



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**

**“EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO MADRE
CANGURO A LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO Y DE BAJO
PESO.”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERA NEONATAL

PRESENTA:

L.E. MENDOZA SÁNCHEZ LUZ YADIRA

DIRECTOR DE TESIS:

MCE. GUEVARA CABRERA ROSA MARÍA.

PACHUCA, HGO. JUNIO DE 2017.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a:

A Dios por poner en mi camino las circunstancias de la vida que me dieron la oportunidad y determinación necesarias para llevarlo a cabo.

A mis hijos Karol y Juan Pablo, quienes han sido y serán por siempre el motor de mi vida.

A mi Madre por no perder la fe y por dedicarme cada día un pedacito de sus oraciones y sus buenos deseos.

A mi Padre por no dejar que me faltara nada y por comprometerme con su admiración expresada desde niña a ser mejor cada día.

A mis maestros porque con el tiempo que nos dedicaron en las aulas nos dejaron parte de su vida y de su corazón.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por ser mi casa y por darme el privilegio de ser llamada Enfermera Neonatal.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por darme tanto, es un orgullo pertenecer a ustedes y deseo que pueda corresponderles de igual manera.

Al Área Académica de Enfermería donde sufrí, reí, disfrute, aprendí y soñé.

A la Maestra Rosy por su tiempo y animo brindado durante la realización de este trabajo de tesis, sin su disposición y apoyo el viaje no hubiera sido el mismo.

¡Gracias por todo!

Tabla de contenido

RESUMEN.....	8
ABSTRACT	10
CAPITULO I.....	11
1.1 INTRODUCCIÓN.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPITULO II	18
2.1 HIPÓTESIS.....	18
2.2 OBJETIVOS.....	18
2.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	18
CAPITULO III MARCO TEÓRICO	19
3.1 MÉTODO MADRE CANGURO.	19
OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO.....	20
FORMAS DE APLICACIÓN DEL MÉTODO CANGURO.....	20
CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO CANGURO.	21
FASES DEL MÉTODO CANGURO.....	21
BENEFICIOS DEL MÉTODO CANGURO PARA EL RECIÉN NACIDO.....	22
PROCESO DEL MÉTODO MADRE CANGURO.	23
PRE REQUISITOS PARA LA UNIDAD NEONATAL.....	23
INDUMENTARIA.	23
TÉCNICAS DE APLICACIÓN.....	24
ALIMENTACIÓN.....	25
ESTIMULACIÓN.....	27
EGRESO DEL RECIÉN NACIDO.	28
3.2 GESTIÓN EDUCADORA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO.	29
IMPACTO DEL CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO.	31
MÉTODOS DE ENFERMERÍA PARA ENTREGAR EL CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO MADRE CANGURO A LA POBLACIÓN QUE SE BENEFICIA CON EL PROGRAMA.	33
CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN EN ENFERMERÍA.....	35

3.3 CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	38
RECIÉN NACIDO PREMATURO.	39
FISIOPATOLOGÍA RELACIONADA CON LA PREMATURIDAD.....	41
EL BAJO PESO AL NACER.	42
ÍNDICE DE NEONATOS PREMATUROS.....	44
3.4 ESTUDIOS RELACIONADOS.	44
CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO.....	47
4.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	47
4.2 MUESTRA.....	47
4.3 VARIABLES.....	48
4.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	49
CAPÍTULO V RESULTADOS.....	53
5.1 ANÁLISIS DE DATOS.....	53
TABLA No. I VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	53
GRÁFICO NO. 1.....	54
DETERMINA LA IMAGEN QUE TIENE EL PADRE O LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.....	54
GRÁFICO NO. 2.....	55
ANIMA A LA MADRE/ PADRE QUE COMIENZE CON LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.....	55
GRÁFICO NO. 3.....	56
EXPLICA LOS CUIDADOS CANGURO Y SUS BENEFICIOS A LA MADRE O PADRE.	56
GRÁFICO NO. 4.....	57
DETERMINA EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL CUMPLE CON LAS GUÍAS DE PARTICIPACIÓN EN LOS CUIDADOS CANGURO.	57
GRÁFICO NO. 5.....	58
INSTRUYE A LA MADRE ACERCA DEL TRASLADO DEL BEBE DESDE LA CUNA Y EL MANEJO DE EQUIPOS Y TUBOS.	58
GRAFICO NO. 6.....	59
PROPORCIONA UN AMBIENTE TRANQUILO Y LIBRE DE CORRIENTES DE AIRE. 59	
GRÁFICO NO. 7.....	60

COLOCA AL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO EN POSICIÓN PRONA SOBRE EL PECHO DE LA MADRE O DEL PADRE.	60
GRÁFICO NO. 8.....	61
FOMENTA LA ESTIMULACIÓN AUDITIVA Y VISUAL ENTRE EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO CON LA MADRE/ PADRE CANGURO.....	61
GRÁFICO NO. 9.....	62
SEÑALA A LA MADRE/ PADRE LOS CAMBIOS DE ESTADO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.	62
GRAFICO NO. 10.....	63
ANIMA A LA MADRE/ PADRE A QUE IDENTIFIQUE LAS CONDUCTAS CLAVES DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.....	63
GRÁFICO NO. 11.....	64
ANIMA A LA MADRE/ PADRE A QUE IDENTIFIQUE LAS CONDUCTAS CLAVES DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.....	64
GRÁFICO NO. 12.....	65
REALIZA LA MONITORIZACIÓN DEL ESTADO FISIOLÓGICO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO.	65
GRÁFICO NO. 13.....	66
MONITORIZA EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE/ PADRE EN RELACIÓN AL CUIDADO CANGURO.....	66
GRÁFICO NO. 14.....	67
IMPLEMENTA EN TODO MOMENTO ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	67
TABLA No. II VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	68
CAPÍTULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	71
6.1 DISCUSIÓN.....	71
6.2 RECOMENDACIONES.....	72
CAPÍTULO VII.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	79
ANEXO I INSTRUMENTO DE MEDICION.....	79
APÉNDICE.....	91
APÉNDICE I OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	91
APÉNDICE II CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	92

APÉNDICE III GLOSARIO DE TERMINOS..... 87

RESUMEN

Introducción. El recién nacido pretérmino o de bajo peso requiere por su propia inmadurez de cuidados avanzados brindados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal prolongando su estancia hospitalaria, la innovación en el cuidado neonatal ha permitido integrar cuidados de bajo costo. Uno de los métodos utilizados hoy en día en nuestras áreas de neonatología, es aquel que la naturaleza ofrece a través del estrecho apego del binomio madre hijo, conocido como “Método Madre Canguro”. **Objetivos.** Evaluar la aplicación del Método Madre Canguro a los recién nacidos pretérmino y de bajo peso. **Metodología.** El diseño de estudio es observacional, descriptivo, transversal y mixto en la que se incluyen 24 profesionales de enfermería que laboran en las áreas de Cuidados Intensivos Neonatales, Alojamiento Conjunto y Tococirugía del Hospital General del Altiplano, se aplicó el Instrumento Nivel de Conocimientos del Personal De Enfermería sobre el Método Canguro con un Alpha de Cronbach de 0.849. **Resultados.** De los 24 Profesionales de Enfermería predomina el sexo femenino con un porcentaje equivalente al 67%, con años de experiencia entre 11 y 15 años promedio, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales predomina en la aplicación del Método Madre Canguro con un 42%. El 91% consideró importante determinar la imagen que tiene el padre ante su hijo prematuro o de bajo peso, un 70.8% explica los cuidados canguro y los beneficios del mismo, mientras que el 70.2% determinó si el recién nacido cumple con las guías de participación en el cuidado canguro. El 71.3% identifica la posición correcta para el cuidado canguro y el 79.1% realiza monitorización del estado fisiológico del recién nacido pretérmino o de bajo peso y el 87.5% implementa acciones esenciales para la seguridad del paciente durante el cuidado canguro. La edad promedio de las madres encuestadas oscila entre 15 y 25 años, referente al sexo del recién nacido pretérmino predomina el sexo femenino, el 70% de las madres incluidas perciben el lugar y tiempo de orientación no adecuado, el 80% percibe un impacto positivo en el estado de salud del recién nacido pretérmino o de bajo peso.

Conclusión. El presente estudio de investigación permitió identificar que el Profesional de Enfermería posee los un conocimiento medio de la aplicación del Método Madre Canguro, durante la aplicación efectiva del Método Madre Canguro como técnica de bajo costo impacto favorablemente en la estancia hospitalaria del recién nacido pretérmino. **Palabras clave:** Método Madre Canguro, Evaluación y Recién Nacido pretérmino y de bajo peso.

ABSTRACT

Introduction. The preterm or low birth weight infant requires by his own immaturity of advanced care provided in the Neonatal Intensive Care Unit prolonging his hospital stay, innovation in neonatal care has allowed to integrate low cost care. One of the methods used today in our areas of neonatology is the one that nature offers through the close attachment of the binomial mother child, known as "Kangaroo Mother Method." **Goals.** To evaluate the application of the Kangaroo Mother Method to preterm and low birth weight infants. **Methodology.** The study design is observational, descriptive, cross-sectional and mixed, which includes 24 nursing professionals working in the areas of Neonatal Intensive Care, Joint Accommodation and Tocurgery of the General Hospital of the Altiplano, the Instrument of Knowledge of Staff Of Nursing on the Kangaroo Method with a Cronbach Alpha of 0.849. **Results.** Of the 24 Nursing Professionals women predominate with a percentage equivalent to 67%, with years of experience between 11 and 15 years average, the Unit of Neonatal Intensive Care predominates in the application of the Mother Kangaroo Method with 42%. 91% considered it important to determine the image of the father before his premature or low birth weight child, 70.8% explained kangaroo care and benefits, while 70.2% determined whether the newborn complies with the participation guidelines in kangaroo care. 71.3% identify the correct position for kangaroo care and 79.1% perform monitoring of the physiological state of preterm or low birth weight and 87.5% implement essential actions for patient safety during kangaroo care. The average age of mothers surveyed ranges from 15 to 25 years, with preterm newborns being the predominant female sex, 70% of the mothers included perceive the place and inadequate orientation time, 90 perceive a positive impact on the health status of preterm or low birth weight infants. **Conclusion.** The present research study allowed to identify that the Nursing Practitioner possesses an average knowledge of the application of the Kangaroo Mother Method, during the effective application of the Kangaroo Mother Method as a low cost technique with favorable impact in the hospital stay of the preterm newborn. **Key words:** Mother Kangaroo Method, Evaluation and Preterm and Low Birth Weaning.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo, el niño y la madre constituyen un sistema cerrado e inseparable, por lo tanto, tras el alumbramiento el recién nacido (RN) necesita el contacto estrecho con la madre, sin embargo, cuando el recién nacido es prematuro, este sistema se rompe y se modifica de manera abrupta el ambiente idóneo en el que debería permanecer a fin de lograr la completa maduración de los mecanismos de adaptación a la vida extrauterina.

Cuando esto llega a suceder, es el equipo sanitario quien interviene, llevando al recién nacido a una serie de protocolos muchas veces invasivos en unidades de hospitalización pediátrica como la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o la terapia intermedia (TI), los últimos avances de la medicina neonatal, sugieren que algunas de las alteraciones o complicaciones en este grupo atareo, puedan estar relacionadas en mayor o menor medida con el plan de cuidado que se brinda tras el parto de un recién nacidos con déficit de adaptación a la vida extrauterina o complicaciones de salud, y que son canalizadas para su atención a las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Actualmente, es sabido que los recién nacidos pretérmino tienen mayor riesgo de presentar trastornos de: Integración al sistema familiar-social, dificultades relacionadas con el aprendizaje y adaptación al comportamiento extrauterino, las que probablemente se sumen a patologías de presencia posterior relacionadas; entre las que cabe destacar son aquellas de origen respiratorio, gastrointestinal como el reflujo, déficit en el sistema inmunológico y neurológico además de problemas metabólicos como hipotermia causada por un metabolismo descompensado lo que repercute en un tono basal bajo.

El bajo peso al nacer (BPN), hoy en día es considerado en México como uno de los principales factores asociados a las causas de morbilidad y mortandad infantil, estimado su índice en un 8.37% de los nacimientos en niños mexicanos considerado en la actualidad como una meta en mejora de salud (Castro, 2015).

Por todo ello, en las unidades de cuidados intensivos neonatales se están introduciendo los cuidados centrados en el desarrollo, que buscan llevar a cabo ciertas intervenciones en las que se pueda mejorar el desarrollo físico, cerebral y emocional del niño, fomentando el estrecho familiar, teniendo un contacto físico y prioritario con la madre formando una unidad. Facilitar una conducta estricta de alimentación al seno materno, para facilitar la ganancia de peso, logrando a través de lo anterior a disminuir significativamente la estancia hospitalaria, favoreciendo los costos en materia de salud.

Entre las estrategias propuestas a fin de mejorar la calidad de los cuidados en el recién nacido pretérmino, se ha sugerido llevar a cabo en el sistema sanitario de segundo nivel la implementación del Método Madre Canguro, como alternativa efectiva para lograr beneficios en el recién nacido que se reflejan en el estado armónico del neonato pretérmino y disminuir los costos relacionados estancias hospitalarias prolongadas.

El método madre canguro consiste en el cuidado estrecho, continuo y permanente que brinda la madre a el recién nacidos de bajo peso al nacimiento, este permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles como también un establecimiento temprano del vínculo madre - hijo. Los cuidados principales que brinda la Madre Canguro son: Posición (piel con piel), Nutrición (al inicio se programa un sistema alimentario, exclusivo al seno materno y una vez alcanzado el peso estimado esta alimentación se brinda a libre demanda del niño), Sistema de seguimiento o Salida de canguro bajo las políticas del programa: La madre canguro es dada de alta por el personal especialista y continuara con la aplicación de este programa en casa, una vez que la adaptación a la vida extra uterina se haya dado y esta no represente un riesgo alto para el recién nacido, los determinantes de esta filosofía son la constante normo térmica, la habilidad para mamar y un patrón respiratorio coordinado (Claver, 2015).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el Hospital General del Altiplano de Apan Hgo, tiene una alta población que requiere internamiento de pacientes pediátricos en sus primeros días de vida extrauterina, de esta población, un 7% requiere de ser hospitalizado en el servicio de cuidados intensivos neonatales, el factor que se asocia con mayor número de casos es el prematuro de bajo peso al nacer, para el cual se requiere en la mayoría de los casos de una larga estancia hospitalaria, lo que generó una gran cantidad de recursos e insumos, destinados a mantener y mejorar la salud del neonato de bajo peso al nacimiento, en este hospital, por lo que se inició la aplicación de técnicas de bajo riesgo y bajo costo para disminuir el tiempo de estancia hospitalaria para la población antes mencionada.

Estas técnicas se llevan a cabo por personal especialista, entre ellas se cuenta con médicos especialistas en pediatría y neonatología, así como personal de enfermería, estas últimas siguen una línea de supervisión médica continua.

Uno de los programas instituidos a nivel nacional, propuesto por el departamento de pediatría en el sector salud, a fin de mejorar y restaurar las condiciones de salud de los neonatos con bajo peso al nacimiento y reducción en el tiempo de estancia hospitalaria, es la implementación del “Método Madre Canguro”.

El método madre canguro se pone en práctica, cuando un neonato nace con un peso igual o menor a 2.500 gr, o con una edad gestacional menor a 37 semanas.

Todo lo anterior a fin de brindar al niño un desarrollo natural integral y óptimo, disminuyendo o eliminando la conducta de técnicas invasivas.

En el Hospital General del Altiplano de Apan Hgo., se ha acondicionado un área delimitada, para la implementación del programa “Método Madre Canguro”, esta cuenta con un espacio físico compuesto por sofás cómodos para llevar a cabo la implementación del programa en su primera etapa, es decir dentro del área hospitalaria.

Además, se cuenta con área de consulta externa, en la cual se da seguimiento a los niños adheridos al programa en una segunda etapa, es decir que pasan a un seguimiento del método en un sistema ambulatorio, son citados continuamente, para ser valorados en el área de consulta externa, a fin de lograr una detección temprana y oportuna, siendo las alteraciones neurológicas el foco principal de estas visitas subsecuentes.

Enfermería es el personal sanitario encargado de orientar, educar y vigilar a la Madre Canguro en relación al método dentro del área hospitalaria, así como capacitar sobre el cuidado que se brindara durante la etapa ambulatoria.

Pero la experiencia que se vive durante la práctica real del método madre canguro, es otra, ya que continuamente se observa que la gestión del método no se hace de forma exclusiva y puntualizada, siendo el caso diferentes variables que ponen en riesgo el seguimiento correcto del método madre canguro, tales como; la edad de la madre: madres jóvenes o madres de edad avanzada a las que se les dificulta en mayor grado la adopción del rol materno (Marriner, 2015).

La disminución del interés por participar en el programa de carácter multifactorial muchas veces se relaciona a la falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación e incertidumbre ante los riesgos del método.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El método madre canguro es una alternativa posible y accesible en todos los niveles de atención.

"Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que el método madre canguro constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Se ha puesto de manifiesto que repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica" (OMS, 2013).

Este método es el resultado afortunado de la observación de un modelo para cumplir la parte final de la gestación de algunos marsupiales, se caracteriza en que sus hembras, terminan la gestación de sus crías en una bolsa o marsupio. Así, ante la necesidad urgente de atender a niños prematuros en condiciones limitadas de equipos y espacios, lo cual inducía a infecciones y complicaciones médicas, este método inicia su implementación con la idea de utilizar a las madres como incubadoras vivientes con el objetivo de disminuir la mortalidad, la infección grave/sepsis, hipotermia y la duración de la estancia hospitalaria y con aumento del peso y de la lactancia materna exclusiva o de cualquier tipo de lactancia.

La utilización del método madre canguro permite transferir gradualmente las responsabilidades del cuidado físico y emocional del niño ocupando el sistema sanitario como un agente facilitador triangulado; Personal de la salud: Médicos especialistas y personal de enfermería, hacia la familia del niño: Padres pero en particular a la madre, repercutiendo eficazmente en el recién nacido pretérmino: Mejorando las condiciones de maduración y desarrollo a través del control de la temperatura, plan de lactancia materna, fortaleciendo el desarrollo neurológico y afectivo.

Este hospital brinda atención a los municipios aledaños a su ubicación dentro de los que destacan: Tlanalapa, Emiliano Zapata, Chimalpa, Almoloya, Irolo, La Laguna, Tepeapulco, Cd. Sahagún entre otras comunidades aledañas.

El papel de la enfermera ante la aplicación del Método Madre Canguro es inherente, “La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña” (Salud, 2015).

La falta de información y la falta de supervisión del método madre canguro en el recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer; limita la aplicación de forma exclusiva y puntualizada impactando directamente en los dos eslabones subsecuentes; una práctica ineficaz del método por parte de la madre así como estrategias poco efectivas para mejorar el entorno de salud del recién nacido que recibe el método madre canguro.

Siendo de suma importancia que el personal que se encuentra encargado de brindar la información y mantener la vigilancia del método madre canguro, no solamente se encuentre capacitado, sino que domine estrategias didácticas, emocionales y afectivas a fin de transmitir la información correcta a cada una de las familias que se encuentran bajo la excelencia de este programa, sin hacer de un lado lo importante de mantener estrecha vigilancia y corregir cualquier actividad incorrecta que practique la madre, la cual podría impactar directamente en los beneficios del método, teniendo siempre en cuenta que el bienestar del niño pretérmino, no debe estar solamente focalizado a la supervivencia, sino que también debe tomarse en cuenta como un factor prioritario en el desarrollo del potencial físico, social, emocional y cognitivo, a partir de la práctica correcta del método madre canguro, en donde el personal de enfermería y la práctica globalizada del cuidado, constituyen el primer eslabón, formando un sistema conjunto de beneficios aleatorios, los que incluyen al sector salud como uno de los beneficiarios de la implementación del programa.

Finalmente, esto crea un impacto económico favorable, al disminuir significativamente los tiempos de estancia hospitalaria y dirigiendo gastos a la mejora del servicio y capacitación del personal.

Lo anterior está encaminado a lograr una comprensión más amplia y detallada del bienestar infantil que permita implementar mejorías en las acciones de prevención y atención que aseguren la calidad de vida.

Por lo anteriormente descrito surge la pregunta de investigación ¿Cómo se lleva a cabo la aplicación del Método Madre Canguro en los recién nacidos pretérmino y de bajo peso al nacimiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

CAPITULO II

2.1 HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación:

La aplicación del Método Madre Canguro da cumplimiento a la normatividad establecida en el protocolo.

Ho:

La aplicación del Método Madre Canguro no da cumplimiento a la normatividad establecida en el protocolo.

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la aplicación del Método Madre Canguro a los neonatos prematuros y de bajo peso al nacimiento en el Hospital General del Altiplano.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Indagar si la información facilitada a los padres canguro fue completa y suficiente, según las necesidades de cada uno de estos.

Identificar los días de estancia hospitalaria del recién nacido al que se le aplicó el Método Madre Canguro.

Investigar la percepción de los padres sobre el Método Madre Canguro.

2.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El universo de profesionales de enfermería, comprometido con la responsabilidad de llevar a cabo el método madre canguro está orientado solo a 24 enfermeras las cuales participaron en el proyecto en su totalidad las cuales se encuentran ubicadas en los servicios de Tococirugía, Alojamiento conjunto y Unidad de cuidados intensivos neonatales.

CAPITULO III MARCO TEÓRICO

3.1 MÉTODO MADRE CANGURO.

Este método se define como “un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre y que busca empoderar a la madre, padre o cuidadores y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales” (OMS, 2013). El contacto piel a piel de madre – hijo junto con un plan de nutrición y un adecuado entrenamiento materno por parte de las enfermeras, permitirá el alta hospitalaria de los prematuros que requieren oxígeno y no regulan la temperatura, siempre y cuando se garantice un seguimiento cercano y haya constante programación de actividades centradas en el recién nacido sano o con patologías, con el objetivo de alcanzar su máximo desarrollo (Cerón, 2014).

El Método Madre Canguro es una herramienta útil y sirve como una alternativa para el cuidado de recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Este método constituye un reto para el personal de enfermería debido al tiempo requerido y dedicación, si este método se aplicara correctamente podría ser utilizado constantemente y con seguridad mejorando así el pronóstico y disminuyendo las secuelas de la prematurez potenciando su desarrollo físico y emocional (Pérez, 2015).

La práctica de una enfermera de calidad necesita ser implementada sobre la base de sólidos conocimientos científicos, que en la mayoría de las ocasiones provienen de la investigación científica (Barbara, 2015).

La enfermera es el personaje clave en la atención materno infantil y su rol en el Método Canguro es favorecer la aceptación y adaptación a las técnicas que favorezcan a mejorar la sobrevivencia del neonato prematuro; así mismo busca la adaptación emocional y psicológica de la madre en el cuidado del niño dentro del ambiente hospitalario y posteriormente en el hogar.

El Método Canguro constituye un método poco utilizado, pero efectivo y adecuado para el manejo de todos los bebés prematuros y con bajo peso al nacer, muchos bebés que nacen con bajo peso no tienen acceso a la atención en incubadora, son atendidos en forma improvisada, inefectiva y hasta peligrosa mediante el empleo de artefactos de calentamiento improvisados, siendo este otro argumento para preferir la aplicación del Método Canguro. Por consiguiente, es importante que el personal de enfermería que no practique el Método deba ser capacitado (OMS, 2013).

OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO.

Brindar una alternativa para el cuidado del recién nacido estable de bajo peso al nacer una vez que se ha adaptado a la vida extrauterina, iniciar el método en el área intrahospitalaria y dar seguimiento en el hogar, favorecer vínculo madre-hijo, contribuir la producción de leche materna, colaborar a la lactancia materna exclusiva, beneficiar el desarrollo neuro-motor del recién nacido, disminuir el nivel de ansiedad de los padres, involucrar a los padres en el cuidado y desarrollo de su hijo, humanizar el trabajo en nuestras unidades de cuidados intensivos (OMS, 2014).

FORMAS DE APLICACIÓN DEL MÉTODO CANGURO.

De acuerdo a la disponibilidad de recursos de atención en salud:

Método Madre canguro como método de ganancia de peso: permite una mejor utilización de los recursos humanos y técnicos fomentando una temprana relación entre la madre y el niño.

El Método Madre Canguro utilizado en lugares que no tienen otra alternativa: Situación donde la madre es utilizada como fuente de calor y de alimentación, se utiliza de urgencia en los centros de salud que no poseen unidad de cuidados intensivos neonatales antes de trasladar al niño a un hospital.

El Método Madre Canguro en las unidades de cuidado intensivo neonatal: sólo puede aplicarse de manera intrahospitalaria (Charpak, 2015).

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO CANGURO.

Contacto piel con piel temprana, continua y prolongada entre la madre y el bebé.

La lactancia materna es exclusiva.

El trabajo con el Método Madre Canguro se inicia en el hospital y puede continuarse en el hogar.

Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un menos tiempo al esperado.

Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuado.

Este es un método amable y eficaz que evita el estrés por distintos estímulos existentes en una sala de pediatría (OMS, 2014).

FASES DEL MÉTODO CANGURO.

El método Madre Canguro está dividido en 2 fases, una fase intrahospitalaria y una fase ambulatoria.

La fase intrahospitalaria, que se inicia cuando el recién nacido se encuentra hospitalizado, siempre y cuando el niño se encuentre estable en su salud y la familia este de acuerdo con la aplicación del método. Para esto debe tener un plan con objetivos claros incluido el entrenamiento en los cuidados y la colocación en la posición canguro. Todo este entrenamiento está planificado a realizarse en varias sesiones, con una dosificación gradual de temas, de esta manera los padres podrán asumir con toda confianza el cuidado del recién nacido en casa una vez que reciba el alta hospitalaria.

Mientras que la fase domiciliaria, se inicia una vez que el recién nacido sale del hospital con una adecuada succión del seno materno, además los padres y familiares están entrenados y dispuestos a cuidar a su hijo en casa. Durante esta fase los padres deben acudir a consultas colectivas periódicas para evaluar el progreso del recién nacido en términos de desarrollo neurológico y ganancia de peso, evaluaciones oftalmológicas y optométricas cuando fuese posible. De aquí la importancia del conocimiento y la forma de explicar el trabajo con este método, mismo que será impartido por el personal de enfermería (Calderon, 2013).

Los recursos humanos de la unidad de neonatología y el equipo de salud que atienden a los neonatos están conformados por médicos y enfermeras y otros. La preparación y grado de especialización de estos profesionales consiste en que posean una guía metodológica de formación en el área de trabajo directo con niños (Gallegos, 2014).

Los padres de los neonatos reciben la mayor parte de la información sobre la condición clínica y su evolución directamente de los médicos, mientras que el cuidado de sus hijos lo aprenden directamente del personal de enfermería. La enseñanza que enfermería ofrece a los padres acerca del cuidado de sus hijos, especialmente cuando son prematuros es muy importante y siempre deben estar abiertas a la retroalimentación con los padres de los neonatos (Araque, 2014).

BENEFICIOS DEL MÉTODO CANGURO PARA EL RECIÉN NACIDO.

Mediante la temperatura corporal de la madre ayuda a controlar la temperatura del recién nacido, evitando hipotermia e hipertermia, previene las infecciones nosocomiales y ayuda a mejorar el sistema autoinmune de los neonatos, control de la frecuencia cardíaca y respiratoria durante los primeros minutos de vida, adaptándose al ritmo de la madre, la posibilidad de padecer episodios de apnea disminuye, apresura la adaptación metabólica, permite que las horas y la calidad de sueño sean placenteras, sirve como método facilitador en la lactancia materna, haciendo que la succión se produzca mejor, y por tanto el calostro suba con mayor rapidez, evitando de esta manera la pérdida de peso y las hipoglucemias. provoca un estado confort en el bebé, ya que está en contacto continuo con la madre, sintiéndose como dentro del útero, disminución de la estancia hospitalaria y su aplicación luego del alta ha demostrado mejores avances en el desarrollo de los niños (Arivabene, 2014).

PROCESO DEL MÉTODO MADRE CANGURO.

Es recomendable iniciar la posición canguro desde el nacimiento hasta el egreso y en la etapa ambulatoria o en el hogar. La primera sesión requiere una atención total, por lo tanto se debe tener en cuenta el estado de salud de cada neonato y su madre e iniciar el método en el momento oportuno para la madre y su hijo.

La madre o la persona designada para practicar la posición canguro deben manifestar libremente su deseo de participar, una vez que todas sus dudas hayan sido resueltas. Todas las personas sanas tienen una regulación térmica adecuada por ello también pueden ayudar a ser portadores canguro, lo importante es mantener al niño en contacto piel a piel las 24 horas del día.

Existen contraindicaciones para las madres y personas que van a participar en la posición canguro como la erupción contagiosa, hipertermia o hipotermia, heridas en la piel, epilepsia no controlada y la enfermedad mental no controlada (Figuerola, 2015).

PRE REQUISITOS PARA LA UNIDAD NEONATAL.

Debe haber una capacitación, preparación y motivación del personal de enfermería y administrativo para lograr una correcta aplicación del método, la unidad neonatal debe ser abierta y acogedora para minimizar el tiempo de la separación madre-hijo permitiendo la interacción apropiada de los padres. Antes de empezar el método es necesario el acceso a mobiliario apropiado como: sillas, reclinables, alimento, baño, entretenimiento, etc. (Charpak, 2015).

INDUMENTARIA.

El profesional indicará a la madre llevar ropa cómoda ya que en algunos casos ellas se preocupan porque muestran su pecho, por esta razón se han buscado soluciones por ejemplo una faja de tela o blusas abiertas, igualmente le explicará que el neonato solo llevará como atuendo el pañal para proteger a la madre de las deposiciones del bebe, debe ser hermético para no dejar pasar la orina que al

evaporarse podría enfriar al niño, además de ser incomodo e irritante para la piel de ambos; el gorro y medias para evitar perdida de calor, pero si la temperatura es menor a 22°C deberá llevar una camiseta de algodón sin mangas y abierta en la parte delantera, así protegerá la espalda del niño de la disipación de calor, pero podría no ser necesaria en un ambiente muy caliente, sobre todo si la espalda está siempre cubierta por la faja (OMS, 2013).

En un clima húmedo y caliente, se puede colocar un paño de algodón entre la cara del niño y la piel de la madre, este paño debe pasar alrededor del cuello de la madre, absorbiendo la sudoración y permitiéndole más comodidad (Charpak, 2015).

Se les asignará una sala privada con temperatura adecuada para el neonato, también sería conveniente la presencia del padre del niño o un familiar si así lo desea. Ello contribuye a que la madre se sienta apoyada y tranquila. Mientras la madre sostiene a su hijo, el profesional de enfermería le describirá los pasos del método y hará una demostración de cada uno, para que la madre logre mayor seguridad en el manejo de su hijo. Al mismo tiempo procederá a explicar por qué cada gesto es importante y cuál es su utilidad. Se hará hincapié en que el contacto piel a piel es esencial para mantener al recién nacido caliente y para protegerlo de las enfermedades (Charpak, 2015).

TÉCNICAS DE APLICACIÓN.

POSICIÓN CANGURO

Los profesionales de enfermería deben conocer todos los aspectos y características sobre la postura correcta del recién nacido, duración, monitoreo de signos vitales y cuidados. La posición debe ser vertical como de rana colocado entre los senos de la madre, las caderas deberán estar flexionadas, las piernas extendidas y los brazos flexionados; la mejilla del neonato debe estar acomodada contra el pecho de la madre, para mantener esta posición se utilizará un soporte elástico de tela lo cual evitará producir apneas obstructivas por cambios de posición como flexión o hiperextensión del cuello (Charpak, 2015).

La posición de la madre durante la noche es estricta y para algunos puede ser exagerada y difícil de cumplir ya que la madre debe permanecer reclinada en un ángulo de 30°. En la casa se debe utilizar ladrillos en la cabecera de la cama para mantener la cabeza del niño más elevada que el resto del cuerpo y así poder conciliar el sueño (Figueroa, 2015).

ALIMENTACIÓN.

Es la nutrición del recién nacido por parte de la madre y el profesional de enfermería mediante la lactancia materna y alternativas alimenticias durante la aplicación del método. El profesional de enfermería debe conocer que existen otras alternativas de alimentación como extraer la leche de la madre y verterla directamente en la boca del niño o mediante taza o sonda (OMS, 2013). El recién nacido prematuro de bajo peso al nacer es incapaz de alimentarse por vía oral y necesita alimento por vía intravenosa. Los recién nacidos de 30 o 32 semanas de edad gestacional requieren una sonda nasogástrica para alimentarse en posición canguro. Los neonatos entre las 30 y las 32 semanas ya pueden amamantar y también alimentarse mediante una taza, las tomas en taza pueden administrarse una o dos veces al día mientras sigue alimentándose principalmente por sonda nasogástrica (Figueroa, 2015).

Se debe iniciar la alimentación oral con la leche materna tan pronto como el estado del neonato lo permita y tolere. En el período de crecimiento del neonato los objetivos principales de la alimentación son la recuperación del crecimiento y la normalización de la contextura de su cuerpo, la meta es que antes de dar el alta el prematuro haya logrado la alimentación total por vía oral, lo que ocurre en prematuros de 32-34 semanas de edad gestacional (OMS, 2013).

La alimentación debe ser de fuente materna iniciando con el calostro, es un líquido amarillento espeso que contiene gran cantidad de proteínas y minerales, es producido por la madre el primer día del nacimiento del bebé antes de la leche.

El calostro se administrará tan pronto sea posible por sonda para estimular la maduración del intestino, además de ser una protección inmunológica mas no como aporte nutricional y la lactancia materna exclusiva: es el mejor alimento mientras se vigila con cuidado el aumento de peso ya sea en hospitalización o en el proceso del seguimiento canguro, si él bebe pesa menos de 1500 gr el inicio de la alimentación oral se hará de preferencia con leche materna exclusiva y asociado a la vía parenteral o por la vena iniciando con dosis pequeñas que irán aumentando según la tolerancia (Figuroa, 2015).

Para alimentar al bebe se recomienda sentarse en posición erguida utilizando almohadas que le ayuden a mantener una posición adecuada al bebe. Otra opción es la posición lateral ya que permite que aun durante el amamantamiento se mantenga el contacto piel con piel, esto es importante ya que los períodos de amamantamiento pueden ser muy prolongados y de manera especial en niños inmaduros que se cansan cuando están comiendo directamente del seno por lo que se recomienda el uso de un vaso para alimentar con leche materna, al recién nacido cuando éste no tiene la energía suficiente para succionar. (OMS, 2013).

Dentro de las ventajas se cita el no interferir con la succión del pecho materno, ni se crea confusión de pezones como sucede con el uso del biberón además de previene la aparición de infecciones.

Para alimentar con vaso se debe mantener al recién nacido despierto y sentado en posición erguida o semi erecta, sostenido de los hombros y cuello del recién nacido con una mano, de manera que pueda tener control de su cabeza, procurando poner la leche hasta la mitad del vaso pequeño, mismo que se inclina de manera que la leche sólo llegue hasta los labios, apoyando el vaso en el labio inferior del bebé y el borde externo del vaso debe tocar la parte externa del labio superior, el recién nacido se pondrá alerta y abrirá su boca y ojos (OMS, 2013).

ESTIMULACIÓN.

En el método canguro las madres son más sensibles, muestran mayor afecto y atención a las señales del neonato y en efecto él demuestra estar alerta y las madres presentan menor depresión por la situación del neonato. El contacto piel a piel con la madre favorece el desarrollo mental y motor, se ha observado que los niños que reciben el método tienen un coeficiente intelectual mayor que los niños que reciben cuidado tradicional (Lucchini, 2014). Los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante al alentar a las madres y padres a que expresen sus emociones y amor a su bebé (OMS, 2014).

Los padres al conocer la prematurez de su hijo sienten preocupación y muchas veces tienen sentimientos de culpa disminuyendo su autoestima y deteriorándose su relación familiar y de pareja. Cuando el niño prematuro es ingresado en la unidad de cuidados intensivos, tanto él como sus padres experimentan el estrés de la separación física y por ello el masaje terapéutico es ideal para contrarrestar la carencia de estimulación táctil y más aún si es realizado por madres y padres.

Diversos estudios han demostrado los efectos del masaje a recién nacidos prematuros midiéndose: ganancia de peso, balance nutritivo, aumento del tono vagal en el tracto gastrointestinal, disminución de los niveles de cortisol, incremento de la actividad motora, regulación de los patrones de sueño, disminución del dolor, mejor vínculo afectivo y disminución en los días de hospitalización.

El masaje se hace con el niño, no a un niño, si la madre anticipa el masaje a su hijo ella podrá entender y respetar la respuesta del niño ya que es él niño el que decide la sincronización, presión y duración del masaje, así los padres practican el arte de estar con su hijo y entender mejor las emociones que él manifiesta (Roderick, 2014).

EGRESO DEL RECIÉN NACIDO.

El método canguro proporcionado a niños pretérmino disminuye los días de hospitalización permitiendo el temprano egreso de la unidad y dando paso al seguimiento ambulatorio. Este método permite que el personal de enfermería transfiera la responsabilidad del cuidado físico y emocional del niño hacia su familia particularmente a la madre preparándola para el cuidado del recién nacido. La adaptación canguro es un proceso de preparación para que la madre y el neonato tengan una salida hospitalaria oportuna y segura pudiendo mantener el método en casa mientras el bebé lo requiera.

La adaptación canguro intrahospitalaria es exitosa cuando se cumplen los siguientes elementos: el bebé gana peso cada día en la unidad neonatal, la madre o un familiar se sienten capaces de cargarlo en posición canguro y alimentarlo mostrando interés y participando, dominio de las técnicas adecuadas de lactancia materna y extracción manual de la leche, el recién nacido desarrolla una adecuada coordinación succión, deglución y respiración y es apto para el alta hospitalaria y egreso del Método Madre Canguro en su primera etapa cuando cumple ciertos criterios regula su temperatura en posición canguro, tiene una ganancia de peso sostenida, ha terminado su tratamiento y ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa.

La madre se considera apta cuando se siente capaz de mantener a su bebé canguro en una posición correcta y con adecuada nutrición en casa, existe un compromiso familiar madre, padre y abuelas, de asistir al seguimiento canguro, se ha adaptado a la posición canguro y ha trabajado con un equipo multidisciplinario en caso de sufrir riesgo social como drogadicción, alcoholismo, etc. para el egreso del recién nacido (OMS, 2013).

3.2 GESTIÓN EDUCADORA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO.

La capacitación como proceso de enseñanza – aprendizaje es parte importante de la vida de todo ser humano; se presenta de manera continua en cada tiempo y espacio en que se desenvuelve. El profesional de la salud que labora en las áreas neonatales se ha enfrentado desde sus orígenes a un constante cambio e inclusión de nuevas tecnologías necesarias para brindar cuidados especializados a recién nacidos sanos o críticamente enfermos, sobre todo aquellos que nacen antes de tiempo y que las inmadureces de sus sistemas no les permiten adecuar sus funciones a la vida extrauterina.

De acuerdo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) define como calidad de los servicios de enfermería como la atención oportuna personalizada continua y eficiente que brinda el personal de enfermería según los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y prestador del servicio (Zarco, 2015).

Esta calidad se considera en dos dimensiones: la calidad técnica que requiere de la competencia y la responsabilidad profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga y la calidad interpersonal que se refiere al trato digno que distingue la atención de enfermería y cuyos rasgos característicos son la comunicación, confianza y respeto.

Una de las estrategias que se utiliza en el ambiente laboral para el incremento y/o actualización de estas nuevas tendencias de atención en el que el cuidado está centrado en la familia son programas de capacitación continua que implican no únicamente pensamientos, sino también afectividad y solo cuando se consideran en conjunto enriquecen el significado de la experiencia (Mata, 2013).

Para la capacitación del programa madre canguro se habla de un receptor de conocimiento adulto siendo necesario considerar que el punto de partida para el aprendizaje debe ser su experiencia adquirida en la vida diaria, ya que es en lo cotidiano donde el adulto la sostiene y percibe sus carencias.

La capacitación de este programa abandona el sistema de educación formal y se contempla como parte activa como seminarios, talleres cursos monográficos en el que se describen aspectos claves del método madre canguro haciendo énfasis en el desarrollo de la técnica en lenguaje que sea de fácil comprensión para el receptor.

Otorgando un espacio para que el receptor exprese sus dudas y sea evaluado para ratificar la capacidad de transmitir el mensaje a la madre o al padre que han decidido tener el título de madre canguro (Colombia, 2013)

Los conocimientos y habilidades que la enfermera neonatal aplica en los cuidados que brinda se han visto modificados de forma constante, gran parte del personal de enfermería que labora en áreas neonatales ha logrado proporcionar cuidados especializados centrados en la familia en el que se incluyen la implementación del método madre canguro al adquirir conocimientos a través de la capacitación proporcionada en sus centros de trabajo debido a que es el personaje de la salud que cubre el mayor tiempo del día con el paciente y por tal motivo no está exenta de involucrarse en estos eventos (Ordaz, 2013).

Debido a lo anterior, es importante que la práctica de enfermería en el área neonatal enfatice en la reflexión sobre la competencia y la responsabilidad profesional.

El Programa madre canguro constituye una estrategia que responde a las necesidades de la población neonatal, además de que involucra aspectos del compromiso de gestión del Programa de lactancia materna, los Programas de Estrategias para la disminución de la mortalidad infantil, así como la acreditación del Servicio de Neonatología. Este programa reafirma su viabilidad al trascender en una disminución de reingresos y, a largo plazo, en una baja en la tasa de mortalidad neonatal (Colombia, 2013).

IMPACTO DEL CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO.

La unidad de cuidados intensivos neonatales es un área compleja y especializada designada a la atención del neonato que nace prematuro, donde el médico implementa una serie de estrategias y procedimientos cuyo objetivo no solo radica en desaparecer la enfermedad sino en salvar la vida del neonato, es la enfermera neonatal la que se encarga de ejecutar dichas acciones, con el establecimiento de un equipo coordinado para la atención del recién nacido.

La enfermera neonatal enfrenta un gran reto para brindar cuidado seguro y de calidad. El uso de nuevas tecnologías necesarias para la atención del recién nacido de bajo y alto riesgo, la diversidad de respuestas humanas que representa el neonato ante los factores determinantes del proceso salud – enfermedad, los modelos de atención y organización en los centros de trabajo y la competitividad profesional obligan a la actualización enfermero de forma constante.

Para las instituciones de salud es de vital importancia la seguridad y, por ende, la calidad de la atención de enfermería que brindan a los usuarios, situación que está relacionada en gran parte con el nivel de conocimientos y destrezas con las que cuentan sus trabajadores (Dominguez A. , 2013).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce el modelo de cuidados centrados en la familia dentro de los servicios de neonatología como ejemplo de buena práctica clínica, al cual recomienda adherir y replicar en otras unidades del país y la región.

Los beneficios del modelo de cuidados centrados en la familia en el tratamiento de los prematuros son claros e incuestionables, no concibiéndose una modalidad de trabajo que no contemple el rol primordial de la madre y la familia. Asimismo, destacan el valor del contacto temprano entre la madre y el bebé y el carácter íntimo e irremplazable de este vínculo (Lucchini, 2012).

Enfermería, por su presencia continua y su rol en la Unidad de Neonatología se encuentra en una posición única para apoyar el cuidado centrado en la familia, donde participan activamente del cuidado de sus hijos asumiendo un rol protagónico. Esta participación se ve favorecida por su permanencia en la unidad las 24 horas del día. Se ha evaluado el efecto beneficioso de la participación del personal de enfermería en materia de capacitación en las unidades de terapia intensiva por ser profesional de la salud que en cierta forma tiene mayor contacto con la familia (Zamberlin, 2012).

Resulta imprescindible que el personal de enfermería posea dominio del método madre canguro que le permita llevar a cabo un proceso de enseñanza junto los demás integrantes del equipo de salud con la pretensión del dominio de la técnica de todos los profesionales que se encuentren inmersos en el cuidado de los recién nacidos a fin de orientar en cualquier momento a los madres y padres que han decidido obtener el título de madres y padres canguro, el nivel de enseñanza – conocimiento que todos los miembros del equipo de salud adquiera sobre el método y sumado a otras intervenciones, genera beneficios en varios ejes siendo el prioritario la comprensión y participación de las madres en el desarrollo de la técnica de forma adecuada, por lo que resulta importante la forma en que la enfermera transmite el conocimiento a las madres y demás miembros del equipo de salud de forma clara y sencilla, para que se refleje de forma solemne en el crecimiento del recién nacido, mayor producción de leche humana, disminución de ansiedad, reforzando su auto estima y protagonismo en el cuidado de su hijo internado, lo que le brinda mayor seguridad al egreso de la unidad al personal encargado de la vigilancia del recién nacido, no se han encontrado estudios que relacionen la presencia y participación de las madres en la unidad de neonatología y la reducción en la carga de trabajo de enfermería (Ferguson, 2013).

Para enfermería, se refleja en el reconocimiento del cuidado en un ambiente neonatal, específicamente hacia los padres que, durante la estancia de su recién nacido en un ambiente neonatal, dado que la enfermería centra su cuidado holístico el proceso de enseñanza del método madre canguro hacia los padres y

madres incluidos brinda al personal de enfermería de vivir la experiencia en la incertidumbre y la vulnerabilidad emocional que lleva inmerso esta práctica mostrando a los demás miembros del equipo de salud las características de la enfermería que cuida y enseña sobre la base del enfoque de la visión interactiva, integrativa y el marco teórico de las características de enfermería, reafirmando el compromiso y deseo de seguir aportando al cuidado neonatal como un área fundamental para vivir los valores del cuidado humano, traducido en un aporte significativo para la valorización de nuestra profesión y el reconocimiento académico, científico y social (Cuesta, 2013).

MÉTODOS DE ENFERMERÍA PARA ENTREGAR EL CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO MADRE CANGURO A LA POBLACIÓN QUE SE BENEFICIA CON EL PROGRAMA.

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surge tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia (Muccio, 2016).

En el año 2013 en el Journal of Pediatrics se hace una declaración de política sobre el cuidado centrado en la familia en el que se ve integrado el método madre canguro, basado en una colaboración entre familias, pacientes, médicos y enfermeras y otros profesionales para la administración, evaluación del cuidado de salud.

Los principios centrales de esta nueva tendencia de cuidados de bajo costo y sin efectos adversos, se trata de sentido común, ponderar el trato humanizado, satisfacer las necesidades básicas y emocionales del recién nacido y su familia a través del respeto a cada recién nacido y su familia, el honrar la diversidad étnica, racial y cultural, de edad y socio economía, así como su efecto en la experiencia de la familia y su percepción de cuidado, reconocer y construir dentro de las

fortalezas de cada recién nacido y su familia aun en situaciones de máximo desafío, asistir y facilitar las elecciones de la familia sobre las opciones del método, asegurar la flexibilidad en las políticas de la institución, los procedimientos y las prácticas de manera que se ajusten a las necesidades, las creencias y los valores culturales de cada familia, competir la información de manera honesta e imparcial con la familia de forma progresiva y de la manera que sea útil para ellas, proveer y/o asegurar soporte formal e informal para el recién nacido y familia, colaboración directa con la familia en todos los niveles de cuidado con educación y desarrollo de programas, el empoderar a cada familia para que descubra sus propias fortalezas, construya su confianza, haga sus elecciones y tome decisiones sobre el cuidado de salud que se brinda (Ordaz, 2013).

Para poder aplicar esta filosofía bajo estos principios de cuidado es fundamental que esté involucrado todo el personal de salud y todas las acciones que se realicen en la unidad para lograr la recuperación del recién nacido estén enmarcadas dentro de este contexto.

El concepto de considerar visitas a las familias debe ser desarrollado mediante la supresión de los horarios para su ingreso y alentarlos a permanecer en la unidad siempre que lo deseen. No cambiar este paradigma, restringir la entrada no permitir el contacto piel a piel, realizar actividades y procedimientos sin el consentimiento informado de los padres, entre otras acciones, significaría estar centrados en nosotros mismos y no en las familias, es por lo tanto un cuidado abarcativo y se sugiere cambiar cada una de nuestras acciones que sean contrarias a esta filosofía (Cuesta, 2013).

La enfermera neonatal tiene un rol destacado en alentar a que los padres participen en el cuidado de sus hijos fundamental para el proceso del vínculo acompañándolos con educación y buscando de forma permanente la construcción de la alianza entre ellos y el resto del equipo de salud, esto se logra con suma responsabilidad y compromiso profesional fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y la

consolidación de roles de los progenitores, dado que son quienes tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje (Fundasamin, 2014).

La forma de vincularse los padres con sus hijos es diversa de acuerdo a la cultura, pero en general tiene algunos ribetes similares en cuanto a redundar en la construcción y fortalecimiento de un espacio afectivo para el desarrollo de la personalidad y las cualidades propias del ser humano (Barcenas, 2013).

Es imprescindible que los enfermeros en el ejercicio de su rol de educadores, se interioricen del ideario subyacente en las familias afectadas a su cuidado para ayudarlas a construir su propio modelo de crianza que les permita continuar con el método madre canguro una vez que el recién nacido ha regresado a su domicilio. (Moore, 2015).

CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN EN ENFERMERÍA.

Evaluar la esencia del cuidado es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tiene impacto. La evaluación es una actividad organizada e intencionada. El cuidado de enfermería con calidad incluye: una dimensión ética que se refiere a los aspectos de la relación interpersonal, es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica que comprende la prestación del cuidado pertinente según los avances científicos, técnicos y disciplinares; y una dimensión perceptiva que incluye la capacidad de comprender las necesidades del paciente y las formas de satisfacerlas (Sloane, 2015). La Asociación Norteamericana de enfermería ha incorporado componentes esenciales para el aseguramiento de la calidad de los cuidados, como la identificación de valores, el establecimiento de criterios y guías, que incluyan la estructura, el proceso, y los resultados de los cuidados y la evaluación permanente de la práctica.

Del mismo modo, diferentes programas de calidad han avanzado en la construcción de enfoques para acreditar los cuidados de enfermería, como el adelantado por el American Nurses Credentialing Center, referido al hospital magnético, donde se enfatiza la importancia de las características organizacionales y su contribución a la calidad del cuidado de enfermería.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), declara los servicios de enfermería y partería como los pilares fundamentales de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras y las parteras, se reducen los costos y se mejora la calidad de la atención en diversos contextos. Donabedian (Donabedian, 2014), asegura que todo intento de evaluación debe estar orientado hacia la observación y la comprensión de la calidad; hace especial énfasis en la importancia de entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y el personal de salud; aprender a identificar y a cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la salud y al bienestar de los pacientes. En la implementación del sistema de garantía de la calidad, el papel del personal de enfermería ha sido decisivo en la estructuración y en la unificación de procesos institucionales y de enfermería, así como en el monitoreo de la calidad. La evaluación del cuidado de enfermería es compleja y requiere estudios cualitativos para comprender los fenómenos humanos desde las dimensiones subjetiva e intersubjetiva, superar la mirada de la evaluación cuantitativa y trascender la naturaleza del cuidado es uno de los desafíos disciplinares, pues aporta a la comprensión de una atención compasiva en salud, en términos del reconocimiento del otro, de sus necesidades y potencialidades.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2016), afirma que el personal de enfermería es eficaz cuando existe un número adecuado, tiene una combinación idónea de capacidades.

Evaluar el proceso del cuidado desde el enfoque sistémico incluye la valoración de la actuación especializada, incluye la valoración de los conocimientos y juicios que llevaron a realizar las acciones de cuidado y de la destreza para ejecutar dichas acciones, la valoración de la relación interpersonal como dimensión vital para lograr los objetivos. La discreción, la intimidad, la elección informada del cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal que se debe evaluar (Kerouac, 2016).

Actualmente la incorporación de resultados de investigación a la práctica clínica supone un área estratégica para cualquier organización sanitaria que pretenda conseguir cotas de efectividad aceptables.

El avance en el conocimiento y la tecnología en materia de salud han superado todas las expectativas, su difusión se entremezcla confusamente con el marketing, haciendo difícil la separación del conocimiento verdaderamente útil de aquél que persigue apoyar intereses comerciales. Además, hay barreras que dificultan la traslación del mejor conocimiento a la toma de decisiones clínicas, entre los profesionales de enfermería.

Los factores que determinan el uso del mejor conocimiento para tomar decisiones por los profesionales sanitarios se han analizado desde muchos enfoques. Los valores del profesional, el predominio del criterio de la experiencia o la tradición, la intuición, el sentido común, el conocimiento tácito no contrastado, la incertidumbre, la fascinación tecnológica forman parte de una larga lista de elementos que configuran este proceso (Bernal, 2016).

En 2016, Upton publica la validación del Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) en el colectivo de profesionales de enfermería en el Reino Unido, mostrando algunas características que superaban estas limitaciones descritas anteriormente y con ítems bastante plausibles para ser adaptados al contexto español (Upton, 2015).

El objetivo de este estudio es la adaptación y validación de este cuestionario en el contexto de práctica enfermera de cara a su utilización en procesos de implementación de evidencias en la práctica y en actividades encaminadas a la mejora de la competencia profesional en esta materia (Spenceley, 2016).

3.3 CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud se establece a las 37 semanas de gestación como la línea divisoria entre nacimientos de término y de pretérmino, distinguiéndose de esta forma los siguientes grupos de recién nacidos según la edad gestacional:

1. Recién nacido de pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 36.6 semanas de gestación.
2. Recién nacido de término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41.6 semanas de gestación.
3. Recién nacido de pos término: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

El peso de una población determinada ha sido la base para la elaboración de tablas percentilares que interrelacionadas con la edad gestacional pueden reflejar su rango de normalidad o anormalidad, por lo que se distinguen los siguientes grupos:

- De bajo peso (hipo trófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- Peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- De peso alto: Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. (Perinatología, 2015).

RECIÉN NACIDO PREMATURO.

La OMS define al recién nacido prematuro, a todo niño que nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación y con un peso menor a los 1500 gramos (Moore, 2015).

Hay 2 criterios que caracterizan la Prematurez:

- 1) Bajo peso al nacer.
- 2) Inmadurez.

Con frecuencia estos 2 criterios van juntos.

La Prematurez puede ser dividida en 3 subgrupos:

El primero, incluye niños nacidos entre 37 y 32 semanas de gestación y se denomina prematurez.

El segundo incluye niños nacidos entre 32 y 29 semanas de gestación y se denomina gran prematurez.

El tercero incluye niños de menos de 29 semanas de gestación y se denomina prematurez extrema.

Se consideran varias clasificaciones del recién nacido prematuro.

Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

Prematuros extremos con menos de 28 semanas de gestación.

Muy prematuros, de 28 a menos de 32 semanas de gestación.

Prematuros moderados a tardíos o de 32 a <37 semanas de gestación (Ortiz, 2013).

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos.

Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto.

Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. (Salazar, 2014)

En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas o dos meses antes de llegar a término, mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive.

Más de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costo eficaz, consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal, para todas las madres y todos los lactantes, administrar inyecciones de esteroides prenatales a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer la madurez pulmonar del recién nacido; aplicar la técnica de la “madre canguro” donde la madre sostiene al bebé desnudo en contacto directo con su piel y lo amamanta con frecuencia; y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido.

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial.

En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro (Aceves, 2014).

FISIOPATOLOGÍA RELACIONADA CON LA PREMATURIDAD.

La prematuridad es un problema de salud pública mundial. En los últimos años, la supervivencia de los recién nacidos prematuros ha incrementado notablemente gracias a la tecnología y conocimientos, mejorando las técnicas médicas y la asistencia oportuna del personal de enfermería. Muchos de estos prematuros son egresados de las unidades de cuidados intensivos y se desarrollan normalmente, otros pueden cursar con problemas físicos crónicos de disfunción motora en diferentes grados, problemas sensoriales y/ o en su desarrollo mental. Estas condiciones de alguna manera pueden afectar la calidad de vida de estos prematuros y de su familia (Cuesta, 2013).

Existen diversas características clínicas y causas de morbimortalidad que afectan a este grupo de pacientes, demandando la necesidad de implementar estrategias terapéuticas enfocadas a las principales complicaciones con orientación específica hacia la prevención primaria en la educación de mujeres en edad fértil, población adolescente, embarazos no deseados y secundariamente disminuir los partos pretérminos (Gutierrez, 2015).

La mayor parte de los prematuros son nacidos tras la presentación de un parto pretérmino espontáneo o nacido tras amniorrexis prematura, la presencia de infección clínica confirmada a través de cultivos positivos, vaginosis materna, marcadores inflamatorios elevados en líquido amniótico o subclínica es sospechada en la mayoría de los casos el tratamiento antibacteriano no es eficaz en el parto prematuro espontáneo. Por el contrario, su uso en la amniorrexis prematura, consigue prolongar el embarazo, disminuir la tasa de coriamnionitis y mejorar los resultados neonatales (Jain S, 2013).

Otros factores asociados son la existencia de partos pretérminos previos, la situación socioeconómica desfavorable de la madre y el tabaquismo materno. Las medidas que mejoran el cuidado prenatal, médico, dietético y social son eficaces en corregir la desigualdad y controlar la tasa de prematuridad. La raza negra aislada se muestra como factor de riesgo en varias series.

La gestación múltiple espontánea o inducida, aumenta las tasas de prematuridad y representan aproximadamente una cuarta parte de los pretérminos. La incidencia de gemelos y tripletes se multiplica en los primeros años de desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Más del 50% de los gemelos y la práctica totalidad de los tripletes y múltiples, son recién nacidos pretérminos. Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15 y el 25% de los pretérmino. El mayor porcentaje viene representado por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el poli hidramnios. La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales como la fetopatía diabética, el hidrops fetal etc. (Aceves, 2014).

EL BAJO PESO AL NACER.

Al igual que cualquier otra patología, el bajo peso al nacimiento es multicausal, ya que para su existencia están implicados una serie de factores que pueden dividirse en: fetales, placentarios y maternos. La existencia de uno de ellos determina un factor de riesgo, que es definido como toda característica o circunstancia de individuos o grupos que se asocian con mayor probabilidad a desarrollar un estado mórbido particular o de ser afectado por el.

Según Kramer puede hacerse una división de factores:

A. Factores constitucionales:

Sexo del niño, talla materna, peso y presión arterial materna, peso y talla paterna y la presencia de factores genéticos adicionales.

B. Factores obstétricos:

Paridad, período intergenésico corto, aborto previo espontáneo, aborto previo inducido, crecimiento intrauterino previo y edad gestacional, mortinato previo y embarazo gemelar.

C. Morbimortalidad materna durante el embarazo:

Morbilidad general y enfermedad episódica, infección del tracto urinario e infecciones vaginales.

D. Factores de exposición a tóxicos:

Tabaquismo, alcoholismo, consumo de cafeína, marihuana y la exposición a toxinas ambientales.

E. Factores demográficos y psicosociales:

Edad materna, origen racial y étnico, estado socioeconómico y civil, ansiedad y tensión emocional.

F. Factores nutricionales:

Ganancia de peso gestacional, ingesta de suplementos nutricionales vitaminas y minerales.

G. Factores de cuidado médico prenatal:

Edad gestacional al primer control, número de consultas prenatales y la calidad del cuidado prenatal (Ortiz, 2013).

En lo que atañe a la edad de gestación, se sabe que desde el siglo pasado había ya interés por clasificar a los recién nacidos respecto a la morbilidad que pudieran manifestar, según su edad de gestación.

Es en este sentido se propuso definir como prematuros a los neonatos con menos de 36 semanas de gestación, calculadas a partir de la última menstruación.

Luego Budin pensó que era más fácil pesar a los niños y clasificó como prematuros a aquellos que al nacer tuviesen un peso menor de 2,500 g y de término a los que tuviesen un peso mayor (Papí, 2015).

Este criterio fue avalado por la Organización Mundial de la Salud, hasta que en los años 60 se empezó a juzgar no satisfactorio, al considerar como niños a término a los prematuros nacidos de madres diabéticas que llegan a pesar de 2,500 g o más y como pretérmino a los niños maduros por edad de gestación y desnutridos in útero pero con poco peso (Miranda del Olmo, 2013).

En esta misma línea de propuestas para clasificar a los niños recién nacidos, Roberto Usher propuso que, con base en las características del pelo, el grado de desarrollo de los nódulos mamarios, del cartílago de las orejas, de los genitales

tanto masculinos y femeninos y la rugosidad de la planta de los pies, era posible reconocer tres grupos de niños: los que tienen alrededor de 36, 38 o 40 semanas de gestación.

Tal vez la más empleada en la práctica diaria es la valoración propuesta por Capurro y Colls la que utiliza cinco características somáticas como la formación del pezón, textura de la piel, forma de la oreja, tamaño de la mama y los surcos plantares, además de tomar en cuenta dos signos neurológicos: el signo de la bufanda y el signo cabeza en gota.

ÍNDICE DE NEONATOS PREMATUROS.

En México, el Instituto Nacional de Perinatología reporta una incidencia de prematuridad de 19.7% que contribuye con 38.4% de muertes neonatales, por lo que se ubica como la primera causa de mortalidad perinatal (Vilchis, 2013).

En el Hospital General de México, la incidencia de prematuridad reportada fue 4.1%, con 2.8% de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un estudio realizado de 1995 a 2001 (Mendez, 2015).

El Instituto Mexicano del Seguro Social reporta una frecuencia de prematuridad de 8%, con cifras que van desde 2.8% en Sinaloa hasta 16.6% en Hidalgo (Cattaneo, 2014).

3.4 ESTUDIOS RELACIONADOS.

Para Fernando Fernández Romo, en el 2015 un estudio de intervención, pre experimental, descriptivo reveló que al implementarse el Método Madre canguro en el 51,7% de los recién nacidos pretérmino y bajo peso, el 70,9% de las madres estuvieron satisfechas con el mismo; el 56,6% de los niños egresaron con lactancia materna exclusiva, presentaron hipotermia solo el 3,1% de los niños, el 93% de los neonatos tuvieron una ganancia normal o superior de peso, el 7% de los neonatos presentaron infección nosocomial durante su estancia en la sala "Piel

a Piel” y recomienda extender la aplicación de este método a recién nacidos de menor peso de forma más precoz (Romo, 2014).

Según Jenny P. Lizarazo Medina en el 2014, un estudio observacional descriptivo de una cohorte donde se incluyeron 374 recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer, para evaluar factores parto y seguimiento hasta las 40 semanas de edad post concepcional evidencia como resultados altas prevalencias de embarazo adolescente (17,5 %) y en mayores de 35 años (12,6 %); embarazo no deseado (40,6 %); baja calidad y disponibilidad de alimentos en la familia; complicaciones como toxemia gravídica, infecciones y ruptura prematura de membranas; peso promedio al nacer de 1,969 gramos; peso promedio al egreso 2429 gramos; ganancia promedio de peso por día de 22 gramos. (Medina, 2014).

Javier Torres en el 2014 formula los primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional mismos que alcanzaron el término, con promedios (los rangos se dan entre paréntesis) de los siguientes datos al nacer: 32 semanas (27-38), edad gestacional; 1,434 g (700-1,950) de peso; 41 cm (35-47) de talla; y 28 cm (22-41) de perímetro cefálico, respectivamente. Al egreso los datos correspondientes fueron: 34 semanas (31-39) edad gestacional; 19 días (4-48) edad postconcepción; y 1,552 g (1,359-2,239) de peso con una ganancia total promedio de 18 g/kg/día. Al egreso 96% recibían lactancia materna y a las 40 semanas 94%, que fue exclusiva en 67% y en 51%, respectivamente (Torres, 2014).

Siguiendo a Camila Lucchini Raies en el 2014 realizó una revisión bibliográfica de 26 estudios donde se observaron beneficios en las variables: duración de lactancia materna, comportamiento neurosensorial, regulación de temperatura, como alternativa al cuidado estándar, disminución en días hospitalización (17 días promedio) y niveles de cortisol, favorecedor de la interacción madre-hijo y desarrollo infantil (Raies, 2013).

En tal sentido, Ainara Cantero García en el 2015, explica los beneficios asociados al uso del Método de la Madre Canguro así como cierta asociación entre la práctica de éste y la aparición de un suceso denominado “episodio aparentemente letal neonatal”, incidiendo en la necesidad de elaborar protocolos que homogenicen y mejoren la práctica clínica del Método de la Madre Canguro. Además de destacar lo beneficioso que resultaría aumentar la formación práctica y teórica acerca de éste tema, del personal sanitario que estará en contacto con madres e hijos (García, 2015).

En palabras de Espejo Orihuela Elsa en el año 2014 con el objetivo de determinar los conocimientos y actitudes de las madres acerca del método madre canguro en una población conformada por 30 madres obteniendo como resultados que del 100%(30), 80%(24) no conocen acerca del método mama canguro y 20%(6) conocen, en cuanto a la actitud 57%(17) muestra indiferencia, 23%(7) aceptación y 20%(6) rechazo, concluyendo que la mayoría de las madres no conocen sobre el método madre canguro y en relación a las dimensiones de lactancia materna y termorregulación (Orihuela, 2014).

CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO.

4.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Personal de enfermería que está asignada de manera permanente en la unidad de cuidados intensivos neonatales, alojamiento conjunto y tococirugía.
- Personal de enfermería que se encuentre asignado de manera permanente para la gestión de método madre canguro.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Personal de enfermería de unidad de cuidados intensivos neonatales, alojamiento conjunto y tococirugía que tiene un tiempo menor a 6 meses en el servicio.
- Personal rotatorio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Personal de otras áreas que se encuentre cubriendo guardias generadas por falta de personal en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Estudiantes de enfermería.
- Pasantes de enfermería.
- Pasantes de especialidad en enfermería pediátrica o neonatología.

4.2 MUESTRA

- **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

Al tratarse de un hospital de segundo nivel, el personal de enfermería que se encuentra asignado de manera permanente para la gestión del método madre canguro y que cuenta con los criterios de inclusión es de 24, la que constituye el universo del sujeto de estudio.

- UNIVERSO

El universo se encuentra constituido por 24 enfermeras que se encuentran asignadas de manera permanente para la gestión del método madre canguro y que reúne los criterios de inclusión.

- MUESTRA

Seleccionada de forma probabilística considerando un total de 19 enfermeras, es importante mencionar que se tomaron a las 24 enfermeras en su totalidad para llevar a cabo el presente estudio lo que significó el 100% para dar mayor generalidad.

- DEFINICIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

El estudio se lleva a cabo durante dos meses, en la sala destinada para llevar a cabo el método madre canguro, misma que se encuentra ubicada estructuralmente en terapia de cuidados neonatales perteneciente al servicio de pediatría del Hospital General del Altiplano de Apan Hgo.

4.3 VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE

Evaluación.

- VARIABLE DEPENDIENTE

Método madre canguro.

- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

(Ver Apéndice I).

4.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

TIPO Y DISEÑO.

La investigación fue de tipo observacional, descriptivo y transversal para especificar la Evaluación de la aplicación del Método Madre Canguro en los niños prematuro y de bajo peso al nacer del Hospital General del Altiplano, se consideró de diseño mixto cuantitativo lo que permite definir el problema en relación con los elementos de análisis y desde el punto de vista cualitativo ya que permitió conocer como el proceso es valorado por las madres de manera directa partiendo de lo particular al proceso general.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento para la recolección de datos fue diseñado por Karla Yoconda Padilla Montes de Oca (2015) mismo que tiene por nombre: "Cuestionario sobre el Método Madre Canguro al personal de enfermería de las áreas de Neonatología, Gineco-obstetricia y Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso para valorar la el aplicación correcta del método en relación a cuatro aspectos fundamentales en el programa: posición, alimentación, estimulación y egreso del recién nacido" , el cual consta de 25 ítems, de igual manera se retoman los datos capturados en el instrumento sobre el recién nacido sexo, peso y talla para valorar la ganancia de peso correspondiente con la aplicación del método madre canguro con el fin de conocer si la información sobre el método madre canguro fue completa y adecuada y si creen que la aplicación del método genero beneficios en el recién nacido. El instrumento fue aplicado obteniéndose un Alpha de Cronbach con un margen de confiabilidad de 0.849 integrado por una escala tipo Likert con tres rubros: 1 equivalente a Siempre, 2 equivalente A veces y 3 equivalente a Nunca cuyo resultado numérico refleja de 0 a 9 un nivel bajo, de 10 a 18 un nivel medio y de 19 a 25 un nivel alto.

En cuanto al estudio cualitativo se utilizaron tres preguntas abiertas para conocer la percepción del uso del método madre canguro:

1. La información que le fue brindada acerca del Método Madre Canguro ¿fue clara y suficiente?
2. ¿Considera que el Método Madre Canguro genera algún beneficio en el recién nacido pretérmino y de bajo peso?
3. ¿Considera que la aplicación del Método Madre Canguro impacta en el tiempo de estancia hospitalaria?

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN

La recolección de los datos se realizó a través de la aplicación del instrumento al personal de enfermería que se encuentra a cargo del Método Madre Canguro pero que estrictamente cumpla con los criterios de inclusión establecidos en el estudio en los diferentes turnos.

De igual manera se entrevista a las madres de los recién nacidos incluidos en el estudio para conocer cuál fue la percepción sobre el método y sobre la información brindada y si generó beneficios al recién nacido.

PLAN ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Al tratarse de un universo que está compuesto por 24 elementos que constituyen la totalidad del sujeto de estudio, se ocupa una base de datos en el programa SPSS, mismo que es analizado mediante gráficos.

El análisis de la información se realizó con estadística descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes.

Para garantizar la confidencialidad de la información, los datos obtenidos han sido utilizados exclusivamente para el presente estudio con el fin de obtener resultados estadísticos.

Los resultados se representan a través de los siguientes mecanismos:

- Graficas
- Tablas de porcentaje
- Diálogos de análisis

Lo anterior se expresa de manera individual, representando cada uno de los reactivos que conforman el instrumento de medición.

Al finalizar se obtiene el análisis de los resultados de forma global y se expresa en los resultados.

EQUIPO Y MATERIAL

PC con programa SPSS integrado.

Fotocopias de instrumento de medición y bolígrafos

Recursos humanos, encuestador o autor de la tesis, personal encuestado 24 enfermeras.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación tuvo como base los principios científicos y éticos en los que prevalecieron los criterios de respeto a la dignidad del paciente y la protección de sus derechos y bienestar.

La recolección de datos se dirigió bajo las siguientes líneas de ética profesional:

Declaración de Helsinki se solicitó la autorización por escrito a cada uno de los miembros que participaron en el estudio.

De acuerdo a la Ley General de Salud, en su Artículo 17 en el que se hace mención del riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, teniendo en cuenta que nuestro estudio se clasifica en investigación sin riesgo hacemos mención sobre ello.

Investigación sin riesgo: Comprende estudios que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se modifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CAPÍTULO V RESULTADOS.

5.1 ANÁLISIS DE DATOS

Se integraron resultados a través de las encuestas y entrevistas aplicadas a las enfermeras y padres de los recién nacido pretérmino y de bajo peso.

Dándose a conocer en primer lugar las variables sociodemográficas posteriormente se integra la información obtenida en el instrumento “Nivel de conocimiento del personal de enfermería que aplica el Método Madre Canguro” y al final se integra la información obtenida de la encuesta aplicada para identificar la percepción de los padres sobre el Método Madre Canguro.

TABLA No. I VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

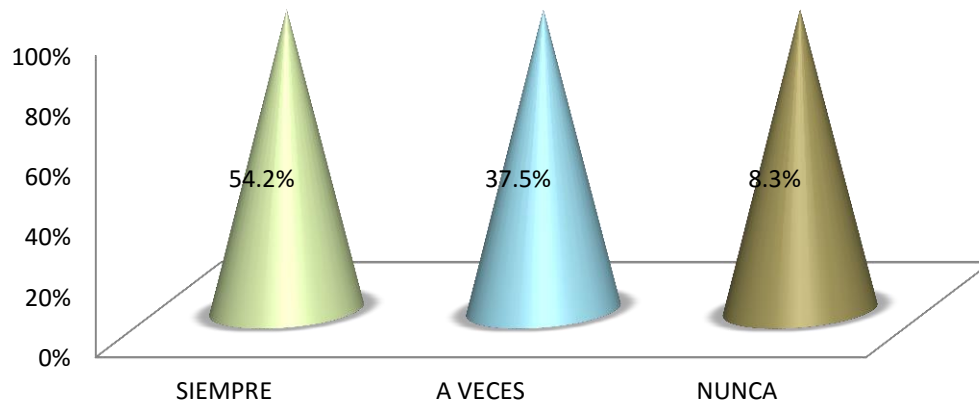
Variable	No.	%
Sexo		
Femenino	16	67%
Masculino	8	33%
Años de experiencia		
Menos de 5 años	7	29 %
6 a 10 años	8	33%
11 a 15 años	9	38%
Servicio		
Unidad de cuidados intensivos neonatales	11	42%
Alojamiento conjunto	6	23%
Tococirugía	6	35%

Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano Julio 2017.

En relación al sexo se encontró predominante al sexo femenino dentro del personal de enfermería gestor de la aplicación del Método Madre Canguro, de igual manera el mayor porcentaje que predomina dentro de la antigüedad del personal de enfermería es aquel que cuenta con una experiencia en los servicios entre 11 y 15 años, mientras que el servicio que más actividad tiene, en cuanto a la aplicación del Método Madre Canguro es la unidad de cuidados intensivos neonatales con un 42%, seguido por tococirugía y alojamiento conjunto con un 23%.

GRÁFICO NO. I

DETERMINA LA IMAGEN QUE TIENE EL PADRE O LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.

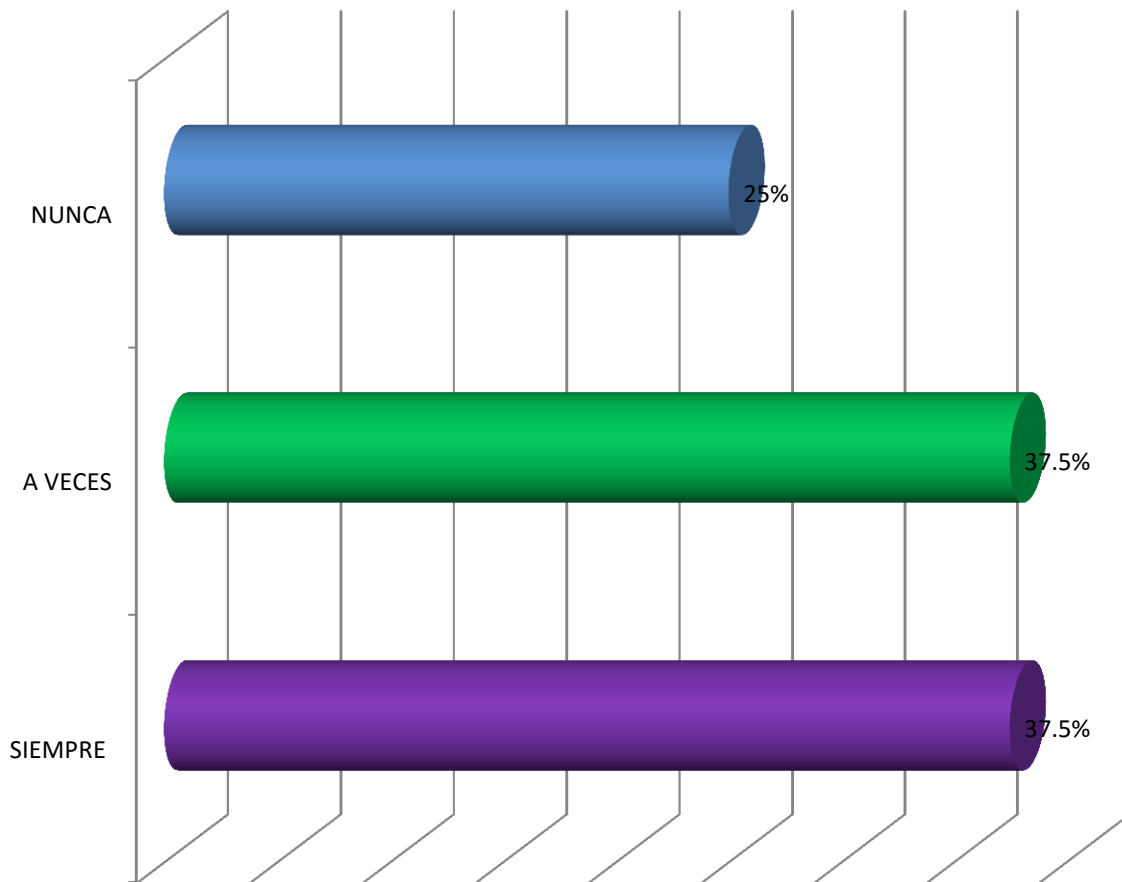


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Los resultados del instrumento aplicado resumen que el 91.7% considera importante determinar la imagen que tiene el padre o la madre del recién nacido pretérmino o de bajo peso para la edad y la minoría del personal encuestado no consideró importante la imagen que tienen los padres del recién nacido.

GRÁFICO NO. 2

ANIMA A LA MADRE/ PADRE QUE COMIENZE CON LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.

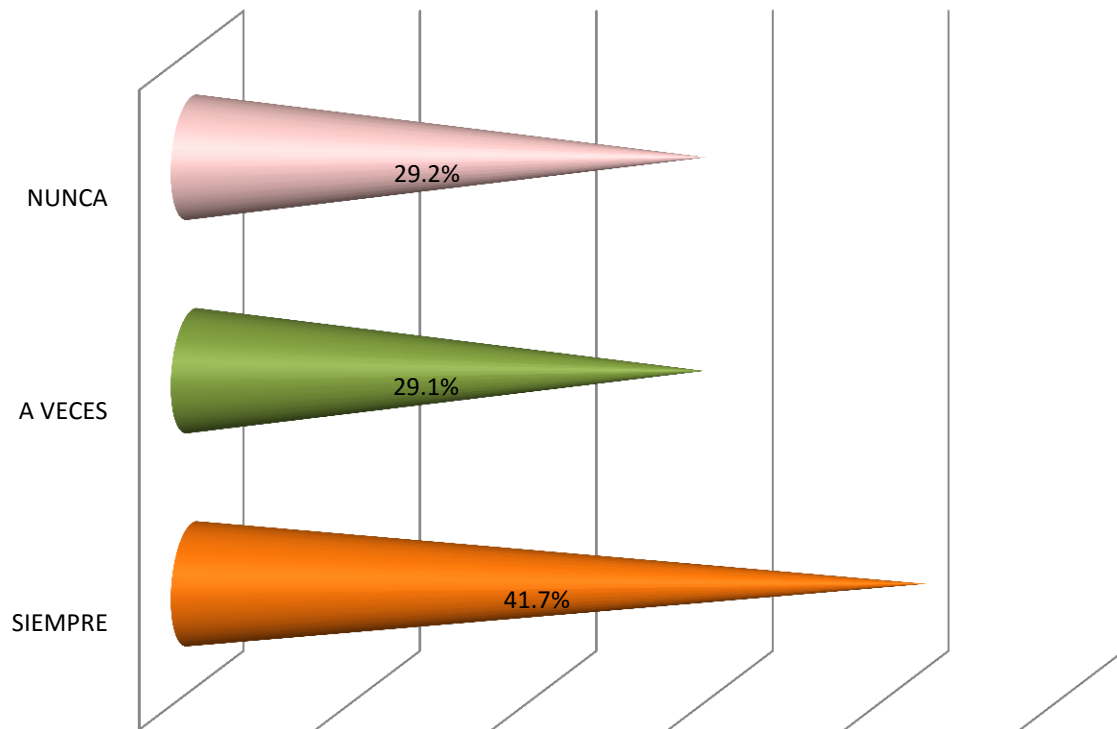


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

El 75% del personal de enfermería empodera al padre o a la madre del recién nacido pretérmino o de bajo peso para la edad para que inicien los cuidados del recién nacido mientras que el 25% no anima a los padres a que inicie con los cuidados.

GRÁFICO NO. 3

EXPLICA LOS CUIDADOS CANGURO Y SUS BENEFICIOS A LA MADRE O PADRE.

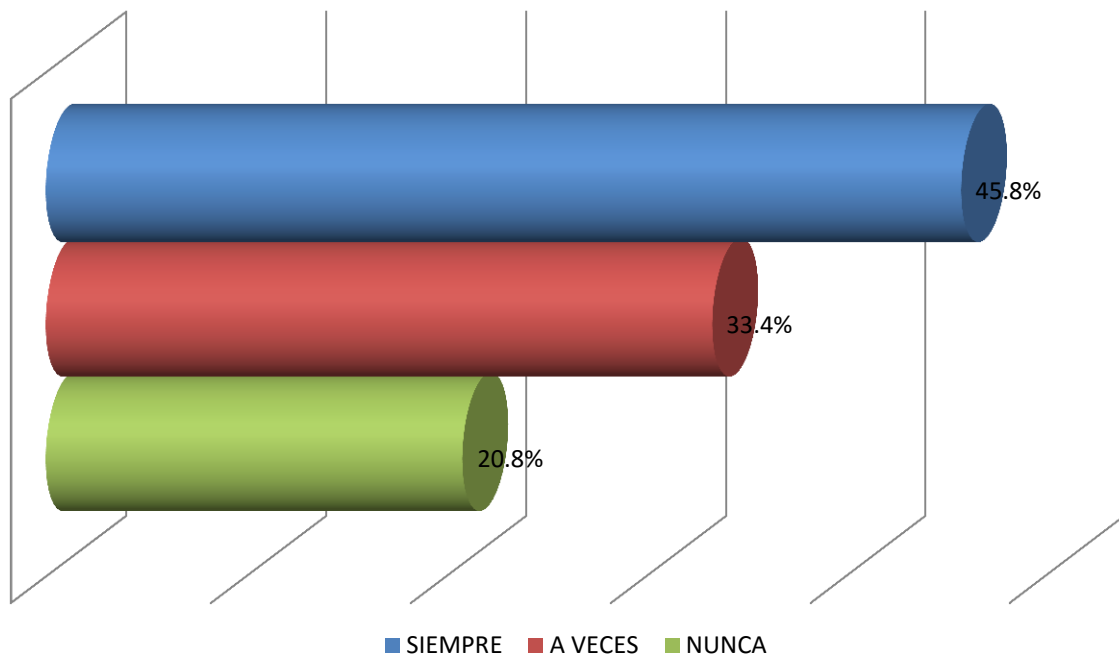


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Del total del personal que participo en el proyecto el 70.8% explica los cuidados canguro y los beneficios a la madre o padre del recién nacido pretérmino o de bajo peso dando la importancia al conocimiento de los mismos, mientras que tan solo una pequeña parte no realiza dicha actividad.

GRÁFICO NO. 4

DETERMINA EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL CUMPLE CON LAS GUÍAS DE PARTICIPACIÓN EN LOS CUIDADOS CANGURO.

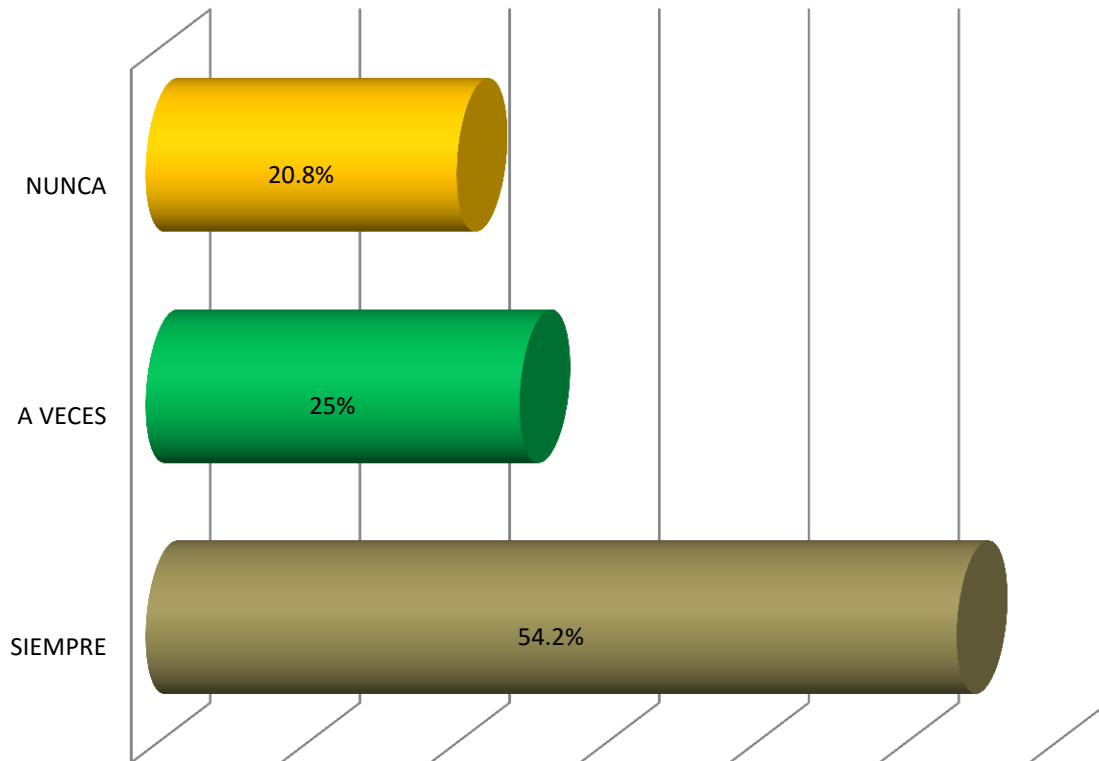


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Determinar si el recién nacido pretérmino o bajo peso para la edad gestacional debe incluirse o no en los cuidados canguro para cumplir con las guías de participación son valoradas por el 79.2% del universo y un 20.8% que no determina si el estado fisiológico del recién nacido cumple con las guías de participación en los cuidados canguro.

GRÁFICO NO. 5

INSTRUYE A LA MADRE ACERCA DEL TRASLADO DEL BEBE DESDE LA CUNA Y EL MANEJO DE EQUIPOS Y TUBOS.

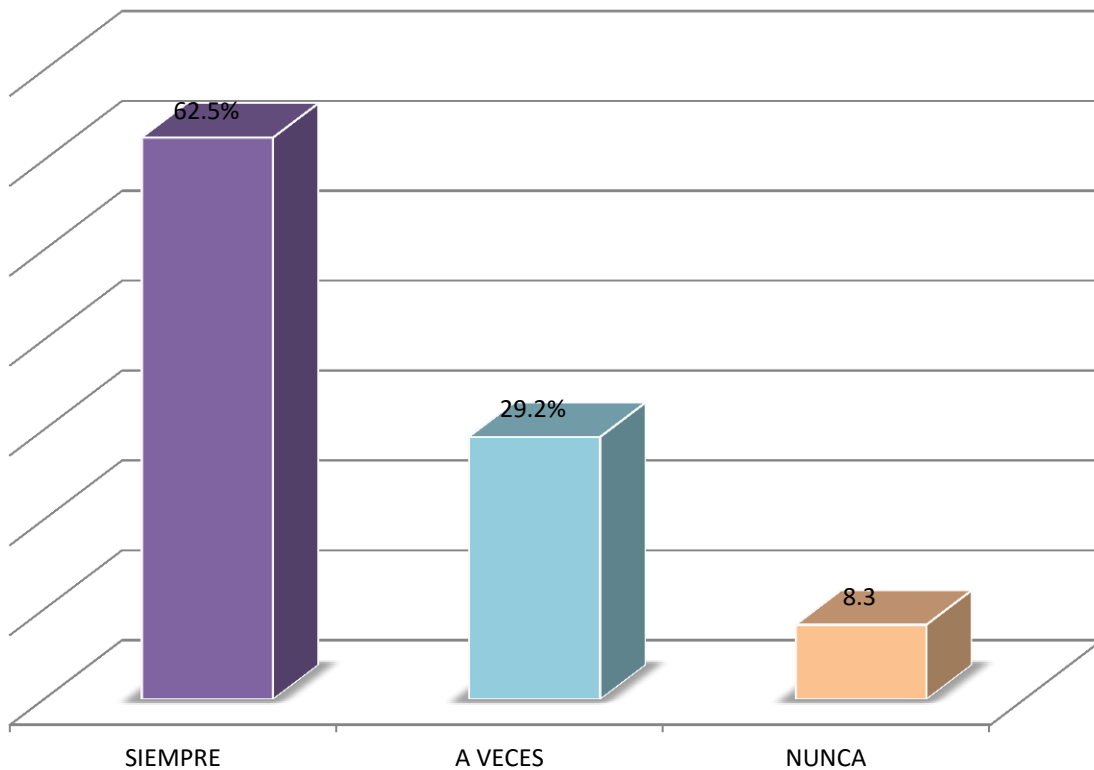


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Para el 54.2% instruir a la madre acerca del traslado y manejo de equipos y tubos inmersos en el cuidado del recién nacido pretérmino es pieza fundamental en la enseñanza del cuidado canguro y aplica tal actividad de forma efectiva, el 20.8% no adopta esta actividad como parte de su cuidado canguro y para el 25% realiza esta actividad ocasionalmente.

GRAFICO NO. 6

PROPORCIONA UN AMBIENTE TRANQUILO Y LIBRE DE CORRIENTES DE AIRE.

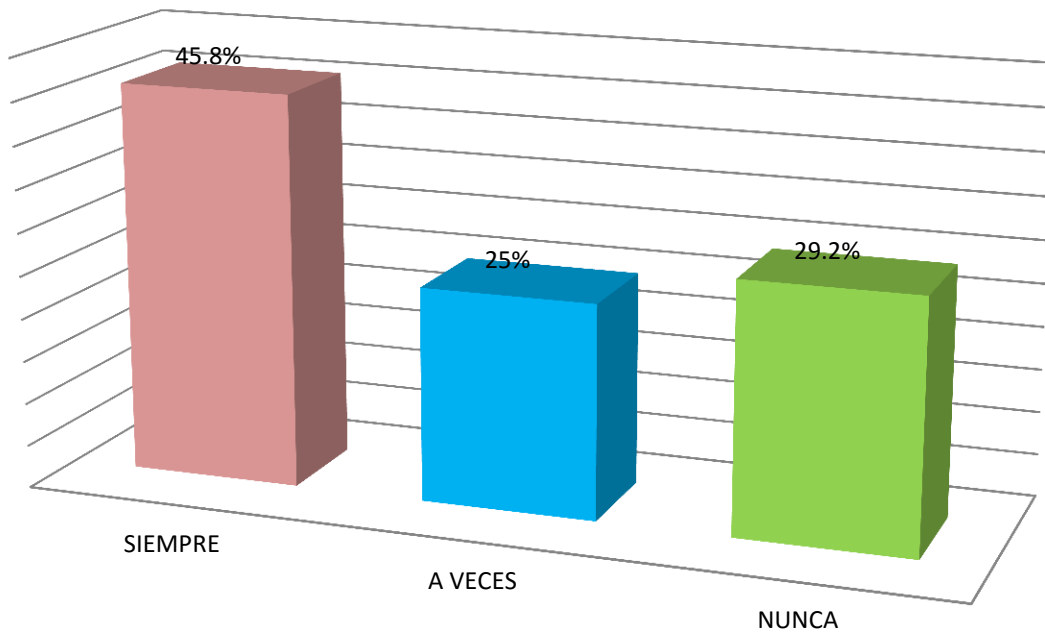


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

El desarrollo de los cuidados canguro requiere un ambiente tranquilo y libre de corrientes de aire, del universo encuestado el 91.7% proporciona un manejo ambiental confortable y el 8.3% no mantiene este ambiente óptimo al brindar el cuidado canguro lo que predispone un descenso en la temperatura corporal del recién nacido pretérmino y de bajo peso para la edad gestacional.

GRÁFICO NO. 7

COLOCA AL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO EN POSICIÓN PRONA SOBRE EL PECHO DE LA MADRE O DEL PADRE.

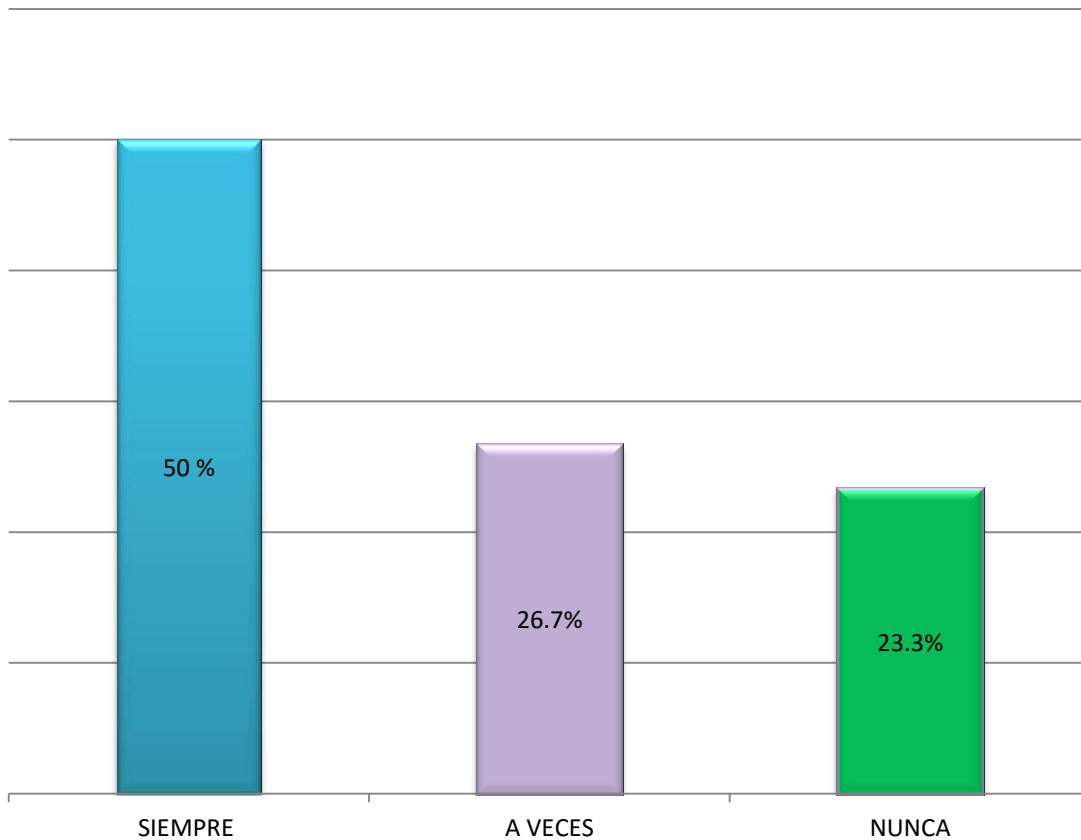


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

La posición e indumentaria del recién nacido que recibió cuidados canguro resulta importante para el 70.8% lo que propicio el cumplimiento de esta guía de inclusión en el cuidado, no siendo importante para el 29.2% lo que impide un cumplimiento al margen del cuidado canguro.

GRÁFICO NO. 8

FOMENTA LA ESTIMULACIÓN AUDITIVA Y VISUAL ENTRE EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO CON LA MADRE/ PADRE CANGURO.

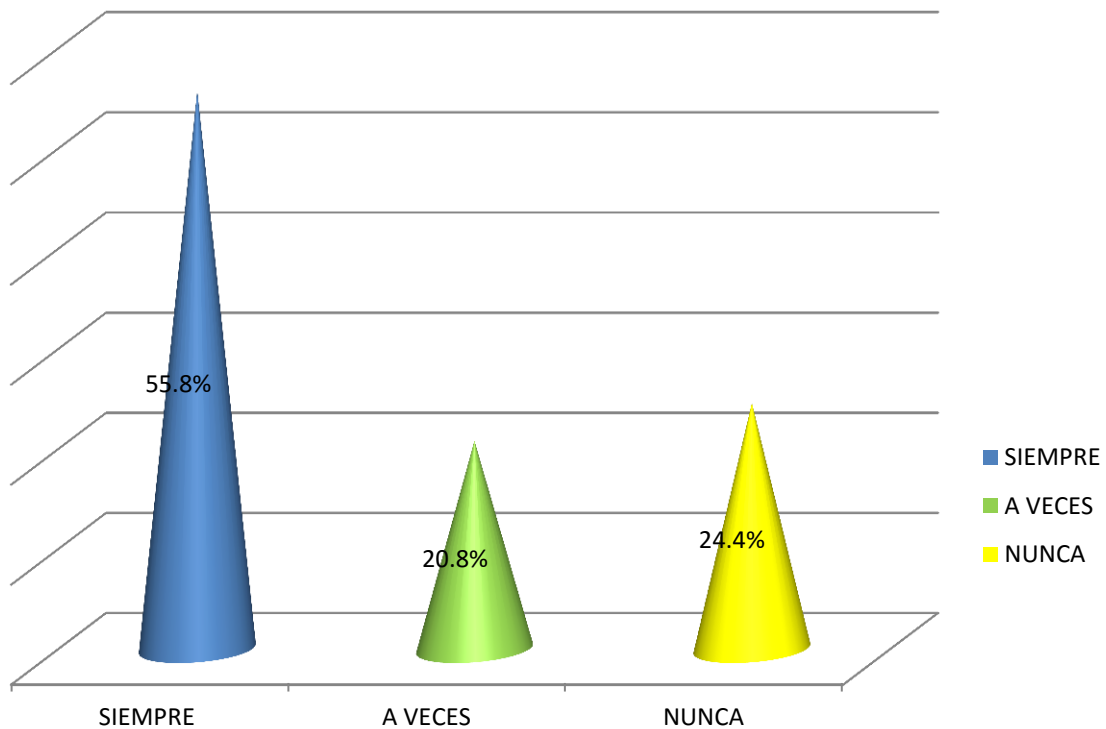


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Para el 76.7% del universo la estimulación auditiva y visual es de gran importancia lo que ayudo a mantener un ritmo cardiaco sincrónico mientras que el 23.3% resta importancia al cumplimiento de esta guía establecida en el cuidado canguro.

GRÁFICO NO. 9

SEÑALA A LA MADRE/ PADRE LOS CAMBIOS DE ESTADO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.

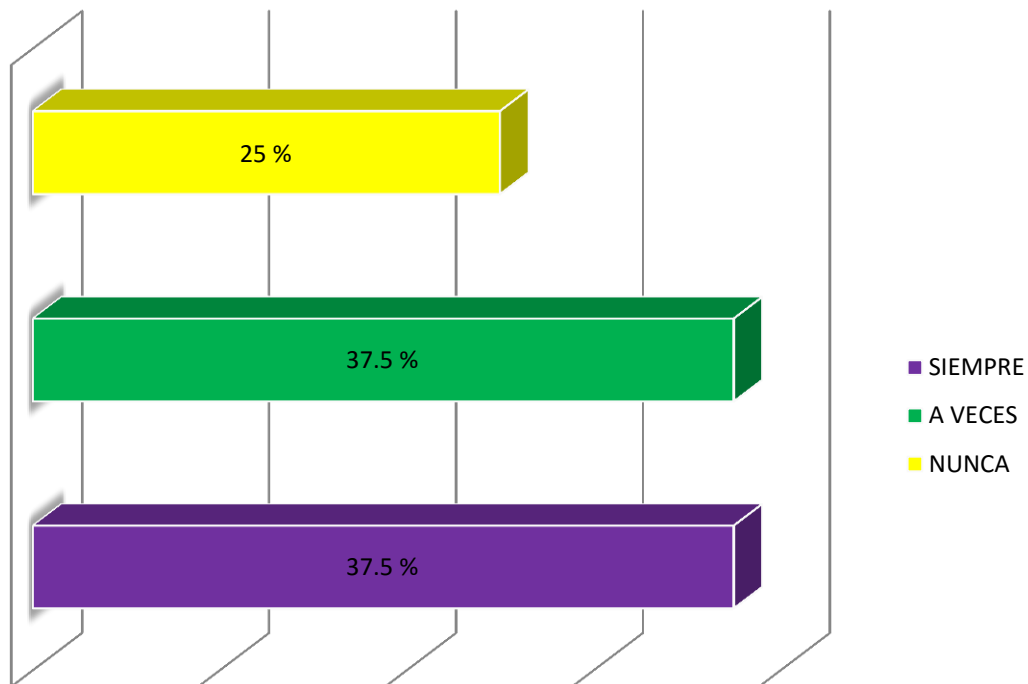


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Durante el cuidado canguro es importante que los padres aprendan a reconocer los cambios de estado del recién nacido para lo que el 76.6% del personal de enfermería señaló en forma puntualizada los cambios posibles en el estado del recién nacido, mientras que el 24.4% no señala los cambios de estado del recién nacido lo que altero el ambiente del recién nacido.

GRAFICO NO. 10

ANIMA A LA MADRE/ PADRE A QUE IDENTIFIQUE LAS CONDUCTAS CLAVES DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.

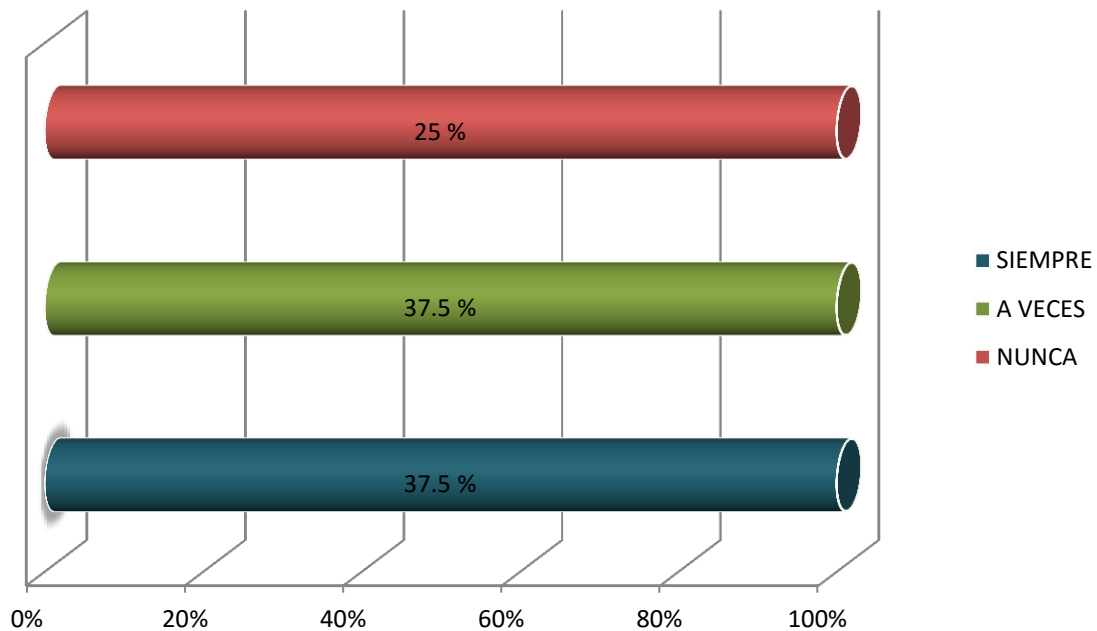


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Para el 75% del personal de enfermería animar a la madre / padre a que identifique las conductas claves del recién nacido es de suma importancia ya que marcan la pauta para continuar o detener el cuidado canguro, en tanto el 25% no anima a la madre a identificar las conductas claves del recién nacido pretérmino lo que no permite brindar un cuidado canguro seguro.

GRÁFICO NO. 11

ANIMA A LA MADRE/ PADRE A QUE IDENTIFIQUE LAS CONDUCTAS CLAVES DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O DE BAJO PESO.

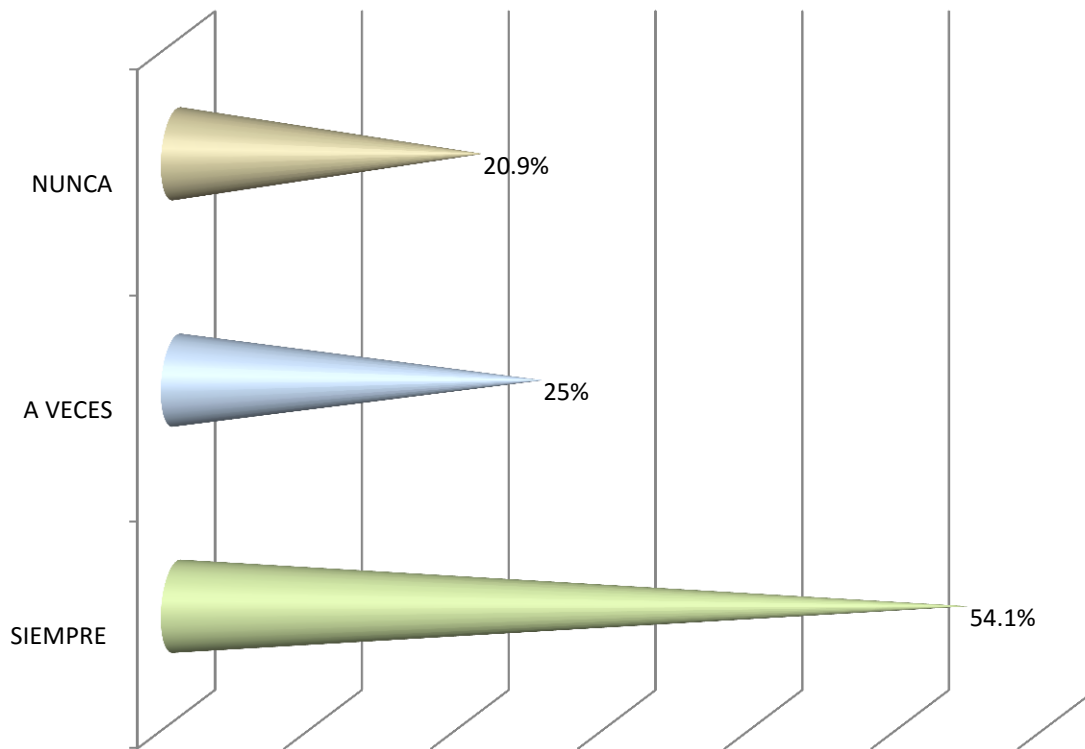


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

El cuidado canguro genera beneficios en el recién nacido pretérmino si se realiza en un lapso de tiempo determinado, el 75% del personal de enfermería anima a la madre/ padre canguro a brindar el cuidado durante al menos 3 horas para que el cuidado tenga impacto en el estado de salud del recién nacido y el 25% permitió lapsos de tiempo de cuidado menores a los establecidos.

GRÁFICO NO. 12

REALIZA LA MONITORIZACIÓN DEL ESTADO FISIOLÓGICO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO.

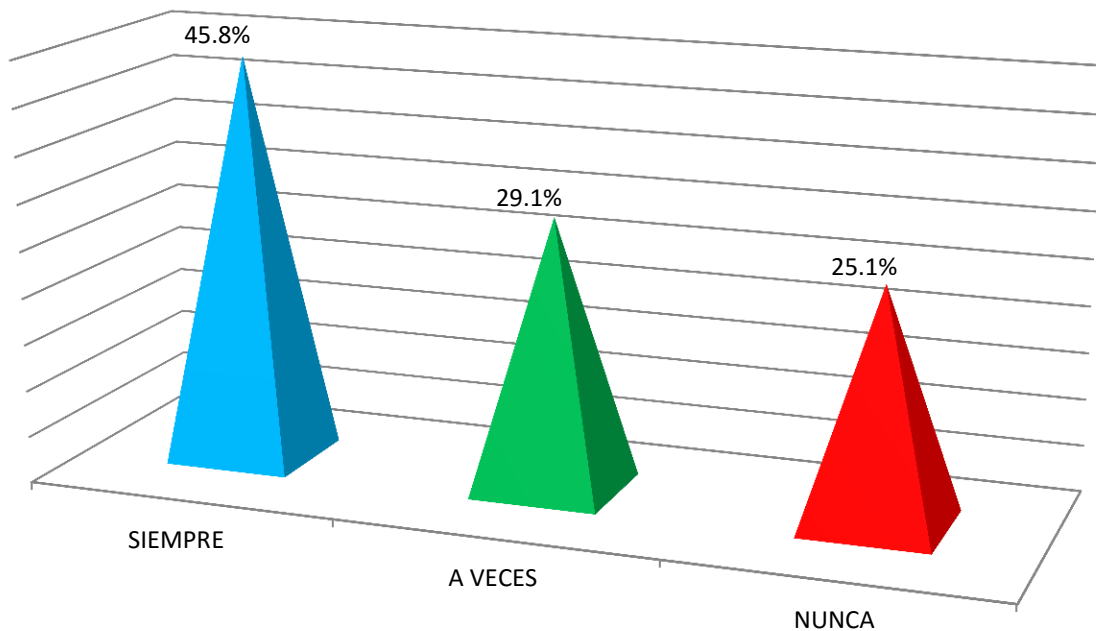


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

Continuar o suspender el cuidado canguro está vinculado en gran medida al estado fisiológico del recién nacido pretérmino y de bajo peso por lo que el 79.1% del personal realiza la monitorización del estado fisiológico del recién nacido pretérmino mientras que el 20.9% continuo con el cuidado canguro comprometiendo el estado fisiológico del recién nacido pretérmino.

GRÁFICO NO. 13

MONITORIZA EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE/ PADRE EN RELACIÓN AL CUIDADO CANGURO.

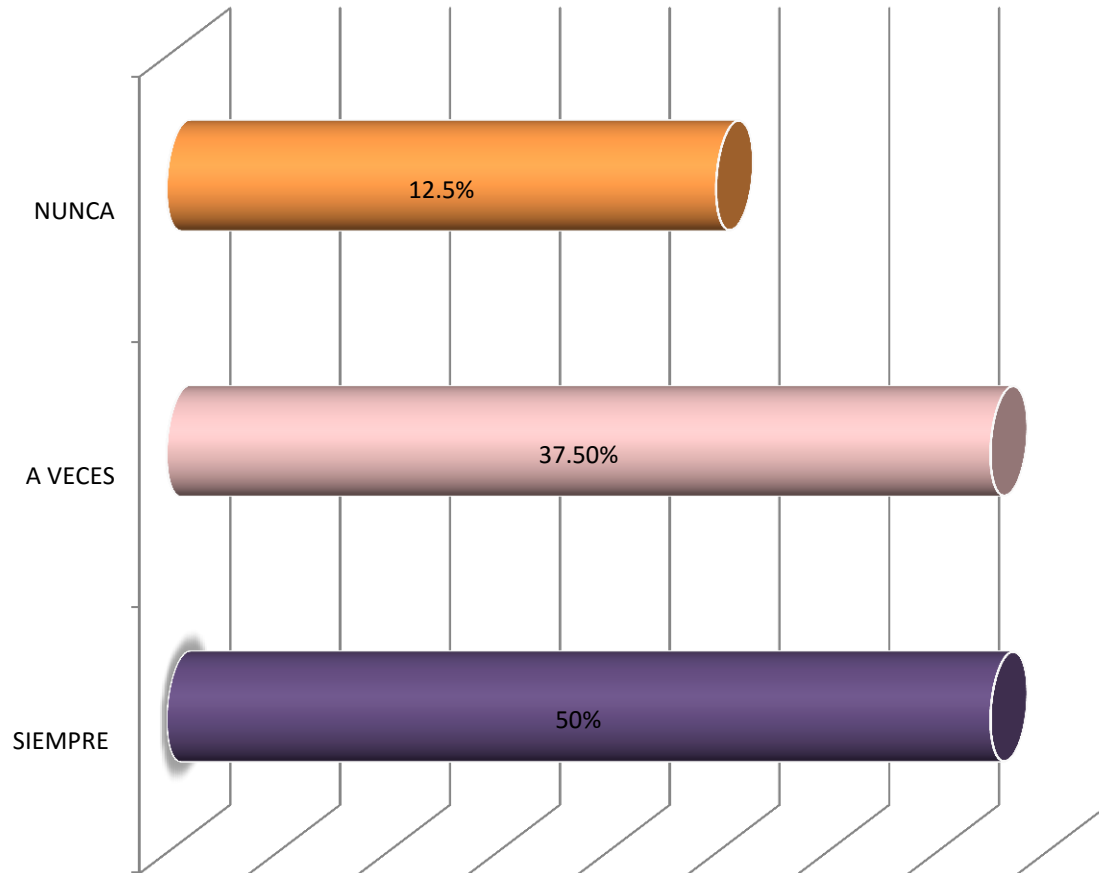


Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

El estado emocional del padre/ madre en relación al cuidado canguro resulta de gran significancia ya que genero confianza y seguridad en relación al cumplimiento de esta guía y para el 74.9% del personal de enfermería monitorizó el estado emocional de los padres mientras que el 25.1% no tuvo en cuenta el estado emocional de los padres delimitando así el cumplimiento en su totalidad del cuidado canguro.

GRÁFICO NO. 14

IMPLEMENTA EN TODO MOMENTO ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.



Fuente: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Hospital General del Altiplano.

En relación a la implementación de acciones esenciales para la seguridad del paciente el personal de enfermería en su mayoría aplico dichas acciones y solo el 12.5% no implementa acciones esenciales para la seguridad del paciente incrementado el riesgo de un evento adverso durante el cuidado canguro.

En relación al instrumento cualitativo aplicado a las madres de recién nacidos pretérmino y de bajo peso para la edad gestacional percepción del cuidado canguro se derivan los siguientes resultados.

TABLA No. II VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variables	No.	%
Sexo		
Femenino	16	66.7%
Masculino	8	33.3%
Edad		
15 a 25 años	12	50%
25 a 35 años	8	33.3%
36 a 45 años.	4	16.6%
Estado civil		
Casado	8	33.3%
Soltero	10	41.7%
Otras	6	25%
OCUPACIÓN		
Al hogar	15	62.5%
Empleado	5	20.8%
Desempleado	4	16.6%

Fuente: Instrumento aplicado a madres y padres de recién nacidos pretérminos/ bajo peso receptores de cuidados canguro en el Hospital General del Altiplano.

Los resultados obtenidos del instrumento aplicado a los padres de los recién nacidos pretérmino o de bajo peso evidenció al sexo femenino receptor del cuidado canguro con un 66.7%, de igual forma la edad promedio de las madres gestoras del cuidado canguro oscila entre los 15 a 25 años quienes asumen en reto cuidado de un recién nacido pretérmino o de bajo peso con responsabilidad, en su mayoría de estado civil solteros, en un 62.5 % de las madres/ padres incluidos en el estudio desarrollan sus actividades dentro del hogar y solo el 5% limita el uso del cuidado canguro por labores fuera de casa.

En el dominio de la información y comunicación mostraron que el 90% del personal encargado del método de la unidad de cuidados intensivos neonatales al responder en forma clara las preguntas realizadas, seguido de un 78% en el servicio de alojamiento conjunto en el que el personal encargado del método no generó una relación de confianza con la madre, para finalizar el servicio de tococirugía obtuvo un porcentaje de 68% en el que la madre hubiera deseado mayor participación en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados de su hijo aunado a la falta de interés por parte del personal encargado en resolver dudas y escuchar comentarios o sugerencias.

Ítem	Servicio	%
La información que le fue brindada acerca del Método Madre canguro ¿fue clara y suficiente?	Unidad de cuidados intensivos neonatales	90%
	Alojamiento conjunto	78%
	Tococirugía	68%

Fuente: Instrumento aplicado a madres y padres de recién nacido pretérmino o de bajo peso receptores del cuidado canguro en el Hospital General del Altiplano.

Conforme a la percepción de los beneficios que el Método Madre Canguro generó en los padres de recién nacidos integrados en el programa los resultados se representan en un 93% de las madres quienes percibieron algún beneficio dentro de los que destacan regulación de funciones vitales al iniciar el cuidado, inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y un afianzamiento del lazo materno infantil, mientras que el 7% restante no percibió beneficios en el recién nacido pretérmino y de bajo peso.

Ítem	Percepción	%
¿Considera que el Método Madre Canguro genera algún beneficio en el recién nacido pretérmino y de bajo peso?	Si	93%
	No	7

Fuente: Instrumento aplicado a madres y padres de recién nacido pretérmino o de bajo peso receptores del cuidado canguro en el Hospital General del Altiplano.

El impacto que generó el programa en el recién nacido pretérmino o de bajo peso en la percepción de la madre o padre permitió que el 80% del universo de estudio recomiende la aplicación del método como practica segura y de bajo costo, mientras que el 20% no recomienda la aplicación del método debido al estado de salud del recién nacido así como a la falta de seguridad en ellos mismos para llevar acabo el método.

Ítem	Percepción	%
¿Recomendaría este programa a mamas/papas de recién nacidos pretérmino y de bajo peso?	Si	80%
	No	20%

Fuente: Instrumento aplicado a madres y padres de recién nacido pretérmino o de bajo peso receptores del cuidado canguro en el Hospital General del Altiplano.

Conclusiones.

El estudio realizado permitió identificar si la información brindada al papa o a la mama canguro fue precisa y completa si mismo evaluar el nivel de comprensión de los padres en referencia a la información brindada. A lo largo del estudio se detectó que el personal de enfermería posee conocimiento del cuidado canguro tomando en cuenta puntos clave para el cumplimiento del cuidado en su totalidad, pero a su vez se evidencia un sesgo importante en el cuidado holístico generando estas áreas de oportunidad para el área de enfermería. Durante la aplicación efectiva del cuidado canguro como técnica de bajo costo, el estudio estimo una disminución de los tiempos de estancia hospitalaria con un promedio de 12 días en relación al mismo grupo que no fue participe en el cuidado canguro del que se estimó una estancia hospitalaria por arriba de 15 días promedio.

CAPÍTULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

6.1 DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de esta investigación fue evaluar la aplicación del método madre canguro a los recién nacidos pretérmino y de bajo peso en el que se mostró que el personal encargado del método posee un conocimiento en nivel medio de la aplicación del Método Madre Canguro, resultando que el 91% consideró importante determinar la imagen que tiene el padre ante su hijo prematuro o de bajo peso, un 70.8% explica los cuidados canguro y los beneficios del mismo, mientras que el 70.2% determinó si el recién nacido cumple con las guías de participación en el cuidado canguro. El 71.3% identifica la posición correcta para el cuidado canguro y el 79.1% realiza monitorización del estado fisiológico del recién nacido pretérmino o de bajo peso y el 87.5% implementa acciones esenciales para la seguridad del paciente durante el cuidado canguro. En contraste con el estudio realizado por Espejo Orihuela Elsa (2014), determinó que las madres no conocen acerca del método mama canguro, en cuanto a la actitud muestran indiferencia y rechazo y un grupo menor aceptación y compromiso, concluye que la mayoría de las madres no conocen sobre el método madre canguro y en relación a las dimensiones de lactancia materna y termorregulación (Orihuela, 2014), de igual manera Fernando Fernández Romo (2015) reveló que al implementarse el Método Madre canguro los recién nacidos pretérmino y bajo peso las madres estuvieron satisfechas con el mismo, la gran mayoría de los niños egresaron con lactancia materna exclusiva y tuvieron una ganancia normal o superior de peso y recomienda extender la aplicación de este método a recién nacidos de menor peso de forma más precoz (Romo, 2014), mientras que Javier Torres (2014) determinó que al egreso la edad promedio fue de 34 semanas edad gestacional; 19 días de estancia hospitalaria promedio y una ganancia total promedio de 18 g/kg/día y la gran mayoría de los integrantes del método recibían lactancia materna (Torres, 2014).

Si bien el nivel de conocimientos y aplicación del Método Madre Canguro se situó en un nivel medio, se puede apreciar que existen áreas de oportunidad para lograr una homogenización de los conocimientos del profesional vinculado con el Método.

6.2 RECOMENDACIONES.

Vinculación y sensibilización del todo el equipo multidisciplinario que permanece en contacto con el recién nacido pretérmino y de bajo peso a fin de fortalecer los conocimientos y actitudes positivas hacia el Método Madre Canguro para lograr una adecuada difusión e implementación.

Capacitación sistematizada, individualizada y continua que responda a las necesidades de educación de las madres o padres integrados encargados del método, con el fin de brindar herramientas necesarias para el cuidado canguro a través de sesiones educativas, mesas redondas y talleres para la mejora del cuidado canguro incluyendo de forma directa acciones esenciales para la seguridad del paciente.

Formar grupos de apoyo con los padres que se enfrentan al cuidado de un recién prematuro o de bajo peso guiándoles a la exposición de sus vivencias y experiencias que pueden servir de ayuda a los padres que se incorporen a los grupos.

Posible cambio en las políticas hospitalarias que permitan mayor participación de la familia especialmente los padres fortaleciendo el vínculo materno infantil.

Evaluación continua de la satisfacción y percepción de las madres a través de indicadores establecidos que den pauta a la mejora continua en la atención a esta población.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Definición. Org. (2014). Obtenido de [www. definición.org/conocimiento](http://www.definición.org/conocimiento)
- Aceves, M. G. (2014). Clasificación del recién nacido. *Revista Mexicana de Pediatría*.
- Araque, S. (2014). Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro . Sciello.
- Arivabene, C. (2014). Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*.
- Barbara, D. Y. (2015). Elementos teóricos sobre la enfermería basada en evidencias y su relación con el proceso de atención de Enfermería. *Enfermería 21*.
- Barceñas. (2013). Programa madre canguro: medicina basada en la evidencia. *Revista de Facultad de Medicina*.
- Barriga, F. D. (2012). *Diccionario Real Academia Española* . Madrid España: Panamericana.
- Bernal, E. (2016). ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud (pág. 213). Ginebra : Interamericana .
- Calderon, B. (2013). Manejo del recién nacido prematuro - método madre canguro. En B. Calderon. Bogotá : USAID.
- Castro, F. D. (2015). Indicadores de bienestar infantil en México. ENSANUT.
- Cattaneo, A. B. (2014). Acta pediátrica. Madre Canguro: recomendaciones y el informe de la Primera Conferencia Europea y VII Taller Internacional sobre Madre Canguro ., (pág. 820).
- Cerón, M. (2014). La inasistencia al programa madre canguro desde la teoría de la incertidumbre y el modelo dreyfus. Sciello.

Charpak, N. (2015). Lineamientos técnicos para la implementación del Programa Método Madre Canguro. Colombia .

CIE. (2016). Consejo Internacional de Enfermería. Personal Fable: Vidas Salvadas, (pág. 234). Ginebra .

Claver, P. (2015). Filosofía del programa Madre Canguro. Medic Graphic.

Colls. D. (2014). Método Madre Canguro. Recuperado el 14 de Abril de 2016, de file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%203.pdf

Colombia, I. M.-B. (2013). Programa Madre Canguro. Obtenido de Programa Madre Canguro.: <http://madrecanguro.tripod.com/historia.htm#1>

Cuesta, C. D. (2013). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm.

Dominguez, A. (2013). La educación continua y la capacitación del personal de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.

Donabedian, A. (2014). The quality of care: how can it be assessed? En A. Donabedian, The quality of care: how can it be assessed? (pág. 260). Jama.

Ferguson, J. B. (2013). Comparison of Skin-to-skin contact with standard contact in lowbirth-weight infants who are breast-fed. *Pediatr Adolesc Med*.

Figueroa, Z. (2015). Él bebe Prematuro como ser padres canguro. En F. Z, Él bebe Prematuro como ser padres canguro. Colombia : Pengin Ramdom House.

file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%208.pdf. (s.f.). Recuperado el 14 de Abril de 2016, de file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%208.pdf: file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%208.pdf

Fundasamin. (2014). PREMIOS EIKON: Campaña “Cuidados de la madre y el niño”. “Cuidados de la madre y el niño”.

Gallegos, J. (2014). La unidad neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Medic Graphic.

García, A. C. (2015). Efectos del uso del método madre canguro en la madre y el neonato. *Lilacs*, 87.

- Gutierrez, J. P. (2015). Cuidado Integral al Recién Nacido. En P. O. Jovita.,
Cuidados avanzados en el neonato. México: Intersistemas.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007> . (s.f.). Recuperado el 14 de
Abril de 2016, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007> :
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>
- Jain S, C. J. (2013). Emergency Departament Visit and Rehospitalizations in Late
Preterm Infants. Obtenido de
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- Kerouac, P. (2016). El pensamiento enfermero. En P. Kerouac, El pensamiento
enfermero (págs. 120 - 137). Barcelona: Trillas.
- Lucchini, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su
madre. Scielo.
- Lucchini, C. (2014). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su
madre. Scielo .
- Maria Jovita Plascencia Ordaz, I. A. (2013). Cuidados avanzados en el neonato.
Intersistemas.
- Marriner, T. A. (2015). Adopción del rol maternal de la teorista Ramona T. Mercer,
binomio madre - hijo. En Modelos y teorías en enfermería. España:
Elsevier.
- Mata, O. (2013). La atención médica y el derecho sanitario.
- Medina, J. P. (2014). Método Madre Canguro. Recuperado el 14 de Abril de 2016,
de <file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%203.pdf>
- Mendez, R. (2015). Factores ambientales en el crecimiento de los niños
prematuros. En M. R. IE, Guatemala.
- Miranda del Olmo, C. M.-G. (2013). Morbilidad y mortalidad en el recién nacido
prematuro del Hospital General de México. Recuperado el 2016 de Abril de
14, de Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital
General de México.
- Moore, E. A. (2015). Experiencia Institucional relacionada con el contacto piel a
piel. Revista de Enfermería.

- Muccio, R. F. (2016). Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en Atención Primaria de Salud. Obtenido de Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en Atención Primaria de Salud.:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sip&alias=206-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-ed-4&Itemid=219&lang=es
- OMS. (2013). Guía de Implementación del Programa Madre Canguro, Programa Integrado de Salud Materna e Infantil MCHIP. ESTADOS UNIDOS.
- OMS. (2013). Método Madre Canguro: Guía Práctica . En Método Madre Canguro: Guía Práctica (pág. 14). Ginebra : Intersistemas.
- OMS. (2013). Nacimientos prematuros.
- OMS. (2014). Método Madre Canguro-Guía Práctica. Ginebra.
- OMS. (2015). Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino. Obtenido de Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino.: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- OMS. (Agosto de 2015). Norma Oficial Mexicana NOM 007.
- OMS. (2015). Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas. 27, 38.
- Ordaz, M. J. (2013). Cuidados avanzados en el neonato. Intersistemas.
- Orihuela, E. E. (2014). Conocimientos y actitud de las madres acerca del método madre canguro en el Servicio de Intermedios Neonatal en el Hospital Alberto Sabogal. Fundasamin, 127.
- Ortiz, V. (2013). Determinación de factores maternos asociados al bajo peso al nacer. Guatemala.
- Papí, A. G. (2015). Método de la madre canguro, alta precoz y reducción. En G. P. A., El método de la madre canguro. Bilbao.
- Pérez, E. (2015). Recursos necesarios para la implantación del protocolo método madre canguro . Rev. Reduca.

- Perinatología, I. N. (2015). Normas y procedimientos de neonatología. México: Intersistemas.
- Raies, C. L. (2013). Skin to skin contact effects in newborns and their mothers. Scielo, 113.
- Roderick, E. R. (2014). Efecto del Masaje Terapéutico en Prematuros del Servicio de Neonatología del Hospital San José. Revista Chilena de Ginecología Obstetricia.
- Romo, F. F. (2014). Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. Medicgraphic, 102.
- Salazar, V. (2014). Clasificación del recién nacido. MEXICO: Editorial Mexicana.
- Salud, S. d. (2015). Norma Oficial Mexicana016. México.
- Silva, L. P. (2013). Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Morbimortalidad en recién nacidos prematuros. Madrid, España.
- Sloane, C. (2015). Effects of hospital staff and organizational climate on needlestick injuries to nurses. Public Health, 1115.
- Spenceley, S. (2016). Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. Int J Nurs Studies, 954.
- Torres, J. (2014). file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%208.pdf. Recuperado de:
file:///C:/Users/HOME/Documents/madre%20canguro%208.pdf: fi
- Upton, D. (2015). Development of an evidence based practice questionnaire for nurses. J Adv Nursing, 458.
- Vilchis, Nava. (2013). Mortalidad perinatal: una propuesta de análisis. Ginecol Obstet Mex. Recuperado de Mortalidad perinatal: una propuesta de análisis. Ginecol Obstet Mex.
- Zamberlin, M. R. (2012). Organización Panamericana de la Salud-OPS. El modelo de maternidad centrada en la familia: experiencia del uso de buenas practicas. Buenos Aires, Argentina.
- Zarco, I. A. (2015). Cuidados avanzados en el neonato. En G. V. Alcazar, Enfermería en salud perinatal y reproducción humana (pág. 345). México: Intersistemas Editores .

ANEXOS

ANEXO I INSTRUMENTO DE MEDICION



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD



AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA

Buen día mi nombre es, Luz Yadira Mendoza Sánchez, soy pasante de la Especialidad de Enfermería en Neonatología, agradezco de antemano su tiempo para poder responder la siguiente encuesta diagnostica, sobre evaluación de la aplicación del método madre canguro a los recién nacidos prematuros y de bajo peso, le recuerdo que los datos proporcionados se manejaran con alto grado de confidencialidad.

Fecha de aplicación: Día_____ Mes_____ del 2017.

Lea cuidadosamente y conteste según corresponda:

1. Determina la imagen que tiene el padre/madre del rnpt/ pbeg.
 - A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
2. Anima a la madre a que comience con los cuidados del rnpt/ pbeg.
 - A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
3. Explica los cuidados de canguro y sus beneficios a la madre/ padre.
 - A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
4. Determina si el estado fisiológico del rnpt/ pbeg cumple con las guías de participación en los cuidados canguro.
 - A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca

5. Proporciona un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes.
- A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
6. Consigue que la madre lleve ropas cómodas.
- A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
7. Instruye a la madre acerca del traslado del bebe desde la cuna y el manejo de equipo y tubos.
- A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
8. Coloca al rnpt/ pbeg en pañales en posición recta prona sobre el pecho de la madre/ padre.
- A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
9. Pasa la ropa de la madre alrededor del rnpt/ pbeg o coloca mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura.
- A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
10. Anima a la madre que se centre en el rnpt/pbeg en vez de los ajustes y equipos de la tecnología avanzada.
- A) Siempre
 - B) A veces
 - C) Nunca
11. Anima a la madre a que acaricie al rnpt/ pbeg en posición recta prona.
- A) Siempre
 - B) A veces

C) Nunca

12. Anima a la madre para que acune al rnpt/pbeg suavemente en posición recta prona.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

13. Fomenta la estimulación auditiva y el contacto visual con el rnpt/ pbeg.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

14. Anima a la madre a mantener contacto visual con el rnpt/pbeg en todo momento.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

15. Apoya a la madre en la alimentación y cuidados del rnpt/ pbeg.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

16. Anima a la madre/ padre que identifique las claves de conducta del rnpt/ pbeg.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

17. Señala a la madre/ padre los cambios de estado del bebe.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

18. Aconseja a la madre/ padre a disminuir la actividad y sobre estimulación excesiva, molestia o rechazo.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

19. Aconseja a la madre/ padre que deje dormir al rnpt/ pbeg durante el cuidado canguro.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

20. Fomenta la alimentación al seno materno durante los cuidados canguro del rnpt/ pbeg.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

21. Anima que los padres realicen el cuidado de canguro de 20 minutos a 3 horas efectivas.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

22. Monitoriza el estado emocional de la madre/ padre con relación a los cuidados de canguro.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

23. Anima a la madre que posterior al parto en los primeros 30 minutos se inicie el contacto piel a piel.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

24. Monitoriza el estado fisiológico del rnpt/ pbeg y suspende cuidados canguro si él bebe resulta fisiológicamente comprometido.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

25. Implementa en todo momento acciones esenciales para la seguridad del paciente.

A) Siempre

B) A veces

C) Nunca

Lea cuidadosamente las pregunta y conteste según su experiencia:

Nombre:	Sexo:	Edad:	Estado civil:
R/N	Datos al ingreso al MMC	Datos al egreso al MMC	Resultados
Sexo:	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	Días EH:
SDG:			Días/MMC:
Peso:			Ganancia ponderal promedio:
Talla:			

1. La información que le fue brindada acerca del método madre canguro ¿fue clara y suficiente?

(Si)

(No) Porque:

2. ¿Considera que el método madre canguro genera en el recién nacido algún beneficio?

(SI) Cuales:

(NO) Porque:

3. ¿Recomendaría el programa a las mamás y papas de recién nacidos pretérmino o de bajo peso?

(SI)

(NO) Porque:

Agradeciendo de ante mano su valiosa cooperación, muchas gracias.

APÉNDICE

APÉNDICE I OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
Evaluación	La evaluación es una operación sistemática, integrada en la actividad educativa con el objetivo de conseguir su mejoramiento continuo, mediante el conocimiento lo más exacto posible (Barriga, 2012).	Señala en qué medida el proceso educativo logra sus objetivos fundamentales y confronta los fijados con los realmente alcanzados.	Se evaluara conforme a nivel de satisfacción y cumplimiento de ítems establecidos en el protocolo calificándolos en: Cumple No cumple	Observación directa. Entrevista a profesionales y dirigentes Entrevista a la población de estudio.
Método madre canguro.	Es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre (OMS, 2013).	Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los recién nacido de bajo peso.	Se evaluara a través de los registros diarios en los que se concentrara si hay beneficios o no al recién nacido incluido en el programa.	Ganancia ponderal Disminución de días de estancia hospitalaria Control de las funciones fisiológicas del recién nacido.

APÉNDICE II CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

La que suscribe L.E. Mendoza Sánchez Luz Yadira, egresada del posgrado de Enfermería Neonatal; previo a la obtención del título del mismo, desarrollaré la tesis titulada **“EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL METODO MADRE CANGURO A LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO”**, la cual se realizará a los Profesionales de Enfermería inmersos en las áreas pediátricas y neonatales, con la finalidad de reconocer las capacidades y falencias sobre el método. Solicitamos a usted la autorización de forma voluntaria para formar parte de este estudio mediante la resolución de la encuesta que requiere un tiempo estimado de 30 minutos para ser completado, la cual no tiene costo alguno ni representa riesgo de afectación o daño a su persona ni a terceros, también queda claro que aun después de aceptar la participación en este estudio puede retirarse del mismo cuando lo crea conveniente. Todos los datos que se obtengan durante la realización de este trabajo serán manejados con absoluta confidencialidad y serán usados únicamente por personas encargadas de esta investigación.

Yo,..... he leído este consentimiento en su totalidad, comprendiendo toda la información brindada, todas las preguntas y dudas han sido aclaradas y entendiendo que al formar parte de este estudio no voy a ser remunerado. Es por ello que por mi libre voluntad acepto formar parte de este estudio.

Firma del Participante.

APÉNDICE III GLOSARIO DE TERMINOS.

- **ACTITUD DE LAS ENFERMERAS HACIA EL MÉTODO CANGURO:** Es la respuesta expresada de las enfermeras con relación a su disposición para implementar el método Canguro (Domínguez, 2013).
- **BEBÉ CANGURO:** Es el bebé prematuro clínicamente estable que debe estar en contacto piel a piel con la madre durante las 24 horas del día satisfaciendo sus necesidades biológicas de termorregulación, alimentación mediante lactancia exclusiva y la relación afectiva (Domínguez, 2013).
- **CONOCIMIENTO:** Es el obtenido cuando el sujeto se relaciona con el objeto, del cual de este recibe un estímulo que le servirá para formar imágenes y con estas ideas realizar un razonamiento (Definición. Org, 2014).
- **CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS ACERCA DEL MÉTODO CANGURO:** Es toda aquella información que tiene la Enfermera sobre el Método Canguro, Técnicas, Ventajas y Limitaciones. Será obtenida mediante un cuestionario y valorada en conocimiento alto, medio y bajo (Domínguez, 2013).
- **MADRE CANGURO:** Es la madre del prematuro o persona idónea, capaz, responsable, apta física y psicológicamente para realizar el método canguro ya sea por primera vez o tener experiencia previa (Domínguez, 2013).
- **MÉTODO CANGURO:** Procedimiento que consiste en el tratamiento al prematuro a través del contacto piel a piel que brinda la madre para satisfacer las necesidades biológicas como la temperatura corporal, lactancia materna y afectivas durante las 24 horas del día al bebé, de tal forma que permita asegurar la termorregulación, la alimentación a través de

la lactancia materna exclusiva y la estimulación táctil para afianzar el vínculo afectivo (Domínguez, 2013).

- **NEONATOLOGÍA:** Rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida (OMS, 2015).
- **RECIÉN NACIDO A TÉRMINO:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más (Aceves, 2014).
- **RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación (Aceves, 2014).
- **RECIÉN NACIDO POSTÉRMINO:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación (Aceves, 2014).
- **RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1000 gramos a menos de 2000 gramos (Aceves, 2014).
- **RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO UTERINO:** Incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético del crecimiento de acuerdo a las propias de la gestación y del término (OMS, 2015).
- **SIGNOS VITALES:** Parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que dan las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente (Definición. Org, 2014).