

11237

31
24



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL GENERAL DE
DIVISIÓN "MANUEL ÁVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 38

**PROGRAMA DE MAMÁ CANGURO
EN UNA UNIDAD DE CAMPO,
IMSS SOLIDARIDAD**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA MÉDICA

P R E S E N T A :

DRA. MA. DOLORES COLÍN SANTILLÁN

ASESORES:

**DRA. LUCILA HERNÁNDEZ HERRERA
DR. EMILIO RODRÍGUEZ AGUILAR**

Miak tazojkawatik pantí uech makak in sopek ten mo chichinaloyot nantzin

PUEBLA DE ZARAGOZA, MÉXICO 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



CRISTINA MARIA CAMACIO
EDAD. 45 años e oficial No. 83
PUNTA



SECRETARÍA DE
ECONOMÍA Y FINANZAS

A DIOS:

Por permitirme vivir, y aspirar la fragancia de la culminación de otra etapa en mi existencia. Y porque sé nunca me deja sola.

A MI FAMILIA:

MIS PADRES: Don Manuel y Doña Isabel.

A MIS HERMANOS: Maty. Lupita. Laura. Pilar. Margarita. Esther.

Joel. Alejandro. Gonzalo y Manuel.

A ellos por ser mi familia, pilares de fortaleza, amor, lucha, paciencia, abnegación, dignidad, amistad, alegría, superación y perseverancia en la vida. Porque con su ejemplo forjaron mi espíritu.

A MIS SOBRINOS:

Ángel. Alfredo. Ana Isabel. Jorgito. Alex. Gonzalito y Daniel. Porque ellos son el niño a quien se respeta, mimma, cuida y guía. Alegría y esperanza de la nueva generación.

A TODOS MIS MAESTROS, ESPECIALMENTE A:

Dra. Vida María Cuanalo.

Dr. Villarreal Plata.

Dr. Sergio Flores.

Dr. Mendoza Morfin.

Dr. Joaquín Loaiza.

Por su espíritu de docente nato, de superación, investigación y perfección que tan generosamente despliegan entre sus alumnos.

A MI ASESORA:

C. DRA. LUCILA HERNÁNDEZ HERRERA, por su interés en la enseñanza y formación de los médicos especialistas. Por su confianza, apoyo y colaboración en la realización de este trabajo. Mi admiración y respeto para tan digna dama.

A MI ASESOR:
DR. EMILIO RODRÍGUEZ AGUILAR.
Por su interés y apoyo en el Programa.

A MIS COMPAÑERAS DE RESIDENCIA:

Por compartir con alegría y ánimo de superación los momentos más difíciles de nuestra formación.

ÍNDICE.

- Índice.....	7
- Antecedentes científicos.....	8
- Planteamiento del Problema.....	13
- Objetivos.....	14
- Métodos.....	15
- Criterios de ingreso al programa “Mamá Canguro”.....	16
- Criterios de exclusión del programa “Mamá Canguro”.....	17
- Principios de base del programa “Madre Canguro”.....	18
- Cuestionario aplicado a las madres que ingresan al programa “Madre Canguro”.....	20
- Hoja de recolección de datos.....	22
- Informe mensual de neonatos de bajo peso.....	24
- Caso Clínico No. 1.....	26
- Caso Clínico No. 2.....	28
- Caso Clínico No. 3.....	31
- Caso Clínico No. 4.....	34
- Croquis del Hospital “S” IMSS Solidaridad, Zacapoaxtla Puebla.....	36
- Bibliografía.....	37

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Desde que sabemos que dentro de la misma nación y la misma raza hay diferencias explicables por condiciones distintas de nutrición, estamos convencidos de que si es posible hablar de mejoramiento de la raza y de que es factible alcanzar un estado de salud que se traduzca en una posibilidad de resistir aún las condiciones más duras de la vida. Razones por las que hay que seguir trabajando. (1)

Actualmente la atención de los recién nacidos de bajo peso al nacimiento, ya sea por retraso del crecimiento en el útero (RCIU) o por nacimiento pretérmino, pasa por un régimen alimenticio especial y por un mantenimiento artificial de la temperatura ambiente dentro de una incubadora. Considerando aparte del costo financiero de ésta práctica hospitalaria (material, personal especializado, hospitalización prolongada), se conoce bien actualmente los riesgos médicos-sociales y afectivos de la separación padres-hijos que ello implica. Las consecuencias de esta separación actualmente están limitadas por la preocupación de los grupos de cuidados neonatales, de hacer participar a los padres lo máximo posible dentro del contexto de su actividad, lo cual implica evidentemente, costos suplementarios de organización. Pocos países incluyendo al nuestro pueden ofrecer Servicio especializado de Neonatología a todos sus ciudadanos, inclusive en dicho caso los riesgos médico sociales y afectivos ya mencionados, y sobre todo los riesgos de infección nosocomial llevan a intentar experiencias de hospitalización reducidas, a partir del momento en que la adaptación a la vida extrauterina es efectiva. (2, 5)

Es por eso que a partir de los trabajos efectuados en Bogotá Colombia por los Doctores Edgar Rey Sanabria, Hector Martínez Gómez y Luis Navarrete, del Servicio de neonatología del Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, se ha desarrollado y llevado a cabo desde 1979, un trabajo original de atención ambulatoria de recién nacidos de bajo peso llamado programa de "Madres Canguro". La Unidad IMSS Solidaridad en Zacapoaxtla Puebla tiene una población total de solicitantes de servicios médicos de 37 760 y se registraron en 1995 un total de 2 746 nacimientos, de los cuales 2 650 vivos y de ellos fueron 143 prematuros. La mortalidad infantil global es de 47.92% por cada 1000 nacimientos vivos, siendo los prematuros de menos de 2,500 Kg 110 pacientes y mayores de 2,500 Kg 33 pacientes totalizando los 143 pacientes. El 22 de septiembre de 1994, esta Unidad fue certificada por la UNICEF como Hospital Amigo del Niño y la Madre.

Población que tiene la cultura de la lactancia materna, asegurando con ello un aporte equilibrado e insustituible de nutrientes que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño.

Características de la leche materna como son: el ser un fluido biológico muy completo y que desde el tercer mes de gestación, la glándula mamaria produce una sustancia denominada:

A.- **Precalostro:** formada por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. (3, 4)

B.- **Calostro:** líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos. Aumenta su volumen en forma progresiva a 100 ml al día, en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión, siendo ésta cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Destacando en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora al recién nacido. El calostro tiene un pH de 7.45 lo que favorece el vaciamiento gástrico. Alta densidad en poco volumen, menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, comparada con la leche madura, tiene más proteínas, vitaminas liposolubles, sodio, zinc e inmunoglobulinas.

C.- **Leche de transición:** se produce entre el cuarto y el décimo día postparto. En relación al calostro ésta leche presenta un aumento del contenido de: lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles, y con una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Estos cambios ocurren bruscamente, y continúan hasta estabilizarse alrededor de los 14 días, con un volumen estable de 600 a 750 ml/día.

D.- **Leche madura:** se produce a partir del 10 día, con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. Sus principales componentes son: agua, es su mayor componente, representa aproximadamente el 90%. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de las pérdidas insensibles y orina para mantener la producción: **Carbohidratos**, representa el 7.3% del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa,

con un valor osmótico fundamental en la secreción de agua. Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche, entre los que se encuentran; glucosa, galactosa, y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo de lactobacillus bifidus (principalmente la fucosa). **Lípidos:** varía del 2.1 a 3.33% de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones en su concentración durante toda la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche y según la dieta de la madre. El mayor componente son los triglicéridos. También contienen fosfolípidos y colesterol. Recientemente se ha demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, de cadena larga, el ácido linoléico y el decahexaenoico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central. (4, 10, 8, 7). **Proteínas,** constituye el 0.9% de la leche. El mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y proteínas del suero (60%): lactoalbúmina, lactoferrina y lisozima. Como parte del Nitrógeno NO Protéico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos la taurina, que el recién nacido no es capaz de sintetizar, siendo necesaria para conjugar los ácidos biliares, además funciona como neurotransmisor. (10)

También se encuentran presentes inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA: su función consiste en proteger las mucosas del recién nacido, y es producida por el denominado ciclo anteromamario; que consiste en una progenie de linfocitos específicamente sensibilizados que se originan en el tejido linfático adyacente al tubo digestivo migran a la glándula mamaria, aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan IgA e IgA secretoria. La lactoalbúmina que tiene alto valor biológico para el niño. La

lactoferrina contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño, además de tener una acción bacteriostática.

Existen asimismo, otras proteínas en concentraciones bajas tales como enzimas, moduladores del crecimiento, y hormonas, las cuales son vitales al ser humano, sobre todo en los primeros meses de vida. **Lisozimas**, son factores antimicrobianos no específicos, con acción bactericida contra enterobacterias y bacterias gram positivas.

Vitaminas, la leche humana contiene todas las vitaminas. Existen variaciones en las hidrosolubles, dependiendo de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza, las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante.

E.- Leche del "PREMATURO". Las madres de prematuros producen durante los primeros meses, leche con un contenido mayor de sodio y proteínas, menor de lactosa e igual de calorías que la leche madura, respondiendo de esta forma, a las necesidades especiales del prematuro. Existe controversia sobre la concentración de grasas. La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella factores importantes en la prevención de la enterocolitis necrosante. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo de un recién nacido menor de 1.5 Kg., y ocasionalmente de proteína, por lo que estas sustancias deben ser suplementadas. (10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando la demanda elevada de atención neonatal en relación a los recursos de la Unidad de Zacapoaxtla, todos los beneficios reportados por el programa “Mamá Canguro” que no solamente disminuye la morbinortalidad en el periodo perinatal, sino que asegura la lactancia exitosa a los niños que nacen prematuros y que tienen más riesgo de enfermar y morir en el primer año de vida; nos propusimos implantar la estrategia “Mamá Canguro”, en esta Unidad de campo con condiciones comparables como existen muchas en nuestro país.

Para fines de ésta tesis, se reporta la metodología para instalar el programa y la evolución de 4 pacientes que ingresaron a él, en el tiempo que la autora rotó por la Unidad.

OBJETIVOS.

- 3. a.- Echar andar el programa “Mamá Canguro” en ésta Unidad.
- 3.b.- Dejar establecido el formato para captar a los neonatos que ingresan al programa.
- 3.c.- Dejar establecido el formato para presentar resultados del seguimiento de los niños que ingresaron al programa.
- 3.d.- Reporte de la evolución de los pacientes que han ingresado al programa “Mamá Canguro”, en ésta Unidad.

MÉTODO:

- 1.- Contar con un manual del programa “Mamá Canguro” de normas y procedimientos.
- 2.- Capacitar al personal involucrado: todo el personal de enfermería, médico, Trabajo Social.
- 3.- Adecuar el espacio físico para su realización.
- 4.- Tener un programa para la capacitación de las madres y familiares del programa “Mamá Canguro”.
- 5.- Establecer la sistematización de registro de casos para evaluación e investigación complementaria.

CRITERIOS DE INGRESO AL PROGRAMA "MAMÁ CANGURO".

1.- Para el recién nacido:

a).- Todos los neonatos de ambos sexos nacidos en la Unidad IMSS Zacapoaxtla, y una vez establecida la adaptación a la vida extrauterina: constantes vitales normales, tolerancia adecuada a la alimentación enteral (VO o por sonda orogástrica). Con peso menor a 1,800 Kg, independientemente de la edad gestacional.

b).- Todos los neonatos de ambos sexos, que no hayan nacido en la Unidad IMSS Zacapoaxtla, pero que tengan un peso menor a 1,800 Kg, una vez establecida la adaptación a la vida extrauterina.

c).- Neonatos de ambos sexos, nacidos o no en la Unidad IMSS Zacapoaxtla que reciban como único alimento leche materna.

d).- Neonatos de ambos sexos que al momento de su ingreso al programa "Mamá Canguro", no requieran de tratamiento parenteral.

2.- Para la Madre Canguro:

a).- Madre sana y/o familiar sano y capacitado, para el programa Madre Canguro.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROGRAMA

“MAMÁ CANGURO”.

1.- Neonatos de ambos sexos, con alguna malformación congénita que repercute en el crecimiento y desarrollo del neonato.

2.- Neonatos con alguna inestabilidad hemodinámica o metabólica.

“PRINCIPIOS DE BASE DEL PROGRAMA MADRE CANGURO”.

Descripción breve de los principios de manejo de los niños de bajo peso, para el programa. Refiriéndose en 4 puntos:

1.- El niño estará 24 Hrs al día en posición semisentada y decúbito lateral, sobre el pecho de la madre, o de cualquier persona sana si la madre está incapacitada (padre, tíos, abuelos, hermanos, etc...), en contacto directo con la piel.

2.- El niño estará vestido con una camisa sin mangas, de tela suave (algodón o dulceabrigo), un gorrito, patines y mitones (en forma de bolsita amplia de dulceabrigo con jareta) y un pañal de tela. Toda la ropa se lava con jabón de bajo contenido en potasa (jabón de baño o jabón de coco), y se enjuaga con abundante agua preferiblemente adicionada de vinagre o limón.

DE LOS PUNTOS 1 Y 2:

a.- Mantener la temperatura del niño alrededor de 37 °C, con el contacto piel a piel y con éste vestido, ahorrándole al bebé el gasto de sus propias calorías.

b.- Mantener al niño permanentemente estimulado con los movimientos respiratorios, los ruidos cardíacos y la actividad de la persona que lo carga.

c.- Crear un lazo psico-afectivo y apaciguante madre-hijo con este contacto del bebé y su progenitora y con la escucha permanente de los ruidos cardíacos

maternos.

3.- La cabeza del niño estará siempre elevada en relación con su cuerpo, también para alimentarlo, cambiarlo de pañal o cualquier otro manejo.

DEL PUNTO 3: Evitar el reflujo gastroesofágico y la broncoaspiración causa importante de rehospitalización y de muerte.

4.- La duración de la posición canguro la determina el niño. Existe un momento natural en que el bebé pide salir de ésta posición, se siente incómodo, llora, saca los brazos y las piernas,... esto ocurre cuando el peso es más o menos 1,900 Kg para los hombres y 2,200 Kg para las mujeres.

LO QUE NUNCA SE DEBE HACER MIENTRAS EL BEBE PERMANECE EN LA POSICIÓN CANGURO:

- 1.- ACOSTARLO horizontalmente.
- 2.- Bañarlo.
- 3.- Fajarlo.

ALIMENTACIÓN:

Alimentación materna: uno de los éxitos de éste programa se debe al énfasis que se hace en la importancia de la lactancia materna demasiadas veces, en este mundo de trabajo y de leche en polvo se olvida que la LECHE MATERNA ES Y SERÁ SIEMPRE EL ALIMENTO IDEAL PARA LOS NIÑOS, especialmente para los más frágiles que son los de bajo peso.

CUESTIONARIO APLICADO A LAS MADRES QUE INGRESAN
AL "PLAN MADRES CANGURO". Zacapoaxtla, Pue.

- 1.- ¿Qué es un niño prematuro?
- 2.- ¿Por qué debe estar el niño prematuro inicialmente en la incubadora?
- 3.- ¿Cuándo se inicia la alimentación en el niño prematuro?
- 4.- ¿Por qué es conveniente se inicie la alimentación de todos los niños con leche materna?
- 5.- Ventajas de la leche materna.
- 6.- ¿Por qué se inicia la alimentación con sonda orogástrica en el prematuro?
- 7.- ¿Por qué se incrementa el aporte a la VO en forma paulatina?
- 8.- ¿Qué es el Programa de "Madre Canguro"?
- 9.- ¿Por qué es conveniente para el niño el Plan "Madre Canguro"?
- 10.- ¿Por qué debe estar piel con piel la madre y el niño?
- 11.- ¿Por qué debe permanecer en posición de semisentado el prematuro?
- 12.- ¿Por qué no se debe bañar el niño mientras permanezca en el plan "Madre Canguro"?
- 13.- ¿Qué prenda de vestir utiliza el niño mientras dure el plan "Madre Canguro"?
- 14.- ¿Por qué no debe colocarle fajeros ni vendajes en el abdomen al prematuro?
- 15.- ¿Con qué jabón se debe lavar la ropa del bebé?
- 16.- ¿Cuándo se inicia la alimentación por succión al seno materno en el niño prematuro?
- 17.- ¿Cuándo se baña al niño que ha estado en el plan "Madre Canguro"?
- 18.- ¿Cuándo se debe vacunar al niño prematuro?

19.- A su egreso del hospital, ¿porqué se deja abierta la cita al servicio?

20.- ¿Por qué se cita posteriormente cada mes al niño?

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

RECIÉN NACIDO:	PADRE:	MADRE:
Nombre: _____	_____	_____
Edad: _____	_____	_____
Escolaridad: _____	_____	_____
Ocupación: _____	_____	_____
Sueldo: _____	_____	_____
Domicilio: _____	_____	_____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE: G ___ P ___ A ___ C ___

Hijos amamantados: _____

Evolución del embarazo: _____

Vacunas: _____

Tratamientos: _____

Resolución del embarazo y método de planificación empleado:

RECIÉN NACIDO:

Semanas de edad gestacional por el método de Ballard: _____ APGAR: _____

Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ Perímetro cefálico (PC): _____

Dxs. al nacimiento: _____

Días de incubadora empleados: _____ Días de vida extrauterina

(DVEU) y técnica de alimentación con la cual se inicia: _____

Dxs: durante su estancia hospitalaria: _____

INGRESO AL PROGRAMA "MADRE CANGURO":

Dxs: _____

Edad en DVEU: ____ Peso: ____ PA: ____ Forma de alimentación _____

Día en que se inicia la succión: (DVEU): _____

Registro de peso diario y PC cada 2 días. _____

Días de estancia en el albergue: _____

Peso y fecha de su alta en su domicilio: _____

Seguimiento en la consulta externa de Pediatría cada mes, para su control y cita abierta hasta los 18 meses de edad:

FECHA: _____ Peso: _____ Talla: _____ PC: _____

Esquema de inmunizaciones:

Desarrollo psicomotor de acuerdo a la NORMA TÉCNICA OFICIAL VIGENTE PARA LA VIGILANCIA MATERNA INFANTIL. (9)

DXS:

INFORME MENSUAL. NEONATOS DE BAJO PESO. PESO
MENOR A 2 KG. ZACAPOAXTLA PUEBLA.

Mes: _____ Residente que elabora: _____

Número total de ingresos: _____

Número total de egresos: _____ Altas: _____ Defunciones: _____ Traslados: _____

Distribución por sexos: Masculinos: _____ Femeninos: _____

< 28 semanas (sem). 29 - 32 sem. 33 - 37 sem. 38 - 42 sem. > 42 sem.

Distribución por pesos:

PRETÉRMINO

TÉRMINO Y POSTÉRMINO

< 1 Kg. 1-1.5 Kg. 1.6-2 Kg.

<1.5 Kg 1.5 a 2 Kg 2-2.4 Kg

Total Pretérmino: _____ Total término: _____ Total postérmino: _____

Promedio días de estancia en incubadora:

Pretérmino: _____ Término: _____ Postérmino: _____

Promedio de días de estancia intrahospitalaria:

Pretérmino: _____ Término: _____ Postérmino: _____

Niños que ingresan al programa Mamá Canguro:

Pretérmino: Total: _____ Término y postérmino: Total: _____

< 1 Kg 1-1.5 Kg 1.6-2 Kg < 1 Kg. 1.5 Kg. 1.5-2 Kg. 2-2.4 Kg.

Promedio de días en el programa "Madre Canguro". _____

Niños que egresan del programa "Mamá Canguro":

PRETÉRMINO _____ TÉRMINO _____ POSTÉRMINO _____

MEJORÍA: _____

(Peso 1,800 Kg.

Alta voluntaria: _____

(deserción).

Defunciones No. _____

Causas de la defunción:

CASO No. 1.

Asención Arcos. RECIÉN NACIDO.

Fecha de nacimiento: 16 XII 96

Somatometría al nacimiento:

Peso: 1,255 Kg. Talla: 38 cm. PC: 30 cm. PT: 29 cm.

PA: 21 cm. SI: 16 cm. PIE: 6 cm.

Se trata de Neonato Femenino con antecedente de ser la primera hija. Madre de 17 años de edad, embarazo sin complicaciones aparentes, sin control prenatal. Ruptura de membranas de 28 Hrs de evolución, LA (líquido amniótico), se resuelve por cesárea por SFA bajo BPD. APGAR: 6-8-9. SA: 3, peso al nacer de 1,375 Kg. Nace bien conformada con características de ser pretérmino de 31 SEG por el Método de Ballard. Se ingresó al Servicio en incubadora con puritan continuo con F102 incremento de la dificultad respiratoria con SA de 8, paciente a quien no fue posible trasladar para apoyo ventilatorio (el ventilador de la Unidad estaba ocupado con otro paciente). Al 4to DVEU con remisión de la disnea y al 5to DVEU (día vida extrauterina) se inició la VO (vía oral) con SOG (sonda orogástrica) y técnica de residuo gástrico a base de leche materna. Con decremento ponderal de 100 g en los primeros 5 DVEU. Se documentó EMH (enfermedad de membrana hialina) y sus índices de sepsis positivos, su control por laboratorio al 10 DVEU reportados normales. recuperación de su peso al nacimiento a los 14 DVEU. Con adecuada tolerancia a los VO y estabilización de sus constantes vitales se inició el plan "Madre Canguro" a los 11 DVEU con los siguientes parámetros:

Peso: 1,220 Kg (recuperación de su peso al nacer al 14 KVEU). FC: 148X',

FR: 42X', TEMP: 6.7 °C y con incremento ponderal regular de 39.6 g/día. Su incremento en su aporte a los VO fue determinado en base a la tolerancia a la VO y a su incremento ponderal. Desde el 11 DVEU se agregó 1ml de aceite de maíz por toma. Y desde el día 13 de VEU se agregó vitaminas ACD. Vitamina "K" 1mg IM cada 7 días. El 26 DVEU con peso de 1,800 Kg. se decide alta con cita abierta y control C/8 días.

MANEJO: días estancia intrahospitalaria: 14 días. INCUBADORA: 10 días. Oxígeno 2.6 días. Ayuno por 4 días. Sol parenterales 9 días. Ampicilina/amikacina 10 días; aminofilina 9 días. Días de estancia en el albergue: 14 días.

1.- DXS: INGRESO: RNPT FEMENINO: 31 SEG. HIPOXIA NEONATAL MODERADA.

DIFICULTAD RESPIRATORIA SECUNDARIA A EMH Vs NEUMONÍA INTRAUTERINA. RIESGO PARA SEPSIS.

2.- DXS DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO: RNPT. EMH. SEPSIS NEONATAL TEMPRANA.

3.- DXS INGRESO AL PLAN CANGURO: RNPT INCREMENTO DE PESO.

4.- DXS EGRESO DEL HOSPITAL : RNPT FEMENINO 34.5 SEGC. SANA.



SEGUIMIENTO: No se ha presentado.

CASO No. 2.

Rodríguez Hernández Niña.

Fecha de nacimiento: 25 XII 96

Somatometría al nacimiento:

Talla: 40 cm. Peso: 1,600 Kg. PC: 30 cm. PT: 27 cm.

PA: 21 cm. SI: 17 cm. Pie: 7 cm.

Se trata de infante femenino, actualmente de 2 meses de edad y antecedente de ser la segunda hija, madre de 24 años GII PI, control prenatal irregular, recibió dos dosis de toxoide antitetánico en UMR y por inicio de trabajo de parto es referida a ésta Unidad. Presentación pélvica, ruptura de membranas transparto, líquido amniótico claro. no recibió inductores de maduración pulmonar. Resuelven por vía vaginal. APGAR: 7-8-9. Peso: 1,600 Kg; nace bien conformado, sin disnea, con características de ser pretérmino. Su edad gestacional por el método de Ballard es de 32 SEG. Se ingresó a neonatología en incubadora a normotermia y 02 suplementario a 2LX'; A las 2 Hrs de vida extrauterina (VEU) se inició la VO con técnica de residuo con calostro materno. Con adecuada tolerancia e incremento a su aporte a la VO en forma regular condicionada por su incremento ponderal y tolerancia a su dieta. Con decremento ponderal del 3.1% en relación a su peso al nacer (50 g) en los primeros 3 días de VEU. Alcanza su peso al nacimiento a los 10 DVEU y coincide con la adaptación a la VEU: constantes vitales estables y nls y adecuada tolerancia a la VO por la que se ingresa al plan "Madre Canguro", con los siguientes parámetros:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Peso: 1,625Kg. Temp: 36.6 FC: 148X', FR: 40X' y con 130 ml/Kg/día de leche materna con técnica de residuo gástrico (RG). El día 13 de VEU presenta estabilización en su peso por 3 días, descartándose infección aguda mediante BHC y EGO así como reactantes de fase aguda. Reiniciándose su incremento ponderal en forma regular de 22.2g/día, en promedio.

Alimentado inicialmente con SOG por 12 días, presenta búsqueda en forma intermitente, se inicia alimentación ayudado con jeringa, presentando cansancio, por lo que se complementa con SOG (la cual no se había retirado), el día 16 de VEU se inició la alimentación por succión, con adecuada evolución. Día 19 VEU con peso de 1,800Kg se da de alta de el Servicio con indicaciones precisas y cita abierta.

1.- Dxs; Ingreso: RNPT FEMENINO. PAEG. 32 semanas de GESTACIÓN POR BALLARD.

RIESGO PARA: METABOLOPATÍAS. HIC. Y EMII.

2.- Dxs. DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO: RNPT FEMENINO. SANA.

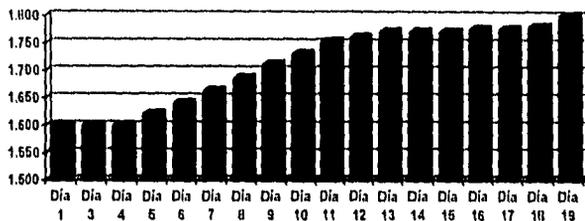
3.- DSX. INGRESO AL PLAN "MADRE CANGURO": RNPT FEMENINO. 32 SEG. 33.3 SEGC. PARA INCREMENTO DE PESO.

4.- DXS. EGRESO DEL HOSPITAL: RNPT 19 DVEU, 34.5 SEGC. SANA.

Manejo: 19 DEIH, DÍAS DE INCUBADORA: 9:02 un día.

Leche materna, se inició desde las 2 Hrs. de VEU. Polivitaminas desde el 8 DVEU. Aceite de maíz 1ml/toma desde el 9 DVEU. Vitamina "K" 1mg im c/7 DÍAS.

Gráfica:



Seguimiento:

22 01 96: Un mes de edad: peso: 2,250 Kg. Talla: 43cm. PC: 32 cm. Con adecuado desarrollo psicomotor. Recibe seno materno. Cita abierta.

22 02 96: Dos meses de edad: Peso: 3,075 Kg, Talla: 49 cm. PC: 34cm. Cn adecuado desarrollo psicomotor. Inmunizaciones: Sabin y DPT 1a dosis. Sana.

Recibe seno materno. Cita abierta.

CASO No. 3.

Vicente Trujillo Leonardo.

Fecha de nacimiento: 28 XII 95

Somatometría al nacimiento:

Peso: 1,460 Kg. Talla: 43 cm. PC: 30 cm. PT: 26 cm.

PA: 20 cm. SI: 18 cm. Pie: 6 cm.

Se trata de infante masculino, actualmente de 50 días de edad y antecedente de ser el 6to hijo, madre de 31 años de edad GVI PIV AI; Embarazo sin complicaciones, atención prenatal irregular, recibió una dosis de toxoide antitetánico en UMR. Por RPM de más de 24 Hrs de evolución es derivada a ésta Unidad. Recibió una dosis de esteroides 8 hrs. previas como inductor de la maduración pulmonar fetal. Resuelven por autocia, líquido amniótico claro. APGAR: 6-8; SA: 3; Peso: 1,460 Kg; Nace bien conformado y con características de ser pretérmino. Valoración por el método de Ballard de 30 semanas de edad gestacional (SEG). Se ingresa al Servicio de Neonatología, se inició manejo con incubadora anormotemia, puritan continuo y F102, ayuno, sol parenterales a requerimientos, ampicilina/amikacina. A las 24 Hrs. de VEU y con remisión completa de la disnea, se inició la VO con técnica de residuo a base de calostro materno. Con adecuada tolerancia a su dicta. Decremento ponderal de 10 g. de peso en las primeras 24 Hrs. de VEU, (.6% en relación a su peso al nacer). Índices de sepsis positivos los cuales se negativizaron a los 5 días de VEU. Se completa esquema antimicrobiano de 10 días. A los 8 días de VEU con adecuada tolerancia a la VO y estabilización de sus constantes vitales se ingresan al plan "Madre Canguro". Con los siguientes parámetros:

Peso: 1,450Kg. Temp: 36.7 °C, FC: 146X', FR: 42X' y con 149ml/Kg/día de leche materna alimentación con SOG y TRG, (técnica de residuo gástrico).

Evolucionando con signos vitales normales, adecuada tolerancia a la leche materna se agregó desde el 11avo DVEU 1ml de aceite de maíz por toma y desde el décimo día vitaminas acd. Vitamina "K" 1mg IM cada 7 días. Desde el 11ava DVEU su incremento ponderal promedio fue de 38.8 g/día en promedio, a los 20 DVEU con peso de 1,800 Kg se decide su alta del Servicio con cita abierta e indicaciones precisas, su ingesta es de 200 ml/Kg/día de leche materna y con jeringa completando su toma ayudado con SOG (la mayor parte de su toma es con jeringa). Cita cada 8 días.

1.- DXS INGRESO: RNPT MASCULINO. PAEG. 30 SEG POR BALLARD. DIFICULTAD RESPIRATORIA SECUNDARIA A PBE EMH. RIESGO PARA: METABOLOPATÍAS. SEPSIS POR RPM DE MÁS DE 24 HRS DE EVOLUCIÓN Y PARA HIC (PV).

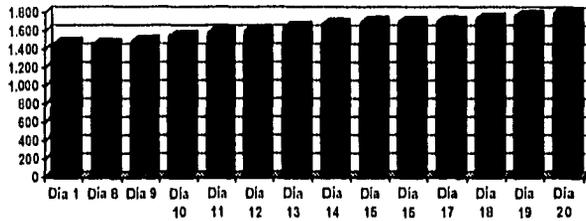
2.- DXS DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO: RNPT. 20 SEG. PAEG. DIF. RESPIRATORIA REMITIDA. SEPSIS NEONATAL TEMPRANA TRATADA.

3.- DXS INGRESO AL PLAN "MADRE CANGURO": RNPT MASCULINO 31 SEGC. INCREMENTO DE PESO.

4.- DXS EGRESO DEL HOSPITAL: RNPT MASCULINO. 32 SEGC. SANO.

Manejo: 20 DEIH; Incubadora: 8 días, O2 2 días, ayuno 1 día. Sol paresterales; Amikacina/ampicilina. 10 días. días de estancia en el albergue: 10 días.

Gráfica:



Seguimiento:

29 01 96: DVEUD: 32 días SEGC: 34.1, Peso: 2,425 Kg; PC: 34cm. TALLA: 45.5 cm. Buen estado general; no compromiso cardiopulmonar. Desarrollo psicomotor adecuado. Llama la atención el incremento de 4 cm. en el PC en relación al PC de nacimiento, no fue posible por problemas económicos efectuar USTF. Se cita en 8 días. Seno materno por succión. Recibe seno materno.

14 06 96: Vicente de 50 días de edad. Peso: 3,100 Kg; Talla; 57 cm; PC: 34.5cm. Desarrollo y psicomotor normal. Perímetro cefálico normal para edad. Cita abierta y cita a control en 8 días para su control y primera dosis de SABIN Y DPT. Recibe seno materno. Cita abierta.

CASO No. 4.

Ortiz Dionicio. Recién Nacido.

Fecha de nacimiento: 08 01 96

Somatometría al nacimiento:

Peso: 1,375 Kg. Talla: 40 cm. PT: 31 cm.
PA: 22 cm. SI: 18 cm. Pie: 6 cm. PC: 31 cm.

Se trata de Neonato Femenino, con antecedentes de ser la 6ta hija, madre de 37 años de edad, con control prenatal irregular, recibió fumarato ferroso. Ruptura de membranas 1 Hrs previo al parto, LA: claro, resuelven por eutocia. APGAR: 8-9 Peso 1, 375 Kg, nace bien conformada y con características de ser pretérmino. Valoración por el método de Ballard: 32.0 semanas de gestación. Se ingresó al Servicio, incubadora con O2 suplementario. A las 3 Hrs. de VEU se inicio la VO con técnica de residuo gástrico a base de calostro materno. Con adecuada tolerancia a la dieta. Decremento ponderal en los primeros 48 Hrs de 50 g que equivale al 3.6% en relación a su peso al nacimiento. Desde el DVEU con estabilización de sus constantes vitales y adecuada tolerancia a la VO, se inició el plan "Madre Canguro" con los siguiente parámetros:

Peso: 1,325Kg. FC:146X'. FR: 42X', Temp: 36.6°C. Al cuarto DVE recupera su peso al nacer (1,375Kg), registrando posteriormente en los primeros 15 días de iniciado el plan incremento ponderal de 35g/día, posteriormente estabilización en su peso con incremento ponderal de 21.5g/día; haciendo un promedio de 19.3g/día en relación a su estancia. En ningún momento se documentó infección. Su incremento en su aporte a la VO fue determinado en

base al peso y tolerancia a la leche materna. El día 03 02 96 con peso de 1,800 Kg se da de alta siendo alimentada exclusivamente por succión. Desde el día 8 de VEU se agregó a la leche materna 1ml de aceite de maíz en cada toma y desde el día 10 de VEU se agregó vitaminas, acd, vitamina "K" 1mg IM cada 7 días. Se da de alta a los 16 DVEU con cita abierta y control C/8 días, indicaciones precisas.

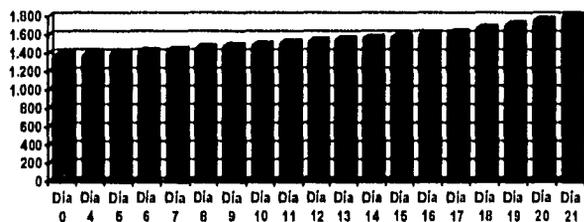
1.- DXS INGRESO. RNPT 32.4 SEG. RIESGO PARA: EMH. METABOLOPATÍAS FEMENINO.

2.- DXS DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL: RNPT SANA.

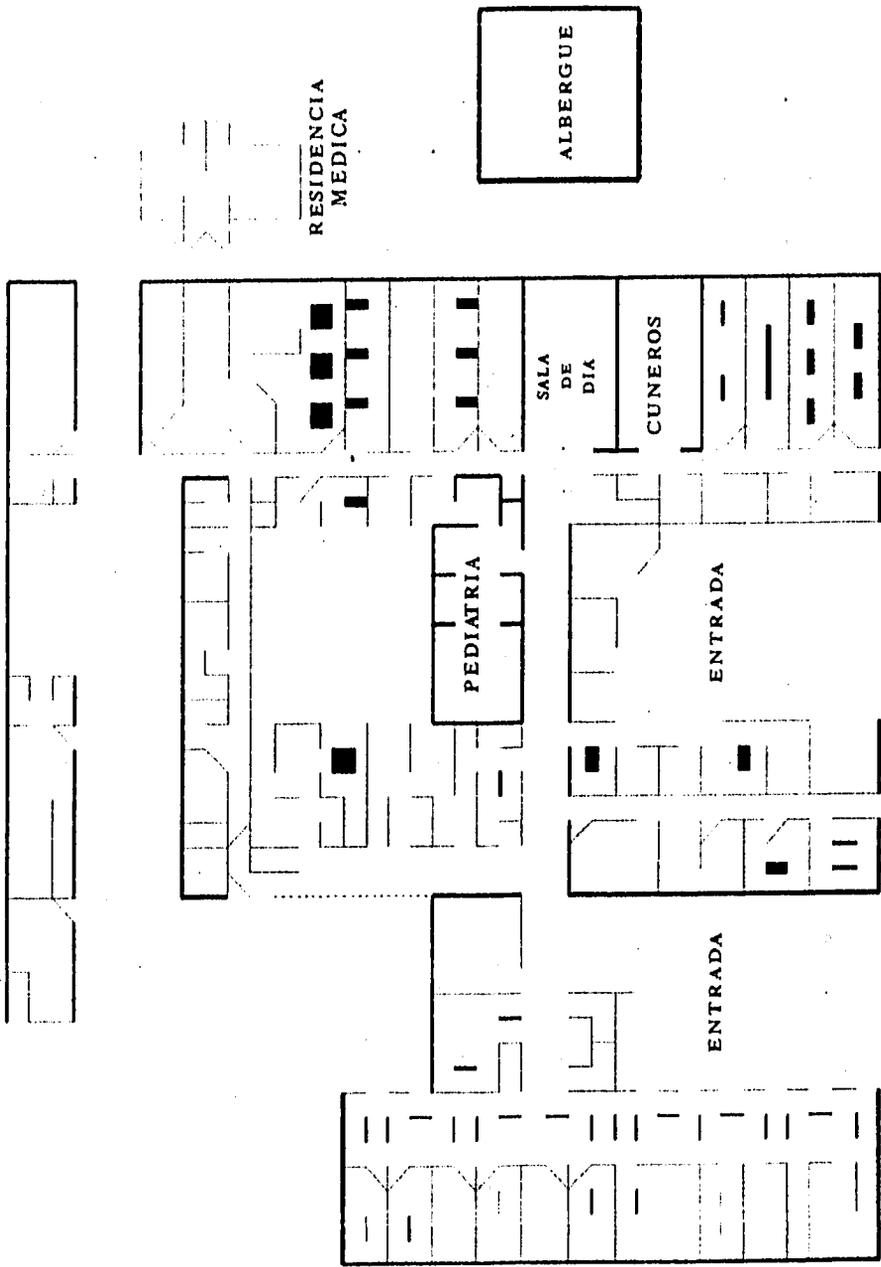
3.- DXS INGRESO AL PLAN "MADRE CANGURO": RNPT INCREMENTO DE PESO.

4.- DXS EGRESO DEL HOSPITAL: RNPT 35.5 SEGC. FEMENINO. SANA. Manejo: 16 DEIH. Incubadora 3 días. Oxígeno 1 día. Ddías de estancia en el albergue: 10.

Gráfica:



Seguimiento: No se ha presentado.



BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Dueñas TR. La desnutrición. Momentos para reflexionar. Rev. Med. IMM (Mex). 1993; 31, 5-6: 445-447.
- 2.- Charpack N, Rey SE, Martínez G.E., Navarrete L. Proyecto de Estudio del programa "Madre Canguro" de atención ambulatoria de Recién Nacidos prematuros y/o Hipotróficos. Instituto Materno Infantil Bogotá, Colombia.
- 3.- Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Lesson Payne C. Breast Milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. The Lancet, 339: 261-264, 1993.
- 4.- Farquarson Lockburn FmPatrick WA, Jamison EC, Logan RW. Infantcerebral cortex hospholipid fasty-acido composition and diet. The Lancet, 340:180-813, 1992.
- 5.- Bergman-NJ, Jurisoo LA. The "Kangaro-method" for treating low birt wight babies in a developing country. Medline 24:2:57-60, 1994.
- 6.- Als-H; Lawhon-G, Duffy-FH; Mc Anultty-GB, Gibes Grossman-R, Blickman-JG. Individualized developmental care for the very foe-birth weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. Jamma 1994, Sep, 21; 272 (II): 853-8.
- 7.- Villalpando S, De Santiago S. Bases biológicas de la lactancia materna. Bol

med Hosp Infant Méx. 1993; 50, 12:889-896.

8.- Garza C, Sehanler RJ, Butte NF, Motel KJ. Propiedades especiales de la leche humana. USDA/ARS Childres Nutrition Research Center, Houston Texas: 11-27.

9.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma Técnica para la Vigilancia Materno Infantil. Dirección de prestaciones médicas. Febrero 1995.

10.- Apoyo para la lactancia materna UNICEF.