



República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DEL BAJO PESO AL NACER

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DEL BAJO PESO AL NACER

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1.	JUSTIFICACIÓN	5
2.	DEFINICIÓN	5
3.	OBJETIVOS	5
4.	POBLACION OBJETO.....	6
5.	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	6
5.1	ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA EN LA SALA DE PARTOS.....	6
5.1.1	Valoración médica y diagnóstico	6
5.1.1.1	<i>Valoración médica y diagnóstico en caso de prematurez:</i>	7
5.1.2	Identificación de riesgos para el recién nacido prematuro y/o de Bajo Peso al Nacer 8	
5.1.3	Tratamiento de la hipoglicemia.....	8
5.2	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER Y/O PREMATURO.....	9
5.2.1.1	<i>Procedimiento durante el transporte</i>	11
5.2.1.2	<i>Hospitalización</i>	11
5.3	MÉTODO MADRE CANGURO	11
5.3.1	Componentes	11
5.3.2	Objetivos	12
5.3.3	Adaptación Canguro intrahospitalaria:	13
5.3.3.1	<i>Criterios de ingreso</i>	13
5.3.3.2	<i>Criterios para la selección de la madre o cuidador y elementos necesarios para la adaptación canguro en el hospita:</i>	13

5.3.3.3	Objetivos de la adaptación intrahospitalaria	13 <u>14</u>
5.3.3.4	Actividades a desarrollar durante la Adaptación Canguro hospitalaria	14 <u>15</u>
5.3.3.5	Criterios para salida de la institución :	15 <u>16</u>
5.3.3.6	Programa Madre Canguro Ambulatorio.....	15 <u>16</u>
6.	FLUJOGRAMA	20 <u>21</u>

1. JUSTIFICACIÓN

Los datos internacionales muestran que el 90% de los recién nacidos con Bajo Peso nacen en los países en vías de desarrollo, con una mortalidad neonatal para América Latina 35 veces más elevada que cuando los neonatos nacen con un peso mayor a 2.500 gramos.

En Colombia el Bajo Peso al Nacer tiene una prevalencia del 9%, motivo por el cual se considera un problema de salud pública que se debe abordar desde la perspectiva de promoción y prevención de forma tal que incida en el mejoramiento en las condiciones de vida de la población.

2. DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante las cuales se asegura un manejo adecuado de las condiciones biopsicosociales, de los neonatos cuyo peso al nacer sea inferior a 2500 grm., independiente de la edad gestacional, o que nazcan antes de 37 semanas de edad postconcepcional, así su desarrollo intrauterino haya sido normal.

El cuidado tradicional en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal en incubadoras, para estos neonatos de Bajo Peso al Nacer consiste por una parte, en tratar las enfermedades que puedan presentar y por otra, apoyar la debilidad de las funciones fisiológicas. Este manejo implica recursos económicos, técnicos y humanos calificados. Además implica separación prolongada de la madre y del niño y representa una situación de desequilibrio afectivo.

El Método Madre Canguro propuesto en esta guía no reemplaza el cuidado intensivo humanizado, ni el abordaje clínico inicial del recién nacido de Bajo Peso al Nacer y/o prematuro, ni el cuidado intermedio, por el contrario los continua. Consiste en: 1) Contacto piel a piel una vez **estabilizado** el neonato de Bajo Peso al Nacer y/o prematuro 24 horas al día 2) Alimentación materna exclusiva siempre que sea posible y 3) Salida Precoz con estricto seguimiento ambulatorio

3. OBJETIVOS

- Brindar una atención adecuada a los los neonatos con Bajo Peso al Nacer afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado durante el período postnatal de y así darles respuesta al derecho a una vida con calidad y disminuir las tasas de mortalidad perinatal.
- Detectar precozmente las alteraciones producidas por la prematurez y/o Bajo Peso al Nacer y en consecuencia actuar oportunamente para proporcionar mejores condiciones de vida a través del desarrollo del apego, del vínculo afectivo y una adecuada nutrición mediante un estricto seguimiento ambulatorio, que asegure un desarrollo biopsicosocial integral .

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

4. POBLACION OBJETO

La población beneficiaria de estas guías son todos los recién nacidos con peso al nacer menor de 2500 grm y/o que nazcan con menos de 37 semanas de edad post-concepcional afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones conforman las guías básicas que deben ser realizadas por todas las instituciones responsables de la atención de los neonatos con Bajo Peso al Nacer, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado que garantice la atención humanizada y de calidad para lograr un recién nacido sano.

5.1 ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA EN LA SALA DE PARTOS

Es el conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden, de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior. (ver Norma técnica para la Atención del Recién Nacido)

5.1.1 Valoración médica y diagnóstico

Al momento de evaluar el Bajo Peso al Nacer ya se deben haber aplicado las normas para la valoración del Recién Nacido

- Pesar
- Tomar de temperatura
- Ordenar Glicemia
- Aplicar test de Silverman
- Hacer análisis de la historia materna y perinatal
- Evaluar la edad gestacional aplicando el Test de Ballard que en una escala de 12 puntos evalúa criterios de maduración neuromuscular físicos y neurológicos
- Clasificación de Lubchenco: relaciona el peso al nacer (en gramos) con la edad gestacional, para dar una aproximación del estado nutricional del neonato y así evaluar mejor el riesgo:
 - Recién nacido pretérmino (PT) y pequeños para su edad gestacional
 - Recién nacido pretérmino y adecuados para su edad gestacional
 - Recién nacido pretérmino y grandes para su edad gestacional
 - Recién nacido a término y pequeños para su edad gestacional
- Clasificar el Bajo Peso al Nacer: peso inferior o igual a 2.500 gramos en un neonato, independiente de la edad gestacional.
 - Bajo peso (BP): cuando fluctúa entre 1.501 y 2.500 gr.
 - Muy bajo peso (MBP): neonato con un peso menor o igual a 1.500 gr.
 - Bajo Peso Extremo: neonato con peso inferior a 1.000 gr.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

Con formato: Sangría: Izquierda: 0,6 cm, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,6 cm, Punto de tabulación: 1,83 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

Con formato: Sangría: Izquierda: 0,6 cm, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,6 cm, Punto de tabulación: 1,83 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

Los dos últimos conforman el grupo de mayor riesgo de enfermar y morir.

5.1.1.1 Valoración médica y diagnóstica en caso de prematuridad:

Prematuro es todo neonato que nace antes de la semana 37 de edad postconcepcional, haya o no tenido un desarrollo intrauterino normal.

Cuando el neonato se encuentra en malas condiciones se pesa una vez se haya iniciado el manejo de estabilización. Todo recién nacido con peso menor a 2.000 gr. y menor a 34 semanas debe remitirse para tratamiento hospitalario a un nivel de mayor complejidad.

En los recién nacidos con peso entre 2000 y 2500 gr. y/o superior a 34 semanas: Si el Apgar a los 5 minutos es <7, presenta dificultad respiratoria, con Silverman > 2, se encuentra frío o con fiebre y tiene una glucometría < 35 mg %, se deben aplicar las acciones descritas para el menor de 2.000 gr. y remitir.

5.1.2 Identificación de riesgos para el recién nacido prematuro y/o de Bajo Peso al Nacer

El recién nacido de bajo peso o prematuro es más vulnerable que el recién nacido a término a presentar alteraciones en la regulación de la temperatura (Hipotermia), complicaciones metabólicas principalmente hipoglicemia e hipocalcemia, ductus arterioso persistente, membrana hialina y de acuerdo a una menor edad gestacional, incremento en el riesgo de contraer infecciones, ictericia, desarrollar hemorragia intraventricular, alteraciones neurológicas y trastornos de succión, deglución, incompatibilidad sanguínea, isoinmunización entre otros.

Los riesgos serán mayores entre menos semanas de gestación tenga el recién nacido o menor sea su peso al nacer .

En el examen del neonato de bajo peso se deben identificar los siguientes riesgos descritos en el párrafo anterior.

5.1.3 Tratamiento de la hipoglicemia

Para evitar que el recién nacido presente hipoglicemia se deben aplicar las siguientes medidas:

- Evitar hipotermia
- Iniciar tempranamente la vía oral con leche materna si las condiciones lo permiten. Si no es posible la vía oral canalizar vena con DAD 5% (5 mgs/K/m) y remitir a un nivel de mayor complejidad

Si la glicemia tomada a la hora de nacido es menor de 40 mg % y mayor de 30 mg% y el recién nacido no tiene sintomatología de hipoglicemia (hipoglicemia asintomática), no tiene dificultad respiratoria, el APGAR fue mayor de 6 al minuto, es decir, puede recibir vía oral, se debe procurar alimentar precozmente, preferiblemente con leche materna y evitar el inicio de soluciones dextrosa-

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

das para probar la vía oral. Medida que se utilizará de acuerdo a la respuesta de cada neonato.

- En caso de glicemia menor de 30 mg% o con sintomatología se deberá canalizar vena con Dextrosa al 10%, para suministrarle de 7 – 10 mg/kg en equipo de microgoteo.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

5.2 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER Y/O PREMATURO

Criterios que se deben tener en cuenta para remitir al recién nacido de bajo peso:

- Muy Bajo Peso al Nacer
- Atonía muscular
- Ictericia
- Sospecha de infección
- Evidencia de malformaciones cardíacas u otras
- Imposibilidad de manejo adecuado
- Convulsiones
- Sospecha de Enterocolitis Necrozante Aguda

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

La mejor manera de remitir es en el útero de la madre pero para eso se debe detectar tempranamente el riesgo

Si lo anterior no es posible:

- Estabilizar al recién nacido, para asegurarle mejores condiciones físicas para la remisión y detectar el riesgo.
- Garantizar en el neonato una temperatura entre 36 – 37° C en cualquier método que se utilice.
- Iniciar de inmediato la administración de calostro (por succión directa si se puede o por extracción manual y administrar con gotero, jeringa, vaso o sonda)

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

- Canalizar vena con DAD que suministre 5mg/Kg./m, si la glicemia > 30 mg o y < de 40 mg. (Ver manejo hipoglicemia)
- Si el recién nacido requiere apoyo ventilatorio debe ir intubado adecuadamente, y con soporte ventilatorio a través de ventilador mecánico o en su defecto con balota (ambú), suministrando oxígeno según necesidad.
- Referencia: El organismo de salud remitente debe asegurarse que el recién nacido sea recibido en la institución a la cual se remite. Se debe enviar con la correspondiente historia clínica y remisión debidamente diligenciada y con los exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas a que haya lugar, evitando así duplicidad y el aumento de costos en la atención.
- Contrareferencia: La Institución Prestadora de Servicios de Salud receptora de los neonatos con Bajo Peso al Nacer y/o prematuros, asume la responsabilidad del paciente una vez realizados los trámites legales de la remisión y se obliga a enviar a la entidad que hizo la referencia copia de la epicrisis correspondiente y recomendaciones de manejo específico.
- El neonato debe permanecer en control especial hasta las 40 semanas y luego remitir a los controles de alto riesgo establecido.
- Preparar Equipo de transporte y su adecuado funcionamiento lo cual incluye:
 - Incubadora de transporte precalentada o posición canguro si el estado del niño lo permite (con calostro)
 - DAD 5%, equipo de microgoteo, buretrol, aguja plástica Nº 21 0 Nº 23, equipo de infusión tipo bureta
 - Fuente de oxígeno llena, balota de transporte, flujómetro, humidificador, cámara de Hood, manguera corrugada y sonda de succión
 - Idealmente monitor de frecuencia cardíaca, tensión arterial y oximetría de pulso
 - Equipo para intubación, tubos orotraqueales de diferente diámetro y balota para anestesia (ambú)
 - De preferencia médico o en su defecto enfermera o auxiliar de enfermería entrenada y el acompañante.

Con formato: Sangría: Izquierda: 0,6 cm, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,6 cm, Punto de tabulación: 1,23 cm, Lista con tabulaciones + No en 0,63 cm

- Ambulancia en buenas condiciones, revisar con anterioridad
- La incubadora debe ir fija al piso para evitar su movimiento durante el transporte y posibles accidentes

5.2.1.1 Procedimiento durante el transporte

Al inicio del transporte deben quedar consignados los signos vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria e idealmente tensión arterial y oximetría de pulso, que se deberán controlar cada 20 minutos, hasta la entrega al mayor nivel de complejidad.

5.2.1.2 Hospitalización

Todos los recién nacidos con peso de 2001 gm hasta 2500 gm o con edad gestacional mayor de 34 semanas, que no sean remitidos deben quedarse en observación como mínimo 72 horas ya sea en el servicio o con la madre hasta que el estado clínico sea satisfactorio.

Durante el tiempo de hospitalización, independiente del nivel de complejidad, se debe evaluar a la madre, al padre o cuidador responsable y al neonato para definir si responden o no a los criterios de elegibilidad para ingresar al Programa Madre Canguro.

5.3 MÉTODO MADRE CANGURO

Existen diferentes maneras de abordar la problemática del recién nacido prematuro o con Bajo Peso al Nacer, una de ellas es el Método Madre Canguro, ideado por el Doctor Edgar Rey Sanabria, en 1978 en el Instituto materno Infantil en Santa Fe de Bogotá, siendo director del Departamento de Pediatría. Continúo su desarrollo el Doctor Héctor Martínez con la colaboración del Doctor Luis Navarrete hasta el año 1993.

5.3.1 Componentes

- Posición: consiste en colocar al neonato en posición vertical, en contacto piel a piel, en el pecho de la madre o de una persona entrenada responsable de su cuidado en el hogar, durante las 24 horas del día para brindarle amor, estímulo y afecto. Así mismo podrá adoptarse en el manejo intrahospitalario según las condiciones del neonato.
- Nutrición: se alimenta con lactancia materna exclusiva, controlando que la ganancia de peso sea adecuada.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

- Salida precoz y seguimiento ambulatorio: envío al neonato a su hogar tan pronto como su estado de salud sea estable, tenga una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa, independiente de su peso y de su edad gestacional.

5.3.2 Objetivos

- Propiciar la relación precoz madre – neonato
- Favorecer el contacto piel a piel 24 horas al día hasta que el neonato regule temperatura.
- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva mediante educación y consejería
- Favorecer el desarrollo físico, psicoemocional y social del neonato prematuro y de bajo peso durante el tiempo de seguimiento
- Fortalecer la integración familiar a través del Método Madre Canguro
- Disminuir el abandono y maltrato a la niñez
- Racionalizar el manejo de la atención neonatal
- Detectar precozmente e intervenir en forma oportuna las secuelas inherentes a la prematuridad y bajo peso durante el seguimiento de alto riesgo (mínimo hasta un año de edad corregida)
- Favorecer el apego y el vínculo afectivo mediante la vinculación temprana afectiva entre madre, padre e neonato
- Educar y adaptar a la madre para el cuidado del neonato en el hogar e instaurar la lactancia materna adecuada
- Educar y dar apoyo al grupo familiar
- Hacer seguimiento ambulatorio: primer etapa hasta que cumpla las 40 semanas de edad post concepcional, luego seguimiento de alto riesgo hasta que tenga marcha independiente
- Al término de estas 2 etapas todo neonato canguro debe tener un seguimiento, con el fin de vigilar no solo su crecimiento y desarrollo somático sino detectar discapacidades menores que dificultan su integración a la vida escolar.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

5.3.3 Adaptación Canguro intrahospitalaria:

5.3.3.1 Criterios de ingreso

- Haber superado cualquier enfermedad vital existente. El neonato debe estar estable. Puede tener un catéter heparinizado u O₂ con cánula.
- Se puede iniciar la adaptación canguro intrahospitalaria para apego o succión no nutritiva. El inicio de la vía oral se hace directamente al seno dependiendo si el neonato es capaz de succionar, de lo contrario se hace con taza.
- Tener madre, padre o cuidador responsable que pueda y desee participar en el proceso de adaptación
- Tener una buena respuesta a los estímulos
- Si está con líquidos parenterales, evaluar la posibilidad de iniciar la adaptación por períodos cortos.

De acuerdo al criterio del neonatólogo tratante en la UCI, se podrá iniciar el apego de manera temprana (con tubos, sonda, líquidos), tan pronto como el neonato lo tolere.

5.3.3.2 Criterios para la selección de la madre o cuidador y elementos necesarios para la adaptación canguro en el hospita:

- Desear y aceptar la participación en el Programa Madre Canguro
- Tener la capacidad física y mental para manejar al neonato.
- Tener disciplina, compromiso y amplia disponibilidad
- Comprender y respetar el método
- Llevar ropa cómoda para cambiarse
- Utilizar bata y gorro de aislamiento hospitalario
- Uñas cortas y sin pintar (debe llevar cepillo y cortauñas), pelo recogido
- Asear debidamente las manos

5.3.3.3 Objetivos de la adaptación intrahospitalaria

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

- Disminuir el estrés de la madre frente al cuidado de su neonato prematuro o de bajo peso antes de egresar de la sala de maternidad
- Capacitar a la madre, el padre o un cuidador responsable para cuidar a su neonato en el hogar.
- Disminuir los temores que surgen de la aplicación de la método madre canguro en casa.
- Iniciar y promover el vínculo afectivo Madre/Padre/Neonato.
- Estimular el inicio precoz de la lactancia materna, su instauración adecuada y mantenimiento
- Entrenar a la madre para la extracción manual de la leche del final, la administración con gotero o tasa y en la técnica del suministro de la leche final.
- Evaluar la competencia del neonato para ser cuidado con el método madre canguro.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

5.3.3.4 Actividades a desarrollar durante la Adaptación Canguro hospitalaria

Idealmente el proceso de adaptación debe hacerse tan pronto como las condiciones de la madre y del neonato lo permitan, en grupo y en un área destinada para tal fin. En la Adaptación se deben realizar las siguientes actividades:

- Entrenar a la madre y al padre o cuidador para sostener al neonato en posición canguro y pasarlo a otra persona
- Explicar a la madre, el padre o cuidador estable el reflejo de búsqueda, succión y deglución.
- Enseñar a la madre las técnicas adecuadas para amamantar con éxito: posición correcta tanto para la madre como para el neonato, extracción manual, mecanismos de producción de la leche y cómo alimentar con vaso. Además hacer consejería en lactancia materna para desarrollar en las madres confianza y capacidad para amamantar y resolver problemas tempranos que se presentan durante el amamantamiento.
- Cuando el neonato permanece dormido se debe despertar cada hora y media o dos horas según su madurez utilizando diferentes estímulos.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

- Resolver de inmediato los problemas tempranos de la lactancia, estos se consideran una urgencia
- Cuando se dé la separación forzosa de la madre y el neonato, se debe estimular al personal de enfermería para que proporcione la leche sin utilizar chupos, para lo cual se requiere sensibilizar y capacitar al personal en el manejo demostrando que no implica mayor tiempo
- Educar en cuidados, precauciones y signos de alarma
- Desarrollar sesión para diálogo de saberes sobre manifestación de temores específicos de la madre o cuidador. Relato de experiencias de madres que han desarrollado el método madre canguro
- Ejercicios físicos, técnicas de relajación, estimulación y masajes del neonato en contacto piel a piel en adaptación canguro

5.3.3.5 Criterios para salida de la institución :

- Regulación de la temperatura
- Succión y deglución efectivas
- Ganancia de peso adecuada
- Madre y padre o cuidador capacitado para el manejo del neonato en casa
- Última sesión de adaptación (previa a la salida): cuando el neonato se va a dar de alta se debe poner mayor cuidado al desempeño de la madre sin la ayuda del personal de salud. El temor que puedan presentar la madre y la familia de sacar al neonato de la institución, se resuelve dándoles seguridad y confianza en su capacidad de manejo ya aprendido.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

5.3.3.6 Programa Madre Canguro Ambulatorio

Se debe asegurar a todo recién nacido prematuro o de bajo peso el seguimiento de alto riesgo como se describió anteriormente. Cuando el neonato prematuro o de bajo peso salga del control de alto riesgo, es decir haya alcanzado la etapa de marcha independiente deberá tener un estricto control en la consulta de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.

5.3.3.6.1 Criterios de elegibilidad del neonato canguro para el ingreso al manejo ambulatorio:

- Haber tenido adaptación canguro intrahospitalaria exitosa con adecuada coordinación, succión, deglución, respiración.
- Haber subido de peso durante la hospitalización, respetando la pérdida fisiológica de peso
- Haber superado cualquier patología

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

5.3.3.6.2 Objetivos de la consulta ambulatoria

La consulta ambulatoria es grupal para permitir el intercambio de experiencias. Aquí se realiza la adaptación canguro ambulatoria y la educación de la familia por parte del equipo multidisciplinario.

- Consolidar la adaptación canguro en el manejo ambulatorio
- Monitorear el crecimiento somático
- Detectar a tiempo cualquier alteración existente
- Promover la lactancia materna
- Monitorear el desarrollo neuropsicomotor.
- Resolver dudas o problemas que se presentan a la madre o a la familia en el manejo ambulatorio del neonato canguro.
- Incentivar la responsabilidad de las madres y las familia de los cuidados ambulatorios del neonato
- Desarrollar en la familia el sentimiento de autoestima, confianza y competencia para sacar adelante su neonato

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

5.3.3.6.3 Actividades de la consulta ambulatoria

- Examinar en una colchoneta anti - reflujo y en poco tiempo para evitar que pierda calor cuando el neonato sigue en posición canguro

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

- Monitorear diariamente el crecimiento en peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico, utilizando las curvas de Lubchenco antes de 40 semanas de edad postconcepcional y las adaptadas a la población; el punto cero corresponde al término. Cuando se logra una ganancia de peso de 15 g/kg/día, de talla 0.7 cm/kg/semana y de PC 0,5 cm semanal, el monitoreo se hará cada semana hasta el término
- Realizar un examen físico completo incluyendo la revisión de caderas
- Solicitar al neonato una ecografía cerebral transfontanelar si no la tiene
- Detectar alteraciones que puedan necesitar una consulta especializada (displasia de cadera, hernias inguinales, entre otras)
- Remitir a oftalmología entre la 4ª y 6ª semana de vida si el neonato recibió O₂, tiene < 34 semanas y/o < 1.500 g.
- Remitir a optometría (trastornos de refracción más frecuentes en los prematuros) y valoración auditiva por especialista (Logoimpedanciometría) entre 2 a 6 meses
- Realizar consejería en lactancia permanentemente, pero en especial para apoyar a la madre al regreso al trabajo para que continúe amamantando.
- Valorar el desarrollo neuropsicomotor según las fechas previstas (40 semanas, 3, 6, 9 y 12 meses de edad corregida), remitir a terapia física, ocupacional y del lenguaje para su evaluación y tratamiento si lo requiere.
- Prescribir Polivitamínico que supla las necesidades del prematuro/Bajo Peso al Nacer: 800 UI/día Vitamina D, 2.000 UI/día Vitamina A, 25 UI/día Vitamina E, 1 mg Vitamina K/semanal, hasta que el neonato cumpla el término.
- En neonato con peso menor de 1.500 gr., o con factores de riesgo adicional Vitamina D hasta 2.000 UI/día y 500 mg de calcio para prevenir la osteopenia del prematuro
- Teofilina si el neonato es menor de 34 semanas al momento de entrar en el programa canguro o si la venía recibiendo. (se sugiere Teolixir 1 – 2 mg/Kg tres veces por día).
- Procinéticos hasta los 6 meses de vida
- Sulfato ferroso a partir del mes de vida 1 mg/Kg /día

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

- Aplicar BCG antes de los tres meses de edad postnatal según el peso y el resto de inmunizaciones de acuerdo a esquema único de vacunación establecido por el Ministerio de Salud.
- Si hay duda sobre el manejo del neonato canguro en casa, debe citarse todos los días a control.
- En lo posible se deben resolver las dudas ya sea telefónicamente o en la misma institución prestadora de servicios de salud

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

5.3.3.6.4 Cuidados ambulatorios diarios

- Posición: Nunca se pondrá al bebé en posición horizontal. Las manipulaciones se deben reducir al mínimo, para alimentarlo, cambiarlo o realizar cualquier otra maniobra; la cabeza debe permanecer por encima del cuerpo. La persona que duerma con el bebé hacerlo semisentada, cómoda y mantenerlo en posición vertical.

El bebé determina el tiempo que permanece en canguro, él abandona espontáneamente la posición cuando regula la temperatura entre 36 a 37 semanas de edad postconcepcional, según el grado de calor y humedad del lugar.

- Vestido: Se debe vestir ligeramente, tratando de mantenerlo contacto piel a piel. Nunca fajarlo. Se recomienda utilizar una camiseta sin manga abierta de frente, gorro según el clima y patines.
- Precauciones: teniendo en cuenta su sistema inmunitario, nunca se debe estar en contacto con personas enfermas.
- Nutrición: Se debe alimentar con frecuencia y a intervalos regulares. No pueden pasar 2 horas sin comer, por lo tanto se debe despertar.
- Privilegiar la lactancia materna exclusiva, solo en caso de crecimiento inadecuado en peso y talla y seguros de que esta consumiendo la leche final y luego de dar consejería en lactancia a la madre, solo bajo prescripción médica se podrá formular un fortificante de leche materna o leche especial para prematuro como complemento. La ración diaria de complemento se calcula sobre la base de 180 a 200 cc/kg/día, se administrara el 30% para iniciar repartido en las 24 horas y se suministra con vaso o gotero para no interferir en la lactancia materna. Una vez obtenido un crecimiento adecuado con el complemento se disminuye progresivamente la cantidad prescrita hasta llegar a la consulta de 40 semanas postconcepcional con leche materna exclusiva.

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 0,63 cm + Sangría: 0,63 cm

El Seguimiento Canguro se hace de acuerdo con las actividades descritas en la consulta ambulatoria.

6. FLUJOGRAMA



