obtenidos después de la validación de la guía educativa se observó que los aspectos que más claros quedaron fueron respecto a la lactancia materna y al aseo del bebé (Tabla No. 9); luego entre los que se fueron comprendiendo un poco menos están los del bebé prematuro, parto prematuro, razones y grupos de riesgo de un parto prematuro, así como lo que respecta al Programa Madre Canguro, luego encontramos que lo que ya se les fue dificultando un poco más en cuanto a comprensión fueron los objetivos del Programa Madre Canguro y lo que se refiere a medicamentos, así también se observó que los otros tópicos en los que se encontró dificultad fueron en cuanto a la descripción de la técnica madre canguro y los signos de peligro en el bebé prematuro (Tabla No.9); por lo que se tuvo la necesidad de explicarles detenidamente cada uno de los temas que se les había dificultado para que toda la guía quedara completamente clara y fuera útil para la necesidad que tenían cada una de ellas que se encontraban dentro del Programa Madre Canguro.

## 9. CONCLUSIONES

- 9.1 Los temas más importantes y sobre los que las madres tenían poco o ningún conocimiento fueron: alimentación del bebé prematuro, aseo del bebé prematuro, Programa Madre Canguro, técnica madre canguro, parto y bebé prematuros.
- 9.2 Según el presente estudio, se observó que el 16% de las madres (4 madres) que tomaron algún medicamento durante su embarazo tuvieron un parto prematuro; además se observó en este estudio que las mujeres entre los 15 y 20 años de edad son más propensas para tener un parto prematuro (36% de las madres).
- 9.3 La elaboración de la guía educativa fue de utilidad para el Programa Madre Canguro ya que el 64% de las madres encuestadas (16 madres) no tenían ningún conocimiento de los cuidados para un bebé prematuro.
- 9.4 De acuerdo a la validación de la guía educativa los temas de más fácil comprensión para las 11 madres que fueron encuestadas en el Programa Madre Canguro fueron: alimentación (lactancia materna), aseo y limpieza del bebé.
- 9.5 Los temas de más difícil comprensión, dentro de la Guía Educativa elaborada son: los objetivos del Programa Madre Canguro, y técnica Madre Canguro, esto según la encuesta de validación realizada.
- 9.6 Lo que se refiere a medicamentos dentro de la guía, la idea principal que les quedó claro a las madres es que no se debe medicar a un niño sin prescripción médica.

9.7 El rol del farmacéutico como apoyo dentro del Programa Madre Canguro es útil ya que dentro del grupo de madres que asisten al Programa Madre Canguro existen dudas acerca del uso de medicamentos ya sea para ellas mismas o para su bebé, cuando éstos ya se encuentran en casa.

## **10. RECOMENDACIONES**

- 10.1 Que se implemente un programa completo de educación para la madre que asiste al Programa Madre Canguro del Servicio de Mínimo Riesgo del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt, por medio del Programa de Experiencias Docentes con la Comunidad (EDC) de la carrera de Química Farmacéutica, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 10.2 Lograr que las madres tengan conocimiento del Programa Madre Canguro a través de brindar charlas educativas a las pacientes que estén en riesgo de parto prematuro y que asisten a control prenatal dentro del Hospital Roosevelt.

## 11. REFERENCIAS

1. Dr. Martínez Gómez, Héctor. et al: Primer Encuentro Internacional. Programa Madre Canguro. UNICEF. Bogotá, Colombia, 1990. pp. 307 – 310, 351 – 352.
2. Brenda Marlene Sajquim Méndez. “Propuesta de Tratamiento dieto terapéutico del paciente de la sección de prematuros del Servicio del recién nacido del Hospital General San Juan de Dios”. Guatemala, 1995 91p. Tesis Licenciada en Nutrición. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición.
3. Elsa García Arriaza. “Crecimiento de niños de bajo peso al nacer atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en los primeros seis mese de vida y factores que lo condicionan.” Guatemala, 1983 63p. Tesis Licenciada en Nutrición. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición.
4. MADRE CANGURO. Guía Educativa, Documento de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
5. José María Farré Martí. et al. Maternidad y Cuidados del Bebé. Editorial Océano Multimedia, Barcelona España, 2,000. pp. 171 – 174.
6. Valdéz, Verónica; Pérez, Alfredo. et al. Lactancia para la madre y el niño. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile, 1994. pp. 90 – 95.
7. Bárbara Luke Sc. D. Como Prevenir el Parto Prematuro. Grupo Editorial Norma, México, 1996.
8. Rey, E and Martínez, H. Manejo Racional del Niño Prematuro. Conferencias: Primer Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Bogotá, 1983. Fundación Vivir.

9. Cabrera Meza, G. Programa Madre Canguro. En: Noticias IRA, Publicación de OPS/OMS, en prensa, 1990.
10. Garavito, R. Programa Madre Canguro, una forma de egreso temprano. Hospital Roosevelt, Guatemala, 1989.
11. Cerezo R., Figueroa R., Rosales JM., Cabrera G. Manejo Integral del Recién Nacido con bajo peso al nacer con énfasis en el Programa Madre Canguro. Guatemala, 1989.
12. WWW. [kanguroo.javeriana.edu.com](http://kanguroo.javeriana.edu.com)
13. WWW. [netsalud.desa.com](http://netsalud.desa.com)
14. [www.unicef.org.py.com](http://www.unicef.org.py.com)
15. Litter, Manuel. Compendio de Farmacología. Editorial El Ateneo, 1978.
16. Whice, Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. 1 1992.
17. Cranston, G. Kangaroo care from preterm infants. University of Florida, 1988 (National Center of Nursing Research.)
18. Nora Rodríguez. Mi bebé es prematuro. Grijalbo Mondadori, S.A., Barcelona, 2,000 pp. 193.
19. Shneider, Vimala. Masaje Infantil. Editorial Médici, Barcelona, 2,000.
20. Leboivici, et al. El lactante, su madre y el psicoanalista. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1998.
21. [www.presidencia.gov.com](http://www.presidencia.gov.com)

22. Libro plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, Bienestar familiar. UNICEF. Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, 1998 – 2008.
23. Laura E. Berk. Desarrollo del niño y el adolescente. Editorial Prentice Hall, 1999.
24. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud Vols. 1 y 2.

## **12. ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**Encuesta realizada a las madres del Programa Madre Canguro para la  
elaboración de la guía educativa**

**ENCUESTA A REALIZAR A LAS MADRES QUE ESTÁN EN EL PROGRAMA  
MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT**

**EDAD DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **No. de Boleta:** \_\_\_\_\_

1. Padeció algún tipo de enfermedad o tuvo alguna amenaza de aborto durante su periodo de embarazo?

SI      NO      Comente

2. Consumió usted algún tipo de medicamento, bebidas alcohólicas, cigarrillos, drogas durante su embarazo?

SI      NO      Especifique

3. Conocía usted el Programa Madre Canguro y para qué es útil?

SI      NO      Comente

4. Sabe usted por qué está dentro del Programa Madre Canguro?

SI      NO      Porque

5. Cuánto tiempo lleva dentro del Programa Madre Canguro?

6. Conoce usted el problema de su hijo?

SI      NO     Cuál es el problema

7. Su hijo ha padecido algún tipo de enfermedad desde que nació?

SI      NO     Cuál

8. A su hijo se le administra algún medicamento en especial?

SI      NO     Cuál

9. Conoce los cuidados que debe tener con su hijo ahora que está dentro del Plan Madre Canguro?

SI      NO     Explique

10. Quisiera usted que se le orientara en algún tema en especial con respecto a los cuidados de su hijo?

SI      NO     Comente

## **ANEXO 2**

ELABORACION DE: “GUIA EDUCATIVA PARA LA MADRE QUE ASISTE AL PROGRAMA MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE MÍNIMO RIESGO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA  
HOSPITAL ROOSEVELT  
SERVICIO DE MINIMO RIESGO  
PROGRAMA MADRE CANGURO**

“GUÍA EDUCATIVA PARA LA MADRE QUE ASISTE A LA  
TECNICA MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE MÍNIMO  
RIESGO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT”

**ERICKA ELIZABETH MINERA ZAPON – AUTORA  
DR. CARLOS MANUEL PEREZ VALDEZ - ASESOR  
Licda. ELEONORA GAITAN IZAGUIRRE – CO-ASESORA**

## INDICE

1. ¿ Qué es el Programa Madre Canguro?	3 - 4
2. ¿ Qué es un bebé prematuro?	4 - 5
3. Razones por las que se puede dar un parto prematuro	5 - 6
4. Grupos de mayor riesgo a tener un bebé Prematuro	6
5. Cuidados especiales para un bebé prematuro	6 - 14
▪ Alimentación	14 - 19
▪ Aseo	20 - 24
▪ Enfermedades	24 - 27
▪ Medicamentos	27 - 30
• Glosario	30 - 31
6. Medicamentos a evitar durante el embarazo	31
7. Referencias	33

## INTRODUCCIÓN

Probablemente desde el momento en que supimos que seríamos madres empezamos imaginar muchas cosas, especialmente viene a nuestra mente el parto y pensamos hasta en el último detalle, todo menos que nuestro hijo llegaría antes de los nueve meses.

Cuando un bebé llega antes del tiempo esperado, sentimos que todo pasa tan de prisa y en unas pocas horas nuestras vidas como padres cambian repentinamente, haciéndonos sentir tantas dudas y emociones tan confusas.

Es por eso que quise compartir este trabajo con madres que tienen el interés y amor por esos seres tan indefensos y pequeñitos que necesitan tanto de nuestro amor y cuidados.

## ¿QUÉ ES EL PROGRAMA MADRE CANGURO?



El método “Bebé Canguro” fue ideado por los doctores Rey y Martínez en Colombia en 1979, debido a la necesidad de dar un egreso temprano a los prematuros.

En Guatemala esta técnica llamada “Madre Canguro” se inició como parte del manejo integral del prematuro en abril de 1988 en los Hospitales Roosevelt y de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), logrando así un crecimiento y desarrollo del niño fuera del ambiente hospitalario, e incorporarlo al ambiente familiar lo más pronto posible.

El cuidado canguro consiste en que la madre ó padre tienen a su bebé completamente desnudo, únicamente con pañal, en posición vertical contra su pecho y el padre ó madre pueden estar vestidos como normalmente lo hacen, sólo que de preferencia la prenda de vestir sea abierta por el frente para que facilite que el bebé esté cubierto hasta el cuello.

Los principios fundamentales de la Técnica Madre Canguro son:

- Calor: generado y transmitido por la madre a través del contacto piel a piel con el bebé.
- Amor: estimular al bebé por medio de caricias, arrullos de voz y principalmente los latidos cardíacos maternos.
- Lactancia Materna: le proporciona al bebé la nutrición y protección inmunológica que necesita con una duración prolongada.

Objetivos de la Técnica Madre Canguro:

- Estimular a la madre para que tenga una estrecha relación con su hijo.
- Lograr la participación materna en el manejo integral del neonato prematuro.
- Por medio del egreso temprano prevenir infecciones nosocomiales.
- Motivar a la madre y familiares para continuar con los cuidados en casa y su seguimiento en la clínica de Crecimiento y Desarrollo.
- Servir de centro de capacitación para multiplicar los beneficios de la Técnica a otros centros asistenciales.

Criterios maternos para ingresar a la Técnica Madre Canguro:

- Ausencia de alguna enfermedad infecciosa.
- Capacidad física y mental para alimentar y manejar adecuadamente al bebé.
- Gran deseo de asumir responsabilidad por su bebé.

Criterios para ingresar un prematuro a la Técnica Madre Canguro:

- Condición clínica estable, eso significa que haya superado los problemas inherentes del prematuro lo que obligaron a darle una atención en terapia intensiva; recuento de glóbulos blancos dentro de límites normales y saturación de oxígeno arriba del 92%.
- Capacidad para succionar con peso mínimo de 3 libras (1,500 gr.).
- Adecuada respuesta a estímulos y reflejos según edad.
- Autorregulación de temperatura.

### ¿QUÉ ES UN BEBE PREMATURO?



El embarazo debe durar alrededor de 40 semanas aproximadamente cuando el parto tiene lugar antes de las 37 semanas se conoce como parto prematuro y los bebés nacidos antes de que haya transcurrido este tiempo se conocen como bebés prematuros y poseen una serie de particularidades derivadas de la inmadurez de sus órganos vitales. En conjunto, en el niño prematuro llama la atención el gran tamaño de la cabeza y el escaso desarrollo de sus extremidades; tiene los brazos y las piernas delgadas y la piel arrugada, las uñas son blandas y a veces no cubren el extremo de los dedos. El peso del bebé es inferior a 2,500 gramos (5 libras), y su talla está por debajo de los 46 centímetros. Los huesos del cráneo son blandos, su cabello suele ser escaso y a veces hasta pueden faltarle las cejas, su cara es pequeña y afilada y puede parecer arrugada. Debido a su escaso desarrollo de grasa en su piel se puede ver a través de ella sus vasos sanguíneos; sus talones, palmas y pies están intensamente enrojecidas o presentan una coloración azulada y todo su cuerpo posee una gran cantidad de vello sobre la extensión de la piel llamado “lanugo”.

Uno de los más grandes problemas de los bebés prematuros es la poca capacidad de su cuerpo para adaptarse a los cambios de temperatura, razón por la cual se pueden enfriar rápidamente.

A medida que se vayan resolviendo cada una de sus complicaciones el bebé prematuro irá ganando peso y completando su desarrollo y pronto se le autorizará su traslado a casa para ser atendido por la familia.

### **RAZONES POR LAS QUE SE PUEDE DAR UN PARTO PREMATURO**

Las causas por las que se puede dar un parto prematuro pueden ser diversas; a veces puede tratarse de alteraciones en el organismo materno como: elevación de la presión arterial (preeclamsia), sufrir amenaza de aborto durante el primer trimestre, infecciones urinarias, etc., pero otras causas también pueden ser por alteraciones fetales o una distensión anormal de útero, como puede ser un embarazo gemelar. Otra causa muy importante es la condición material en la que se encuentra envuelta la madre: trabajo extenuantes, tensión nerviosa, largos desplazamientos de un lugar a

otro, alimentación no satisfactoria. Aunque también el parto prematuro puede presentarse en mujeres totalmente sanas que den a luz a bebés perfectamente normales.

### **GRUPOS DE MAYOR RIESGO DE PRESENTAR UN PARTO PREMATURO**



Existen grupos que tienen un mayor riesgo de presentar un parto prematuro dentro de estos podemos mencionar, a las madres que poseen una edad entre 15 – 20 años, ya que su cuerpo no está fisiológicamente preparado para poder procrear un bebé, otro grupo son aquellas madres que padecieron cualquier enfermedad durante

su embarazo, ya fuera en el primer trimestre o durante todo su embarazo.

Una observación importante, para poder disminuir dentro de estos grupos el riesgo de presentar un parto prematuro es que se lleve a cabo un estricto control prenatal desde que la madre sospecha o está segura de estar embarazada.

### **CUIDADOS ESPECIALES QUE SE DEBEN TENER CON UN BEBÉ PREMATURO**

El recién nacido necesita una serie de atenciones y cuidados encaminados a superar con éxito esta importante etapa de su desarrollo. La alimentación, el sueño y la higiene son los tres aspectos fundamentales en el cuidado del bebé para que este primer periodo de su vida transcurra con normalidad.

La piel del recién nacido constituye el órgano principal de conexión con el exterior. Tras el nacimiento ha de hacer frente a un medio ambiente nuevo muy distinto del líquido amniótico: el aire, los cambios de temperatura, el contacto con superficies duras, gérmenes, etc.

La piel del recién nacido a término y del prematuro son muy diferentes en cuanto a su estructura y función por lo que los cuidados a ofrecer se adaptarán en función de su edad gestacional es; la piel del recién nacido a término es funcional y anatómicamente parecida a la del adulto, sin embargo la del niño prematuro es aún inmadura por lo que en el bebé prematuro existe un incremento de permeabilidad, así como pérdida de agua. Las consecuencias clínicas de estas diferencias son una mayor pérdida de agua por evaporación, un aumento de la necesidad de líquido y un mayor riesgo de intoxicarse si se aplican sustancias en la piel.

#### **NECESIDADES DE LA MADRE:**

Salas de dos a cuatro camas de tamaño adecuado en las que las madres puedan permanecer todo el día, estar con los recién nacidos y poder compartir sus experiencias, al mismo tiempo que puedan recibir visitas sin molestar a las demás. Las habitaciones deberían estar equipadas con sillas y camas cómodas de ser posible que se ajusten a una posición erguida o semi-inclinada para dormir. Así mismo deberían tener acceso a una alimentación nutritiva, se debe contar también con duchas para el aseo de la madre ya que esto

también es importante y se debe fomentar también el estricto lavado de manos después de ir al baño o cambiar al bebé.

Durante el periodo que dure los cuidados del Método Madre Canguro podrían organizarse para las madres actividades tanto educativas como recreativas con el fin de mitigar las inevitables frustraciones derivadas del hecho de estar fuera de su hogar. Las madres deberían estar autorizadas para poder desplazarse por ciertas áreas autorizadas del hospital para que ellas no se sientan encerradas y se desanimen.

Si se diera una estancia prolongada dentro del hospital se debería permitir y aun fomentar la visita de padres y otros miembros de la familia para que ellos también se involucren y que puedan colaborar con la madre sustituyéndola mas que nada en el contacto piel con piel con el bebé para que ella también pueda disfrutar de algo de descanso.

#### ATUENDO DE LA MADRE:

La madre puede llevar cualquier prenda que le parezca cómoda y abrigada para la temperatura ambiente, siempre que la prenda a usar permita acomodar al bebé, que esté firme y en contacto

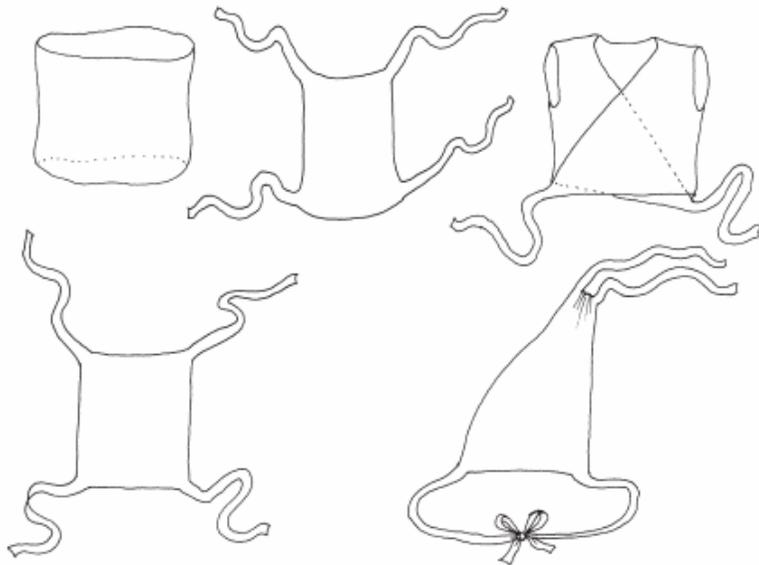
piel con piel, no es necesario el uso de ropa especial siempre que esta sea abierta por el frente.

#### FAJA PARA SUJETAR AL BEBE:

Se trata del único artículo especial necesario para la aplicación del Método Madre Canguro. Este ayuda a que las madres sostengan a sus bebés junto a su pecho de un modo seguro (Fig. 1) para comenzar se recomienda usar un pedazo de tela suave de aproximadamente 1 metro cuadrado, doblarlo en forma diagonal y asegurarlo mediante un nudo o bien pasarlo por debajo de la axila de la madre, mas adelante se puede reemplazar por una bolsa de transporte (Fig. 2). Cualquiera de estas dos debe dejar libertad para



poder mover ambos brazos y poder desplazarse con facilidad mientras se transporta al bebé en contacto piel con piel. Algunas instituciones prefieren proporcionar sus propios tipos de bolsa, camisa o venda.

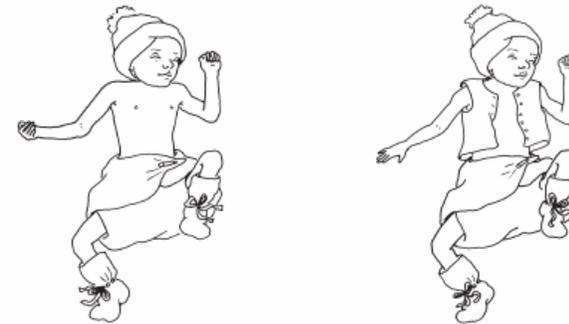


*Ilustración 2 Bolsas para sostener el bebé en posición canguro*

#### ATUENDO DEL BEBE:

Si la temperatura oscila entre 22° y 24°C el bebé no debe llevar mas ropa que el pañal, gorro y calcetines (Fig. 3), si la temperatura esta por debajo de los 22°C deberá llevar una camiseta

de algodón sin mangas y abierta por delante de manera que el rostro, pecho, abdomen y extremidades estén en contacto con la piel de la madre. Posteriormente la madre se cubrirá así misma y al bebé con su ropa habitual.



*Ilustración 3 Vestir al bebé para el MMC*

#### CUANDO COMENZAR EL METODO MADRE CANGURO:

El momento exacto del inicio del Método Madre Canguro depende en realidad del estado de la madre y el bebé. Todas las madres deberían recibir información relativa a las ventajas que se desprenden de la lactancia materna exclusiva y se les debería alentar y ayudar a que se extrajeran la leche desde el primer día, de manera que pudieran proporcionar alimento a sus bebés y garantizar así la lactancia.

Los siguientes criterios contribuirán a determinar en que situaciones conviene recomendar a las madres que adopten el Método Madre Canguro

#### LA MADRE:

Todas las madres independientemente de su edad, religión, número de partos, educación y cultura pueden aplicar el Método Madre Canguro. Este puede resultar especialmente indicado para madres adolescentes y aquellas amenazadas por factores de riesgo social.

Es importante describir cuidadosamente a la madre los diversos aspectos que conforman este método: posición, las opciones de alimentación, atención en la institución y en el hogar, lo que puede hacer por el bebé que lleva junto a su cuerpo y lo que no debe hacer. La adopción del Método Madre Canguro debería ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso percibirse como una obligación.

Los siguientes puntos deben tomarse en cuenta a la hora de prestar asesoramiento en el Método Madre Canguro:

- La voluntad: la madre debe querer los cuidados a su bebé.

- La completa disponibilidad para prestar cuidados: otros miembros de la familia pueden ofrecer un contacto piel a piel intermitentemente pero no pueden amamantar al bebé.
- El estado de salud general: la madre debe recuperarse si ha sufrido alguna complicación durante el parto para poder iniciar el Método Madre Canguro.
- Estar cerca del bebé: la madre debería poder permanecer en el hospital hasta el momento que el bebé esté listo para el Método Madre Canguro.
- Contar con el apoyo de la familia: esto es importante ya que se debe apoyar a la madre sobre todo con las tareas domésticas.

Si la madre es fumadora hay que explicarle el peligro tanto para su bebé como para ella misma.

#### EL BEBE:

Es preciso que el estado del bebé sea estable: debe respirar espontáneamente sin oxígeno adicional. La capacidad de alimentarse (mamar y tragar) no constituye un requisito fundamental.

El Método Madre Canguro se puede iniciar durante la fase de alimentación por sonda; tan pronto como el bebé comience su recuperación puede iniciarse el Método Madre Canguro.

#### INICIO DEL METODO MADRE CANGURO:

La primera sesión es importante y requiere de una atención total, se le pide a la madre que lleve ropa ligera y abierta por delante, se le acomodará en una sala privada y tibia. Se le debe animar a que traiga consigo un acompañante o a su pareja para que se sienta apoyada y tranquila.

#### POSICION CANGURO:

Se debe colocar al bebe entre los pechos de la madre, en posición vertical de modo que el pecho del bebé quede en contacto con el de la madre (Fig. 4<sup>a</sup>)



*Ilustración 4a Colocar al bebé en posición canguro*

Se sostendrá al bebé con la faja, la cabeza de lado y ligeramente extendida. La parte superior de la faja se pondrá justamente bajo la oreja del bebé, las caderas deben estar flexionadas y las piernas extendidas en una postura que recuerde a la de una rana, los brazos también deben estar flexionados (Fig. 4<sup>a</sup>).

Habrán que anudar la tela con fuerza para que al levantarse la madre, el bebé no se salga, la parte más apretada de la tela será en el pecho del bebé ya que el abdomen no deberá verse apretado, y deberá quedar el bebé a la altura del epigastrio ("boca

del estómago") de la madre. De este modo el bebé dispone de espacio suficiente para la respiración abdominal, la respiración de la madre estimula la del bebé (Fig. 4 b).



*Ilustración 4b Bebé en posición MMC*

Se le enseñará a la madre como introducir al bebé y extraerlo de la faja (Fig. 4 c) y a medida que se vaya familiarizando con la técnica su miedo de hacerle daño al bebé desaparecerá.



*Ilustración 4c Introducir al bebé dentro de la faja y extraerlo de ella*

#### INTRODUCIR AL BEBE DENTRO DE LA FAJA Y EXTRAERLO:

- Sostener al bebé con una mano situada atrás del cuello y sobre la espalda.
- Apoyar ligeramente la parte inferior de la mandíbula del bebé en los dedos de la madre, con el fin de evitar que la cabeza se incline hacia abajo y obstruya las vías respiratorias mientras que el bebé esté en posición vertical.
- Situar la otra mano en el trasero del bebé.

Se le explicará a la madre que puede amamantar al bebé en posición canguro y que este método facilita la lactancia materna, además al tener junto a su pecho al bebé estimula la producción de leche.

Al presentarle a la madre el Método Madre Canguro también se le debe hablar de las dificultades, ya que durante algún tiempo su vida girará en torno a la del bebé, transformando así su rutina diaria; convendrá formularle preguntas de manera directa y consciente tanto de las limitaciones que el Método Madre Canguro puede imponer a su vida diaria, como de las indudables ventajas que dará a su hijo.

#### ATENCION AL BEBE EN POSICION CANGURO:

Los bebés perciben la mayoría de los cuidados. Solo se debe interrumpir el cuidado piel a piel para:

- Cambio de pañal, higiene y cuidado del cordón umbilical.
- Evaluación clínica cuando sea necesaria.

#### DORMIR Y DESCANSAR:

La madre dormirá mejor con el bebé en posición canguro adoptando una posición semi-inclinada ayudada por almohadas (Fig. 5), ya que esta posición reduce el riesgo de apnea del bebé.



*Ilustración 5 Dormir y descansar durante los cuidados MMC*

Durante el día se puede usar una silla cómoda con respaldo ajustable para tomar una siesta o descansar.

#### DURACION DIARIA:

El contacto piel a piel comienza de forma gradual, aunque deben evitarse sesiones de menos de 60 minutos, ya que los cambios

frecuentes estresan a los bebés. La duración diaria debe ir, aumentando hasta llegar a ser lo más continua posible, día y noche, interrumpiendo únicamente para el cambio de pañales.

Cuando la madre tenga que separarse debe quedar en la cuna bien arropado libre de toda corriente de aire, sin embargo la pareja o algún familiar podrían contribuir al cuidado piel a piel (Fig. 6)



*Ilustración 6 Participación del padre en el MMC*

#### DURACION TOTAL:

Mientras la madre y el bebé se encuentran cómodos el contacto piel a piel debe ser continuo primero en el hospital y luego

en el hogar. Dicho contacto se prolonga hasta alcanzar el plazo normal del parto a término (edad gestacional alrededor de las 40 semanas) o los 2500 g . Alrededor de dicho plazo el bebé ha crecido hasta el punto en que la posición canguro comienza a ser incómoda; comienza a retorcerse, saca sus extremidades, llora y se queja cuando la madre lo pone en contacto con su piel.

A partir de entonces se puede empezar a abandonar gradualmente el Método Madre Canguro, por supuesto deberá continuar con la lactancia.

La madre entonces retomará el contacto piel a piel ocasionalmente, por ejemplo después del baño, en una noche fría, o cuando el bebé necesita que lo conforten

#### SIGNOS DE PELIGRO

Se le debe enseñar a la madre a identificar signos sutiles de peligro y acudir rápidamente a un centro de asistencia medica, entre estos signos están:

- Respiración dificultosa, retracción del pecho o sonidos roncós.
- Respiración muy acelerada o muy lenta.
- Ataques de apnea frecuentes y prolongados

- El bebé está frío: la temperatura corporal es baja pese a haber procedido al recalentamiento.
- Alimentación dificultosa: el bebé deja de despertarse para las tomas, deja de alimentarse o vomita.
- Convulsiones.
- Diarrea.
- Piel amarillenta.

La madre debe saber que el bebé no corre peligro si:

- Estornuda o tiene hipo.
- Evacua deposiciones blandas después de cada toma.
- No defeca durante 2 o 3 días.

#### - ALIMENTACIÓN:

La alimentación de los prematuros es un reto especial, y por eso Debemos tomarlo con calma y paciencia. A los bebés de edad gestacional inferior a las 32 semanas se les proporcionará alimentación especial, pero a los que su edad gestacional equivalga o supere las 32 semanas ya se les puede amamantar. Es posible que al principio solo se limite a buscar el pezón y lamerlo pero luego

comenzará a succionar aunque puede ser que lo interrumpa durante las tomas. Es importante no apresurarse a quitarle el pecho; conviene también asegurarse una posición cómoda al bebé para que éste agarre el pecho.

Durante este período la madre necesitará apoyo, primero en el hospital y luego en el hogar.

La leche humana es producida por células especiales dentro de los pechos. La leche proviene de estas células, baja por los conductos mamarios y fluye a través de las aberturas en los pezones hasta llegar a su bebé. Para que su cuerpo pueda seguir produciendo leche después del nacimiento, deben ocurrir dos cosas importantes. Primero, el estímulo del pezón le dará a su cuerpo el mensaje, a través de pasajes nerviosos, de producir mas leche. Este estímulo se obtiene por medio de la acción de mamar el pecho en una correcta posición. El segundo aspecto para seguir produciendo leche es la extracción frecuente y completa de la leche de sus pechos. Mientras más leche extraiga, mas leche producirá.

Calostro es el nombre de la primera leche que sale de los pechos (una sustancia espesa, pegajosa, amarillenta o blanca), que se comienza a segregar a partir de la 16ª semana de embarazo. Debido

a que el calostro se produce en pequeñas cantidades, algunas madres primerizas creen que “no poseen leche” para sus bebés, pero un poco de calostro rinde mucho. Es el alimento ideal para el recién nacido, primero porque contiene grandes cantidades de anticuerpos que ayudan a proteger de enfermedades al bebé durante los primeros meses de vida, segundo es una fuente alimenticia muy concentrada, con alto contenido de proteína y minerales.

Las pequeñas cantidades de calostro también facilitan la práctica de las destrezas de mamar, tragar y respirar al mismo tiempo, a un mismo ritmo, para el proceso de amamantar. Para el momento que su bebé logra llevar este ritmo, su fuente de leche habrá aumentado para estar al nivel del aumento del apetito del bebé.

La leche materna proporciona importantes ventajas debido a los nutrientes que ésta posee proporcionando protección frente a infecciones digestivas y respiratorias, evita reacciones alérgicas, previene diarrea y estreñimiento, con lo cual disminuyen los cólicos abdominales, favorece el desarrollo facial y muscular así como la seguridad emocional. En cuanto a la madre, el acto de dar el pecho es una experiencia emocional relajante y contribuye a la recuperación del útero después del parto; y por otra parte hay que

tener en cuenta que la lactancia materna es mucho más económica que utilizar leches artificiales.

La leche humana presenta una composición única, distinta de la leche de otros mamíferos y se adapta a las necesidades nutritivas del recién nacido, que varían mucho durante los primeros meses de vida, así como a su capacidad de digestión. Se distingue así:

- El calostro, o leche segregada por las madres desde el nacimiento hasta el quinto día del posparto.
- La leche de transición, que corresponde a la segregada del sexto al decimoquinto día.
- La leche madura, que es la producida por la glándula mamaria hasta el final de la lactancia.

Durante la primera hora o dos después de nacer, su bebé probablemente estuvo bien despierto y listo para su primera comida de pecho. Si la primera vez que trato de dar pecho no le fue muy bien, no se desanime, sino que trate de amamantar tantas veces como sea posible durante su estadía en el hospital.

Comúnmente no se necesita ni agua ni fórmula; además, mamar en la tetilla de un biberón o un chupón puede confundir a su bebé y hacerle más difícil que se amamante. Ofrezca el pecho

a su bebé con frecuencia por lo menos ocho veces cada 24 horas, no limite el número de minutos que puede mamar de cada pecho. El tiempo requerido para obtener tanta leche como sea posible de un pecho varía mucho en cada bebé. Si usted le quita el pecho a su bebé después de un cierto tiempo quizás no haya podido mamar suficiente leche materna, es importante que le permite decidir cuando debe dejar de dar pecho, por lo general lo hará dejando de mamar el pecho por sí solo cuando haya mamado lo suficiente.

En los casos de nacimientos prematuros la composición de la leche es diferente. La leche materna permite lo que ninguna leche artificial, ya que proporciona una ración equilibrada para el crecimiento del lactante al que aporta, además una protección ante las infecciones y la alergia digestiva, el calostro es un alimento rico en proteínas, sales minerales, lisozima y otros factores inmunológicos que aumentan las defensas del recién nacido, siendo más pobre en grasas y lactosa.

#### LA SUBIDA DE LA LECHE:

Los primeros síntomas del inicio de la secreción láctea suelen producirse entre el cuarto y sexto día del nacimiento; como síntomas generales pueden citarse febrícula o fiebre moderada, malestar y dolor de cabeza. Como síntomas locales son notar el aumento del tamaño de las mamas, calor, enrojecimiento, tensión y dolor.

Los síntomas desaparecen solos entre las 24 y 36 horas siguientes.

Durante las primeras semanas su leche cambia de apariencia, en la cantidad disponible y en lo que suple a su bebé. Por ejemplo la leche madura parece menos espesa que el calostro pero en realidad tiene menos calorías.

Después de los primeros días de dar pecho, sus pechos quizás se congestionen (más grandes, más llenos y un poco sensibles) debido al aumento en la producción de leche y al aumento del flujo sanguíneo hacia los pechos. Esta sensación puede durar durante varios días y a veces puede interferir en el proceso de darle el pecho al bebé.

## LACTANCIA MATERNA

Para iniciarla se debe elegir una ocasión propicia: el momento en que despierte o cuando se encuentre alerta y despierto. Durante la primera toma se extraerá al bebé de la bolsa y se le arropará; luego se devolverá al bebé a la posición canguro y se pedirá a la madre que trate de asegurar una posición y sujeción al pecho adecuadas.

Los bebés pequeños precisan mamar cada 2 o 3 horas, al principio no despertarán por lo que habrá que despertarlos.

## EL ARTE DE DAR DE MAMAR

### NORMA

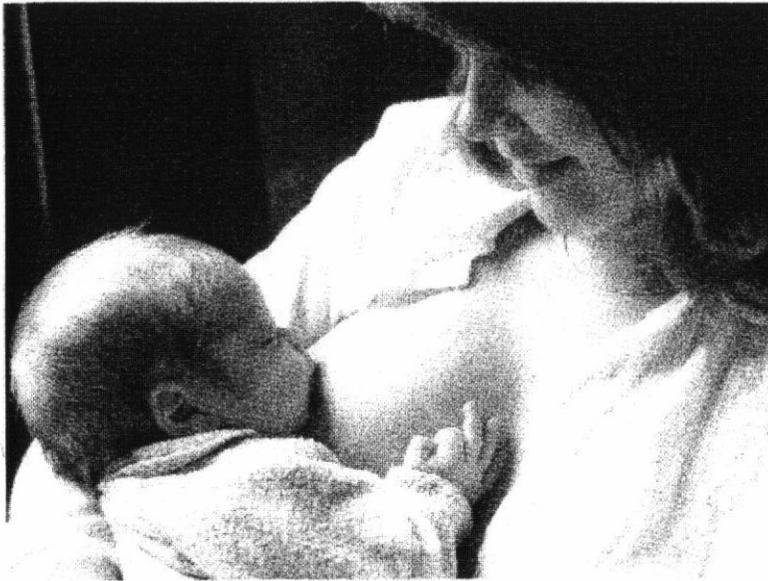
- Antes de empezar: el brasiere ó sostén no debe estar demasiado apretado y debe cambiarse siempre que se moje de leche
- Las manos deben estar cuidadosamente lavadas.
- Es conveniente lavar los pezones con agua hervida, sin exagerar las normas de higiene, ya que un exceso de jabón irritará la delicada piel del seno y un exceso de humedad favorecerá la aparición de grietas, la madre debe ducharse diariamente empleando suficiente agua y jabón.

- El ambiente donde se lleva a cabo la lactancia debe ser tranquilo y para evitar la excitación del bebé. La madre debe concentrarse en el acto de dar de mamar y NUNCA debe dar el pecho si se halla sobresaltada con ansiedad o tensión excesiva. La adrenalina segregada en estos estados podría pasar al bebé con la leche y crearle trastornos nerviosos e intestinales.

En los niños prematuros, si ya puede succionar con suficiente fuerza y pesan más de 2 kilogramos (4 libras) se debe amamantar de forma normal. En el caso de bebés que padecen algún problema respiratorio se puede administrar la leche materna con biberón, que la madre se puede extraer y guardarla en biberones esterilizados y en refrigeración hasta por 24 horas. La leche materna es el mejor alimento ya que facilita un aumento de peso y provee de mayores defensas.

La preocupación principal de las madres que amamantan por primera vez es el saber si su bebé está recibiendo suficiente leche materna o no. A veces se puede observar que los bebés pierden peso pero esto se debe a fluidos extras. Observará que cada día los ojos de su bebé están menos hinchados y que le es más fácil ver a su alrededor. Es normal que un recién nacido pierda hasta el 7% de su

peso al nacer antes de comenzar a ganar peso. La mayoría de los bebés ya están en sus casas cuando empiezan a ganar peso. También es perfectamente normal que su bebé no alcance de nuevo su peso al nacer hasta que tenga 2 semanas de edad.



Una vez que su bebé se recupere del nacimiento, en los primeros días de vida, quizás note que se despierte y parezca que

coma frecuentemente o este inquieta. Muchos padres creen que esto significa que el bebé no está recibiendo suficiente leche materna; esta es una etapa normal del ciclo de amamantar pero algunos padres primerizos no saben esto, y es la razón por la que comienzan a dar fórmula en biberón al bebé en los primeros días.

A veces este periodo de inquietud coincide con la etapa de ablandamiento de los pechos de la madre después del congestionamiento inicial ha desaparecido. Las madres dudan entonces si su fuente de leche es adecuada, esto no necesariamente significa que usted no tiene suficiente leche y la inquietud de su bebé es temporal.

Algunas madres se preocupan porque su leche es muy “débil” para su bebé (recuerde su leche es perfecta para su bebé) si usted deja que su bebé termine con el primer pecho antes de cambiarle al segundo usted puede estar segura que recibió la leche con alto contenido de grasas especialmente nutritiva que sale al final de dar el primer pecho.

Hay algunas señales que pueden indicarle que está recibiendo suficiente leche; la cantidad de leche que consume el bebé determina la cantidad de desechos que expulsará.

La técnica de la leche final consiste en mostrar a la madre durante la consulta como vaciarse una parte del seno en un frasco limpio, después se coloca el niño al seno para ver si alcanza a vaciar el seno y entonces come la parte final de la leche que contiene mas grasas. Si el niño parece tener más hambre, se muestra la madre como complementarlo con la leche que ella se sacó al comienzo de la amamantada. Por último se recomienda a la madre aplicar esta técnica una vez cada 2 comidas, es aconsejable practicar esta técnica una vez cada 2 comidas.



- ASEO: los primeros cuidados que se deben de tener con el bebé prematuro son muy importantes y la higiene sobre todo es algo que se debe realizar con mucho cuidado y dedicación.

El cordón umbilical es algo que a muchas madres preocupa, ya que muchas veces no se sabe que hacer para mantenerlo limpio, se cae hacia el quinto o sexto día, dejando una pequeña herida que cicatriza en unos días, por lo que se debe tomar ciertos cuidados:

- El ombligo debe limpiarse con una gasa estéril y un antiséptico (como agua oxigenada), y luego se le colocará otra gasa estéril en el ombligo la que se sujetará con un esparadrapo.
- La gasa que se coloca se debe cambiar diariamente, si se observa que está pegada debemos mojarla con un poco de agua tibia para poder despegarla sin lastimarlo.
- La cicatrización ocurre en aproximadamente 15-20 días, pero si pasado este tiempo se observa que de éste empieza a salir cualquier líquido o se siente mal olor se debe acudir rápidamente con el médico.

La piel con cabello del bebé puede estar cubierta de pequeñas “costras” como consecuencia de la producción de sebo del bebé, para eliminarlas basta con untarle un poco de vaselina o aceite y luego frotarlo suavemente, algunas veces, cuando el bebé es

prematureo no suele formarse este tipo de costra debido a su misma inmadurez.

**EL CAMBIO DE LOS PAÑALES:** El área del pañal es especialmente vulnerable a irritaciones asociadas al exceso de humedad, por lo que es necesario procurar mantener esta zona seca el mayor tiempo posible ya que la piel es un órgano resistente pero delicado que debe su elasticidad y tersura a una fina capa de grasa producida por las glándulas sebáceas. Esta grasa protege la piel de la acción de los agentes atmosféricos y permite la supervivencia de ciertos microorganismos conocidos como microbiota habitual de la piel, que defienden el cuerpo contra las agresiones de otros gérmenes más virulentos. Se debe limpiar al bebé con agua templada y jabón, que puede sustituirse ocasionalmente por paños húmedos. Con el fin de evitar posibles infecciones la limpieza debe hacerse siempre de adelante hacia atrás, especialmente en las niñas y se debe poner mucho cuidado sobre todo en los pliegues. Cuando el niño permanece mucho tiempo en contacto con heces u orina, las sustancias que éstas contienen irritan la piel y se vuelve más susceptible a la acción de gérmenes patógenos, por lo que el cambio de pañales se debe hacer con cierta frecuencia. Es aconsejable el uso

de pañales de algodón ya que favorecen la circulación de aire en la piel del bebé, mientras que los pañales desechables se deben usar para circunstancias especiales como salidas, viajes, etc.



La mejor ocasión para cambiar los pañales es después de las tomas, ya que los bebés cuando comen suelen tener una evacuación

espontánea conocida como “reflejo gastro-cólico”. De todas maneras, si el niño tiene tendencia a vomitar, es mejor no alterarlo con el cambio de pañales y dejarlo reposar un tiempo prudencial tras la comida. Tampoco hay que despertar al niño para cambiarle los pañales, pues si se encuentra molesto se despertará espontáneamente y manifestará su incomodidad.

Las nalgas del bebé deben asearse frecuentemente ya que la piel es muy delicada y puede irritarse fácilmente, la limpieza se debe llevar a cabo con un paño limpio y humedecido con agua tibia, para luego aplicarle una crema neutra (pasta Lassar® o vaselina) para que lo proteja del contacto directo con las heces y orina.



Los ojos se deben limpiar con un algodón empapado con agua hervida que pasará por el borde del ojo, los párpados, la parte externa del ojo hasta la nariz; se debe usar un algodón limpio para cada ojo.

Los oídos únicamente se deben limpiar por la parte externa con un algodón humedecido, NUNCA se debe introducir algodones ni palitos dentro del conducto de oído externo.

La limpieza de la nariz se realiza con un algodón enrollado en la punta de los dedos, que puede humedecerse con un poco de agua si ésta se encuentra muy reseca. El algodón no se debe introducir demasiado en los orificios nasales ya que los bebés se limpian la nariz cuando estornudan. Tampoco es aconsejable utilizar palitos o hisopos.

Las uñas se deben de recortar con una tijera especial o un cortaúñas para bebé y esto se debe hacer una vez por semana.

LA FIESTA DEL BAÑO: el baño debe ser algo alegre y relajante, no con prisa ni estresante, para esto conviene que el bebé juegue chapotee y manipule objetos dentro del baño y que éste se realice preferentemente por la noche, antes de acostarlo, pues tiene un efecto relajante que facilita el sueño

Para que el baño sea tranquilo es necesario preparar de antemano todo lo necesario, pues una vez introducido el niño en la bañera NO se le podrá dejar solo. Antes de proceder al baño:

- Calcular que la temperatura de la habitación se encuentre alrededor de 22 grados.
- Disponer una toalla para la cabeza y otra para el cuerpo, para esto son muy útiles las toallas de baño que ya traen capucha.
- Prepare el vestidor cerca de la bañera, cubriéndolo con una toalla y coloque encima al niño.
- Ponga el agua en la bañera y calcule que el agua esté alrededor de unos 37 grados.

Una vez terminados los preparativos, desvista al niño y comience la limpieza de la región genital y las nalgas. Si es niña limpie la región de la vulva con un algodón empapado con agua siguiendo la dirección de arriba hacia abajo, para evitar que los gérmenes de los alrededores del ano se introduzcan en la vagina. Enjabónelo, con una esponja suave y sumérjalo en la bañera sosteniéndolo con el brazo.

La limpieza del cabello se aconseja realizarla al principio del baño con un champú especial y mediante ligeros movimientos circulares que alcancen la totalidad de la piel con cabello; para desmenuarlo hay que procurar que no le entre agua ni espuma en los ojos y para esto es mejor echarle agua de adelante hacia atrás.

La mejor manera de sostener al niño es pasarle la mano por la espalda y sujetarlo por debajo del brazo izquierdo para que el niño pueda apoyar la cabeza y sentir seguridad. El baño suele durar unos cinco minutos, aunque no hay inconveniente en prolongarlo si el bebé se encuentra a gusto, ya que este tiempo es una excelente oportunidad para mantener la relación afectiva hablando y jugando con él.

Después del baño se envuelve en una toalla y se seca cuidadosamente prestando cuidado especial a lugares como axilas, nalgas donde suele acomodarse mayor humedad.

Si por alguna razón en especial el niño no puede ser bañado debe realizársele un baño con una toallita húmeda pero no fría y pasársela por todo su cuerpo hasta cerciorarse que el bebé está limpio.

**EL MASAJE AL RECIEN NACIDO:** Además de la alimentación el sueño y la higiene, el contacto con sus padres es

fundamental para el correcto desarrollo del recién nacido. El niño tiene la necesidad de sentirse acariciado, sobre todo por sus padres; de este modo se refuerza el vínculo paterno-filial. Muchos estudios apoyan el masaje en el recién nacido pretérmino en los que se ha demostrado que contribuye a la disminución del nivel de estrés, ganancia de peso y a un mejor desarrollo psicomotor; otros efectos positivos del masaje son la disminución del dolor, fortalecimiento de la función inmune y el efecto positivo sobre la depresión posparto. Al mismo tiempo que se acaricia al bebé el masaje fortalece músculos, articulaciones y ayuda a aliviar algunos de los síntomas mas frecuentemente encontrados por los padres en el cuidado diario de sus hijos: cólico del lactante, gases, estreñimiento, dentición, piel seca, llanto y rabietas.

### **ENFERMEDADES MÁS COMUNES QUE PUEDE PRESENTAR UN BEBÉ PREMATURO**

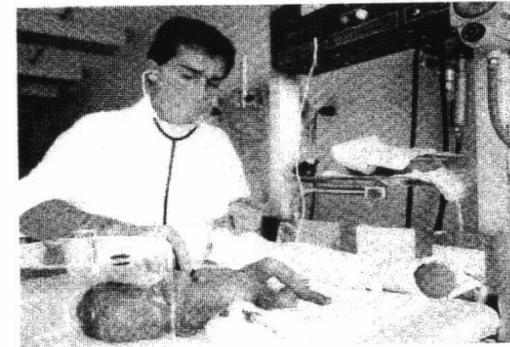
Los niños que nacen prematuramente tienden a presentar algunas enfermedades, relacionadas a que su organismo no estaba

totalmente preparado para vivir fuera del seno materno. Estas enfermedades o patologías se describirán brevemente, pero ante cualquier signo de alarma hay que acudir prontamente al hospital o consultar con el médico de inmediato.

**HIPOTERMIA:** o pérdida de la temperatura corporal, cuando los niños presentan esto, no pueden regular su temperatura, por lo que tienden a enfriarse, razón por la que deben permanecer en incubadora hasta que puedan regular su temperatura.

**TRANSTORNOS RESPIRATORIOS:** se puede mencionar que los más comunes son la dificultad respiratoria y la apnea. Las causas más frecuentes de dificultad respiratoria son: la enfermedad de la membrana hialina (manifestación de pulmones inmaduros no preparados para respirar) y neumonías. Algunos de estos niños necesitan respiración asistida con aparatos adecuados y medicamentos de reemplazo como surfactante artificial.

La apnea es el cese de la respiración por más de 15 segundos acompañados de disminución de la frecuencia cardíaca y cambios de color de la piel (coloración azulada), estos niños necesitan atención de inmediato, y si están en casa se debe acudir rápidamente al hospital.



**ICTERICIA:** consisten en la aparición de una coloración amarilla en la piel y en los ojos; la mayoría de veces se trata de ictericias fisiológicas debido a su misma inmadurez que suelen aparecer durante el segundo o tercer día de vida y que desaparecen en unos siete o diez días mediante la aplicación de fototerapia que puede ser natural (solar) o artificial (lámparas de luz halógena de uso hospitalario). Este color amarillento debe de ser motivo de consulta inmediata con el médico para que a través de análisis bioquímicos se determine su origen, etiopatogenia, nivel plasmático y el consenso de otras patologías.



Una observación importante que las madres deben tener con los varones es revisar que los testículos del niño estén dentro de la bolsa escrotal sino, a esto se le conoce como “criptorquidia” y deberá de ser consultado con el médico. La importancia que los testículos se encuentren en las bolsas escrotales es que a determinadas edades se pueda producir una infertilidad por alteraciones degenerativas de los mismos; ya que éste debe encontrarse a una temperatura algo inferior a la del resto del abdomen que en el escroto, además esto puede causar entre diez y cuarenta veces más riesgo de sufrir una degeneración maligna y

desarrollar cáncer testicular. La intervención quirúrgica (llamada orquidopexia) disminuye todos estos riesgos.

**COLICO DEL LACTANTE:** el cólico del lactante o cólico vespertino también llamado cólico de los tres meses debido a que suele desaparecer antes de los tres meses de edad, es un trastorno frecuente. Consiste en que al pequeño a los pocos días de vida y generalmente por la tarde presenta crisis de llanto, durante los cuales tiende a enrojecer, levantar las piernas y emitir chillidos penetrantes durante algunos minutos hasta media hora, después de lo cual permanece muy irritado pudiendo repetir varias veces el episodio de llanto agudo a lo largo de un período variable de tiempo, que puede durar hasta cuatro horas. Durante el ataque de llanto la emisión de gases por el recto o los masajes sobre el abdomen parecen aliviarle el cólico, pero esto solo es temporal.

En los casos leves es suficiente mantener al niño en brazos e intentar tranquilizarlo (procurando que la madre se tranquilice también), dejándolo incluso llorar suavemente. En los casos intensos existen medicamentos útiles pero su uso no puede ser indiscriminado dada la frecuencia de efectos secundarios indeseables

en los lactantes, por lo que deben administrarse únicamente por prescripción del pediatra.

**REGURGITACIÓN Y VOMITO:** la regurgitación es la expulsión de pequeñas cantidades de comida o secreciones procedentes del estómago o esófago sin náuseas ni contracciones bruscas de la musculatura abdominal. Durante las primeras semanas de vida muchos niños regurgitan una o más veces al día poco después de las tomas sin que esto influya en la ganancia del peso, por lo que no debe ser motivo de preocupación, lo más habitual es que vaya disminuyendo a medida que el niño crece y que desaparezca alrededor de los siete u ocho meses de vida. Aunque si esto persistiera o la cantidad de alimento expulsado sea muy grande hay que consultar de inmediato con el pediatra.

**PSEUDODIARREA (falsa diarrea) Y DIARREA:** las primeras deposiciones después del nacimiento son de color negro verdoso, pegajoso y carente de olor; esto es el meconio. A los dos o tres días el bebé elimina las heces denominadas de transición, menos abundantes y de color progresivamente amarillento, hasta que inicia ya sus deposiciones normales, que al principio pueden ser muy abundantes.

El bebé que toma leche materna puede efectuar una deposición semilíquida después de cada toma, de olor ácido, de color amarillento y con pequeños grumos blanquecinos, esto es normal y no debe confundirse con la verdadera diarrea.

La diarrea verdadera es muy rara en los niños alimentados con pecho. Esta suele ir acompañada de pérdida o estancamiento del peso, malestar, distensión abdominal, y en algunos casos vómitos y fiebre. Lo más importante para diagnosticarla es el aumento súbito del número de evacuaciones en el niño, sin que haya modificado su alimentación.

**ESTREÑIMIENTO:** los recién nacidos alimentados con leche materna rara vez sufren este padecimiento aunque el número de deposiciones es muy variable de una a ocho al día. Es frecuente que realicen una deposición cada vez que toman el alimento, la frecuencia de deposiciones suele disminuir gradualmente entre el primer y tercer mes tanto si reciben leche materna como si son alimentados con lactancia artificial. Algunos niños realizan una deposición cada tres o cuatro días al llegar a los tres meses, regulándose progresivamente al introducir otros alimentos en su dieta, especialmente fruta y verdura.

## MEDICAMENTOS



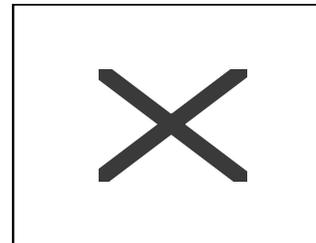
Debe ser el médico quien prescriba los medicamentos que se les debe de administrar a los niños especialmente si éstos son prematuros ya que las dosis a administrar deben de ser adecuadas al peso del niño y madurez hepática y renal.

Todos los niños reciben metoclopramide y un suplemento en Vit E (25mg), Vit D (800UI) y Vit A (2000UI) hasta su término.

El sulfato ferroso se comienza a los 2 meses de vida.

Son pocos los medicamentos absolutamente contraindicados durante la lactancia. Casi todos los medicamentos pasan la leche materna, pero el significado de este hecho depende de:

- La cantidad de medicación que pasa la leche materna.
- La cantidad de leche ingerida por el lactante en cada toma.
- Frecuencia de las tomas.
- Si el medicamento es absorbido por el niño.
- Si el lactante es afectado por la medicación.



A menos que un medicamento sea altamente potente y tóxico, incluso a concentraciones muy bajas, o tenga efectos acumulativos en los lactantes debido a la inmadurez de su metabolismo y eliminación, la excreción del medicamento en la leche materna no tiene por que representar un peligro importante para el niño.

Es necesario que la madre discuta el uso de estos medicamentos con el Obstetra y/o el Pediatra si desea continuar con la alimentación materna de su hijo. Ellos determinarán si el

uso de los medicamentos por parte de la madre es realmente necesario y si se puede minimizar la exposición del lactante a las mismas tomándolas inmediatamente después de que el niño dejó de mamar.

### ¿DEBERIA CONTINUAR AMAMANTANDO?

A través del tiempo, hay muchas mujeres que han sido mal aconsejadas sobre interrumpir la lactancia materna. La decisión de continuar amamantando cuando la madre debe tomar un medicamento, por ejemplo, abarca más que el considerar si el bebé obtendrá algo del medicamento en la leche materna. También debemos considerar el riesgo de **no amamantar**, tanto para la madre como para el bebé. Existen muchísimos riesgos por no amamantar, por lo tanto la pregunta esencial sería ¿La pequeña cantidad de medicamento que pasa a través de la leche materna hace que esta sea más peligrosa que la alimentación con fórmula? La respuesta es: **casi nunca**. Amamantar con una muy pequeña cantidad de medicamento en la leche es casi siempre más seguro. En otras palabras, ser cuidadosa significa continuar amamantando, no interrumpirlo. Además interrumpir el amamantamiento por un

tiempo puede resultar en el destete permanente, ya que puede que el bebé no vuelva a tomar el seno nuevamente.

### LACTANCIA Y MEDICACION MATERNA:

La mayoría de los medicamentos aparecen en la leche, pero normalmente sólo en cantidades mínimas. Aunque muy pocos medicamentos pueden causar problemas en los bebés aún en dosis mínimas, este no es el caso de la gran mayoría. Las madres que amamantan a quienes se les sugiere suspender la lactancia por algún medicamento, deberían solicitar a su médico que se les recete un medicamento alternativo el cual sea adecuado durante la lactancia. En la actualidad en muy pocos casos puede haber dificultad para encontrar una alternativa segura, para no interrumpir así la lactancia.

#### La mayoría de los medicamentos son seguros si:

- Normalmente se los prescriben a los niños.

- Son considerados como seguros durante el embarazo, esto no siempre es correcto, ya que durante el embarazo el cuerpo de la madre está ayudando al bebé a eliminar el medicamento.

**Los siguientes medicamentos son utilizados comúnmente por ser considerados seguros durante la lactancia:**

- Acetaminofen, Tylenol®, Tempra®,etc.
- Aspirina en dosis usuales y por periodos cortos.
- La mayoría de medicamentos para la hipertensión (presión alta)
- Tetraciclina, Tetralisal®
- Codeína, Coderpina®, Tylex CD®
- La mayoría de antiinflamatorios no esteroideos, Diclofenaco, Flamydol®, Cataflam®, Ibuprofeno, Ibunac®, Ibuntol®,etc.
- Metronidazol, Flagyl®
- Omeprazol, Losec®
- Vacunas dadas a la madre no requieren que se suspenda la lactancia; por el contrario la vacuna ayudará al bebé a desarrollar cierta inmunidad si alguna cantidad es pasada a la leche.
- Rayos X y exámenes, estos no requieren que la madre suspenda la lactancia, ni aún cuando se usa algún medio de contraste.

Si usted considera que la interrupción de la lactancia es la mejor alternativa, entonces extraiga su leche por adelantado durante varios días para poder conservarla y poder dársela a su bebé.

### GLOSARIO

- Acidosis: cambios en la acidez de la sangre.
- Alteraciones hematológicas: alteraciones de la sangre.
- Anemia hemolítica: grupo de trastornos en los que la vida media de los glóbulos rojos está disminuida.
- Edad cronológica: edad calculada a partir de la fecha de nacimiento.
- Edad gestacional: edad o duración de la gestación desde el último período menstrual hasta el nacimiento.
- Calostro: leche que segrega el pecho de la madre al comienzo de la lactancia.
- Hipercalcemia: aumento de calcio en la sangre.

- Hipoglucemia: trastorno en el que la concentración de azúcar en sangre se ve disminuida.
- Hipotermia: temperatura corporal inferior a 36.5°C
- Leche Final: leche materna que queda en el pecho después de extraerse el calostro (la leche final tiene un contenido en grasas y una densidad calórica mayor que el calostro).
- Recién nacido prematuro o pretérmino: bebé nacido antes de la 37ª semana de edad gestacional.
- Recién nacido prematuro adecuado para la edad gestacional: recién nacido prematuro cuyo peso al nacer se sitúa entre los percentiles 10 y 90 de su edad gestacional.
- Recién nacido prematuro pequeño para la edad gestacional: recién nacido prematuro cuyo peso al nacer se sitúa por debajo del percentil 10 de su edad gestacional.
- Recién nacido pequeño: en la presente guía se trata de un recién nacido con bajo peso al nacer prematuro.
- Recién nacido pequeño estable o con bajo peso al nacer: neonato cuyas funciones vitales (respiración y circulación), no precisan atención ni vigilancia médicas continuas y que no experimentan un rápido e inesperado deterioro.
- Nacimiento a término: parto que se produce entre la 37ª y la 42ª semana de edad gestacional.
- Nacimiento prematuro: o pretérmino, parto que se produce antes de la 37ª semana de edad gestacional.
- Recién nacido con bajo peso al nacer: recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 2500 g (hasta 2499 g inclusive) independientemente de su edad gestacional.
- Recién nacido con muy bajo peso al nacer: recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 1500 g (hasta 1499 g inclusive) independientemente de su edad gestacional.
- Recién nacido con extremadamente bajo peso al nacer: recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 1000 g (hasta 999 g inclusive) independientemente de su edad gestacional.
- Síndrome del niño gris: acumulación del cloranfenicol, por altas dosis resultando en el síndrome gris con vómitos, flacidez, hipotermia, color gris, choque y colapso.

### MEDICAMENTOS A EVITAR EN LA LACTANCIA

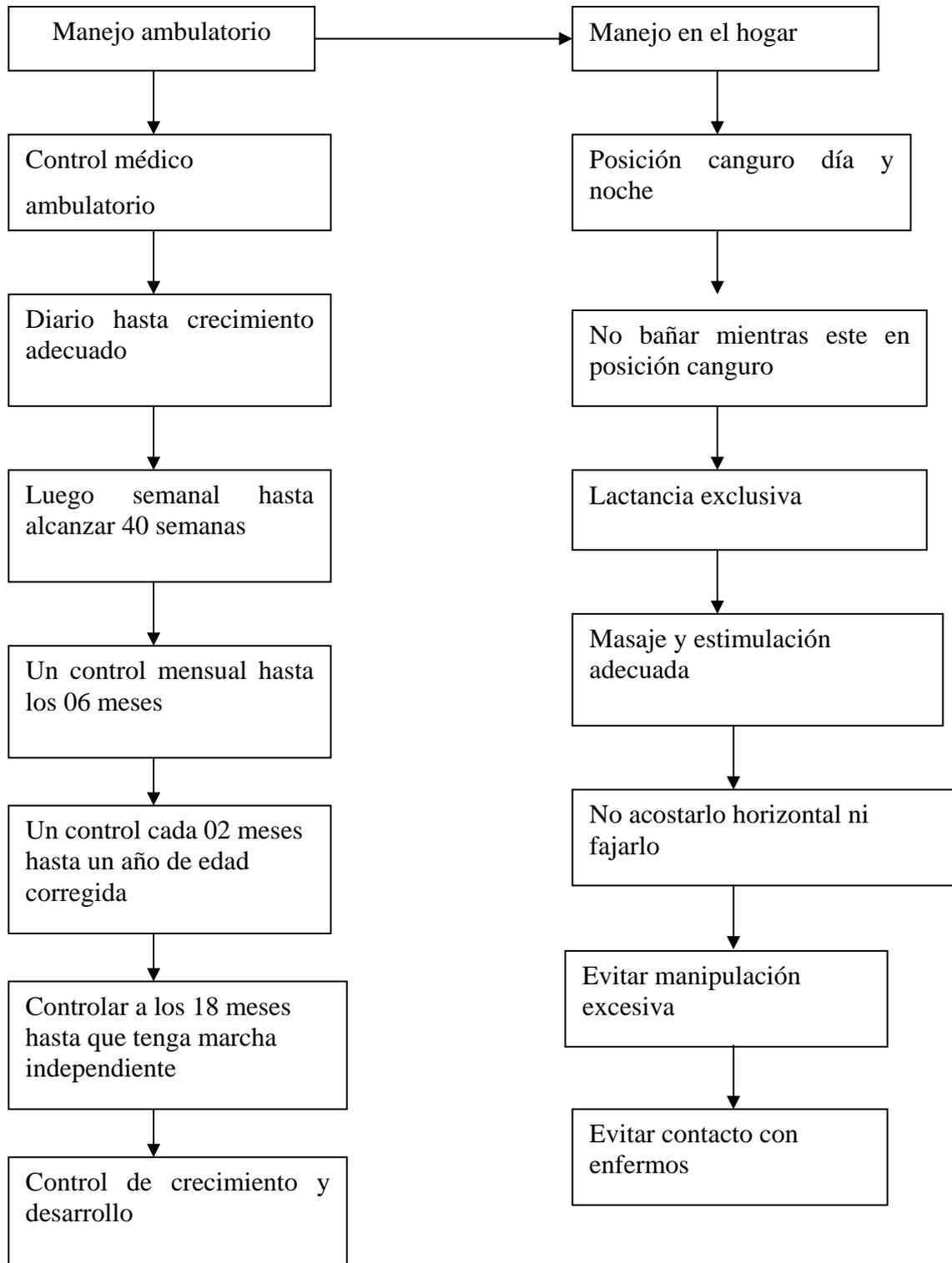
FARMACO	RIESGO
Acido Nalidíxico (Wintomylon®)	Anemia hemolítica
Alcohol	Somnolencia, retraso en el crecimiento
Ampicilina Ampitrex®	Diarrea
	Riesgo de hipoglucemia
Clindamicina (Dalacin®)	Diarrea sanguinolenta
Cloranfenicol (Chloromycetin®)	Vómitos y riesgo de síndrome gris.
Clorpromazina (Largactil®)	Somnolencia
Diazepam	Somnolencia
	Riesgo de alteraciones hematológicas
Fenilbutazona (Butazolidina®)	Depresión del sistema nervioso
Fenobarbital (inicio del tratamiento)	
Fenobarbital (tratamiento crónico)	Somnolencia
Indometacina (Indocid®)	Convulsiones
Laxantes (leche de magnesia)	Diarrea
Metronidazol (Metriquin®)	Sabor amargo, diarrea
Opiáceos (morfina, heroína)	Síndrome de abstinencia
Salicilatos (Aspirina, altas dosis)	Acidosis
Tabaco	Taquicardia, insomnio, diarrea, vómitos
Tetracilina (Tetralisal®)	Coloración en dientes, hipocalcemia
Vitamina D (Calcibon®)	Riesgo de hipercalcemia





## BIBLIOGRAFIA

1. MADRE CANGURO. Guía Educativa, Documento de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
2. Dr. Martínez Gómez, Héctor. et al: Primer Encuentro Internacional. Programa Madre Canguro. UNICEF. Bogotá, Colombia, 1990. pp. 307 – 310, 351 – 352.
3. Garavito, R. Programa Madre Canguro, una forma de egreso temprano. Hospital Roosevelt, Guatemala, 1989.
4. WWW. kanguroo.javeriana.edu.com
5. Litter, Manuel. Compendio de Farmacología. Editorial El Ateneo, 1978.
6. Nora Rodríguez. Mi bebé es prematuro. Grijalbo Mondadori, S.A., Barcelona, 2,000 pp. 193
7. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud Vols. 1 y 2.

**FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO**

### **ANEXO 3**

**ENCUESTA DE VALIDACION DE LA GUIA EDUCATIVA PARA  
LAS MADRES QUE ASISTEN AL PROGRAMA MADRE CANGURO  
EN EL SERVICIO DE MÍNIMO RIESGO DEL DEPARTAMENTO DE  
PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA  
SERVICIO DE MINIMO RIESGO, HOSPITAL ROOSEVELT  
PROGRAMA MADRE CANGURO.

ENCUESTA DE VALIDACION

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas basándose en la guía que leyó con anterioridad.

1. Sabe cuáles son los principios fundamentales del Programa Madre Canguro?
2. Comprende en que consiste el cuidado Canguro?
3. Entiende los objetivos del Programa Madre Canguro?
4. Qué es un bebé prematuro?
5. Mencione algunas razones por las que se puede dar un parto prematuro:
6. Cuáles son los grupos de mujeres que pueden estar en riesgo de tener un parto prematuro?
7. Cuál es el alimento ideal para un bebé prematuro?
8. Qué aspectos son importantes en el momento de comenzar con la técnica Madre Canguro?
9. Describa con sus palabras como es la posición canguro:
10. Qué signos de peligro se deben saber identificar en un bebé prematuro?
11. Menciones algunos aspectos importantes del aseo del bebé:
12. Qué información le dió a conocer la guía respecto a los medicamentos que se le pueden administrar a un bebé prematuro?

