

1. AUTORES	PUESTO - CONTACTO (cargo - servicio- teléfono - correo)
M ^a Victoria Polo Francisco	Enfermera. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha
Ana Isabel Arévalo	Enfermera. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha
2. REVISORES EXTERNOS:	Grupo de Enfermería de la comisión de investigación y biblioteca. Complejo Asistencial de Zamora

ÍNDICE:

1. Autores
2. Revisores externos
3. Justificación
4. Alcance y Objetivos
5. Metodología de elaboración
6. Actividades o procedimientos
7. Bibliografía
8. Anexo: Guía rápida

3. JUSTIFICACIÓN: Definición del problema detectado:

El “Método Madre Canguro” (MMC) es un método que debe ser considerado una intervención que permite reparar la separación inicial del bebé prematuro y su madre; además disminuye el tiempo de hospitalización, y por tanto supone una utilización más racional de los recursos disponibles. (1)

Destinado inicialmente al cuidado del niño prematuro o de bajo peso al nacer, hoy en día es utilizado en países desarrollados, como España, para estimular la lactancia materna y permitir el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo o padre-hijo. La intervención canguro no reemplaza a las unidades de cuidados neonatales, sino que complementa a las intervenciones de salud realizadas en el recién nacido (RN). (2, 3)

El Programa lo inició en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, el Dr. Edgar Rey a partir de 1978. Se consolidó durante los primeros 15 años bajo la coordinación de los pediatras del IMI Héctor Martínez y Luis Navarrete y fue conocido como “Programa Madre Canguro”. Un grupo de investigadores, quienes darían origen posteriormente (1994) a la Fundación Canguro (ONG dedicada a la evaluación, mejoramiento y difusión del MMC en el mundo), inició la evaluación científica del MMC del IMI en 1989. (1)

Con 30.000 partos registrados anualmente en aquella zona, la más pobre de Bogotá, con frecuencia debía poner dos e incluso tres bebés a la vez en la misma incubadora, con lo que las infecciones eran muy corrientes. A ello se sumaba que los niños no ganaban peso y por ello debían permanecer largos períodos hospitalizados; a veces eran abandonados y frecuentemente morían. El Dr. Rey había leído diversos estudios sobre la fisiología de los marsupiales y estaba convencido de que la situación general de su unidad mejoraría si el bebé, ya

estabilizado, fuese colocado sobre la piel de su madre: la leche materna podría alimentarlo y podría marcharse a su casa, confiado a los cuidados de sus padres. Aunque no fueron medidos científicamente, la mortalidad infantil y el nivel de abandonos descendieron significativamente en el IMI desde el momento en que el método se puso en práctica. Así comenzó lo que hoy en día denominamos MMC. (2) Gracias a la Fundación Canguro, inaugurada en 1994, 44 equipos de más de 25 países han viajado a Colombia para aprender el método y lo han adaptado a su cultura de origen.

Esto es lo que nos ha llevado en nuestra unidad de Neonatos a querer iniciar el MMC, para lo que decidimos realizar un protocolo basado en la MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE con el fin de favorecer una práctica clínica de enfermería homogénea en el MMC. Se recomienda disponer de un protocolo escrito sobre el cuidado canguro en todas las unidades neonatales que lo apliquen. (4)

4. ALCANCE y OBJETIVOS:

4.1 POBLACION DIANA

El MMC se ofrece a recién nacidos prematuros de menos de 37 semanas de gestación (independiente del peso) o recién nacidos con pesos menores a 2.500 gr. (bajo peso, independiente de la edad gestacional). La Posición Canguro (PC) se utiliza tan pronto como es posible y prudente si el niño tiene la capacidad de tolerarla. Se tienen cumplir los siguientes criterios: (1)

- hay estabilidad de los signos vitales.
- no presenta bradicardia o hipoxemia cuando se le manipula
- no presenta apneas primarias o si éstas estuvieron presentes, ya están controladas.

4.2 ÁMBITO ASISTENCIAL

Unidad de neonatología del Hospital Virgen de la Concha (Zamora). Profesionales de enfermería y TCAE que trabajan en la unidad de Neonatología.

4.3 ASPECTOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Este trabajo permite desarrollar recomendaciones específicas acerca de la realización de prácticas que se han validado como más efectivas para producir resultados específicos (ej. aumento de peso, regulación térmica). También debe haber una preparación y motivación del personal asistencial y administrativo. Se debe minimizar el tiempo de separación madre-hijo y permitir la interacción física apropiada de los padres con su hijo (contacto gradual, seguro y supervisado, de acuerdo con el estado clínico del niño, su madurez y su estabilidad fisiológica). Es necesario que el acceso de los padres al niño hospitalizado sea fácil y expedito y que se formulen explícitamente políticas de apertura: mínima restricción a visitas de los padres en horarios y duración, facilidades de alojamiento para los padres, y antes de iniciar adaptación canguro debe haber acceso a mobiliario apropiado (sillas reclinables confortables o equivalente), alimento, baño, entretenimiento, etc. En pocas palabras, la Unidad Neonatal debe ser abierta y amigable. Es deseable que haya políticas adecuadas de lactancia materna respaldadas por la infraestructura apropiada y la debida capacitación del personal de salud. También permite definir las indicaciones de cada intervención recomendada y describir sus méritos frente a otras intervenciones. (1) En un artículo de SIBEN (Sociedad Iberoamericana de Neonatología) hay una frase que deberíamos tener en cuenta todo el personal que trabajamos en unidades de Neonatología: "LOS PADRES NO SON VISITAS".

4.4 OBJETIVOS

4.4.1 Evitar la variabilidad de los cuidados del niño y de los padres en la puesta en marcha del MMC.

4.4.2. Conseguir que los padres se conviertan en expertos cuidadores de su hijo y que incluso puedan aplicar el MMC en el domicilio.

4.4.3. Fomentar la lactancia materna.

4.4.4. Disminuir el estrés y favorecer el desarrollo neuromotor del R.N

4.4.5. Reducir el tiempo de hospitalización.

4.4.6. Contribuir a la humanización de la atención neonatal.

5. METODOLOGÍA de ELABORACIÓN:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el MMC. Utilizando bases de datos online de Revisiones de Evidencias en Pediatría y Guías de práctica clínica basadas en evidencia: Biblioteca Las Casas, Fundación Index, PubMed, Cochrane Colaboration y Google Académico. Se empleó el descriptor "Kangaroo-Mother Care Method" y sus equivalentes en español. Se consideraron los niveles de evidencia asignados en las guías de referencia. (1, 4, 5)

Pregunta: *¿El MMC aplicado a niños prematuros estimula la lactancia materna y favorece el desarrollo neuro-psicomotor comparado con el régimen de visitas anterior?*

Respuesta basada en evidencia: Según la bibliografía consultada la respuesta es positiva. La evidencia es de nivel I (1, 4, 5) basada en ensayos clínicos controlados

aleatorios. Tanto en niños a término como en niños prematuros hay evidencia de que la PC incrementa el establecimiento de amamantamiento exitoso y aumenta la proporción de madres que lactan y la duración de la lactancia. Los mecanismos incluyen tanto efectos biológicos del contacto piel a piel como mecanismos conductuales y emocionales: se disminuye el tiempo de separación madre-hijo, el personal de salud estimula la lactancia, entrena apropiadamente a las madres y les da apoyo eficiente durante el proceso y las madres, que mejoran su vínculo gracias a la PC, pueden sentirse más predispuestas a lactar, lo que a su vez mejora la calidad del vínculo

Fundamento:

La puesta en marcha de un nuevo método en nuestra unidad puede dar lugar a una variabilidad a la hora de aplicar los cuidados tanto por los profesionales sanitarios como por los propios padres. Por otra parte, la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna es un evento biológico natural. Hay componentes hormonales, neurológicos, emocionales y conductuales involucrados. Hay evidencia (6, 7) de que el contacto piel-a-piel temprano en niños sanos a término estimula la iniciación de una lactancia exitosa y también incide en la frecuencia de madres que lactan y en la duración de la lactancia.

La iniciación y mantenimiento de la lactancia en niños enfermos o prematuros no se da fácilmente de manera espontánea. El niño puede estar débil o inmaduro para succionar y además con frecuencia la madre y el niño son separados temprana y prolongadamente en razón de los cuidados médicos que el niño debe recibir durante la fase transicional.

6. SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA y RECOMENDACIONES:

ACTIVIDAD	NIVELES DE EVIDENCIA	EXCEPCIONES
<p>Informar a los padres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar en qué consiste el MMC. Es importante que los padres que quieran participar en el cuidado tengan la dedicación y el tiempo necesario para realizar el cuidado. (8-10) • Es aconsejable que la duración no sea inferior a una hora para compensar el estrés que supone la transferencia. • Animar a la madre a que le comunique al personal sanitario los cambios que pueda observar en su hijo o en su propio estado de ánimo.(8, 9) 	<p>Grado B Nivel de evidencia II</p> <p>Grado B Nivel de evidencia II</p> <p>Grado B Nivel de evidencia II</p>	
<p>Higiene de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una correcta higiene de manos, bien lavándolas con un jabón antiséptico o utilizando soluciones hidroalcohólicas.(11, 12) • Este procedimiento será llevado a cabo tanto por parte del personal sanitario como de los padres. 	<p>Grado A Nivel de Evidencia I</p>	

ACTIVIDAD	NIVELES DE EVIDENCIA	EXCEPCIONES
<p>Estabilización</p> <p>Antes de comenzar el MMC es necesario comprobar la estabilidad del neonato. (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que tolera la manipulación. • No presente pausas de apnea. • Signos vitales estables. 	<p>Grado B Nivel de evidencia II</p>	<p>No deben participar los neonatos que precisen ventilación mecánica o soporte ventilatorio, tengan necesidades variables de FiO₂, requerimientos de O₂ mayores del 50%, tubo endotraqueal, líneas arteriales periféricas y T^a que disminuya más de un grado de la T^a basal durante el cuidado canguro.(8)</p>
<p>Control T^a axilar</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se han encontrado diferencias significativas en los valores de la temperatura cutánea en los neonatos que están recibiendo el cuidado canguro, comparado con la de los neonatos que permanecen en incubadora; (13) En promedio se mantiene entre 36,5°C y 36,7°C. (8). • Control de T^a cada 30min. Hasta estabilizar la T^a. 	<p>Nivel de evidencia II</p> <p>Grado C Nivel de evidencia III.</p>	
<p>Monitorización continua de F.C. y Sat O₂</p> <p>Evaluar el estado fisiológico del R. N. : color, F.C., Agitación, apnea y saturación (14)</p>	<p>Grado B. Nivel de evidencia II</p>	<p>No continuar con los cuidados si el RN presenta compromiso fisiológico o agitación (14).</p>

ACTIVIDAD	NIVELES DE EVIDENCIA	EXCEPCIONES
<p>Posicionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madre/Padre: La madre estará en posición cómoda en un ambiente tranquilo y relajado. Proporcionar silla o sillón lo más cómodo posible. Los padres deben de llevar una vestimenta cómoda (camiseta elástica que le permita una buena movilidad y buena sujeción del bebé). Evitar el uso de cadenas, colonias o cremas con olor.(8-10) • Recién nacido: El bebé estará con gorro y el pañal. También se le pueden poner patucos. El R.N: debe de colocarse en posición vertical, entre los pechos de la madre o el tórax del padre. En posición ventral con los brazos flexionados (Posición de rana). La cabeza girada hacia un lado, ligeramente extendida, para dejar libre la vía aérea y favorecer el contacto visual entre la madre y el bebé. El borde superior de la camiseta de la madre no debe de rebasar la mitad del pabellón auricular del niño, y debe de dejar permeable su nariz. (2) 	<p>Grado B Nivel de evidencia II</p>	
<p>Lactancia materna y MMC. El método favorece la producción de leche materna e incrementa la prevalencia y duración de la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la madre sobre la lactancia y la posibilidad de hacerlo en canguro. • Se ayudará a la madre a posicionar bien al niño en contacto piel con piel. 	<p>Grado A Nivel de evidencia I</p>	

ACTIVIDAD	NIVELES DE EVIDENCIA	EXCEPCIONES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener derechos la cabeza y el cuerpo del bebe. ✓ Situar el rostro del bebe frente al pecho de la madre y su nariz opuesta al pezón de ella. ✓ Sostener todo el cuerpo del bebe y no solo cabeza y hombros. • Mostrar a la madre qué signos indican la correcta sujeción al pecho. • Si el pecho está muy ingurgitado, se debe extraer algo de leche con sacaleches o de manera manual y después poner al pecho. • Comprobar mediante doble pesada que la toma ha sido efectiva. 		
<p>Registro en aplicación Gacela Care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variables clínicas • Registrar en el evolutivo del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fecha de inicio MMC. ✓ Estado del bebe. ✓ Duración y frecuencia diaria. ✓ Información sobre la madre (Si viene de casa o está en hospital; nivel de ansiedad; si participa en los cuidados). ✓ Lactancia durante el canguro. ✓ Incidencias. 		

ACTIVIDAD	NIVELES DE EVIDENCIA	EXCEPCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar los cuidados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Insertar el plan de cuidados estándar "Recién nacido bajo peso " (primer día de realización, valoración de los indicadores de los resultados) ○ Actualización del plan cuidados (resto de los días hasta el alta) • Evaluación de los resultados al alta _ finalización de los Cuidados de Canguro. • Confirmar actividades realizadas 		

GLOSARIO/ DEFINICIONES

PC- Posición canguro.

MMC - Método Madre Canguro

PREMATURO- Recién nacido de menos de 37 semanas de gestación.

BPEG- Bajo peso para la edad gestacional.

FASE TRANSICIONAL- Es el traspaso del bebé desde la incubadora a la posición Canguro.

NIVELES DE EVIDENCIA

Utilizamos los Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación encontrados en la bibliografía consultada, y que se detallan a continuación:

NIVEL DE EVIDENCIA (15)



- **Nivel de evidencia I** : Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada
- **Nivel de evidencia II**: Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
- **Nivel de evidencia III**: Opciones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos. (98)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN (16)

- **Grado A**: Efectividad demostrada para su aplicación.
- **Grado B**: Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.
- **Grado C**: Efectividad no demostrada.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ruiz JG, Charpak N, et al. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación Canguro y el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 2007. [Internet] [Consultado 13 de Julio de 2013] Disponible en http://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/Guia_Met.Canguro_Prematuros.pdf
2. Prados Márquez I. Aplicación del Método Madre Canguro para Enfermería" (Unidad Docente de Matronas de Albacete) [Internet]. [Consultado 13 de Julio de 2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/Canguro.pdf
3. Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia. 2009. Convenio de prestación técnica y financiera No. 233 de 2009 entre el ministerio de la protección Social, acción social, Unicef y PMA. [Internet]

  <p>COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA</p>	<p>PROTOCOLO CLÍNICO</p> <p>TÍTULO: PROTOCOLO METODO MADRE CANGURO</p>	<p>FECHA: Noviembre 2013</p> <p>Página 13 de 13</p>
---	--	---

[Consultado 17 de Julio de 2013] Disponible en:

[http://www.orasconhu.org/sites/default/files/files/Lineamientos%20tecnicos%20Programa%20Madre%20Canguro\(1\).pdf](http://www.orasconhu.org/sites/default/files/files/Lineamientos%20tecnicos%20Programa%20Madre%20Canguro(1).pdf)

4. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010. [Internet] Ministerio de Sanidad y política social.

[Consultado 17 de Julio de 2013] Disponible en:

<http://mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

5. Amaya de Gamarra IC, Suárez de Betancourt MJ, Villamizar Carvajal B.

Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. [Internet]. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en: [http://www.index-](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php)

[f.com/lascasas/documentos/lc0023.php](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php) [Consultado 28 de Julio de 2013].

6. - Ludington-Hoe SM, Morgan K, y Abouelfetoh A. A Clinical Guideline for Implementation of Kangaroo Care with Premature Infants of 30 or More Weeks' Postmenstrual Age. [Internet]. *Avances en el Cuidado Neonatal* 8.3 (2008): S3-S23.

[Consultado 22 de Julio de 2013] Disponible en:

http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article_ID=799983

7. Marks KH, Lee CA, Bolan CD, Maisels MJ. Oxygen consumption and temperature control of premature infants in a double wall incubator. *Pediatrics*.

1981; 68: 93-98. [Internet]. [Consultado 26 de Julio de 2013]. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/68/1/93.short>

8.- Ludington-Hoe, SM, y Swinth, JY. Developmental aspects of Kangaroo cares. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25 (8): 691-703. [Internet]. [Consultado 20

de Julio de 2013]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.1996.tb01483.x/abstract>

9.- McCloskeys JC, Blechek G. (1995) *Nursing Intervention Classification (NIC)*.

Mosby 2ª Edición p 135 – 479. 1995

10.- Loughhead MK, Loughhead JL, Reinhart MJ. Incidence and physiologic characteristics of hypothermia in the very low birth weight infant. [Internet]. *Pediatric Nursing*. 1997; 23 (1): 11-5. [Consultado 26 de Julio de 2013]. Disponible en:

http://www.journalofneonatalnursing.com/medline/record/ivp_00979805_23_11

11.- LARSON, E. , BRYAN, J., ADDLER, L., BLANE, CH. (1997) A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *American Journal Infection Control*. 1997; 25(1): 3 - 10.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655397900468#>

12.- Garner JS, Favero MS. Guideline for handwashing and hospital environmental control, Hospital Infections program center for infections program. Center for infections disease. Center for disease control. Public health service. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, Georgia. 1985

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/control1985.pdf>

13. Silverman WA, Fertig JW, Berger AP. The influence of the thermal environment upon the survival of newly born premature infants. *Pediatrics* 22.5 (1958): 876-886. [Internet]. [Consultado 22 de Julio de 2013]. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/22/5/876.short>

14. Whitelaw A, Sleath K. Myth of the marsupial mother: Home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *The Lancet*. 1985; 325 (8439): 1206-1208. [Internet] [Consultado 28 de Julio de 2013]. Disponible en: [http://ac.els-](http://ac.els-cdn.com/S0140673685928776/1-s2.0-S0140673685928776-main.pdf?_tid=7c14b61c-0d14-11e3-b6b3-00000aab0f26&acdnat=1377386918_59c0a46121277d4867f6f39f87a73add)

[cdn.com/S0140673685928776/1-s2.0-S0140673685928776-main.pdf?_tid=7c14b61c-0d14-11e3-b6b3-00000aab0f26&acdnat=1377386918_59c0a46121277d4867f6f39f87a73add](http://ac.els-cdn.com/S0140673685928776/1-s2.0-S0140673685928776-main.pdf?_tid=7c14b61c-0d14-11e3-b6b3-00000aab0f26&acdnat=1377386918_59c0a46121277d4867f6f39f87a73add)

15.- Niveles de Efectividad establecidos. Instituto Joanna Briggs (Rev. 2008).

16.- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D for the Method Work Group, Third U.S. Preventive Task Force. Current methods of the

U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med.*
2001;20(3S):21-35. www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm

8. ANEXO:

Guía Rápida Método madre canguro (MMC)

Definición.

El método madre canguro (MMC) se define como el contacto piel a piel entre una madre/padre y su hijo. Esto favorece la estabilidad del niño, el bienestar de los padres y el establecimiento del vínculo.

Hoy en día el cuidado canguro está considerado como una parte esencial de los Cuidados Centrados en el desarrollo (CCD) y del NICAP.

Objetivos.

1. Fomentar la lactancia materna.
2. Disminuir el estrés en el RN.
3. Contribuir a la humanización de la atención Neonatal.
4. Reducir el tiempo de hospitalización.
5. Estimular una relación temprana y estrecha entre el binomio madre-hijo desarrollar un adecuado vínculo emocional.
6. Educar y animar a los padres en el manejo del prematuro y de los bebés con bajo peso.

Quien lo realiza

1. Personal de enfermería (en consenso con pediatra en cuanto al momento adecuado para el inicio)
2. TCAE
3. Padres y madres.

Población diana

1. R.N. a término que todavía tolera la posición
2. R.N. estable hemodinamicamente, soportando la manipulación, aunque precise asistencia respiratoria.
3. R.N. Prematuros estables.

Procedimiento

1. Lavado y desinfección de manos

2. Informar a los padres sobre el beneficio del MMC y sobre como se realizara. Indicarles que se evitara el uso de colonias, cadenas y cremas con olor.
3. Concertar con los padres el momento mas propicio para el inicio.
4. Antes de comenzar con el MMC es necesario comprobar la estabilidad del Neonato y si tolera la manipulación.
5. Los cuidados por parte del personal de enfermería serán los mismos que si esta en la incubadora.
6. Control de Tº axilar a la media hora de la transferencia y hasta que se estabilice.
7. La duración no debe de ser inferior a 1 hora, para compensar el estrés que supone la transferencia.

Posicionamiento

1. El niño debe de colocarse en una posición vertical entre los pechos de la madre (o el tórax del padre) en decúbito ventral con los brazos flexionados (Posición de rana)
2. La cabeza girada hacia un lado, ligeramente extendida para dejar libre la vía aérea y favorecer el contacto visual de la madre y el RN.
3. El RN. Estará vestido con pañal y gorro. Patucos opcionales)
4. Se recomienda el uso de ropa cómoda que permita una mayor movilidad a la madre/padre, teniendo en cuenta que el borde superior de la faja o camiseta no debe rebasar el pabellón auricular del niño, y dejar permeable la nariz.
5. Monitorización continua de FC. Y Sat O2.
6. Si el niño esta con asistencia respiratoria, el traspaso incubadora madre se realizara entre dos personas, una se encargara del RN. Y la otra de las tubuladuras que se dejaran en el hombro de la madre.
7. La madre estará en una posición cómoda, con ambiente relajado luz tenue y Tª ambiental adecuada.
8. Ante cualquier alteración detectada en el bebe se suspende el proceso, tranquilizando as la madre sobre el estado del bebe.

Registro

En aplicación Gacela Care:

- Variables clínicas
- Evolutivo de Enfermería.
 - Fecha de inicio MMC.
 - Estado del bebe.
 - Duración y frecuencia diaria.

- Información sobre la madre (Si viene de casa o está en hospital; nivel de ansiedad; si participa en los cuidados).
- Lactancia durante el canguro.
- Incidencias
- Planificar los cuidados:
 - Insertar el plan de cuidados estándar “Recién nacido bajo peso “ (primer día de realización, valoración de los indicadores de los resultados)
 - Actualización del plan cuidados (resto de los días hasta el alta)
- Evaluación de los resultados al alta, finalización de los Cuidados de Canguro.
- Confirmar actividades realizadas