

Manejo del Recién Nacido Prematuro

Método Madre Canguro



El proyecto USAID/HCI es posible gracias al apoyo generoso del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Esta publicación es posible por el apoyo del pueblo norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido expresado por los autores de esta publicación, no necesariamente refleja la opinión del Gobierno de los Estados Unidos de América o de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.



Contenidos

I. Normas de Funcionamiento	6
Dirigida a los Padres	6
Dirigida al Personal de salud	7
2. Guía de Manejo del Recién Nacido Canguro	8
Introducción	8
Método de Madre Canguro Intrahospitalario	8
Fase Intrahospitalaria	9
Criterios de Selección	9
Recién nacido	9
Madre y familia	9
Componentes a desarrollar	10
Posición Canguro	10
Nutrición del bebé canguro	11
Técnicas de alimentación	11
Beneficios	12
Almacenamiento de la leche extraída	13
Posiciones de amamantamiento	13
Técnica de alimentación por sonda	14
Técnica de la alimentación por taza o vasito	15
Técnica de alimentación por jeringa o cuenta gotas	15
Egreso temprano	15
Fase Ambulatoria	16
Adaptación canguro ambulatoria	16
El seguimiento canguro hasta la edad mínima de un año corregido:	17
Crecimiento somático durante el seguimiento hasta un año de edad corregido	18
Señales de peligro a vigilar en el niño	18

3. Manual de aplicación del formato para detección de alteraciones sensoriomotoras en bebés de riesgo	19
Batería Internacional Neurológica del Infante-INFANIB	19
Para la valoración específica se tendrá en cuenta:	19
Condiciones para obtener resultados confiables:	19
Manual de aplicación del infanib	19
Factor 1: espasticidad	19
Factor 2: cabeza tronco	19
Factor 3: función vestibular	20
Instrucciones generales	20
A. Tetraparesia espástica disquinesia	20
B. Hemiparesia espástica	20
C. Dipleja espástica:	20
D. Hipotonía	20
Manual de aplicación del Infanib- instrucciones por ítems	21
4. Higiene del Recién Nacido Prematuro	28
Programa Madre Canguro	28
Al ingresar a la sala:	28
Aseo en los días subsecuentes	28
Vestimenta	28
5. Masaje Corporal del Recién Nacido Prematuro	29
Propósito	29
Recomendaciones Generales	29
Procedimiento	29
Modalidades en el masaje	29
Cuando ya salió de la posición Canguro	29
El Pecho	30
El vientre	30
La espalda	30
Los brazos y las manos	30
La cara	31

Introducción

Según los datos estadísticos del hospital Bertha Calderón, en el año 2010 hubo un promedio de 10.956 nacimientos, correspondiendo el 17.5% de éstos, a nacimientos prematuros y el 14.5% a nacimientos de peso bajo al nacer (< 2,500g). Los nacimientos prematuros se han venido incrementando de manera progresiva en los últimos 3 años, razón por la cual el índice ocupacional de la sala de recuperación se ha mantenido por arriba de 118%, tensionando los servicios de hospitalización y demandando un mayor número de equipos y recursos humanos.

El porcentaje de muertes ocurridas en el año 2009 en el hospital Bertha Calderón fue de un 7.5% para los recién nacidos prematuros y de un 8.4 % para los recién nacidos con peso bajo al nacer. Las cifras de mortalidad para este grupo se ha mantenido casi de manera invariable en los últimos 3 años.

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

El Método de Madre Canguro ha demostrado ser eficaz y fácil de aplicar para mejorar la salud del recién nacido, favoreciendo el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos al margen de su entorno, peso, edad gestacional y condición clínica, por tanto su implementación en el hospital Bertha Calderón contribuirá grandemente a mejorar la salud del recién nacido prematuro, su calidad de vida y a reducir la mortalidad neonatal.

Para su implementación en el hospital Bertha Calderón se requiere de un proceso de entrenamiento del personal médico y de enfermería, organización de los servicios, entorno favorable con políticas definidas (hospitales amigos de la niñez y la madre, políticas de apego precoz y alojamiento conjunto), equipamiento, materiales, medicamentos disponibles, protocolos y guías clínicas basadas en evidencias definidos, mecanismos de aseguramiento de la calidad de la atención.

Este Método de Madre Canguro indudablemente contribuirá no solo a mejorar el pronóstico y calidad de vida de los recién nacidos prematuros sino también permitirá el egreso precoz de ellos, favoreciendo el uso más racional de los recursos humanos y técnicos así como la disminución de los costos hospitalarios de éstos niños(as).

Este protocolo de atención está dirigido al personal de salud, tanto médicos como de enfermería, que laboran en el departamento de neonatología del hospital Bertha Calderón, y contiene las directrices para el manejo y seguimiento del recién nacido prematuro que ingresa dentro de la estrategia Madre Canguro.

I. Normas de Funcionamiento del Programa Madre Canguro

Fase Intrahospitalaria

Dirigida a los Padres

- La madre puede permanecer con su recién nacido las 24 horas del día, y realizar cambios de turno con el padre u otro familiar; para el apoyo en el cuidado de su bebé, mientras ella se alimenta, baña o descansa.
- Mientras el bebé permanece hospitalizado, el padre puede visitarlo, respetando los horarios establecidos por el hospital.
- El primer día de hospitalización de su bebé, usted debe ponerse de acuerdo con el personal de salud e informarles acerca del nombre de la persona autorizada a sustituirla en los horarios establecidos por el hospital.
- Solamente puede permanecer junto al recién nacido, un familiar; salvo, situaciones muy especiales, las que serán revisadas y autorizadas por el médico responsable de la sala.
- El padre y/o los familiares de la red de apoyo de la familia Canguro, no deben ser portadores de procesos infecciosos activos (tos, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre, lesiones en los labios o en piel, gastrointestinales como diarrea)
- Los padres deben informar al personal de salud de cualquier cambio que observen en su bebé.
- Los padres y su red de apoyo están obligados a cumplir con la normativa de higiene establecida en la sala, así como para ingresar a cualquiera de los ambientes del departamento de neonatología, siendo éstas las siguientes:
 - Lavarse las manos con agua y jabón, secarse con papel toalla
 - Luego aplicarse alcohol gel y dejar que se seque en las manos
 - La bata que se entrega, son para uso dentro de la sala, debe cubrir toda la ropa que usted trae puesta para evitar el contacto con su bebé.
 - Los padres deben tener las uñas cortas y limpias, las mamás deben usar su cabello recogido y los papás no deben usar gorras.
- No se permite usar anillos, relojes ni brazaletes.
- No se permite el uso de celulares dentro de la sala porque son un medio de transmisión de infecciones.
- Es obligatorio que los padres y su red de apoyo, asistan a las charlas educativas sobre la adaptación Canguro Intrahospitalario, las cuales son brindadas por el personal de salud, dos veces por semana (martes y viernes a las 11 am). En algunas ocasiones esta hora puede sufrir modificaciones, cualquier cambio será notificado a usted, por el personal de salud.
- También es obligatorio que los padres acudan a las sesiones con Psicología para el adecuado apoyo emocional, al menos una vez a la semana, y cada vez que sea necesario, según valoración realizada por Psicología, ya sean sesiones individuales o de pareja.
- Una vez que el recién nacido se encuentre en condiciones de iniciar la Adaptación Canguro Intrahospitalario, es requisito obligatorio que los padres firmen la hoja de consentimiento informado, donde autorizan al personal de salud, el ingreso del recién nacido dentro de la Estrategia Madre Canguro.
- Todos los días, el médico de base responsable de la sala donde se encuentra hospitalizado el bebé, debe informar a los padres acerca de la condición clínica de él, a las 11 am y 5 pm. Si los padres desean hacer alguna pregunta sobre su bebé, no deben vacilar en aprovechar este momento para realizarla. Sin embargo a veces el personal de salud puede estar ocupado atendiendo casos graves, por esta razón puede que se le solicite a los padres regresar en otro momento para el informe médico de su bebé, mientras llega ese momento usted unos de los padres puede permanecer con el bebé.
- La información sobre la condición clínica del recién nacido será brindada a ambos padres en el mismo momento; si por razones de fuerza mayor, uno de los padres no puede acudir, ésta

información se brindará únicamente al padre o la madre que asista.

- En caso que la madre del recién nacido, sea soltera, adolescente o haya fallecido, será la trabajadora social del hospital, quien identifique, mediante un estudio social, a la persona responsable de recibir la información acerca de la condición clínica del recién nacido.
- Los padres de los recién nacidos Canguro no deben utilizar perfumes, cremas ni desodorantes con olores intensos.
- Una vez que el recién nacido egresa del hospital, es responsabilidad de los padres acudir a la unidad de salud más cercana a su casa, cuando identifiquen en su bebé cualquiera de las siguientes **señales de peligro**:
 - Respiración difícil: retracciones del pecho y sonidos roncós (se le hunde el pecho)
 - Respiración muy acelerada o muy lenta
 - Pausas respiratorias frecuentes y prolongadas (hay momentos que deja de respirar)
 - Bebé está frío: la temperatura corporal es baja, pese al calentamiento
 - Alimentación dificultosa: bebé deja de despertarse para la toma, deja de alimentarse o vomita.
 - Convulsiones
 - Diarrea
 - Piel amarillenta

Dirigida al Personal de salud

- Al ingresar a cualquiera de los servicios debe cumplir con lo siguiente:
 - Quitarse anillos, pulseras y reloj.
 - Lavarse las manos hasta el codo.
 - Aplicarse alcohol gel.
 - Mantener las uñas cortas, limpias y sin pintura.
 - Colocarse bata limpia (lavado diario)
- Lavarse las manos antes y después de realizar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y aplicarse alcohol gel.
- Aplicarse alcohol gel y antes y después de examinar al paciente.
- Toda persona que curse con alguna enfermedad infecciosa de la piel (manos y brazos) no debe manipular a los recién nacidos.
- Toda persona que curse con alguna infección de la vía respiratoria alta debe colocarse mascarilla limpia antes de ingresar a cualquiera de los servicios.
- Cualquier procedimiento invasivo (venodisección, catéter umbilical, etc) debe realizarse bajo estrictas medidas de asepsia, para ello utilizar bata, gorro y mascarilla estériles. Cumplir con lo establecido en la Guía del uso racional de antisépticos y desinfectantes.
- La temperatura ambiente de los diferentes servicios debe mantenerse entre 26 y 30° C.
- El médico de base responsable de la sala, es el único autorizado a brindar información a los padres, sobre la condición clínica del paciente.
- El personal de enfermería puede responder las inquietudes de los padres, sobre los cuidados del niño (higiene del niño, alimentación, masajes, señales de peligro, posición canguro y posición en cuna).
- El personal médico y de enfermería deben cumplir con el protocolo establecido para el abordaje del recién nacido canguro.
- Las charlas educativas dirigidas a los padres de los bebés canguro serán impartidas por el personal de enfermería, según cronograma de charlas establecido por la jefa de enfermería del departamento de neonatología.
- El personal de salud debe orientar a los padres sobre las señales de peligro, para que las identifiquen en el bebé y acudan a la unidad de salud más cercana de inmediato.
- Es responsabilidad del personal de enfermería pesar diariamente al niño(a) canguro.
- Es responsabilidad del personal médico graficar diariamente el peso del niño(a) en la curva de ganancia de peso y registrar en el expediente clínico, la somatometría completa del bebé, todos los días viernes de cada semana.
- El hospital proveerá en la medida que sea posible una faja canguro a los padres, la que será de uso exclusivo para su bebé, puede ser lavada en casa cuando sea necesario.

2. Guía de Manejo del Recién Nacido Prematuro

Método Madre Canguro

El método Madre Canguro está dividido en 2 fases, una fase intrahospitalaria y una fase ambulatoria. Siempre debe iniciarse con la fase intrahospitalaria, la cual comienza cuando el recién nacido prematuro o de peso bajo al nacer, está hospitalizado pero ya ha superado su problema de salud o algún problema crítico; es decir es un recién nacido de cuidados mínimos y además la familia está de acuerdo en aplicar la técnica Canguro. Durante este período de hospitalización los padres y el recién nacido pasan por un proceso de educación y adaptación, de ajuste social, emocional y físico de la madre y la familia, todo esto se cumple a través de un plan educativo con objetivos claros, que incluye entrenamiento en los cuidados del recién nacido prematuro (alimentación al seno materno, como sostenerlo, higiene, vigilancia de signos de peligro, liberación de angustia, masaje) y como colocarlo en la posición canguro; por esta razón los padres deben tener facilidades para acceder a la unidad de Cuidados Neonatales. Todo este entrenamiento está planificado a realizarse en varias sesiones, con una dosificación gradual de temas, de esta manera los padres podrán asumir con toda confianza, el cuidado en casa, de su recién nacido, una vez que éste egrese de la unidad hospitalaria.

La segunda fase, es la ambulatoria, la cual inicia una vez que el recién nacido egresa del hospital, y los padres y familiares están entrenados y dispuestos a cuidar a su recién nacido en casa y además el recién nacido puede succionar adecuadamente el pecho materno. Durante esta fase los padres tienen que acudir a consultas colectivas periódicas, a través de las cuales se evalúa el progreso del recién nacido en términos de desarrollo neurológico y la ganancia de peso, se hacen evaluaciones oftalmológicas y optométricas cuando fuese posible y se continúa con el apoyo psicológico a los padres.

Fase Intrahospitalaria

Los objetivos de la adaptación canguro Intrahospitalaria son los siguientes:

- Ayudar a la madre a aceptar la imagen del pequeño niño(a) que ha gestado a través del encuentro continuo, el reconocimiento de sus características y el aprendizaje de sus cuidados.
- Aliviar el estrés materno originado al tener que cuidar un bebé frágil prematuro.
- Atenuar temores y preocupaciones permitiendo a las madres compartirlos en grupo y resolviendo muchos de ellos con información.
- Educar colectivamente sobre el método madre canguro y las características que diferencian un niño(a) prematuro de un niño(a) a término, las precauciones y signos de alarma del bebé en posición canguro en casa.
- Entrenar a la madre en los procesos de alimentación del niño(a) prematuro: alimentación directa al seno, extracción y almacenamiento de la leche materna y administración apropiada (sin biberón, con vaso, gotero, jeringa, etc.) de la leche extraída y de otros nutrientes.
- Disminuir la fatiga a través de ejercicios físicos y de relajación con el bebé en posición canguro.
- Disminuir los temores que puedan haber con respecto a la posición canguro, mediante testimonios de madres que han experimentado los beneficios de esta posición.
- Propiciar el reconocimiento físico y una relación estimulante madre-hijo(a), a través del masaje al bebé mientras está en contacto piel a piel, promoviendo el desarrollo del vínculo emocional madre-hijo(a).

- Hacer que la madre sea capaz de cuidar a su bebé en la casa, manteniendo la posición Canguro, mediante el entrenamiento a ella y su red de apoyo, sobre cómo sostener el bebé 24 horas al día.
- Disminuir temores y miedos que aparecen mientras se está implementando el método madre canguro-MMC.
- Evaluar a los bebés que están listos, y en capacidad de pasar a la fase de canguro ambulatorio.

Resumen de las actividades a desarrollar con los padres, durante la adaptación Canguro intrahospitalario

- Entrenamiento sobre como sostener al bebé.
- Entrenamiento en lactancia materna y alimentación de la leche extraída.
- Educación acerca del cuidado, precauciones y signos de alarma del bebé en casa.
- Sesiones psicológicas para trabajar los temores específicos.
- Entrenamiento sobre ejercicios físicos de relajación con el bebé en posición canguro.
- Relatos de experiencias de las madres que hayan participado previamente en el programa técnica de madre canguro.
- Entrenamiento sobre estimulación y masaje al bebé cuando está en contacto piel a piel.

Criterios de Selección

Los criterios de selección para el inicio del método canguro intrahospitalario dependen del recién nacido, de la madre y del entorno familiar:

Recién nacido

- Recién nacido menor de 37 semanas de gestación
- Menor de 2,000 g que se encuentre con una condición clínica estable.
- Recién nacido hemodinámicamente estable
- Recién nacido sin apoyo ventilatorio

Madre y familia

- Madre sin procesos infecciosos en piel.
- Madre dispuesta asumir los cuidados de su recién nacido y adoptar la posición canguro.
- Excelente motivación
- Disciplina y compromiso

Componentes a desarrollar

Posición Canguro

Nutrición Canguro

Egreso temprano

Posición Canguro

Los recién nacidos pueden estar hospitalizados en cualquiera de las salas del departamento de neonatología, el requisito para iniciar la posición canguro es que tenga sus signos vitales en rangos normales. El bebé debe usar la ropa apropiada: un gorro de algodón para evitar la pérdida de temperatura, camisa o camiseta de algodón sin mangas y abierta al frente para mantener el contacto piel a piel, pañal y calcetines. El pañal es absolutamente necesario para proteger a la madre y al niño(a) de las deposiciones, tiene que ser impermeable para no dejar pasar la orina, porque al evaporarse podría enfriar al infante, además de ser incómodo para el proveedor de la posición e irritante para la piel de ambos. Se puede colocar un paño de algodón entre la cara del niño(a) y la piel de la madre que pase alrededor del cuello de la madre, absorbiendo la sudoración y permitiendo más confort a la madre.

Los requisitos para la madre son los siguientes: debe tener una vestimenta adecuada, bata hospitalaria amarrada adelante, uñas cortas y limpias sin esmalte, apropiado aseo corporal especialmente el área que estará en contacto directamente con la piel del niño(a), pelo recogido y no debe usar joyas o anillos, ni cosméticos ni perfume.

Colocación del niño(a) en posición canguro: El bebé canguro debe estar en posición vertical estricta, en decúbito ventral con su cuerpo y mejías contra el pecho de su madre (posición de rana). Mientras se carga contra el pecho



de la madre, se evita que el niño(a) quede de medio lado ya que esta postura con frecuencia se produce apnea obstructiva sobre todo en los prematuros más hipotónicos. Se gira la posición de la cabeza en cada amamantada, por ejemplo si la mejía derecha estaba apoyada, se rota la cabeza para que ahora quede apoyada la mejía izquierda y se debe tener mucho cuidado de mantener libre y permeables las vías aéreas. Para mantener al niño(a) en esta posición es necesario usar un dispositivo lo suficientemente firme como para sostenerlo adosado al pecho con mínimo o ningún apoyo de los brazos de la madre y lo suficientemente flexible para permitir movimientos adecuados tanto respiratorios como de otros tipos (banda o faja de algodón lycrado sencilla) que pueda ser usada por la madre, el padre u otros proveedores de la posición. Esta faja tiene la ventaja de poder bajarse en cualquier momento para amamantar o cambiar pañales o asear al niño(a) así mismo le permite a la madre libertad de movimiento para ocuparse de actividades rutinarias relacionadas con su confort, higiene, alimentación sin depender permanentemente de terceros.

Para introducir al bebé dentro de la faja y extraerlo de ella, la madre debe ser instruida en como sostener al bebé, permitiendo una fácil y segura movilidad, sosteniendo al bebé con una mano ubicada en la parte posterior del cuello y la espalda permitiendo que sus dedos alcancen el segmento bajo de la quijada para prevenir que la cabeza se escurra y bloquee el paso de aire mientras el bebé está en posición vertical, la otra mano se ubica debajo de las nalgas.

Si el niño(a) recibe oxígeno por cánula y/o se le administran líquidos intravenosos, es prudente que otra persona capacitada ayude a la madre hasta que se sienta lo suficientemente segura como para hacerlo sola.

Portador Canguro: De preferencia el portador canguro es la madre por los efectos que la posición canguro tiene sobre la producción de leche y el establecimiento de una buena relación madre-hijo. Sin embargo el padre debe participar para ayudarla, sobre todo en los momentos que la madre necesita realizar sus propios cuidados y para establecer la relación padre-hijo, igualmente vital para el futuro del bebé. Otros miembros de la familia pueden ayudar a ser portadores canguro ya que todos los seres humanos sanos tienen una regulación térmica adecuada para mantener la

temperatura del bebé. Lo importante es mantener al niño(a) en contacto piel a piel las 24 horas del día. El portador Canguro, debe mantener una inclinación de su cuerpo durante la noche, de al menos 30 grados, para lograrlo en la casa, unos ladrillos colocados en la base de la cama, a nivel de la cabecera, es suficiente, y el uso de faja ayuda a los padres a mantener la cabeza del niño(a) más elevada.

Duración de la posición: El niño(a) es el que determina el tiempo que permanecerá en posición canguro. En efecto llega un momento en el que de manera natural el bebé trata de abandonar esa posición, se siente incómodo, llora y trata de sacar los pies y las manos. Por lo general, esto sucede cuando el bebé alcanza su término (37-40 semanas de gestación) y pesa más de 2,000 gramos.

Por lo general la duración de la posición canguro no sobrepasa los 3 meses, lo cual en términos generales, le permite a la madre que tiene una actividad profesional y que se encuentra en subsidio de maternidad, continuar el programa hasta el final.

Nutrición del bebé canguro

La alimentación está basada en la leche de su propia madre por ser la más apropiada en cuanto a su aporte nutricional e inmunológico y también la más segura. Para lograr una alimentación materna exitosa, la no separación del niño(a) y de su madre debe ser la regla.

Las tomas orales deben comenzar tan pronto como el estado del bebé lo permita y este las tolere. Ello suele coincidir con el momento en que se puede colocar al bebé en posición canguro, lo que contribuye a que la madre incremente la producción de leche. Los bebés cuya edad gestacional es inferior a 30 ó 32 semanas suelen necesitar una sonda orogástrica para alimentarse y esta puede emplearse para proporcionarle leche extraída del pecho de su madre, la madre puede permitir que su bebé se chupe el dedo o los dedos mientras se alimenta con sonda. La alimentación puede proporcionarse mientras el bebé se encuentre en posición canguro.

A los bebés con 32 o más semanas de edad gestacional se les puede amamantar. Es posible que en un principio el bebé se limite a buscar el pezón y a lamerlo o que incluso llegue a mamar un poco. Se deberá seguir administrándole leche

extraída mediante taza o sonda, de manera que quede garantizado que el bebé reciba lo que necesite.

Los bebés cuya edad gestacional se sitúa alrededor de las 34 semanas de gestación en adelante suelen poder alimentarse directamente del pecho materno. No obstante en algunas ocasiones es necesaria la alimentación suplementaria administrada en taza.

La posición canguro es la ideal para la lactancia materna. Tan pronto como el bebé dé muestras de que está listo para la lactancia materna, moviendo la lengua y la boca y parezca interesado en succionar (succiona los dedos o la piel de la madre) se ayudará a la madre a adoptar una postura de amamantamiento que garantice una agarre adecuado. Para iniciar la lactancia materna se elegirá una ocasión propicia: el momento en que se despierte el bebé o cuando se encuentre en alerta y despierto. Se ayudará a la madre a que se siente cómodamente en un sillón sin brazos y con el bebé en posición de contacto piel a piel, durante la primera toma se extraerá al bebé de la faja y se le arropará o se vestirá.

Técnicas de alimentación

- Por succión (pecho materno)
- Por sonda orogástrica (por gravedad)
- Por jeringa o cuenta gotas
- Con taza o vasito

Alimentación por succión: un bebé que ha sido hospitalizado por largo tiempo puede tardar hasta una semana en aprender a alimentarse del seno materno, para ayudarle al bebé a aprender a mamar se pueden utilizar algunas técnicas para estimular la succión.

Cuando la madre está con su niño(a) en posición canguro, se aprovechan los momentos en que el bebé está alerta para realizar lo que se llama la succión no nutritiva. La succión no nutritiva busca establecer la coordinación succión-respiración- deglución. El entrenamiento precoz puede ayudar a una maduración más rápida de las habilidades de la succión en los prematuros más inmaduros (29-32 semanas). Usualmente el niño(a) tiene una sonda oro o naso-gástrica, junto con el proceso de gavage se introduce el pezón o un dedo enguantado en la boca del niño(a) que está en posición canguro, si se usa

un dedo este se humedece con leche, y cada tres o cuatro succiones se lo retira para permitir la pausa respiratoria. Se inicia con un mínimo de succiones para que no se canse el bebé y poco a poco se logra que el bebé llegue a un patrón de ocho a diez succiones y una pausa respiratoria espontánea. Se evalúa así la calidad y la madurez de la succión: coordinación succión-respiración-deglución, sistema motor oral, patrón de respiración, ausencia de fatiga o señales de estrés. Es mejor realizar este entrenamiento de la succión con los pezones de la madre, además de acostumbrarlos suele resultar reconfortante para ambos. Se monitoriza el aumento de peso diario. No sirve un entrenamiento demasiado veloz, a pesar de tener una excelente succión y coordinación succión - deglución, se ven niños(as) que bajan de peso con solamente la actividad que representa la succión.

Una vez que él es capaz de succionar adecuadamente el seno con una buena coordinación, que el volumen que recibe por gavage está alrededor de 100 mL/Kg/día durante unos días y que mantiene o gana peso, se retira la sonda y se deja al niño(a) con leche materna exclusiva por succión directa.

Patrones de Succión

Patrón de succión inmaduro: Episodios de 3 a 5 succiones. La respiración y la deglución antes y después de cada episodio de succión. Esta corta succión se acompaña de una pausa de igual duración. Succión y deglución pueden estar bien coordinadas con la respiración en niños(as) mayores de 34 semanas.

Patrón de succión maduro: Episodios continuos de 10 a 30 succiones, con pausas breves entre cada episodio. Deglución y respiración ocurren durante los episodios en una secuencia 1:1:1, como una unidad rítmica y repetitiva. La respiración es continua e ininterrumpida.

Patrón de succión tradicional: este patrón se caracteriza por una desorganización para autorregular la coordinación de la succión y deglución con la respiración. La succión ocurre en un patrón de episodios pausas. Los episodios son de 6 a 10 succiones asociadas con frecuencia a episodios apneicos en los cuales el niño(a) para de succionar para recobrase provocando una interrupción en el proceso de alimentación. Se puede observar en niños(as) prematuros o

a términos por encima de 45 semanas cuando han tenido largos períodos de hospitalización, en especial en las displasias broncopulmonares.

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

Patrón de succión No nutritiva: movimientos repetitivos de la boca en presencia de un pezón, es caracterizada por unos episodios de 2 succiones por segundo.

Beneficios

- Mejora la velocidad de crecimiento.
- Favorece la maduración de la motilidad gástrica
- Reduce el estrés, conductas defensivas e irritabilidad
- Aumenta el retorno a sueños estables
- Más rápida transición a la vía oral total. Acorta la estancia hospitalaria.

Modo de administración por succión: los experimentos de administración de la leche con copa, vaso o jeringa muestran que con un buen entrenamiento, estas técnicas no toman más tiempo y permiten una mejor adaptación de la alimentación por sonda a la succión directa al seno. Sin embargo, una alimentación prolongada con recipiente sin la estimulación de succión apropiada, también puede ser inconveniente al retrasar la maduración de la coordinación succión deglución. El modo de administración ideal es pasar de la alimentación enteral por sonda directamente a la alimentación materna por succión directa y con comidas intercaladas con vaso o copa en caso de ausencia de la madre

Si el niño(a) prematuro está hospitalizado y no tiene alimentación oral, el calostro de su propia madre se administrará tan pronto sea posible, con sonda, como medio de estimulación trófica del intestino lo que cumple una función de estimulación de la maduración y protección inmunológica, y no como aporte nutricional.

Extracción manual de leche se recomienda a) cuando las madres no pueden comenzar a

amamantar; b) la madre está hospitalizada, c) el bebé es prematuro o de muy bajo peso, d) para aliviar la congestión mamaria o el goteo.

Técnica

- Lave sus manos,
- Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una taza.
- Lávelo con agua y jabón
- Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjelo 5 minutos
- Bote el agua del recipiente. cuando comienza a extraerse la leche
- Coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para guardar la leche extraída.
- Si el pecho está duro y doloroso inclíneselo hacia adelante y con mucha delicadez empiece a tocar la piel del pecho primero en las áreas más lejanas del pezón tratando de detectar los sitios más sensibles y más duros, intentando disolver la dureza con un masaje circular; muy suave a éstas áreas.
- Apenas está blando, vaya alejándose poco a poco hasta acercarse a la areola
- Casi siempre, en este momento comienza a gotear la leche
- Coloque su mano en forma de "C", el dedo pulgar sobre la parte superior de la areola y el dedo índice por debajo de ella.
- Presione con el pulgar hacia adentro, dirigiéndose hacia la pared del tórax (las costillas). De esta manera aísla los senos lactíferos del resto del tejido del pecho.
- Sin que los dedos resbalen haciendo un movimiento de rotación presione sobre los senos lactíferos, como cuando le toman huellas digitales y comience a presionar y soltar, presionar y soltar.
- Presione y suelte. Al comienzo, puede que no salga leche, pero después esta goteara y luego observará que en la mayoría de los casos hay chorros diminutos de leche, como si fuera una regadera; pudiendo llegar muy lejos en los

casos en que el reflejo de eyección sea muy activo.

- En una mamá relajada los chorros de leche pueden alcanzar varios metros y ser motivos de satisfacción; en una mamá antes tensa y dolorida, puede ser una demostración de gran valor psicológico, de motivación y felicidad, al saber que ella si produce leche en cantidad.
- No apriete el pezón. La presión o la tracción del pezón, no exprimen leche. Es lo mismo que si el bebé succiona únicamente del pezón.
- Cambie la posición de los dedos alrededor de la areola siguiendo un orden; por ejemplo siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, para que así se drenen todos los senos lactíferos con eficiencia.

Almacenamiento de la leche extraída

- El envase utilizado deberá taparse para guardar la leche.
- Guardar en el envase solo la cantidad de leche que utilizará el bebé en una comida.
- Si la madre guarda varios envases en un mismo lugar, cada envase debe guardarse con la fecha o con alguna señal que indique el orden de extracción.
- Utilizar los envases en el mismo orden en que fueron guardados (debe usar primero la leche más vieja).
- La leche se mantiene bien en un envase limpio de 8 a 10 horas a temperatura ambiente.
- Si se dispone de refrigeración coloque la leche en la parte más fría del refrigerador durante 48 a 72 horas (No freezer).
- Si la congela puede guardarla durante 3 meses en el freezer de su congelador. Para descongelarla, sáquele del freezer y déjele desde la noche anterior en la parte baja del refrigerador. Sacarla una hora antes de usarla y dejarla a temperatura ambiente.
- No se recomienda reutilizar la leche materna que ha sido parcial o totalmente descongelada.
- No reutilizar la leche que el niño(a) deja en el recipiente, pues la misma saliva del bebé puede contaminarla.

Posiciones de amamantamiento:



Clásica

Clásica: Esta es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la parte posterior del tórax, esto evitará el dolor de espalda que las madres refieren. Es más cómodo apoyar los pies a algún mueble. Si el niño(a) es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho



Invertida

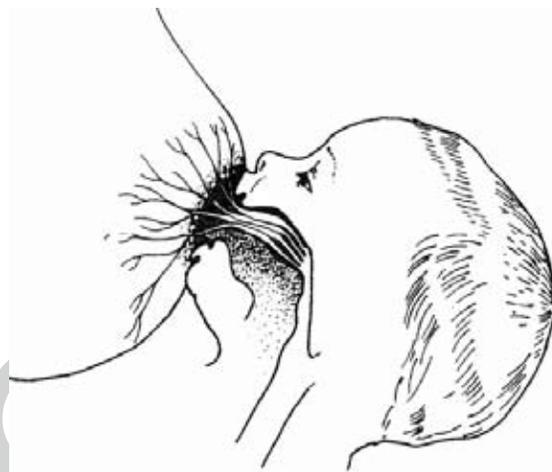
Invertida: Esta posición resulta muy cómoda cuando la madre ha tenido a su bebé por cesárea, y es recomendable para las que alimentan a 2 bebés al mismo tiempo.



Acostada

Acostada: Tanto de día como de noche, la mamá puede relajarse y descansar mientras amamanta.

Adhesión boca pecho: Rozando con el pezón el labio inferior del bebé, él responderá abriendo la boca y buscando el pezón. De esta manera se asegura que al cerrarla el pezón quede bien colocado entre su paladar duro y su lengua apretando sus encías sobre la aréola y no sobre el pezón, facilitando la compresión de los colectores y previniendo la irritación del pezón.



Succión correcta

Leche final: es la leche que queda en el seno materno después que el bebé ha sido amamantado, esta leche tiene mayor concentración de grasa que la leche inicial, es precisamente la que da al bebe la sensación de saciedad, . Los bebés con reflejos de succión débil son alimentados una de cada dos veces con

la leche final hasta que sean capaces de vaciar completamente por lo menos un seno durante cada sesión, es necesario enseñarle a la madre extraer manualmente la leche inicial, guardar la leche inicial en un recipiente plástico limpio, luego poner al niño(a) en el seno para que tome la leche final. Si después de tomar la leche final, el bebé aún queda con hambre, la madre podrá completar con la leche inicial que había recogido previamente, para dársela podrá usar un gotero, una cuchara o un vasito.

Cualquiera que sea el tipo de alimentación y teniendo en cuenta el peso de los bebés y su dificultad para alimentarse durante los períodos prolongados, debe alimentarse iniciando con 12.5 mL/kg/día cada 2 horas con incrementos progresivos de esta misma cantidad hasta alcanzar 200 mL/kg/día, lo que equivale a la cantidad necesaria para garantizar un crecimiento constante.

Técnica de alimentación por sonda

- Inclinar al bebé un poco de la posición canguro, arrópelolo con una manta que lo abrigue y colóquelo sobre una superficie cálida.
- Introducir la sonda preferiblemente por la boca del bebé.
- Emplear sonda de alimentación corta del calibre del 5 al 8 F de diámetro interno y 15 cm de largo.
- Colocar la sonda a la distancia recomendada (puente de la nariz, lóbulo de la oreja, apéndice xifoides)
- Sujetar la sonda al rostro del recién nacido con esparadrapo
- Sustituir la sonda cada 24 a 72 horas, manteniendo cerrada o pinzada mientras retira para evitar que gotee fluido en la garganta del bebé.

Técnica de la alimentación por taza o vasito

- Sostenga al bebé sentado medio recto
- Mantenga el recipiente de tal manera que alcance el labio inferior del bebé
- Deje que el borde del recipiente toque la parte externa del labio superior del bebé

- Espere hasta que el bebé esté alerta y abra su boca y ojos.
- Deje que el bebé tome la leche él mismo, lamiendo dentro de su boca con su lengua (no vierta leche)
- Deje que el bebé mantenga pequeñas cantidades de leche en su boca por algún tiempo antes de tragarla.
- Observe al bebé: cuando tenga suficiente leche cerrará su boca y no tomará más.
- Alimente al bebé con más frecuencia si no toma la cantidad calculada
- Calcule la ración en 24 horas, sea flexible en cada alimentación.

Técnica de alimentación por jeringa o cuenta gotas

- Determinar la cantidad de leche necesaria para la toma
- Elegir el tamaño correspondiente de la jeringa, usualmente una de 3 a 5 mL.
- Cargar la jeringa con la leche
- Administrar lentamente en la boca del bebé
- Deje que el bebé mantenga pequeñas cantidades de leche en su boca por algún tiempo antes de tragarla.
- Observe al bebé: cuando tenga suficiente leche cerrará su boca y no tomará más.
- Alimente al bebé con más frecuencia sino toma la cantidad calculada
- Calcule la ración en 24 horas, sea flexible en cada alimentación.

Vitaminas y hierro: Deben iniciarse cuando el recién nacido este recibiendo el total de su aporte nutricional a través de la vía oral, vitamina A 1250 UI por día, vitamina D 400 UI por día desde los 15 días de vida hasta el año de edad, vitamina E 25 UI por día, hasta las 40 semanas de edad corregida.

La Eritropoyetina Humana (EPO) está indicada en los recién nacidos con peso menor a los 1200 g y debe aplicarse partir de la segunda semana de edad, a razón de 600 UI/Kg/ semana, la dosis semanal total debe dividirse en 3 dosis y administrarse en días alternos, hasta completar

16 dosis. La eritropoyetina Humana (EPO) debe acompañarse de la administración de sales de hierro a dosis de 4-6 mg/k/día de hierro base. En los prematuros que no reciben EPO, el hierro debe indicarse a partir de los 28 días de vida a razón de 4 mg/k/día de hierro base.

EPO también debe ser indicada en los recién nacidos con pesos mayores de 1500 gramos y menos de 2000 gramos pero que estuvieron críticamente enfermos, con pérdidas de peso mayores al 10%. La dosis de administración debe ser igual a la del recién nacido que pesa menos de 1,500 gramos.

Egreso temprano

La utilización del método canguro permite transferir gradualmente las responsabilidades de los cuidados físicos y emocionales del niño(a) desde el personal de salud hacia su familia particularmente a la madre y de cualquier otro proveedor de la posición canguro aceptado por la familia, ej. el padre, el abuelo, etc.

En esta etapa es necesario preparar a la madre y a su red de apoyo en los cuidados del recién nacido en casa. La adaptación canguro puede verse como un proceso de preparación para que la madre y el niño(a) tengan una salida hospitalaria oportuna, segura y exitosa y puedan mantener los cuidados canguros en casa mientras el niño(a) lo requiera.

Se considera que la adaptación canguro intrahospitalaria fue exitosa cuando se cumplen los siguientes elementos:

- El bebé gana peso cada día en la Unidad Neonatal.
- Tiene a su madre o a un familiar que sabe como cargarlo en posición canguro y como alimentarlo.
- Tiene una madre o un familiar, que se sienten capaces de seguir los pasos y procedimientos de la intervención canguro en casa y que mostraron su interés participando de la adaptación canguro, intrahospitalaria.
- Existe un compromiso de la madre y de los familiares con el seguimiento canguro ambulatorio.

Criterios de egreso a la casa en posición canguro, están enfocados al recién nacido y la madre:

El niño(a) se considera ELEGIBLE para la salida, independiente de su peso o edad gestacional cuando:

- Regula su temperatura en posición canguro.
- Tiene una adecuada ganancia de peso en la Unidad Neonatal con Posición Canguro e incubadora.
- Ha terminado su tratamiento si lo había.
- Ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa:
 - Técnicas adecuadas de lactancia (succión directa al seno) y extracción de leche,
 - Aceptación y educación de la madre en metodología canguro,
 - Apoyo familiar y social,
 - Adecuada coordinación succión-deglución-respiración

La madre se considera ELEGIBLE cuando:

- Se siente capaz de manejar su bebé con la metodología canguro (posición y nutrición) en su casa.
- Existe un compromiso familiar de asistir al seguimiento (madre, padre y abuelas) canguro.
- No presenta contraindicaciones físicas para la posición canguro (ver capítulo posición).
- Para los casos de alto riesgo social, se necesita un consenso multidisciplinario del equipo para el egreso del recién nacido (drogadicción, alcoholismo, etc)´

Criterios de Reingreso a la Sala: Se aceptará el reingreso del bebé Canguro siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Tener un máximo de 7 días de haber egresado de la unidad de salud.
- Que su problema no sea infeccioso.
- Que requiera cirugía oftalmológica. No gane peso o tenga problemas en el control térmico.

Fase Ambulatoria

Es un seguimiento que se realiza en una estructura física definida para la atención del recién nacido y la madre Canguro y donde trabaja un equipo multidisciplinario entrenado en Metodología Madre Canguro. Acá se brinda la consulta tanto a niños(as) pequeños en posición canguro como a niños(as) más grandes que vienen para la evaluación: de su crecimiento, neurodesarrollo, desarrollo psicomotor, evaluación de la función visual. No se acepta en la consulta colectiva niños(as) enfermos sino niños(as) sanos para que no haya contaminación de los unos con los otros. Estos encuentros colectivos son importantes para el manejo de la ansiedad de estos padres que siempre se preguntan acerca del futuro que espera a su bebe frágil y diferente

Adaptación canguro ambulatoria

Esta etapa puede durar desde un día en una mamá bien entrenada, hasta una semana en una madre que tiene dificultades para alimentar a su bebé o si el niño(a) tiene problemas de crecimiento. Se realiza bajo la supervisión de una enfermera entrenada en las técnicas de alimentación materna y puede recibir apoyo por parte de psicología y trabajo social.

- Se inicia el primer día de entrada al programa madre canguro.
- Requiere de profesionales con dedicación, paciencia, persistencia y calidez humana, capaces de generar en la madre confianza en sus propias capacidades, que estén disponibles para resolver cualquier inquietud, o repetir las explicaciones.
- Requiere tener presente el riesgo de hipoglicemia.
- Requiere una supervisión estrecha de la forma de cómo la madre está llevando a cabo el cuidado del niño(a) en el hogar con la metodología canguro.
- Debe reforzar lo aprendido en la adaptación intrahospitalaria.
- Debe enseñar la toma del "baño de sol" para las ictericias fisiológicas.

- Debe reforzar la técnica del masaje en posición canguro.
- Requiere ofrecer continuamente apoyo emocional a la madre y la familia a través de terapias Psicológicas de grupo e individuales

El seguimiento canguro hasta la edad mínima de 1 año corregido

Idealmente el seguimiento es diario de lunes a viernes, si esto no es posible debe ser al menos una vez por semana, entrenando a la madre en los signos de peligro para que busque ayuda en su unidad de salud más cercana, y establecer comunicación con la red de apoyo de la comunidad para que ayude a la madre a identificar los signos de peligro y está recordando la asistencia al programa; en la visita de seguimiento se debe evaluar la nutrición y la calidad de la alimentación que recibe el niño(a) y se espera una ganancia de peso de alrededor de 15 g/Kg/día hasta que cumpla 37 semanas, (velocidad de crecimiento intrauterino). Luego, se espera que sea de 8-11 g/Kg/día hasta la edad de 40 semanas de edad post-concepcional. La talla debe aumentar en promedio 0.8 cm por semana, y el perímetro craneano entre 0.5 y 0.8 cm. hasta el término.

El seguimiento se vuelve semanal cuando el niño(a) cumple con el crecimiento adecuado, lo que muestra que ya existe una armonía y equilibrio entre los padres y el niño(a). En caso de vivir muy lejos, se busca ayudar a los padres a venir a la consulta a pesar de las dificultades, de la misma manera como se insiste para que los padres visiten diariamente su bebé en caso de ser hospitalizado.

En caso de imposibilidad de asistir a la consulta diaria por parte de los padres, por pobreza absoluta o por falta de transporte, o porque viven demasiado lejos, reportar el caso a la trabajadora social para buscar el apoyo necesario y dar de alta cuando se tenga la garantía que los padres regresarán a su seguimiento. .

Se verifica como les fue a los padres con la metodología canguro. Usualmente las primeras noches son muy pesadas y hay que alentar y felicitar a los padres que rápidamente aprenden a descansar con su bebé en posición canguro y muestran su satisfacción cuando el bebé ya inicia un crecimiento adecuado. Se sienten orgullosos de saber que esto es fruto de sus esfuerzos.

Todos los niños(as) pasan por una primera sesión de adaptación canguro el primer día ambulatorio y luego durante los siguientes días si la madre lo solicita o si el crecimiento somático es inadecuado.

La decisión de complementar la alimentación materna con leche de fórmula para prematuro y el momento de inicio de ésta complementación es una decisión multidisciplinaria. En caso de iniciarse, se debe verificar que la madre conozca las reglas de higiene necesarias para el uso de este tipo de alimentos así como las técnicas de administración por gotero, taza o jeringa para tratar de interferir lo menos posible en la lactancia materna. El objetivo es siempre lograr el término con lactancia materna exclusiva.

Medicación:

- Se administran drogas antirreflujo hasta el término, luego según la sintomatología, metoclopramida a 0.1 mg/kg/dosis cada 8 horas, vía oral.
- Cafeína o Xantinas: RNPT con edad gestacional ≤ 34 sem a la entrada en el PMC y se sigue administrando hasta el término. Teofilina 2 mg/kg/dosis cada 8 horas, vía oral.
- Se administran vitaminas A, D, E, K hasta el término (ver vitaminas y hierro en canguro intrahospitalario).
- Sulfato ferroso desde los 30 días y hasta el año de edad corregida.

Tamizajes:

- Oftalmológico: a partir de las 34 semanas o de los 28 días de vida.
- Neurológico: Evaluación del tono hasta el término y luego evaluación neurológica completa durante el año de seguimiento corregido. Puede realizarse cuando el niño(a) cumple las 40 semanas, luego a los 3, 6,9 y 12 meses. Esto permite la remisión oportuna a terapia física, en caso de niños(as) con trastornos en su desarrollo, evaluando el impacto sobre los exámenes neurológicos siguientes. Se estimula a los padres para que aprendan los ejercicios de la terapia para realizarlos en la casa y reforzar así el tratamiento.

- Desarrollo psicomotor: A los 6 meses y al año de edad corregida. El test aplicado debe tener en cuenta todos los aspectos del desarrollo, no solamente psicomotor sino también social. Se puede complementar con una serie de ejercicios para realizar en casa que se enseña a los padres durante la sesión de evaluación.
- Con ecografía cerebral. Es importante tener una primera imagen cerebral de este niño(a) de alto riesgo antes del término. En los niños(as) que muestran un tono y un desarrollo neuro-psicomotor normal no se repite ningún examen complementario. El niño(a) con ecografía cerebral normal y/o anormal que presente un desarrollo neuro-psicomotor anormal durante el año, se complementa con un TAC cerebral y/o con una resonancia cerebral en caso de necesidad.
- Con radiografía de caderas: se realiza únicamente en aquellos niños(as) que después de los 3 meses de edad corregida exista la sospecha clínica de Displasia Congénita de Cadera (DCC).
- Audiológico: emisiones oto-acústicas a partir de la primera semana de edad cronológica, si esta prueba resulta alterada, a los 3 meses de edad se realizan los potenciales evocados auditivos y estudio audiométrico.
- Por optometría: a partir de los 3 meses de edad corregida.
- Crecimiento somático durante el seguimiento hasta un año de edad corregido.
- Los controles se reparten durante el año tratando de hacerles coincidir con las fechas de vacunas o tamizajes para ahorrar a los padres los viajes.
- El punto cero de las curvas de crecimiento corresponde a la edad de 40 semanas, idealmente se debería usar curvas de crecimiento somático donde el crecimiento antes y después del término esté

representado en la misma gráfica para el peso, la talla y el PC.

- Sesiones educativas: se llevan a cabo diariamente en la consulta colectiva y sobre temas que conciernen tanto a los más pequeños como a los más grandes. Una madre con un bebé en posición canguro que viene a la consulta todos los días, deberá haber escuchado varias veces la charla de alimentación complementaria antes de que su bebé llegue a la edad en que iniciará la complementaria. Psicóloga y enfermera, nutricionista y pediatra comparten las sesiones educativas que son repetidas y cortas.
- Vacunas: se aplicarán en la unidad ambulatoria para garantizar un mayor cumplimiento y una menor deserción de los pacientes durante el seguimiento. Estas vacunas se aplicaran según el esquema de vacunación nacional.

Señales de peligro a vigilar en el niño(a)

- Respiración difícil: retracciones del pecho y sonidos roncós
- Respiración muy acelerada o muy lenta
- Ataque de apnea frecuentes y prolongados
- Bebé está frío: la temperatura corporal es baja pese al calentamiento
- Alimentación dificultosa: bebé deja de despertarse para la toma, deja de alimentarse o vomita.
- Convulsiones
- Diarrea
- Piel amarillenta

El personal de salud debe vigilar y entrenar a la madre en el reconocimiento de cualquiera de los signos de alarma arriba descritos y orientarla a que acuda a su unidad de salud más cercana a su casa.

3. Manual de aplicación del formato para detección de alteraciones sensoriomotoras en bebés de riesgo

Batería Internacional Neurológica del Infante-**INFANIB**

Para la valoración específica se tendrá en cuenta:

1. El examen está diseñado para obtener la máxima cantidad de información acerca de las complejas funciones del Sistema Nervioso Central S.N.C. y así poder seleccionar y relacionar datos o hallazgos clínicos con alteraciones durante la vida fetal, en el parto o después de él.
2. Las pruebas son específicas para la edad, por eso debemos trabajar con edad corregida, registrando, solamente, las desviaciones o rasgos significativos de alerta.
3. Como muchas de las respuestas no son estables ni las condiciones del examen adecuadas, ni las habilidades de los examinadores iguales, el examen se realizará a través de varias sesiones cortas para brindar la máxima posibilidad de que todas las pruebas puedan ser efectuadas en el estado conductual correcto.
4. Detectando muy precozmente dichas alteraciones se podrá establecer una conducta terapéutica temprana y un seguimiento disminuyendo la probabilidad de adquisición de patrones inadecuados.
5. Esta evaluación ayudará a identificar la naturaleza de los daños o causas de los trastornos pre-peri y postnatales, y a reconocer, tratar, y hacer las recomendaciones necesarias a cada caso en particular: también nos ayudará a obtener resultados confiables acerca de nuestro desempeño profesional.

Condiciones para obtener resultados confiables:

1. El bebé deberá estar tranquilo, cómodo, haber comido, por lo menos dos horas antes, estar seco, despierto. No emplear la succión para tranquilizarlo porque puede influenciar

el examen, es mejor mecerlo, suavemente acariciarlo, con el mínimo de ropas, (teniendo en cuenta el lugar, la temperatura ambiente) no debe dejarse enfriar, la prueba deberá durar más o menos 10 minutos.

2. La prueba puede ejecutarse en presencia de la madre, siempre que el examinador tenga cuidado de explicar lo que hace y asegure respuestas adecuadas, incluye respuestas directas de pronóstico.
3. Mantenga los objetos que necesite para la evaluación muy cerca, provéase de kleenex, babero, baja lenguas o cucharas plásticas, sábanas, hamaca, objetos vistosos, sonoros, el formato, papel, y lápiz.
4. Recordemos que los signos clínicos anormales y la conducta del recién nacido solo constituyen indicios indirectos de disfunción encefálica, por esto el examen preciso puede ser de auxilio.
5. Recordamos de no sobrecargar al bebé en tiempo de pruebas, hay que respetar la individualidad del bebé máximo 20 minutos.

Manual de aplicación del infanib

La batería Internacional Neurológica del Infante (INFANIB), es un instrumento para la valoración de la integridad neurológica en la infancia, ideado por la Doctora Patricia Ellison et al en 1982 conformado por 20 ítems distribuidos en 5 factores con 4 ítems para cada factor así:

Factor 1: espasticidad

Manos abiertas o cerradas, tónico laberíntico en supino, reflejo tónico cervical asimétrico, reflejo tónico laberíntico en prono.

Factor 2: cabeza tronco

Traccionar para sentado, derrotativo del cuerpo, cuadrúpedo, sentado.

Factor 3: función vestibular

Rotativo del cuerpo, paracaídas lateral, paracaídas posterior; paracaídas anterior.

Factor 4: piernas

Dorsiflexión del pie, prensión plantar; soporte de peso, reacción positiva de soporte.

Factor 5: ángulos franceses

Signo de la bufanda, talón-oído, ángulo poplíteo, ángulo de los abductores.

Instrucciones generales

La hoja de registro para el INFANIB está constituida por dos páginas, el examinador utiliza la segunda página de la hoja de registro para averiguar el registro por ítems. La edad del infante (edad gestacional corregida), se indica en la parte superior. Cada ítem se registra teniendo en cuenta la edad del niño. En general, los ítems normales se registran como 5; los ítems levemente normales se registran como 3 y los ítems marcadamente anormales se registran como 1.

Para los ítems que progresan con la edad, el retardo de una etapa se registra como 3 y el retardo de dos etapas se registra como 1. Para los ítems de los ángulos franceses, la desviación puede ser en cualquier dirección permitiendo una descripción de hipotonía o hipertonia. Los ítems manos cerradas o abiertas, prensión plantar; reflejo tónico cervical asimétrico y reflejo tónico laberíntico en prono se registran en los meses iniciales como anormales solamente si la respuesta es exagerada. La única advertencia es el registro de soporte de peso entre los dos y los cinco meses; los niños quienes no doblan las rodillas dentro de los 60 segundos, reciben un registro de 1 (anormal).

Los registros para cada ítem deben ser colocados en los espacios suministrados en la primera página de la hoja de registro. Cada columna se suma para obtener un registro por factor. Los ítems que no son aplicables porque el niño es muy joven se registran como 0. Los registros por factor se suman obteniendo un registro total.

Los grados de normalidad–anormalidad, basados en el registro total se averiguan en la tabla de la página dos de la hoja de registro para 3 divisiones de edad: Menos de cuatro meses, cuatro a ocho meses y ocho meses o más. Para aquellos niños cuyos registros caen dentro del rango de anormal, el examinador selecciona una categoría de anomalía de las mencionadas en la misma página.

La normalidad neurológica se describe así:

A. Tetraparesia espástica disquinesia

Involucra las 4 extremidades lo cual es diferente de hipotonía; el infante puede tener hipotonía de los brazos y espasticidad de las piernas o una cualidad disquinética para el movimiento de los brazos con postura extensora y espasticidad de las piernas (registros disminuidos especialmente en el FACTOR I identifican esta anomalía).

B. Hemiparesia espástica

Involucra un lado, generalmente con más compromiso del brazo que la pierna (asimetrías evaluadas por manos cerradas o abiertas, ángulo poplíteo, derrotativo o rotativo del cuerpo, paracaídas laterales, posteriores o anteriores especialmente identifican ésta anomalía).

C. Diplejia espástica:

Compromete las piernas bilateralmente con menor compromiso de los brazos, con frecuencia manifestada como un control fino demorado o torpe más que por espasticidad (registros disminuidos en la mayoría de los ítems de las piernas identifican ésta anomalía. Los registros deben estar también disminuidos para la hipotonía)

D. Hipotonía

Flojedad. (Esta es rápidamente identificada por los ángulos franceses, traccionar para sentado, cuadrúpedo y soporte de peso).

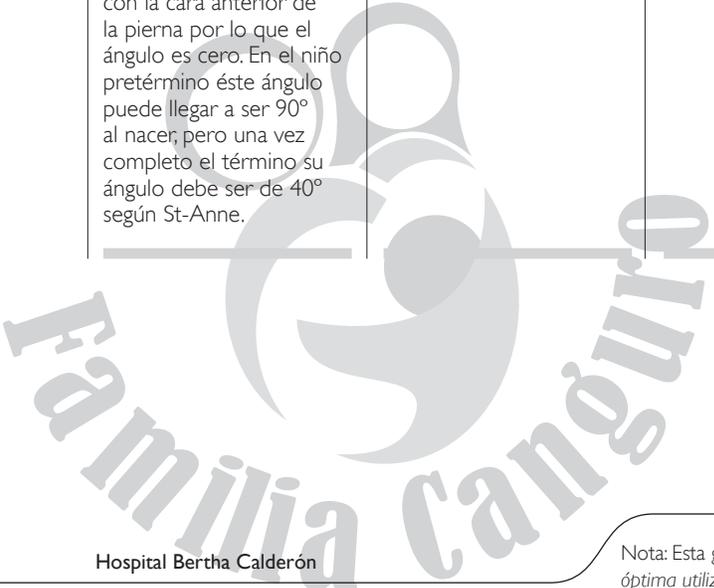
Manual de aplicación del Infanib- instrucciones por ítems

La batería Internacional Neurológica del Infante (INFANIB), es un instrumento para la valoración de la integridad neurológica en la infancia, ideado por la Doctora Patricia Ellison et al en 1982 conformado por 20 ítems distribuidos en 5 factores con 4 ítems para cada factor.

Criterios a evaluar	Cómo se evalúa	Calificación	Edad en meses												
			Cronológica			Corregida									
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Posición supina															
<p>Manos abiertas o cerradas</p> <p>Se valora desde el momento de nacer teniendo en cuenta la siguiente progresión: hasta los dos meses permanecen generalmente cerradas, entre los 2 y 3 meses permanecen cerradas algunas veces y después de los 3 meses permanecen generalmente abiertas</p>	<p>El examinador solamente observa la posición de las manos</p>	<p>De acuerdo con la edad = 5; Una etapa por debajo de la edad = 3; Dos etapas por debajo de la edad o una mano abierta y la otra cerrada= 1. Las manos mantenidas en forma cerrada fuertemente de modo que los dedos deban ser abiertos a la fuerza son anormales a cualquier edad y se calificarán con 1.</p>													
<p>Signo de la bufanda</p> <p>Se valora desde el momento de nacer; la progresión es como sigue: se considera normal un ángulo entre 0 y 15 ° hasta los 3 meses; entre los 15 y 45° de los 3 a los 6 meses; entre 45 y 60°, de los 6 a los 9 meses y entre 60 y 85° después de los 9 meses.</p>	<p>El examinador toma el brazo cerca del codo y lo desplaza a través del pecho tan lejos como pueda ser llevado sin ejercer una fuerza indebida. Normalmente el infante no llega a tocar el hombro contrario y en general todo el tronco gira con el brazo. Se observa el ángulo formado entre la línea vertical que cae desde la inserción del brazo y el brazo desplazado.</p>	<p>De acuerdo con la edad 5; Una etapa de desviación en cualquier dirección 3; Dos etapas de desviación en cualquier dirección 1.</p>													
<p>Talón-oído</p> <p>Se valora desde el momento de nacer; con frecuencia es prontamente identificada una espasticidad temprana en las articulaciones proximales de las extremidades, particularmente en las piernas.</p> <p>La falla para disminuir el ángulo talón-oído es un indicador excelente de esto. Su progresión es como sigue: Se considera normal un ángulo entre 90 y 100 ° hasta los 3 meses, entre 60 y 90 ° de los 3 a los 6 meses, entre 40 y 60° de los 6 a los 9 meses y entre 10 y 40° después de los 9 meses.</p>	<p>Se hace con las rodillas extendidas y con las dos piernas a la vez. El examinador toma las piernas a nivel de las rodillas llevándolas hacia el pecho, la cadera del niño se mantiene sobre la mesa del examen. Se mide el ángulo entre el tronco del niño y las piernas.</p>	<p>De acuerdo con la edad 5; Una etapa de desviación en cualquier dirección 3; Dos etapas de desviación dirección 1.</p>													

Nota: Esta guía es una adaptación del documento *Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer* de la Fundación Canguro y el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina-Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2005 - 2007

Criterios a evaluar	Cómo se evalúa	Calificación	Edad en meses											
			Cronológica				Corregida							
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<p>Ángulo poplíteo: Se valora desde el nacimiento. Mide el tono de los músculos isquiotibiales. Su progresión es como sigue: Se considera un ángulo normal entre 80 y 90° hasta los tres meses, entre 90 y 110° de los 3 a los 6 meses, entre 110 y 150° de los 6 a los 9 meses, y entre los 159 y 170° después de los 9 meses.</p>	<p>El examinador toma las piernas cerca de las rodillas, las flexiona a nivel de las caderas, las abduce extendiendo la pierna tan lejos como sea posible sin lastimar al niño. Se mide el ángulo entre el muslo y la pierna. Una asimetría es indicador de hemiparesia espástica</p>	<p>De acuerdo con la edad 5; Una etapa de desviación en cualquier dirección 3; Dos etapas de desviación en cualquier dirección o con asimetría definitiva 1.</p>	<div style="position: absolute; top: 10%; left: 10%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 80-90</div> <div style="position: absolute; top: 15%; left: 35%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 90-110</div> <div style="position: absolute; top: 20%; left: 60%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 110-150</div> <div style="position: absolute; top: 25%; left: 85%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 159-170</div>											
<p>Abducción de las piernas: Se valora desde el nacimiento. Este ángulo es generalmente menos sensitivo que el de talón-oido o el poplíteo como indicador temprano de hipertonia. Su progresión es como sigue: Se considera normal un ángulo entre los 40 y 70° hasta los tres meses, entre los 70 y 100° de los 3 a los 6 meses, entre los 100 y 130° de los 6 a los 9 meses y entre 130 y 150° después de los 9 meses.</p>	<p>El examinador toma las piernas a nivel de las rodillas y las abduce simétricamente. Se mide el ángulo entre las piernas teniendo como punto medio la línea media del cuerpo.</p>	<p>De acuerdo con la edad 5, Una etapa de desviación en cualquier dirección 3; Dos etapas de desviación en cualquier dirección 1.</p>	<div style="position: absolute; top: 30%; left: 10%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 40-70</div> <div style="position: absolute; top: 35%; left: 35%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 70-100</div> <div style="position: absolute; top: 40%; left: 60%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 100-130</div> <div style="position: absolute; top: 45%; left: 85%; background-color: #ccc; padding: 5px;">Ángulo 130-150</div>											
<p>Dorsiflexión del pie En los niños a término con frecuencia los pies son hipotónicos hasta la infancia media o tardía, aún en niños con tetraparesia espástica-disquinesia, llegando el dorso, del pie a contactar con la cara anterior de la pierna por lo que el ángulo es cero. En el niño pretérmino éste ángulo puede llegar a ser 90° al nacer, pero una vez completo el término su ángulo debe ser de 40° según St-Anne.</p>	<p>El examinador empuja el pie contra la pierna con la pierna en extensión y observa el ángulo hecho por el pie-tobillo-pierna.</p>	<p>Ángulos entre 40 y 70° = 5; Ángulos entre 10 y 40° ó entre 70 y 80° = 3; Ángulo entre 0 y 10° ó entre 80 y 90° = 1.</p>	<div style="position: absolute; top: 70%; left: 10%; background-color: #ccc; padding: 5px;">90</div>											



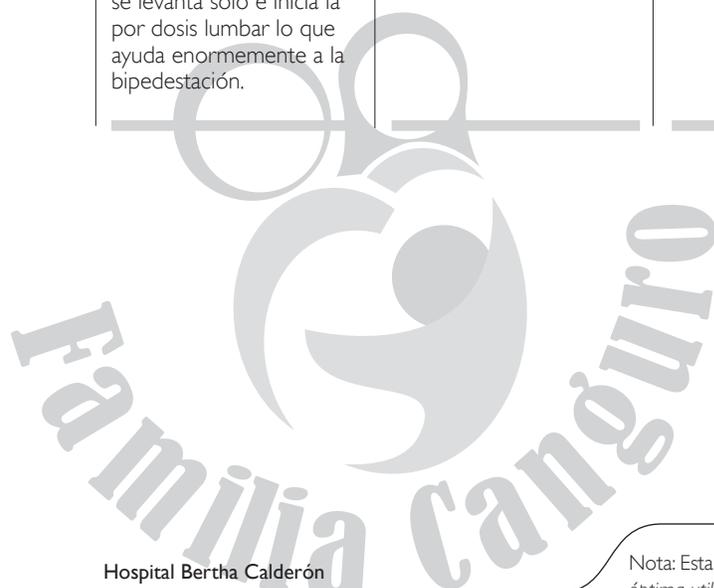
Criterios a evaluar	Cómo se evalúa	Calificación	Edad en meses												
			Cronológica				Corregida								
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<p>Prensión plantar: Presente desde el nacimiento hasta aproximadamente el 8 ó 9 mes. El ítem además indica anomalía cuando se presenta en forma exagerada durante el tiempo cuando se considera normal el reflejo. Después de los 9 meses, puede ser graduado para representar niveles de anomalía (no prensión, poca prensión, prensión).</p>	<p>El examinador coloca un dedo firmemente en la almohadilla plantar y busca el encurvamiento de los arcos hacia la parte inferior del pie.</p>	<p>Desde el nacimiento hasta los 9 meses se tiene 5; prensión y 1: prensión exagerada. Después de los 9 meses se tiene 5: ausencia; 3: poca prensión y 1: prensión.</p>	Presente-Normal												
<p>Tónico laberíntico en supino: Este reflejo está presente en el neonato y desaparece en la infancia temprana (más o menos seis meses). Como en la prensión plantar, una respuesta exagerada en la infancia temprana es una respuesta anormal.</p>	<p>El examinador estimula el área interescapular del niño con la mano. Se observa retracción de hombros y extensión de las piernas y el tronco.</p>	<p>Desde el nacimiento hasta los 6 meses se califica: 5: presente y exagerado 1: Después de los 6 meses: 5: ausente; 3: esbozado o poca respuesta y 1: completo.</p>	Presente-Normal												
<p>Reflejo tónico cervical asimétrico: Presente desde el nacimiento hasta más o menos el sexto mes. La exageración de éste reflejo junto con la del reflejo tónico laberíntico en supino o en prono es indicación de tetraparesia espástica – disquinesia</p>	<p>El examinador gira la cabeza del niño a un lado de la adopción de la posición del esgrimista: extensión del brazo facial y flexión del brazo craneal con extensión de la pierna. Se observa si el infante asume la postura y puede salir de ella o si por el contrario persiste en ella, lo que demostraría exageración del reflejo.</p>	<p>Desde el nacimiento hasta los 6 meses: 5: presente y 1: exagerado. Después de los 6 meses 5: ausente; 3 permanecen en la postura y puede salir de ella y 1: persistente.</p>	Presente-Normal												
<p>Traccionar para sentado: Este ítem valora el control de la cabeza y el tronco. Ha sido registrado para graduar la hipotonía, sin embargo, la hipertonía también puede ser evaluada. Normalmente el infante al ser traccionado deja la cabeza en extensión al igual que sus brazos hasta los 3 meses, entre el 3 y 4 mes mantiene su cabeza en línea recta con el tronco y sus brazos extendidos; entre el 4 y 5 mes flexiona la cabeza pero sus brazos aún permanecen en extensión. A partir del 5 mes flexiona la cabeza a la vez que flexiona brazos para ayudarse a sentar:</p>	<p>El examinador toma las manos del niño y lo tracciona hasta la posición sentada. El examinador observa la posición de la cabeza: extendida, recta o flejada y la posición de los brazos: flejados o extendidos.</p>	<p>Hasta los 5 meses se califica 5: de acuerdo con la edad; 3: una etapa por debajo y 1: dos etapas por debajo, después de los 5 meses: 5: completo, 3: retraso cefálico parcial o no utiliza brazos y 1: retraso cefálico completo y no utiliza brazos.</p>	Cabeza y Brazos en extensión												
			Cabeza en línea recta con tronco y brazos extendidos												
			Flexiona la cabeza con brazos en extensión												

Nota: Esta guía es una adaptación del documento *Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer* de la Fundación Canguro y el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina-Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2005 - 2007

Criterios a evaluar	Cómo se evalúa	Calificación	Edad en meses												
			Cronológica			Corregida									
Posición sedente			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<p>Posición sentada: Se valora desde el momento del nacimiento. Su progresión es como sigue: desde el nacimiento hasta los 3 meses, el infante muestra una actitud cifónica (posición fetal), entre los 3 y los 5 meses la parte alta del tronco es recta aunque conserva la parte baja cifónica con el vértice de la curva a nivel de L 3; entre los 5 y 7 meses la actitud erguida alcanza el centro de la columna lumbar y el vértice es a nivel de L 5; después del 7 mes el raquis lumbar está todo recto.</p>	<p>El examinador mantiene al niño en posición sentada y observa la curvatura de la espalda y el enderezamiento de la misma. La inhabilidad para que le niño adopte la posición es generalmente una indicación de hipertonía.</p>	<p>De acuerdo con la edad: 5; una etapa por debajo: 3; dos etapas por debajo 1.</p>	Posición Fetal			Parte alta tronco: recta Parte baja: posición fetal con el vértice a nivel L3			Raquis lumbar está en Posición Recta			Posición erguida alcanza centro de columna lumbar con el vértice a nivel L5			
<p>Paracaídas lateral: Este ítem junto con el paracaídas anterior es útil para identificar el hemisíndrome o la hemiparesia. Esta reacción está presente a partir de los 6 meses después del nacimiento y se conserva durante toda la vida.</p>	<p>El examinador mantiene al niño en posición sentada, luego empuja al niño suave pero firmemente hacia cada uno de los lados y busca la extensión de la mano del niño para prevenir caer o suministrar soporte. La extensión unilateral es indicación de hemiparesia.</p>	<p>5: Presente en ambos brazos; 3: lento o ligeramente asimétrico y 1 : ausente o marcadamente asimétrico.</p>	Presente a partir de los 6 meses												
<p>Paracaídas posterior: Debe aparecer aproximadamente a los 9 meses después del nacimiento y se conserva durante toda la vida.</p>	<p>El examinador suave pero firmemente empuja al niño hacia atrás, tomando al niño por el tronco de tal manera que él no pierda el balance y caiga hacia atrás. Se observa el empuje de los brazos del niño. Algunos niños pueden girar hacia un lado pareciendo que utilizan más un brazo que el otro. Debido a esto, este ítem es menos útil para distinguir la asimetría.</p>	<p>5: presente en ambos brazos; 3: lento o ligeramente asimétrico; 1: ausente o marcadamente asimétrico.</p>							Aparece a los 9 meses						

Nota: Esta guía es una adaptación del documento *Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer* de la Fundación Canguro y el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina-Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2005 - 2007

Criterios a evaluar	Cómo se evalúa	Calificación	Edad en meses											
			Cronológica			Corregida								
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<p>Posición de pie</p> <p>Soporte de peso: Al ser sostenidos por las axilas, la mayoría de los recién nacidos asumen la posición de pie debido a los reflejos primitivos; esto se pierde en forma variable pero casi siempre a la edad de dos meses, luego el niño no intenta soportar peso, o lo que es mejor es incapaz de soportar peso. El soporte de peso en forma temprana, aprox. de los 2 a los 5 meses, debe estar asociado con el doblamiento a nivel de las rodillas, el niño se para con las piernas extendidas, luego las dobla o fleja levemente a nivel de las rodillas y reasume una sustancia con piernas extendidas. Entre el 5 y 7 mes el niño puede transferir peso de una pierna a la otra o pararse de tal manera que el peso parezca estar soportado por una pierna más que por la otra. Entre los 7 y 9 meses al tomarlo sólo por las manos, en posición bípeda, no presenta aun lordosis lumbar por lo que echa las nalgas hacia atrás. Después de los 9 meses tomando sus manos o agarrándose de un soporte el niño se levanta solo e inicia la por dosis lumbar lo que ayuda enormemente a la bipedestación.</p>	<p>El examinador coloca al niño en posición de pie, en los primeros meses lo sostiene por las axilas y luego solamente por las manos o con apoyo y observa la posición del cuerpo del niño.</p>	<p>5: de acuerdo con la edad; 3: una etapa por debajo y 1: dos etapas por debajo o con soporte de peso por más de 60 segundos entre los 2 y los 5 meses.</p>												



Criterios a evaluar	Cómo se evalúa	Calificación	Edad en meses											
			Cronológica			Corregida								
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<p>Reacción positiva de soporte</p> <p>En el INFANIB este ítem se describe y registra en forma un tanto diferente que la usual con el fin de llamar la atención sobre los pies. Es bien conocido que la reacción positiva de soporte es un reflejo primitivo que debe integrarse durante los dos primeros meses, por lo tanto el INFANIB lo valora a partir del tercer mes como reflejo ya integrado.</p>	<p>El examinador observa la posición de los pies del niño cuando el niño es colocado en la posición de pie.</p>	<p>5: Mantiene el peso sobre el pie plano; 3: se mantiene de 5 a 30 segundos sobre los artejos y luego asume pie plano; 1: se mantiene por más de 30 segundos sobre los artejos.</p>	Valorarlo a partir del tercer mes											
Suspendido														
<p>Paracaídas anterior:</p> <p>Está presente en el niño a partir de los 7 meses después del nacimiento y debe conservarse durante toda la vida. Como se indicó en el paracaídas lateral, este ítem es también un indicativo excelente de asimetría cuando se manifiesta por empuje de los brazos en forma unilateral.</p>	<p>El examinador toma al niño por el tronco y lo propulsa hacia delante, hacia una superficie tal como una mesa, empujando la cabeza hacia abajo un poco. Se observa el empuje de los brazos hacia delante en busca de protección o soporte.</p>	<p>5: Presente, simétrico; 3: lento o ligeramente asimétrico; y 1: ausente o marcadamente asimétrico.</p>												

4. Higiene del Recién Nacido Prematuro

Programa Madre Canguro

Higiene del recién nacido prematuro con peso menor de 2,500 gramos

Al ingresar a la sala:

Objetivos

- Remover el unto sebáceo y la secreciones que trae el recién nacido en el cuerpo después del nacimiento.
- Evitar la contaminación de la piel por fluidos de alto riesgo.
- Contribuir al confort del recién nacido.
- Evitar infecciones manteniendo la piel lubricada y sana.

Material

- Algodón
- Pana pequeña con 20 mL de agua tibia mezclada con 2 mL de aceite vegetal.
- Pana vacía donde tendrá una mota de algodón mojada con agua tibia para el aseo ocular; una vez realizado este procedimiento la pana se utilizará para descartar el material sucio.

Procedimiento

Este procedimiento debe ser realizado bajo fuente de calor radiante previamente encendida o una cuna calefaccionada.

Los materiales a utilizar deben estar previamente preparados.

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Secarse con papel toalla.
- Colocar guantes descartables.
- Mojar seis torundas grandes de algodón con el agua mezclada con aceite vegetal.
- La primera torunda se usa para limpiar cara. El aseo ocular se realiza con algodón, limpiar los ojos desde el ángulo interno hacia el ángulo externo y eliminarlo.
- La segunda torunda para limpiar cabeza y zona retroauricular.

- La tercera torunda para limpiar cuello, manos, brazos, axilas y tórax.
- La cuarta torunda limpiar espalda y abdomen.
- La quinta torunda para limpiar los miembros inferiores.
- La sexta torunda para el aseo genital, limpiando los pliegues inguinales, genitales y finalmente el ano.
- Realizar lavado de manos y registrar la actividad en el expediente clínico.

Contraindicaciones del aseo cutáneo: Diferir el aseo cuando el recién nacido presente lo siguiente:

- Problemas de termorregulación
- Signos de dificultad respiratoria
- Descompensación hemodinámica

Una vez superadas las situaciones antes mencionadas proceder a realizar el aseo cutáneo.

Aseo en los días subsecuentes

- No debe realizarse ningún tipo de baño, únicamente limpie los genitales con algodón y agua tibia cada vez que lo requiera, limpiando los pliegues inguinales, genitales y finalmente el ano.
- Durante el cambio de pañal la cabeza del bebé debe reposar sobre un cojín (posición antirreflujo).
- Al realizar el cambio de pañal no levantar las piernas del bebé en contraposición del abdomen, lo correcto es ponerlo de lado de este forma evitamos reflujos, lesión de víscera y hemorragia intracraneana.

Vestimenta

- Gorro
- Pañal
- Calcetines

5. Masaje Corporal del Recién Nacido Prematuro

Programa Madre Canguro

Propósito

- Disminuir el estrés del bebé
- Fortalecer las relaciones afectivas entre el bebé y sus padres, generando autoconfianza.
- Mejorar los períodos de sueño del bebé.

Recomendaciones Generales

- El niño o niña debe estar desnudo o con un pañal. No debe tener frío, ni sueño o hambre mientras se masajea. Es aconsejable realizarlo entre comidas en una habitación caliente utilizando aceite vegetal tibio.
- Se debe realizar al menos un masaje al día y puede realizarlo la madre, el padre u otro miembro de la familia.
- El masaje, para que se efectivo, necesita tener cierta presión; es necesario que el bebe sienta el contacto, pero no en forma muy dura o agresiva.
- La sesión de masaje no debe ser demasiado larga o demasiado corta. El niño es quien indicara la duración de la misma y sus reacciones permitirán identificar que le gusta o disgusta, si le tranquiliza a molesta en que parte le gusta ser tocado y en que no.

Procedimiento

- Lávese las manos con agua y jabón antes de iniciar el masaje
- Aplíquese aceite vegetal en ambas manos y lo calienta a la temperatura del cuerpo.

Modalidades en el masaje

Cuando está en el pecho

Esta actividad se pensó, con el propósito de ayudar al desarrollo y la confianza de las madres en la habilidad para alzar a sus bebés. Se pide a las madres traer aceite vegetal (de girasol). Mientras amamantan al bebé, se comienza un masaje con

movimientos circulares empezando desde la nariz y moviendo las yemas de los dedos alrededor de los ojos (tres veces) el masaje continúa luego de la nariz a la comisura de los labios, y finalmente se aplica un masaje suave circular en las sienes del bebé. Después, el bebé se desviste para ser colocado en contacto piel a piel con la madre, dejando solamente el pañal entre la madre y el área genital del bebé.

La madre pone un poco de aceite en sus manos y lo calienta a la temperatura del cuerpo. La madre usa su mano lubricada para hacerle masaje empezando por la parte superior de la espalda y haciendo movimientos circulares de arriba a abajo en ambos lados en la columna. Después, se aplican movimientos circulares y una suave presión sobre los brazos y antebrazos, terminando en la mano del bebé, tomando cada uno de los dedos y haciéndoles una presión suave. El mismo tipo de masaje se aplica a las extremidades inferiores. Después el bebé se coloca con la espalda hacia la madre, para poderle dar un masaje circular en el pecho y el abdomen del bebé. Finalmente, el bebé se voltea, dejando que su pecho entre en contacto con el pecho de la madre, dándole un abrazo suave logrando un contacto cercano entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del bebé. Si la madre está muy ansiosa, la enfermera la puede ayudar a sostener el bebé en la posición apropiada. La duración del masaje debe ser corta, y el ambiente debe ser tibio, para prevenir una perdida excesiva de calor.

Cuando ya salió de la posición Canguro

Las piernas y los pies

Los pies y las piernas son las partes menos vulnerables del cuerpo del niño a la niña; por ello comenzar el masaje por esta parte es una buena táctica para crear un clima de confianza y para que acepte gradualmente el masaje. Los movimientos que se utilizan son:

1. De ordeño: coloque las manos en forma de anillos entorno del tobillo, luego háganla

descender hasta las caderas. Repitan el movimiento con la otra mano.

2. Enrollado: coloque las manos una detrás de la otra como en forma de anillo alrededor de la pierna, luego muevan las manos como si estuvieran enroscando un frasco. Estos movimientos ayudan a mejorar la circulación hacia los pies y hacia el corazón, mejoran el tono muscular y relajan las piernas.
3. Luego de realizar lo anterior en la pierna, apriete la planta de los pies con sus pulgares, del talón hacia los dedos, un pie después del otro; después comprima uno por uno de los dedos del pie.
4. Apriete con los pulgares la planta del pie y hagan pequeños círculos entornos al tobillo.
5. Luego realice un movimiento de ordeño de los pies a la cadera y finalicen con un enrollado. Aplique el primero en una pierna y luego en la otra.

El Pecho

1. Los masajes en el tórax tonifican los pulmones y el corazón.
2. Coloque sus manos sobre el pecho, la una al lado de la otra y háganlas descender primero uno y luego la otra, desde el cuello hasta el estómago. Luego vuelvan al sitio de partida y repitan el movimiento.

Hay varias formas de realizar el masaje a nivel del tórax:

- a) Forma de libro abierto: coloque ambas manos juntas y abiertas sobre el centro del pecho del bebé y luego presione hacia los lados, siguiendo la caja torácica como si estuviera aplanando las hojas de un libro.
- b) Forma de un corazón: volviendo a la posición inicial, sigan la forma de un corazón sin levantar las manos del cuerpo hasta volverlas a colocar de nuevo en el centro.
- c) Forma de una mariposa: consiste en colocar las manos entre el abdomen y tórax del bebé; una de las manos se sube en forma diagonal hasta el hombro, con ellas se masajea el hombro y se vuelve a colocar como en el inicio. Luego se hace lo mismo con la otra mano; es como realizar una X en el pecho del bebé, empezando por abajo.

El vientre

1. Hacer el masaje realizando movimientos sobre el vientre del pequeño o pequeña, una mano tras la otra, como si estuviera escarbando.
2. Otra manera es realizando movimientos circulares en el vientre del niño, como en sentido de las manecillas del reloj o en forma de N en el vientre.
3. Finalmente, con la yema de los dedos, haga como si caminara en el vientre del bebé.

La espalda

1. Para dar este masaje hay que colocar al niño o niña boca abajo en el suelo o abre sus piernas o encima del pecho de uno de ustedes si se realiza en contacto piel a piel.
2. Con la mano bien estirada a través de la espalda del bebe, de forma que ella este en contacto con todo el ancho de la espalda; masajeen hacia abajo desde el cuello hasta las nalgas.
3. Suban una mano luego la otra, en forma diagonal, desde las nalgas hasta el hombro; masajeen suavemente el hombro y vuélvana a colocar en el punto de partida (es como hacer una X en la espalda empezando desde abajo). Hagan lo mismo con la otra mano.
4. Con la punta de los dedos de las manos masajeen suavemente los músculos en ambos lados de la columna desde el cuello hasta las nalgas, usando movimiento hacia las manos y circulares.
5. Finalmente, a llegar a las nalgas, masajéelas juguetonamente y con movimientos circulares.

Los brazos y las manos

El masaje de los brazos y las manos se puede hacer desde las manos hacia los hombros y de forma inversa.

1. Levante el brazo del niño o la niña y pase sus manos varias veces por la axila y masajee esta parte del cuerpo.
2. Estando el brazo levantado, hagan un masaje en forma de ordeño en el brazo desde el hombro hacia la muñeca y después haga la forma de comprensión y luego realice el masaje de enrollado en el brazo.

3. Ahora abran bien la mano del bebe, aprieten con los pulgares la palma de los pulgares y yendo desde la muñeca hacia los dedos; después comprima uno por uno los dedos de la mano, posteriormente acaricie el dorso de la mano y ganen pequeños círculos alrededor de la muñeca.
4. Finalicen haciendo el movimiento de ordeño y enrollando de la mano al hombro. Aplique primero el masaje en un hombro y luego en el otro.

La Cara

1. Coloque las manos cubriendo la cara y realice movimiento como si estuviera aplanando las hojas de un libro.
2. Después con los pulgares apriete ligeramente los ojos, la nariz y luego presione hacia abajo hasta llegar a las mejías.
3. Nuevamente con los pulgares trace una sonrisa con el labio superior del bebé y luego con el inferior;
4. Haga pequeños círculos alrededor de la mandíbula con las puntas de los dedos.
5. Finalizando con el masaje en las orejas.

USAID | Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud

De donde fue la Vicky Altamira, una cuadra abajo, una cuadra al sur,
Edificio Plaza San Ramón, Segundo piso, Módulo 6, Managua, Nicaragua
Tel: (+505) 278-7112 • Fax: 278-0447, ext. 108

www.hciproject.org



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD