



# LA METODOLOGÍA MADRE CANGURO

# IDEASS COLOMBIA

Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur

Texto redactado por Héctor Martínez



## ■ Presentación

“**Madre Canguro**” es una metodología innovadora para el tratamiento y manejo ambulatorio de niños prematuros y de bajo peso al nacer. El calor, la lactancia materna exclusiva y la posición canguro, son los principios básicos de la metodología. Pero, por encima de todo, es la relación amorosa y estrecha que se establece entre la madre y su hijo la que permite la sobrevivencia de esos pequeños. La importante y definitiva estimulación, tanto afectiva como orgánica, va a mejorar y a garantizar el patrón respiratorio y cardíaco. La voz de la madre, su arrullo, su entorno familiar, servirán de detonante enriquecedor desde el punto de vista neurológico y cognoscitivo. Es la madre, y no los médicos o el hospital, la actora principal y responsable del cuidado de su bebé.

**En el** Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, en Colombia, desde septiembre de 1979, los doctores Héctor Martínez Gómez y Edgar Rey Sanabria, iniciaron un cambio en el manejo tradicional del prematuro y del niño de bajo peso al nacer. El nuevo manejo se denominó “Programa Madre Canguro”. El nombre se deriva de la similitud que existe entre la forma como la canguro carga a su cría, después del nacimiento, y la forma como las madres del programa cargan a sus recién nacidos prematuros.

**La Metodología** Madre Canguro presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante relación costo-beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevivencia sino una mejor calidad de vida. Este modelo puede aplicarse tanto en los países desarrollados como en los países tecnológicamente menos desarrollados. Pero sobre todo, el Programa Madre Canguro garantiza el fortalecimiento del nexo estrecho entre la madre y el hijo y brinda el apoyo y el balance emocional necesario.

**La metodología** combina el tratamiento en el hospital, con el ambulatorio y en el hogar, y alcanza mejores resultados que la alternativa

más costosa de una prolongada hospitalización. El costo estimado por día, en una unidad de cuidado intensivo para prematuros en los Estados Unidos, es aproximadamente de US\$3.000 a \$5.000 por día (UNICEF). El cuidado similar, en países en vías de desarrollo, se estima en US\$200 diarios, mientras que, en contraste, en el programa tan solo cuesta US\$4,6 por encuentro con el hospital.

**UNICEF** ha acompañado y apoyado el desarrollo de la Metodología Madre Canguro. Desde 1979, esta innovación ha sido replicada en la mayoría de los países latinoamericanos, en varios países europeos, en diversos Estados de Norteamérica, en Asia y en África. La metodología ha sido adoptada en sitios tan diversos como en el Instituto Nacional de la Madre y el Niño en Lima (Perú) y en el Hospital de Soenderborg (Dinamarca).

**Durante la** 44a Asamblea Plenaria de la Organización Mundial de la Salud, fue otorgado el Premio Sasakawa Health Prize 1991 a Héctor Martínez y Edgar Rey.

## ¿Qué problema soluciona?

**La Metodología** Madre Canguro surgió en Colombia, al final de los años 70, como respuesta pragmática a una situación crítica de hacinamiento y a un estado, poco humano, de aislamiento de los pequeños hijos de sus propias madres. Las unidades de neonatología estaban caracterizadas por limitaciones de recursos de alta tecnología y por una mortalidad extremadamente alta, para niños con bajo peso. Además, la

posibilidad de infecciones cruzadas empeoraba el pronóstico para esos niños. El Programa no fue concebido inicialmente como un experimento controlado, sino que surgió como la alternativa a la utilización excesiva de alta tecnología, que por sustituir a la madre olvidó el componente humano, irremplazable para el adecuado desarrollo físico y afectivo del prematuro, o del niño o niña con bajo peso al nacer.

**Durante el** inicio de los años 80, el IMI cambió su categoría y pasó de ser un Hospital General de maternidad, a una Maternidad de Tercer Nivel para la atención de alto riesgo obstétrico y neonatal. Al tener esta especificidad en sus pacientes, se produjo una reducción en el número de nacimientos, de cerca de 21.000 en 1979, a 8.600 en 1987. Sin embargo, la proporción de niños de bajo peso permaneció igual, siendo alrededor del 15% del total de niños nacidos vivos.



**Se ha** estimado que la tasa media de mortalidad neonatal para todos los niños, durante el período 1977-1984, era de 52 por mil nacidos vivos, (Díaz y Bellman, 1984). Según las estadísticas del hospital, previamente a la iniciación del Programa Canguro, no había supervivencia de los niños con peso inferior a 1.000 gramos, mientras que sobrevivía el 35% en el grupo de 1.001 a 1.500 grs. y el 81% en el grupo de los niños de 1.501 a 2.000 gramos (Martínez y Rey, 1983).

**A finales** de los años 70, estos resultados, para los niños con bajo peso, fueron considerados inaceptables. La falta de recursos tecnológicos condujo a tener que colocar a más de un niño en una incubadora, a afrontar el problema de infecciones cruzadas y el abandono materno, situaciones que determinaban un mal pronóstico.



**La gravedad** de esta situación, y el deseo por mejorar el modelo de atención en un sentido más humano y científico, condujeron al personal del IMI a buscar una rápida solución. El primer paso consistió en reemplazar la alimentación de leches de fórmula por la alimentación materna. A las madres que estuviesen en capacidad de alimentar, y de estar con sus hijos lo más precozmente posible se les motivaba a entrar a las unidades de cuidado neonatal con el fin de que pudieran alimentarlos directamente y estrechar ese vínculo determinante. Cuando no era posible la alimentación directa al seno, se les administraba a los niños leche extraída de sus propias madres, o de otras madres que estuviesen en el hospital. La disminución de las infecciones gracias a las propiedades anti infecciosas de la leche materna, así como el fortalecimiento de la relación afectiva de la madre con su hijo, fueron unos de los principales beneficios que se obtuvieron con este procedimiento.

**Estos esfuerzos** fueron asociados por el personal del programa como la causa fundamental en la caída inmediata de las infecciones gastrointestinales de los niños con bajo peso en las unidades de cuidado neonatal. Con la implantación de la alimentación al seno en las unidades de cuidado neonatal, la idea central del programa se afianzó. Otras medidas como la posición canguro, es decir el contacto piel a piel, y el control ambulatorio, hicieron que la madre llegara a ser la responsable directa del cuidado de su pequeño hijo, para lo cual había sido previamente educada.

**El cambio** más importante consistió en manejar a los niños prematuros no por su peso, sino por sus condiciones clínicas, procurando darlo de alta lo más pronto posible después del nacimiento. Así se evitaba el riesgo de infecciones cruzadas. La posición canguro y el control inmediato al egreso en la consulta de manejo ambulatorio complementaron el desarrollo de esta nueva metodología.

### OBJETIVOS DE LA METODOLOGÍA MADRE CANGURO

- Mejorar el pronóstico y el desarrollo de los niños con bajo peso
- Estimular una estrecha relación entre el niño y su madre tan pronto como sea posible, después del nacimiento
- Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros
- Educar a la madre para que ofrezca a su hijo los mejores cuidados posibles en el hogar
- Hacer un uso más racional de los recursos tecnológicos, y más aún, si estos son limitados
- Reducir los costos de la hospitalización

**La Metodología** Madre Canguro presenta un modelo importante de relación costo-beneficio con el cual se incrementa la supervivencia del prematuro, se mejora su calidad de vida y se evita el abandono tan frecuente en estos casos.

**La metodología** combina el tratamiento en el hospital con el ambulatorio y en el hogar, alcanzando mejores resultados que la alternativa más costosa de una prolongada hospitalización.

**El cuidado** ambulatorio en la casa permite la no utilización de sondas ni de monitores; el niño no utilizará incubadoras, viéndose libre de infecciones nosocomiales, con ahorro para el hospital de drogas, y otros elementos hospitalarios.

# La Metodología Madre Canguro, en la práctica

En la Metodología Madre Canguro, un niño con bajo peso, deja el hospital para ir con su madre tan pronto como es posible después del nacimiento, previa confirmación de que su estado clínico es estable. Antes de salir del hospital, se lleva a cabo un proceso de adaptación y educación de la madre con respecto a la metodología del programa. Una vez en el hogar, la madre mantiene continuamente a su hijo en una posición semejando a la del bebé canguro, debajo de su ropa, en contacto con su piel.

Uno de los aspectos sobre los cuales se hace más énfasis, en el período de adaptación, está relacionado con la alimentación, la cual debe ser exclusivamente con leche materna. La educación de la madre, y la vigilancia de la salud del niño, continúa después de la salida, a través de la consulta ambulatoria.

## LOS ELEMENTOS BÁSICOS DE LA METODOLOGÍA MADRE CANGURO

- **Egreso temprano** al hogar para niños en buenas condiciones clínicas sin importar su peso.
- **Lactancia materna** exclusiva como única fuente de nutrición y protección en los primeros meses de vida.
- **Posición canguro** para proveer calor, amor, estimulación, facilidad y seguridad en la alimentación materna.
- **Educación de** la madre en el cuidado de su pequeño hijo.
- **Consulta ambulatoria** con el fin de controlar el crecimiento y desarrollo del niño y continuar la educación de la madre.

El niño es colocado junto al seno materno, en contacto piel con piel, y en posición de rana, vertical, para evitar el reflujo y la broncoaspiración. Allí, bajo la ropa de la madre, debe permanecer las 24 horas del día, inclusive durante el tiempo de sueño. La madre debe dormir en posición semi sentada. En caso de requerir un tiempo para su aseo personal u otra circunstancia, el padre, hermanos mayores, o cualquier otro miembro de la familia, puede tomar el lugar de la madre. La proximidad con la



## FUNDAMENTOS ESENCIALES DE LA METODOLOGÍA MADRE CANGURO



madre, sus caricias, su voz, su latido cardíaco, son considerados como elementos importantes en la estimulación de la respiración del niño, evitándose así las apneas. El contacto continuo, piel a piel, ayuda al niño a mantener una adecuada temperatura corporal, y genera el desarrollo de un lazo emocional estrecho entre la madre y su hijo. El amor, el calor y la lactancia materna constituyen la esencia de la metodología Madre Canguro.

## CRITERIOS PARA EL INGRESO A LA CONSULTA AMBULATORIA

**Por norma**, se manejan en el programa los niños que, al salir del hospital, tienen un peso inferior a 2.000 g., considerando que un niño con un peso superior no requiere ser manejado con la metodología canguro.

**Las madres** de los niños que permanecen hospitalizados pueden ingresar varias veces al día a las unidades de cuidado neonatal para alimentar sus niños y practicar la posición canguro mientras el niño es dado de alta. Este tiempo se aprovecha para educar a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna, la forma correcta de mantener la posición canguro para transmitir el calor y evitar la broncoaspiración, favoreciendo además la relación afectiva entre la madre y el niño.

**El ingreso** de los niños al programa canguro se maneja de acuerdo al siguiente flujograma, teniendo como base las condiciones clínicas del niño y el Apgar de nacimiento.



**Los criterios** usados para el egreso temprano del hospital, involucran tanto a la madre como al niño. La condición clínica del niño, más que el peso, es el factor determinante para el egreso precoz del hospital. El examen físico final determina la fecha de salida. Las madres deben estar bien físicamente, y dispuestas a asumir las responsabilidades de los cuidados especiales que su hijo prematuro requiere.

**En lo posible**, ningún niño es dado de alta los días viernes o sábados, si la consulta externa está cerrada los fines de semana. Siempre se atienden los casos de urgencia, garantizando a los pequeños un cubrimiento total de las 24 horas del día, todos los días de la semana.

## CRITERIOS GENERALES PARA EL ALTA PRECOZ DEL HOSPITAL

### NIÑO

- ausencia de: dificultad respiratoria; infecciones; problemas neurológicos; desórdenes metabólicos: hipoglicemia, hipocalcemia, etc.
- presencia de: capacidad de succión; buena respuesta a los estímulos; capacidad de mantener estable su temperatura cuando está en posición canguro.
- El peso no es factor determinante del egreso

### MADRE

- ausencia de: enfermedades infecciosas; trastornos mentales
- presencia de: capacidad física y mental para alimentar y manejar su hijo en posición canguro
- educación en: alimentación exclusiva al seno; posición canguro; vigilancia de las condiciones del niño; estimulación del niño; asistencia regular a la consulta externa después del egreso.

## MANEJO AMBULATORIO

Después del período de adaptación en las unidades de cuidado neo-natal, las madres y los niños que cumplen con los criterios de egreso son dados de alta y acuden a la consulta externa, preferiblemente al día siguiente de haber salido del hospital.



**El personal** que atiende los niños en la consulta ambulatoria, está compuesto por médicos pediatras, una enfermera graduada, una enfermera auxiliar, así como médicos y enfermeras en entrenamiento. El personal del programa estimula y facilita que las madres asistan a los controles cuantas veces sean necesarias, durante las primeras semanas y meses de vida. Durante el tiempo de consulta, las madres de los prematuros más pequeños permanecen con sus niños en posición canguro, colocados debajo de sus ropas. Allí el niño recibe el calor y el estímulo que necesita. No es raro que algún otro familiar, y en muchas oportunidades el padre, sea quien mantenga al niño en posición canguro mientras asisten a las charlas educativas o esperan turno para el examen del niño. El hecho de estar reunidas en grupo, permite que las madres establezcan lazos de familiaridad entre ellas y fomenten el intercambio de experiencias en el manejo de los niños. Se crea entonces una atmósfera cordial, muy positiva y solidaria, entre las madres del programa y el personal que las atiende.



**Antes de** iniciar la consulta y con la ventaja de tenerlas reunidas en grupo, el personal del programa (pediatras, enfermeras o nutricionistas) da breves charlas educativas, las cuales pueden complementarse con ayudas audiovisuales. Se cubren temas relacionados con la importancia de la lactancia materna, el valor nutritivo de los alimentos, la vacunación, la toma de la temperatura corporal, el desarrollo infantil y la estimulación adecuada, la detección de signos de alarma.

**Una vez** se ha realizado las sesiones educativas, el personal de enfermería se encarga de tomar el peso, la talla y el perímetro cefálico de los niños, además de registrar los datos, en el carné respectivo. Posteriormente, el personal médico inicia la evaluación clínica de cada niño, cerciorándose de sus condiciones físicas, ganancia de peso, crecimiento y desarrollo, y educa a la madre sobre los aspectos a seguir durante el manejo ambulatorio.

**Las terapistas** y psicólogas prestan especial atención en el desarrollo psico-motor, utilizando diferentes escalas de medición y evaluación. Igualmente se trabaja con las madres sobre el comportamiento del desarrollo del niño, se les da instrucción sobre estimulación adecuada, además de enseñarles a fabricar en el hogar juguetes de diferentes colores y de bajo costo que sirvan en el proceso de estimulación de sus hijos. La madre es instruida para que estimule cada uno de los sentidos de su niño o niña.

**Después de** la primera visita, la cual se recomienda tan pronto como sea posible después del egreso, los padres pueden regresar tan a menudo como lo crean conveniente. Los niños muy pequeños pueden o deben venir cada día y a medida que el niño va creciendo se van espaciando los controles hasta alcanzar por lo menos uno mensual. Existe una línea telefónica para que las madres se comuniquen con la consulta cuando ellas así lo requieran. El personal está dispuesto a recibir cualquier requerimiento de las madres, solucionándoles muchas veces sus inquietudes a través de la vía telefónica.

**Aquellos niños** o niñas que por sus condiciones clínicas deben permanecer más tiempo en las salas de cuidado neo-natal, pueden beneficiarse con los cuidados maternos directos, y especialmente con la alimentación con leche materna y el desarrollo de los nexos afectivos entre madre e hijo.

# Cuáles resultados

**La Metodología** Madre Canguro presenta un modelo importante de relación costo-beneficio, con el cual se incrementa la supervivencia del prematuro, se mejora su calidad de vida y se evita el abandono tan frecuente en estos casos. Esta metodología, en la cual se combina el tratamiento en el hospital con el ambulatorio y en el hogar, ha alcanzado mejores resultados que la alternativa más costosa de una prolongada hospitalización.

**En los** más de veinte años de vida de la Metodología Madre Canguro, en el Instituto Materno Infantil de Bogotá se ha desarrollado una filosofía diferente a la tradicional. La madre (y no el hospital, ni el personal médico) se convierte en el actor principal del cuidado directo del bebé prematuro. Su ingreso a las salas del cuidado neonatal la lactancia materna, y el contacto con su niño, estimulan de manera decisiva la creación de un estrecho nexo que facilita su adaptación y capacitación en las técnicas de cuidado como bebé canguro. Una consulta externa abierta, amable y eficiente permite realizar controles de seguimiento necesarios.

**Se ha** visto que la ganancia de peso al primer año de vida supera en 4,5 veces el peso de nacimiento. El aumento de talla para el primer año de vida, es en promedio de 28 centímetros. Algo muy importante, el perímetro cefálico se incrementa en el primer año de vida con un promedio de 14.5 centímetros.



**Los beneficios** de la posición madre-canguro se refieren a la madre y al niño. La posición vertical protege a los niños contra la broncoaspiración, una de las causas comunes de morbilidad y muerte de los niños de bajo peso. También la constante proximidad al pecho de la madre estimula la producción de la leche, uno de los problemas habituales entre las madres y niños de bajo peso que están separados por largos períodos de tiempo. Los beneficios sociológicos por el contacto físico estrecho entre la madre y el niño se han asociado a una disminución en el problema de abandono. (Whitelaw y Sleath, 1985; Martínez y Rey, 1983).



**Los re-sultados** positivos han sido demostrados en diferentes evaluaciones realizadas en diferentes lugares y países, con Programas ya establecidos en los 5 continentes. En el Hospital Huddinge de Suecia, en cooperación con la Organización Mundial de la Salud, se realizó un ensayo sobre la efectividad de la posición canguro o contacto “piel a piel” como método para obtener una adecuada temperatura (OMS, 1986). Los resultados muestran que para un niño de 2000 gr. vestido, el contacto “piel a piel” en un salón a tempera-

tura ambiente, es mucho mejor que el calor que suministra una manta térmica, una incubadora con colchón de agua caliente, una tela especial de plata o una incubadora corriente. A la proximidad entre la madre y el niño, se ha asociado la ausencia de llanto, que como es conocido produce un gasto energético adicional y al restablecimiento de la circulación fetal (Anderson, 1986). La posición canguro permite aislar al niño de las infecciones y tener una vigilancia estrecha por parte de la madre. Las caricias de la madre, su voz, su arrullo, y aún su latido cardíaco son factores importantes en la estimulación, en la respiración del niño y en la prevención de la apnea recurrente, común en los recién nacidos prematuros.

**La replicación** de la Metodología Madre Canguro en otras ciudades colombianas y en otros países de América, Europa y Asia, ha permitido su adaptación a diversas condiciones. Así mismo ha generado el desarrollo de estudios prospectivos para medir de manera objetiva las bondades y beneficios de la Metodología Madre Canguro, evaluando cuidadosamente la seguridad del método en cuanto al mantenimiento del calor corporal, frecuencia cardíaca y respiratoria, prevención de la apnea recurrente y de la broncoaspiración. Por sobre todo, los estudios han valorado la importancia del estímulo constante mediante el movimiento, las caricias, el arrullo, el canto, los olores, que recibe el bebé de su mamá.

# El interés internacional

**La Metodología** Madre Canguro es apoyada por la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. La OMS, además de brindar un premio a los autores de la innovación, ha apoyado la implementación de la Metodología Madre Canguro.

**La norma** del programa de alimentación exclusiva con leche materna, es consistente con la de la Organización Mundial de la Salud, que considera la leche de la madre del niño pre término como la ideal ya que provee nutrientes específicos para el prematuro, componentes inmunológicos igualmente específicos y que permite la adaptación de los órganos digestivos inmaduros. (OMS 1985, y Anderson 1986).

**El método** ha sido aplicado en el Hospital Hammersmith de Londres con buenos resultados. La alimentación por gavage de los niños por debajo de 1.500 gramos se disminuyó, así como mejoró la recuperación de severas enfermedades, que no requerían hospitalizaciones prolongadas, gracias a la posición canguro implementada en esta unidad de cuidado especial (Whitelaw y Sleath, 1985). Algunos niños empezaron a ser manejados con la posición canguro, inclusive 3 días después del nacimiento, observándose que la posición estimuló la producción de la leche materna. Además, niños con peso inferior a 700 gramos podían mantener la temperatura corporal y no sufrir períodos de apnea. Una experiencia similar tuvo lugar en Dusseldorf, Alemania, y en el hospital de Sønderborg en Dinamarca, en donde fue utilizada exitosamente la metodología, obteniéndose una respiración estable en niños que fueron alimentados oralmente (Anderson 1989, y Møeller-Jensefl 1987). En Suecia se permitió la alimentación materna en la posición canguro, en adición a los suplementos que ellos estaban recibiendo.



**En Bolivia**, en el Hospital San Gabriel de La Paz, en 1986 se realizó un programa para niños con peso superior a 1000 gramos. Durante el primer año de experiencia se reportaron 25 niños con edades gestacionales entre 34 y 36 semanas y con peso de nacimiento entre 1501 y 2.000 gramos (Yasick y col., 1986). Las estancias hospitalarias reportadas durante el seguimiento fue de 12 días. Las causas de enfermedad más frecuentes durante el seguimiento, fueron las relacionadas con las vías respiratorias. El estudio igualmente informó que aspectos del desarrollo psicomotor, coordinación y adaptación, así como el área del lenguaje fueron completamente normales, inclusive alcanzando parámetros más altos que los de los niños que fueron manejados tradicionalmente en incubadoras. En 1987, se inició un programa de alta precoz en el Instituto de la Madre y el Niño en Lima, Perú (Urquiza, 198). Durante ese año, se manejaron 70 niños prematuros con edades entre 32 y 36 semanas de gestación y peso al nacer

entre 1400 y 2000 gramos. El promedio de estancia hospitalaria, para la mitad de los niños, fue de una semana. Igualmente Brasil ofrece más de 60 Programas Madre Canguro, con resultados y beneficios suficientemente conocidos

**Replicaciones de** La Metodología Madre Canguro, y experiencias similares, han tenido lugar en otras ciudades de Colombia. En Bogotá otras instituciones hospitalarias han iniciado programas de egreso temprano. En Latinoamérica existen Programas Madre Canguro en Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú.

**Los países** industrializados que han replicado la Metodología Madre Canguro son Alemania, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia, Holanda y Suecia, entre otros.

# Para adoptar la metodología Madre Canguro en otros países

**La institución** que realiza el Programa Madre Canguro es el Hospital Materno Infantil de Bogotá, en Colombia. El equipo encargado del Programa está disponible para brindar asesoría técnica para la implementación de la Metodología Madre Canguro en otros países interesados en replicar la experiencia. Además existen en Bogotá otras Instituciones como la Clínica Santa Bibiana, donde se puede recibir instrucción de la Metodología .

**Todo el** personal que replicó la Metodología en los países de América Latina y Europa, recibió entrenamiento en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. Los programas consolidados en casi toda América ofrecen plazas de entrenamiento para quienes desean aprender sobre la Metodología Madre Canguro. En Brasil existen muchos y variados Programas que facilitarían un buen punto para adquirir experiencia, si es necesaria una actitud presencial.

**La Metodología** Madre Canguro no es más que un método esencialmente natural, en donde una madre se encarga de criar su propio hijo. Así, su adopción es de una confección sencilla y fácil de instaurar, con un mínimo de elementos. Bajo la supervisión de un pediatra, enfermera o médico general entrenado, se motiva a la madre para que precozmente se ponga en contacto con su hijo, estableciendo ese nexo que de ahí en adelante va a ser la esencia de un proceso de crianza, con los elementos expuestos, en una forma sencilla y de mínimo costo. La actitud humana y científica del personal del hospital, facilitará lo que toda madre sabe y siente hacer: el cuidado de su propio hijo.

**La Metodología** se puede iniciar en un Hospital Materno Infantil o General que tenga servicio de Nacimientos. El Hospital puede abrir la consulta externa para el control de estos niños. Igualmente, los controles periódicos se pueden establecer en una Institución de primer nivel.



**El proceso** de crianza siempre ha sido un proceso natural y bajo este parámetro se puede hacer un Programa Canguro de acuerdo a los requerimientos y necesidades de cada lugar. Lo más necesario es la voluntad de vigilar desde el punto de vista médico, lo que la naturaleza ha hecho a través de la historia del ser humano: una madre que da vida a su hijo y se encarga de ponerlo en contacto con el mundo. Las instituciones de salud favorecen y disponen las condiciones para el desenvolvimiento de la salud de sus habitantes.

# Para saber más

Para buscar mayor información, y establecer colaboraciones permanentes, puede ser contactado el Doctor Héctor Martínez Gómez M.D. — Metodología Madre Canguro. Docente adscrito Universidad Nacional. Bogotá. Colombia.

Dirección: Calle 145 No. 12-61 (603), Bogotá, Colombia

Tel. (57-1) 615 13 15 - 211 24 19 - 248 88 45

Celular 310 249 16 29

mail: canguromet@hotmail.com

## RESUMEN BIBLIOGRÁFICO

- Díaz-Rosello José Luis and Martín Bellman (1984), Evaluation of the Ambulatory Care of Prematures after Early Discharge from the Hospital and a new method for the Rational Treatment of Prematures known as "Mother Kangaroo". Preliminary Report of a Joint CLAP-PAHO/WHO Consultation, Doc. Int. CLAP 48-84, Montevideo, Uruguay.
- Rey Sanabria, Edgar y Héctor Martínez Gómez (1983), Manejo Racional del Niño Prematuro. 1 Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Fundación Vivir, Bogotá, Colombia, pp. 137-151.
- World Health Organization (1985a), Feeding the Low-Birth-Weight-Infant. Review of recent Literature WHO/MCH/85.9, WHO, Geneva.
- World Health Organization (1985b), Feeding the Low-Birth-Weight-Infant. WHO/MCH/85. 10, WHO, Geneva.
- Anderson, Gene, Elizabeth A. Marks and Vivian Wahlgren (1986). Kangaroo Care for Preterm Infants. American Journal of Nursing, 86: 807-809.
- Whitelaw, Andrew and Katherine Sleath (1985), Myth of the Marsupial Mother: Home Care of Very Low Birth Weight Babies in Bogotá, Colombia. Lancet 1206-1208.
- Lozano, Paula M., José Luis Díaz-Rosello and S.M. Tenzer (1985), Impaired Growth of Low Birth Weight Infants in an Early Discharge Programme. Documento no publicado. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-PAHO/WHO), Montevideo, Uruguay.
- World Health Organization (1986), Appropriate-Technology for Thermal Control of the Newborn Baby. WHO/MCH/86.8. WHO, Geneva. Premies. Newsweek, Mayo 16, 1899, p. 67.
- UNICEF (1988a), Mother Kangaroo Programme. Ambulatory Treatment for Premature Babies. Promotional Pamphlet, UNICEF, Bogotá, Colombia.
- Anderson, Gene C. (1989), Skin-to-Skin: Kangaroo Care in Western Europe. American Journal of Nursing, 89: 662-666.
- Møller-Jensen, H. (1987), The Kangaroo Method used in Practice at the Sónderborg Hospital, Denmark, in Sygeplejersken 7:16-18).
- Yaksic, Pedro, Jorge Domic, María C. Abela, and Eddy Jiménez (1986). Informe del Proyecto "Manejo Ambulatorio del niño de Bajo Peso". Documento no publicado. Fundación San Gabriel, La Paz, Bolivia.
- Urquiza, Raúl, (1988), Método Madre Canguro. Documento no publicado. Instituto Nacional Materno Infantil (INAMI) Hospital San Bartolomé, Lima, Perú).
- Hospital Roosevelt y Hospital Gineco-Obstetra IGSS (1988), Manejo Integral del Recién Nacido de Bajo Peso con Énfasis en el Programa Madre Canguro. Documento no publicado. Gua-temala.
- UNICEF Oficina Regional para América Latina, el Caribe (1988b), Madre Canguro- una luz de esperanza. Video (14 minutos), Bogotá, Colombia.
- De Leeuw R, et al. Physiologic effects of Kangaroo care in very small preterm infants. Biology of the Neonate, 1991, 59:149-155.
- Syfrett EB, et al. Early and virtually continuous Kangaroo care for lower-risk preterm infants: effect on temperature, breast-feeding, supplementation and weight. In: Proceedings of the Biennial Conference of the Council of Nurse Researchers. Washington, DC American Nurses Association, 1993.
- Cattaneo A, et al. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. Acta Paediatrica, 1998, 87:440-445.
- Ludington-Hoe SM, et al. Select physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. Journal of Developmental Physiology, 1992, 18:223-232.
- Ludington-Hoe SM, SwinthJK. Developmental aspects of kangaroo care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1996, 25:691-703.
- Affonso D, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care. Neonatal Network, 1989, 7:43-51.
- Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. Acta Paediatrica Scandinavica, 1989, 78:189-193.

# A quién contactar

- Héctor Martínez Gómez M.D. —Metodología Madre Canguro Docente adscrito Universidad Nacional. Bogotá. Colombia.

Dirección: Calle 145 12-61 (603), Bogotá Colombia  
Tel. (57- 1) 615 13 15 211 24 19 248 88 45  
Celular 310 249 16 29  
e-mail: canguromet@hotmail.com



- Lina Maria Montaña MD Instituto Materno Infantil

Dirección: Carrera 10 1-66 Sur, Bogotá Colombia  
Tel: (57-1) 289 22 00 ext 217  
Celular: 310 853 90 26  
e-mail: linam28@hotmail.com

**El Programa IDEASS** - Innovación para el desarrollo y la cooperación sur-sur - forma parte de la Iniciativa de cooperación internacional ART. IDEASS se enmarca en los compromisos de las grandes cumbres mundiales de los años '90, y de la Asamblea General del Milenio, dando la prioridad a la cooperación entre los actores del Sur, con el apoyo de los países industrializados.

**El objetivo de IDEASS** es fortalecer la eficacia de los procesos de desarrollo local, mediante una utilización cada vez mayor de la innovación para el desarrollo humano. Actúa como catalizador en la difusión de innovaciones sociales, económicas, tecnológicas, que favorecen el desarrollo económico y social a nivel territorial, a través de proyectos de cooperación sur-sur. Las innovaciones promovidas pueden ser tanto productos como tecnologías o prácticas sociales, económicas o culturales. Para mayor información sobre el Programa IDEASS, sírvase consultar la página web: [www.ideassonline.org](http://www.ideassonline.org).

# ideass

## Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur



ART - Apoyo a las redes territoriales y temáticas de cooperación para el desarrollo humano - es una iniciativa de cooperación internacional que asocia programas y actividades de diversas organizaciones de las Naciones Unidas. ART promueve un nuevo tipo de multilateralismo, en el cual el sistema de las Naciones Unidas trabaja con los gobiernos favoreciendo la participación activa de las comunidades locales y de los actores sociales del Sur y del Norte. ART persigue los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En los países interesados, ART opera a través de los programas-marco nacionales de cooperación para la Gobernabilidad y el Desarrollo Local - ART GOLD. Estos programas crean un contexto institucional organizado de modo que diversos actores nacionales e internacionales puedan contribuir al desarrollo humano del país en forma coordinada y complementaria. Participan países donantes, agencias de las Naciones Unidas, gobiernos regionales, ciudades y gobiernos locales, asociaciones, universidades, organizaciones del sector privado y organizaciones no gubernamentales.

Es en el marco de los Programas ART GOLD que se promueven las innovaciones de IDEASS y se implementan los proyectos de cooperación para su transferencia, cuando los actores locales lo requieran.