



## PROTOCOLO PLAN CANGURO

**IAMII  
OCTUBRE 2025**

## CONTENIDO

1	INTRODUCCION .....	4
2	DEFINICION .....	5
3	OBJETIVOS .....	5
4	ALCANCE .....	5
5	DEFINICIONES .....	5
5.1	BAJO PESO AL NACER: .....	5
5.2	CANGURO: .....	5
5.3	PROGRAMA MADRE CANGURO .....	6
5.4	LA INTERVENCIÓN (INTERVENCIÓN MADRE CANGURO) IMC: .....	6
5.5	EL MÉTODO MADRE CANGURO, O MMC .....	6
5.6	PREMATURIDAD: .....	6
5.7	NIÑO DE BAJO PESO AL NACER (BPN): .....	6
5.8	EDAD CRONOLÓGICA .....	6
5.9	EDAD GESTACIONAL: .....	6
5.10	EDAD CORREGIDA: .....	7
5.11	POSICION CANGURO: .....	7
5.12	PROVEEDOR DE POSICION CANGURO: .....	7
5.13	ADAPTACION CANGURO: .....	7
5.14	EGRESO EN POSICION CANGURO: .....	7
5.15	LACTANCIA MATERNA .....	8
5.16	COMPLEMENTACION DE LA ALIMENTACION MATERNA .....	8
5.17	SUPLEMENTO DE LA ALIMENTACION MATERNA: .....	8
6	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA ATENCIÓN “METODO MADRE CANGURO” .....	8
6.1	COMPONENTES .....	8
6.1.1	POSICIÓN CANGURO: .....	8
6.1.2	ALIMENTACION Y NUTRICION CANGURO BASADA EN LACTANCIA MATERNA: .....	10
7	ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA: .....	12
7.1	CRITERIOS DE INGRESO .....	12
7.2	CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MADRE O CUIDADOR Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA ADAPTACIÓN CANGURO EN EL HOSPITAL: .....	12
7.3	OBJETIVOS DE LA ADAPTACIÓN INTRAHOSPITALARIA .....	12
8	ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE LA ADAPTACIÓN CANGURO HOSPITALARIA .....	13
8.1	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA SALIDA DEL NIÑO/A: .....	14
8.2	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA MADRE PARA LA SALIDA .....	15
8.3	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA FAMILIA Y/O RED DE APOYO PARA LA SALIDA .....	15

9	SEGUIMIENTO AMBULATORIO.....	16
10	BIBLIOGRAFIA.....	17
11	ANEXO 1.....	17

## 1 INTRODUCCION

Reducir la morbilidad y las secuelas del bajo peso al nacer y prematuridad ha sido posible en sociedades afluentes gracias a un mejoramiento de la calidad de vida que ha resultado en embarazos más saludables, un acceso sin restricciones a los cuidados Neonatales y a los avances en la tecnología de este cuidado perinatal.

El cuidado de estos niños más frágiles sigue siendo costoso y se requieren alternativas costo-efectivas, una de ellas es el Método Madre Canguro (MMC): Método de cuidado del recién nacido prematuro y de BPN basado en 1) la Posición Canguro o contacto piel a piel directo Entre el niño y su madre 24 horas al día una vez el niño se encuentre estable, 2) la lactancia materna exclusiva si es posible y 3) la salida temprana a casa en Posición Canguro con un seguimiento ambulatorio estricto al menos durante su primer año de vida. El MMC es una Alternativa que ofrece una utilización más racional de los recursos en comparación con otros métodos que requieren técnicas costosas, sofisticadas e intensivas en tecnología, sin sacrificar la calidad del servicio médico ni la calidad en los resultados. El MMC es un complemento de los cuidados de neonatología, no un remplazo.

Los componentes originales de la intervención (contacto piel a piel prolongado en Posición Canguro, nutrición basada en lactancia materna y salida temprana a casa en Posición Canguro) se han comprobado científicamente en estudios de observación y experimentales conducidos en Colombia y en otros países, tanto desarrollados como en vía de desarrollo. Existe amplia evidencia que apoya el MMC con todos sus componentes, es un método eficaz y seguro para el cuidado de recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer, clínicamente estable.

Los lineamientos técnicos para la implementación del Programa Madre Canguro en Colombia están basados en la bibliografía compilada por la Fundación Canguro en la guía de práctica clínica llamada "Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro de cuidados del recién nacido pre término y/o de bajo peso al nacer" desarrollada por la Fundación Canguro y el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana.

## 2 DEFINICION

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante las cuales se aseguran un manejo adecuado, del neonato pre termino; es decir nacido antes de la semana 37 de gestación y a término con bajo peso al nacer inferior a 2500 gr.

## 3 OBJETIVOS

- Estandarizar las intervenciones a realizar en los neonatos pre termino y con bajo peso al nacer permitiendo una atención integral y de calidad.
- Empoderar a la madre o a cuidadores y transferir de manera gradual la capacidad de responsabilidad de ser los cuidadores primarios del niño, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

## 4 ALCANCE

Aplica para todos los Recién Nacidos pretermino y a término con bajo peso al nacer que sean atendidos en la E.S.E Hospital Pedro León Álvarez Díaz

Inicia desde la atención del parto, continua con las intervenciones necesarias para su atención, continua con la decisión de remitir o dejar hospitalizado en la institución y termina con el seguimiento ambulatorio.

## 5 DEFINICIONES

Comentado [C1]: Enfoque diferencial

Comentado [S2R1]:

### 5.1 BAJO PESO AL NACER:

Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa. El bajo peso al nacer suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria por alteración del intercambio madre - placenta - feto y, como consecuencia, con una malnutrición intrauterina.

### 5.2 CANGURO:

El término evoca la maduración extrauterina del feto tal como ocurre en los mamíferos no placentarios. Se refiere a que la madre, como proveedora de la llamada Posición Canguro (que se define más adelante), carga continuamente al prematuro hasta que alcanza la madurez esperada.

### 5.3 PROGRAMA MADRE CANGURO

Es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención madre canguro, con un equipo de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.

### 5.4 LA INTERVENCIÓN (INTERVENCIÓN MADRE CANGURO) IMC:

Consiste en una serie de componentes que se aplican de una forma organizada y sistemática, siguiendo el Método Madre Canguro.

### 5.5 EL MÉTODO MADRE CANGURO, O MMC

Es un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y/o de bajo peso al nacer y su madre, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año de edad corregida. El MMC busca empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

### 5.6 PREMATURIDAD:

Estado que define el acto de nacer antes de la semana 37 del período de gestación, independiente del peso.

### 5.7 NIÑO DE BAJO PESO AL NACER (BPN):

Es el niño que nace con un peso inferior a 2500 gramos independiente de la edad gestacional.

### 5.8 EDAD CRONOLOGICA

Según recomendación de la APA (Sociedad Americana de Pediatría): (edad postnatal, en días, meses, años) edad que se calcula midiendo el tiempo transcurrido a partir de la fecha del nacimiento hasta el momento de la evaluación.

### 5.9 EDAD GESTACIONAL:

Según recomendación de la APA (Sociedad Americana de Pediatría), se define como: el tiempo transcurrido (en semanas completas), entre el primer día del último período menstrual y el día de nacimiento. Si la concepción fue lograda usando asistencia de tecnología reproductiva la edad gestacional se calcula adicionando 2 semanas de edad concepcional. Se utiliza la edad gestacional para definir la edad del niño antes que cumpla las 40 semanas.

#### **5.10 EDAD CORREGIDA:**

(Se usa a partir de las 40 semanas de gestación) Según recomendación de la APA (Sociedad Americana de Pediatría), se define como: (en semanas o meses) la edad cronológica reducida del número de semanas que faltaron para las 40 semanas de gestación. El término debe ser usado solo para los niños nacidos antes de término hasta los 3 años de edad.

#### **5.11 POSICION CANGURO:**

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

#### **5.12 PROVEEDOR DE POSICION CANGURO:**

Persona que carga el niño en Posición Canguro. Idealmente la madre debería ser la proveedora principal de la Posición Canguro, con la ayuda del padre u otro miembro de la familia.

#### **5.13 ADAPTACION CANGURO:**

Período de adaptación a los diferentes componentes del Método Madre Canguro (MMC), durante el cual se transfieren de manera gradual, las responsabilidades a la persona proveedora de la Posición Canguro para el logro de los objetivos del Método en el cuidado del niño.

#### **5.14 EGRESO EN POSICION CANGURO:**

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

### 5.15 LACTANCIA MATERNA

Alimentación con leche de la madre, sea directamente del seno o por administración de leche extraída previamente.

### 5.16 COMPLEMENTACION DE LA ALIMENTACION MATERNA

Uso de leche artificial (leche de fórmula) para garantizar el aporte del volumen necesario para un crecimiento adecuado.

### 5.17 SUPLEMENTO DE LA ALIMENTACION MATERNA:

Uso de fortificadores de leche materna para garantizar una composición adecuada cuando el volumen de leche materna es adecuado.

## 6 CARACTERÍSTICAS BASICAS DE LA ATENCIÓN “METODO MADRE CANGURO”

La intervención canguro es un complemento del cuidado neonatal y de las intervenciones de salud realizadas en el recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer.

### 6.1 COMPONENTES

#### 6.1.1 POSICIÓN CANGURO:

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.

Se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura en Posición Canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por cambios de posición (por ejemplo: flexión o hiperextensión del cuello) lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales. El componente elástico de la tela permite pequeños movimientos por parte del niño, como cuando se encontraba dentro del vientre materno, sin poner en riesgo la Posición Canguro.

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



Cualquier otra persona (el padre, por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en Posición Canguro.

Para dormir hay que hacerlo en posición semi-sentada (30°).

La Posición Canguro se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no la soporta porque suda, araña y grita o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo coloca en posición canguro.

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

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

#### **VARIANTES DE POSICION CANGURO:**

- **MOMENTO DE INICIACION**

Si el recién nacido prematuro no requiere de maniobras específicas de reanimación (resucitación), se recomienda secarlo y colocarlo sobre el pecho de la madre en el postparto inmediato en contacto piel a piel. De esta forma hay adecuada regulación térmica y se ejerce una influencia positiva sobre la lactancia materna y el establecimiento del vínculo y el apego. Se debe vigilar la estabilidad fisiológica del recién nacido.

El recién nacido debe ser adecuadamente inmovilizado con un soporte en la Posición Canguro para que no se deslice. Este procedimiento es muy importante ya que la madre puede estar bajo el efecto de medicamentos o del cansancio propio del parto. Cuando el recién nacido se pone en Posición Canguro al nacer, es bajo la supervisión permanente del Profesional de Enfermería o del Pediatra en sala de parto. No se transfiere la responsabilidad de la supervisión a la madre.

Se recomienda iniciar la Posición Canguro a partir del momento en que el niño esté estable sin variaciones en saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria durante la manipulación del niño y que exista disponibilidad de la mamá o miembro de la familia. En la actualidad, no existe evidencia sólida a favor de la Posición Canguro en recién nacidos críticos e inestables, sin embargo, se han iniciado en países nórdicos nuevos estudios sobre el contacto piel a piel inmediato después de nacer, con el fin de estabilizar el niño inmaduro en un ambiente con menos estrés.

- **CONTINUIDAD DE LA POSICION:**

Se busca mantener la PC durante las 24 horas del día. Sin embargo, en niños muy frágiles recientemente estabilizados se aconseja colocar al niño sobre el pecho de la madre de forma intermitente, se considera adecuado por periodos de mínimo 2 horas, alternando con la incubadora. Esta modalidad intermitente se emplea sobre todo buscando fortalecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna, y se puede considerar como la etapa inicial de la adaptación a la PC en la Unidad de Cuidado Intensivo cuando el niño no está estable (manera permanente) o cuando la madre por su estado de salud no se encuentra lista para portear a su hijo en Posición Canguro.

#### **6.1.2 ALIMENTACION Y NUTRICION CANGURO BASADA EN LACTANCIA MATERNA:**

**El período de transición**, que abarca desde el nacimiento hasta que se completan los aspectos principales de la transición inmediata y mediata a la vida extrauterina (usualmente durante la primera semana de vida), donde suele ser eventualmente necesario el soporte nutricional parenteral y/o enteral ya sea con leche materna o formula específica; el uso de estrategias de adaptación de la fisiología del niño al uso del tracto digestivo para administrarle los nutrientes que requiere.

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

**El “período post egreso”**, desde el término hasta el año de edad corregida.

La alimentación debe ser de preferencia con leche materna exclusiva, controlando que la ganancia de peso sea adecuada.

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.

**Estrategia de Alimentación y Nutrición Canguro (NC) (de Referencia), se inicia durante el período de ‘crecimiento estable’**

La estrategia de alimentación y nutrición del niño se basa en los siguientes puntos:

- **Población blanco:** La estrategia de alimentación canguro está diseñada para niños que están en el llamado período de crecimiento estable. Estos últimos se basan en la lactancia materna exclusiva hasta la edad de 6 meses, si el crecimiento somático del niño es adecuado y la madre está disponible. En caso de que la madre trabaje y/o exista imposibilidad de ésta para dar o seguir proporcionando lactancia materna exclusiva, se complementa con leche artificial del mercado o se introduce la alimentación complementaria más temprano conservando siempre las mismas metas: un crecimiento somático armonioso reportado en las curvas de crecimiento utilizadas en el PMC ambulatorio. Esta decisión dependerá de la edad cronológica del niño.
- **Fuente de alimentación:** La fuente fundamental de la nutrición del niño es la leche materna, y se utilizará siempre que sea posible. Además, siempre se suplementa la leche materna con vitaminas liposolubles hasta que el niño llega a término. En caso de no poder ser alimentado con la leche de su propia mama, y cuando hay disponibilidad de un banco de leche, el uso de leche humana de donante es la mejor opción, preferiblemente de una edad gestacional similar, siempre y cuando sea recolectada, pasteurizada y administrada de forma segura y se preserven al máximo sus ventajas y valor nutricional. Si no hay disponibilidad de leche humana de donante, la leche materna puede ser fortificada o suplementada cuando sea necesario. Cuando el niño es elegible, la estrategia de uso de la leche final se intentará siempre antes de considerar la suplementación de la leche de su madre.
- **Vía de alimentación:** La lactancia materna se puede realizar por succión directa o por administración de la leche de su madre previamente extraída, que puede suministrarse vía oral, por sonda, o con tasa, cuchara, jeringa entre otros. Se debe evitar el uso de chupos para no interferir con la lactancia materna.

La meta del crecimiento es: Obtener una ganancia de peso al menos como la del crecimiento intrauterino (15g/Kg/día hasta las 37 semanas de edad gestacional y luego de 8 a 11 g/kg/día hasta el término).

## **7 ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA:**

### **7.1 CRITERIOS DE INGRESO**

- El neonato debe estar estable, peso mínimo de 2000 gr.
- 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, jeringa.
- 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
- Tener adecuada red de apoyo preferiblemente familiar

### **7.2 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MADRE O CUIDADOR Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA ADAPTACIÓN CANGURO EN EL HOSPITAL:**

- Desear y aceptar la participación en el método 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
- Uñas cortas y sin pintar (debe llevar cepillo y cortaúñas), pelo recogido
- Realizar correctamente la higiene de las manos.

### **7.3 OBJETIVOS DE LA ADAPTACIÓN INTRAHOSPITALARIA**

- Disminuir el estrés de la madre frente al cuidado de su neonato prematuro o de bajo

peso antes de regresar de la institución.

- 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 del 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.

## **8 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 la Adaptación se deben realizar las siguientes actividades:

- Alojamiento conjunto, posición canguro las 24 horas.
- 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.
- Enseñar medidas antirreflejo.
- 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, el personal de enfermería proporciona la leche con vaso o jeringa.
- Educar en cuidados, precauciones y signos de alarma.
- Desarrollar sesión para diálogo de saberes sobre manifestación de temores específicos de la madre o cuidador.
- Ejercicios físicos, técnicas de relajación, estimulación y masajes del neonato en contacto piel a piel en adaptación canguro.
- Si el niño presenta en cualquier momento un estado patológico debe ser valorado de inmediato por el pediatra quien decide remisión o continuar manejo en la institución.
- Realizar control de peso, talla y perímetro cefálico diario y registrarlo en Formato de Registro Prematuros –Bajo Peso (ver anexo 1).

### 8.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA SALIDA DEL NIÑO/A:

El pediatra es quien decide la salida del niño, cuando se dan las siguientes condiciones:

- ✓ El niño ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa, en especial regula su temperatura en Posición Canguro y tiene una adecuada coordinación succión-deglución respiración.
- ✓ El niño tiene una adecuada ganancia de peso con posición canguro al menos durante dos días consecutivos si tiene más de diez días de vida.
- ✓ El niño ha terminado su tratamiento médico, si lo había.
- ✓ Se puede realizar un seguimiento adecuado ambulatorio.

## 8.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA MADRE PARA LA SALIDA

La madre se considera ELEGIBLE para la salida cuando se cumplen estas condiciones:

- Ha aceptado participar como Madre Canguro para lo cual ha recibido la educación necesaria en el Método Madre Canguro.
- Se siente capaz de cuidar su niño bajo el Método Madre Canguro (posición y nutrición) en su casa.
- Ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa y en particular ha adquirido las técnicas adecuadas de lactancia (succión directa al seno) y extracción de leche.
- Existe un compromiso y capacidad familiar de asistir a los controles del seguimiento ambulatorio canguro.
- Está en capacidad física y mental para cuidar a su hijo.
- El concepto del equipo multidisciplinario es favorable al seguimiento ambulatorio, en particular, en los casos de alto riesgo social como pueden ser: madres adolescentes, madre sola, con gemelos o con más hijos pequeños, con hijos con problemas de salud y en caso de alcoholismo o drogadicción.

## 8.3 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA FAMILIA Y/O RED DE APOYO PARA LA SALIDA

El grupo familiar o red de apoyo que va a ingresar al programa de seguimiento ambulatorio del Método Madre Canguro debe cumplir con los siguientes aspectos:

- ✓ Desear apoyar o acompañar a la madre a asistir al Programa que aplica el Método Madre Canguro.
- ✓ Comprender bien el método y sentirse capaz de ayudar al manejo del niño en su casa.
- ✓ Tener suficiente disponibilidad de tiempo y colaboración familiar en los cuidados, para lograr los objetivos del MMC y garantizar la seguridad del niño.
- ✓ Apoyar a la madre a asistir cumplidamente a las citas, respetar los horarios de lactancia hasta las 40 semanas de edad gestacional (después de esto continuar con lactancia materna a libre demanda), las instrucciones de aplicación de medicamentos y realizar los exámenes especiales ordenados.
- ✓ Poder adaptarse a los cambios transitorios que implica la adopción del Método Madre Canguro en casa. Brindar apoyo para mantener la Posición Canguro 24 horas al día, y redefinir los roles de cooperación entre los miembros de la familia, que deben ser adoptados para apoyar al cuidador principal.
- ✓ Estar en capacidad física y mental para ayudar a cuidar el niño en casa.

Es necesario que los familiares que van a colaborar en el cuidado canguro no tengan contraindicaciones para llevar su tarea. La madre, el padre y demás familiares o red de apoyo deben estar libres de las siguientes situaciones:

- ✓ Heridas en la piel del tórax
- ✓ Erupciones en piel o enfermedades contagiosas
- ✓ Híper o hipotermia
- ✓ No deben presentar epilepsia o enfermedad mental no controladas
- ✓ Obesidad extrema

## 9 SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Después de la salida del niño 'canguro' de la institución, es controlado a diario con monitorización de peso hasta que alcance una ganancia de peso diaria durante al menos 2 a 3 días consecutivos de 15 g/kg/ día si tiene menos de 37 semanas de edad gestacional y luego de 8 a 11 g/kg/día hasta el término. Cuando logra esta ganancia, se realizan controles semanales hasta cuando el niño complete el término (40 semanas de edad gestacional) y 2500 gramos.

Una vez el pediatra da egreso al niño de la institución se procede a realizar reporte del mismo a la Nutricionista, a PYD y salud pública.

El seguimiento debe realizarse inicialmente de manera semanal con pediatría, nutrición, psicología y trabajo social, a medida que se evidencia adecuada evolución ambulatoria se espaciaran a periodicidad hasta máximo de manera mensual, durante el primer año de vida; El niño puede ser remitido a otras especialidades de acuerdo con su condición clínica.

Iniciar esquema de vacunación de acuerdo a los lineamientos PAI.

Realizar pruebas de tamizaje: Durante el control el pediatra da órdenes para toma de pruebas especiales (ecografía cerebral, valoración por optometría, Valoración por audiología, Rx de caderas).

Suministrar vitamina A, D, E, hierro según criterio del pediatra.

Educar en medidas anti reflujo.

De acuerdo a las condiciones del RN y a las competencias de la familia el pediatra decide continuidad en el seguimiento (semanal).

Personal de salud pública realiza visita domiciliaria.





HOJA CONTROL DE DOCUMENTOS Y CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	REALIZADO POR:
1.0	21-09-2020	<b>Lanzamiento</b>	Jacqueline Ortiz Sierra
2.0	17-02-2021	Revisión general del documento, se realiza cambios en el contenido se adiciona formato de seguimiento.	Jacqueline Ortiz Sierra
3.0	30-10-2025	Revisión general del documento, se realiza cambios en el criterios de egreso hospitalario y periodicidad de las consultas	Diana Alexandra Carrillo Gutiérrez Nutricionista – Líder IAMII

ELABORÓ	REVISÓ	AVAL TÉCNICO DE NORMALIZACIÓN	APROBÓ:
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
DIANA ALEXANDRA CARRILLO	FREDY RINCON RINCON	JUANA PEREA	HUGO MENDEZ
Cargo/Función: Nutricionista – Referente IAMII	Cargo/Función: Subgerente Científico	Cargo/ Función: Líder de Calidad	Cargo/Función: Gerente
Fecha: 30-10-2025	Fecha:	Fecha	Fecha:
REEMPLAZA VERSIÓN ANTERIOR A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y APROBACIÓN GERENCIAL			