

**PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO AMBULATORIO DEL
PREMATURO ASISTENTE AL PROGRAMA MADRE CANGURO DE LA
ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, 2015**

**LUZ DEL CARMEN PADILLA FRANCO
BLEIDYS JOHANA VALLE BITAR**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CÓRDOBA
2015**

**PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO AMBULATORIO DEL
PREMATURO ASISTENTE AL PROGRAMA MADRE CANGURO DE LA
ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, 2015**

LUZ DEL CARMEN PADILLA FRANCO

BLEIDYS JOHANA VALLE BITAR

Trabajo de Investigación en Enfermería

Asesor Metodológico

ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO

Asesor(a) Temático(a)

ESP. CONCEPCIÓN HERRERA GUTIÉRREZ

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA - CÓRDOBA

2015

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, 30 de Noviembre de 2015.

DEDICATORIA

A Dios quien es el dueño de la vida y nos permitió tener una familia amorosa y colaboradora quienes contribuyeron al cumplimiento de esta meta.

A mi mamá Luz Franco Argumedo y a mi padre Wilberto Padilla Casarrubia, por su amor y sacrificio, para hacer de mí una persona de bien y por dejarme en vida la mejor herencia que es mi formación personal y profesional.

A mis hermanos Genny y Luis Carlos Padilla Franco por su gran apoyo y colaboración.

Luz del Carmen Padilla Franco

A mi abuela Ursina León de Bitar, por su motivación y haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A mi esposo Pablo Gari Padilla y mi hija Mariangel Gari Valle, por su amor, hacerme ver la vida de una forma diferente y confiar en mis decisiones.

Bleidys Johana Valle Bitar

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios, por permitirnos conocer en el camino personas de valor que se convirtieron en modelos a seguir.

A nuestros docentes quienes con tesón ayudaron a forjar nuestro carácter y nos brindaron herramientas fundamentales para el desarrollo de la vida profesional, en especial a Álvaro Sánchez y Concepción Herrera porque sin su ayuda o conocimientos no hubiese sido posible realizar este proyecto.

A la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería por permitirnos realizar este estudio y en especial a la enfermera jefe Marta Mendoza del Programa Madre Canguro por su colaboración.

RESUMEN

El cuidado ambulatorio de los niños prematuros o de bajo peso al nacer requiere de un conjunto de aspectos como disposición y conocimientos, en el que la familia desempeña un rol como pilar fundamental para el crecimiento y desarrollo del neonato.

La investigación realizada en el Programa Madre Canguro de la E.S.E Hospital San Jerónimo tiene como fin determinar la participación de las familias en el cuidado ambulatorio del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, desarrollado por un estudio descriptivo con enfoque cualitativo con 10 familias por medio de una entrevista cuyas respuestas obtenidas fueron categorizadas y analizadas.

Se encontró que las familias reconocen los beneficios que brinda el Programa, además poseen los conocimientos básicos y la participación en el cuidado ambulatorio del RN es activa, encontrándose en el 80% más de dos cuidadores, dando respuesta a los objetivos del programa centrados en empoderar a las familias en el cuidado del neonato, promoviendo el mantenimiento de la salud de estos, mejoramiento de la dinámica familiar y la disminución de la morbilidad logrando la optimización de los recursos de la atención en salud.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
1. OBJETIVOS.....	11
1.1 GENERAL.....	11
1.2 ESPECÍFICOS.....	11
2. REFERENTE TEÓRICO.....	12
2.1 MARCO TEÓRICO.....	12
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	27
2.3MARCO LEGAL.....	31
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	35
3 DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
3.1 TIPO DE ESTUDIO	38
3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	38
3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	38
3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	39
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN... ..	39
3.6PRUEBA PILOTO.....	40
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	40
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	40
3.9. ASPECTOS ÉTICO LEGALES.....	41
3.10 DESARROLLO DE PRUEBA PILOTO.....	43

3.11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	43
4. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	44
5. CONCLUSIONES.....	51
6. RECOMENDACIONES.....	52
7. BIBLIOGRAFÍA.....	53
8. ANEXOS.....	58
8.1 CONCENTIMIENTO INFORMADO.....	58
8.2 INSTRUMENTOS: ENTREVISTA Y LISTA DE CHEQUEOS.....	60

INTRODUCCIÓN

El Programa Madre Canguro fue creado en 1979 por Edgar Rey Sanabria, en la ciudad de Bogotá, quien se desempeñaba como neonatólogo en el Instituto Materno Infantil y docente de pediatría en la universidad Nacional, al tener en cuenta la falta de incubadoras y las necesidades costo-efectivas que se presentaban para el mantenimiento de la salud de los Recién Nacidos (RN) prematuros o de bajo peso al nacer además no permite el establecimiento y continuación de la alimentación con lactancia materna, la disminución de la confianza y capacidad del cuidado materno, el retardo en el establecimiento del vínculo madre-hijo y su integración dentro de la familia con la probabilidad de abandono.

Esta estrategia consiste en un sistema de cuidados estandarizados y protocolizados, basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre, que busca empoderar a la madre, padre o cuidadores para transferirle gradualmente la capacidad de brindar cuidados a sus hijos de manera responsable e integral, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales en su periodo inicial.

Existen factores que influyen en el cuidado de este grupo de niños como por ejemplo la edad de los padres, el nivel educativo, el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, el apoyo del núcleo familiar, entre otros, la mayoría de las veces se observa que solo la madre es quien participa del cuidado puesto que los padres se encuentran laborando, o son madres solteras que no cuentan con el apoyo de sus familiares.

Anteriormente el cuidado del RNP o BPN era visionado como una obligación concerniente solo a la madre, lo que limitaba a ésta el desarrollo de otras actividades cotidianas, para ello se hizo imprescindible que toda la familia debía ser orientada y capacitada en el cuidado del RN. Todo ello en busca de la consecución del objetivo que se centra en brindarle al prematuro o RN de bajo peso los cuidados necesarios en pro de su bienestar e igualmente permitiendo que contribuya con las demás obligaciones o responsabilidades; teniendo en cuenta el comportamiento que se ha venido presentando en los últimos años con respecto a la participación de la familia en el cuidado de los RN, se puede inferir que no todos sus integrantes se comprometen en el desarrollo del mismo.

Con respecto a esta situación, se pretende por medio del presente estudio investigativo, aplicar en cada familia dos instrumentos, uno sobre el conocimiento que tienen los cuidadores para cuidar al niño y otro en como participan éstos en el cuidado, demostrando a su vez todos los beneficios y la importancia que el Programa Madre Canguro les brinda a estas personas tanto en el mantenimiento de la salud del niño como para contribuir en mejorar la comunicación familiar.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar la participación de la familia en el cuidado ambulatorio del recién nacido prematuro y/o bajo peso al nacer asistente al Programa Madre Canguro de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería, con el fin de fortalecer los conocimientos y habilidades de los cuidadores que contribuyan al bienestar del RN.

1.2 ESPECÍFICOS

- Describir los beneficios que brinda el Programa Madre Canguro al recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer.
- Identificar el conocimiento que tiene la familia sobre el cuidado ambulatorio del RN.
- Describirla participación activa de la familia en el cuidado del prematuro a nivel ambulatorio.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

El prematuro se encuentra en inferioridad de condiciones frente al recién nacido de término, quien requiere de un manejo especial que le asegure la supervivencia, y dado que su labilidad general es muy grande, quien lo tiene a su cargo deberá conocer todas las normas de conducta necesarias para brindarle los cuidados que le son indispensables.

La clasificación sugerida por el Centro Latinoamericano de Perinatología a finales de 1980 considera recién nacido pretérmino “a todo producto de la concepción que haya salido del vientre materno antes de cumplir 37 semanas de gestación contadas a partir del primer día de la última menstruación o lo equivalente a 258 días”¹.

Para países como Estados Unidos de acuerdo a lo establecido por Manotas², la incidencia oscila entre 7 y 17,9% según varios estudios, por otro lado en Montevideo, Uruguay se han informado cifras entre 6 y 15% de los recién nacidos vivos y en Medellín, Colombia sobre un total de 12514 partos se encontró una frecuencia de 9,5% para embarazos menores de 35 semanas en la unidad de prematuros del Hospital Universitario San Vicente de Paul, teniendo un índice de prematurez de un 10,6% sobre un total de 3000 nacidos vivos, teniendo en cuenta edades entre 28 y 36 semanas.

¹ MANOTAS, Rafael. Niño Prematuro. Neonatología, Ed Universidad de Antioquia. En: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Medellín: 1995. 313 p.

² Ibíd., p. 314.

Los factores predisponentes para la prematurez se clasifican en tres categorías según Manotas³ de la siguiente forma:

SOCIOECONÓMICOS	EPIDEMIOLÓGICOS	MÉDICOS
Pobreza	Prematuros previos	Hidramnios
Adolescencia	Mortinatos	Metrorragias
Gemelaridad	Abortos	Infección
Toxemia	Partos caseros	Placenta previa
Edad avanzada	Hipertensión	Alloinmunización
Multiparidad		
Diabetes		
Soltería		
Trabajo fuerte		
Uso de escaleras		

³ MANOTAS, Rafael. Niño Prematuro. Neonatología, Ed: Universidad de Antioquia. En: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Medellín: 1995. 313 p

2.1.1 Clasificación de Los niños prematuros

En el servicio de prematuros del Hospital Universitario San Vicente de Paul, según Manotas⁴, la clasificación de estos niños es basada según la edad gestacional. Considerándose prematuro previsible aquel que nace antes de la vigésima octava semana y viable al que lo hace a partir de esta. Se considera RN de pretérmino límite al que tiene 35 y 36 semanas de gestación; intermedio al que nace entre la trigésima primera y trigésima cuarta semana y extremo al nacido de treinta semanas o menos.

La mortalidad neonatal depende en gran parte de la edad gestacional al nacer; la general sobre el total de nacidos vivos es de 1,6% y de 8,64% sobre el total de prematuros; las edades más afectadas son hasta las treinta y una semanas.

2.1.1.1 Prematuro límite: es el nacido entre la trigésima quinta y trigésima sexta semana de gestación y constituyen el 48.9% de todos los recién nacidos pretérmino; dentro de ellos la morbilidad es escasa y se debe principalmente a problemas metabólicos y respiratorios (aspiración de meconio o líquido amniótico y la taquipnea transitoria). Además son frecuentes las hiperbilirrubinemias por aloinmunización Rh y ABO.

2.1.1.2 Prematuro intermedio: son los nacidos entre la trigésima primera y trigésima cuarta semana. Su mortalidad es del 26,4% y está basada por la alta frecuencia de enfermedad de distress respiratorio agudo y de hemorragias intracraneanas. Es importante dentro de ellos el sufrimiento fetal acompañado de hipoxia y los trastornos metabólicos; pero los problemas principales son la deficiente regulación térmica y las dificultades para alimentarse.

⁴ MANOTAS, Rafael. Niño Prematuro. Neonatología, Ed: Universidad de Antioquia. En: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Medellín: 1995. 313 p.

2.1.1.3 Prematuro extremo: es el nacido entre la vigésima cuarta y trigésima semana. La mortalidad más alta es de 45% y está basada por problemas respiratorios especialmente la enfermedad de membranas hialinas y las malformaciones congénitas gastrointestinales y cardíacas. Cabe resaltar que la muerte de los recién nacidos de pretérmino menores de veintiocho semanas de gestación es casi el 100% debido a los escasos recursos de atención.

El Programa Madre Canguro nació como una opción del costoso método tradicional; en sus inicios tuvo periodos difíciles y grandes cuestionamientos por parte de instituciones internacionales acerca de su existencia, por falta de estudios de investigación y tuvo que aceptar todas las críticas e inconvenientes.

A pesar de las circunstancias, nunca dejaron de prestar sus servicios y su equipo integral conformado por médicos, psicólogos, enfermeras, oftalmólogo, nutricionistas, entre otros, se fue capacitando y aumentando el número de usuarios, “el programa paso por tener varias sedes pero al final se consolidó en el instituto materno infantil y poco a poco se fue divulgando su eficacia no solo dentro del país sino también a nivel internacional donde vinieron profesionales del ámbito de la salud para poder conocer el programa y llevar la idea a sus respectivos países”⁵. Su institucionalización comenzó en el 1993 con las doctoras Natalie Charpak y Zita Figueroa y en dicho año se creó el Programa Madre Canguro.

⁵ CARRION, Diana; ESLAVA, Daniel y SALAZAR, Edy. Adaptación Ambulatoria De Madres Canguro, IPS IV Nivel De Atención En Salud, Bogotá D.C., 2º Semestre, 2008. Pontificia Bolivariana Universidad, 2008. p. 45.

Con la colaboración de un grupo de profesionales de la salud reunidos en la Fundación Canguro y la Unidad de Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana se adopta este método en la Clínica del Niño del Instituto del Seguro Social de Colombia. “Se escribieron nuevas pautas de manejo con el fin de disminuir la morbimortalidad que había en el programa original y mejorar el aspecto nutricional. La Fundación Canguro tuvo el apoyo de la ONG Suiza WorldLaboratory y la francesa Enfance et Developpement (Unión Europea) para propagar la técnica (difundir)”⁶.

2.1.2 Aplicación de la Técnica Canguro

2.1.2.1 Técnica canguro como alternativa de “engorde”: la cual según Correa⁷, permite la utilización de los recursos existentes y promueve el vínculo madre – hijo, la cual está dirigida a los países en desarrollo con recursos humanos y técnicos insuficientes para garantizar un adecuado manejo de los RNP y RNBP.

2.1.2.2 Técnica canguro implementada donde no hay alternativas: la madre es utilizada como incubadora y proporciona su alimentación, puede ayudar a salvar la vida de algunos niños.

2.1.2.3 Técnica canguro en países desarrollados: esta técnica “se concibe como intrahospitalaria y permite humanización de la neonatología con un acercamiento precoz entre la madre y su hijo una vez éste haya superado los problemas iniciales de adaptación extrauterina”⁸.

⁶ CORREA V. José A, GÓMEZ R Juan F. y POSADA R. Ricardo. Generalidades y Neonatología Medellín: corporación para investigaciones biológicas, 2006 .tomo I 3° EDICION pág. 447,448.

⁷ Ibíd., p. 450.

⁸ Ibíd., p. 450.

2.1.3 Beneficios del programa

2.1.3.1 Para el niño: reduce el riesgo de infecciones, disminuye la frecuencia de apneas, aumenta la PaO₂, regula la frecuencia cardiaca y respiratoria, aumenta la duración de la fase profunda del sueño, disminuye el llanto, mejora la ganancia de peso, mantiene estable la temperatura, favorece el binomio madre – hijo, promueve un contacto físico gratificante, beneficia la lactancia materna.

2.1.3.2 Para la madre: facilita la lactancia materna, disminuye el temor, ansiedad y abandono, encuentra significado como madre, domina el cuidado del niño, mejora la autoimagen como protectora.

2.1.3.3 Para el padre: promueve la participación activa en el cuidado, desarrolla un mejor sentido de protección, mejora la autoimagen como padre.

2.1.3.4 Para las instituciones: disminuye costos de atención, facilita el alta hospitalaria precoz, disminuye el índice de infecciones intrahospitalaria, ofrece un mayor cubrimiento, racionaliza el recurso humano y técnico disponible, disminuye el hacinamiento

2.1.4 Bases del programa

Las bases fundamentales de este programa son: Amor, calor, leche materna y posición vertical.

2.1.5 Programa Madre Canguro Ambulatorio

Cuando el recién nacido prematuro o de bajo peso salga del control de alto riesgo, es decir haya alcanzado la etapa de marcha independiente deberá tener un control estricto en la consulta de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.

2.1.6 Adaptación de la madre canguro

Es el periodo en el cual la madre canguro aprende, interioriza y se hace consiente de modificar su vida cotidiana con el fin de poder cuidar a su bebe prematuro. El cual tiene dos etapas: “en la primera su hijo continúa en la Unidad de Neonatología, la madre se adapta al hospital y ella es dada de alta. En la segunda etapa la madre tiene a su hijo con ella en el hogar, por lo tanto debe realizar modificaciones en su roles (esposa, madre y cuidadora del hogar)”⁹. Y determinar el tiempo en cada desempeño.

2.1.7 Adaptación canguro ambulatorio

El objetivo para el crecimiento es conseguir una nutrición adecuada y exitosa, principalmente con leche materna, independiente del peso, de la edad gestacional o de la duración de la hospitalización para lograr un aumento de peso de 15 g/kg/día (mínimo 20 gr día) hasta que el niño cumpla su término (40 semanas) y seguir un aumento de peso de 7 – 11 g/kg/día. La talla debe aumentar 0,7 cm por semana y el perímetro cefálico alrededor de 1,1 cm por semana en los primeros dos meses.

Los indicadores de calidad del programa para cuando los niños cumplen 40 semanas de edad gestacional son:

- Deserción <- 10 – 15%
- Mortalidad < 2%
- Necesidad de nueva hospitalización < 15%
- Peso promedio > 2.500 g
- Talla promedio > 48cm
- Perímetro cefálico promedio >35 cm

⁹ CORREA V. José A, GÓMEZ R Juan F. y POSADA R. Ricardo. Generalidades y Neonatología Medellín: corporación para investigaciones biológicas, 2006 .tomo I 3° EDICION pág. 447,448.

La meta en el desarrollo es lograr que el prematuro al corregir su edad alcance su madurez neuropsicomotora y esté a la par de un niño nacido a término sin riesgos, a los dos y medio años de vida.

2.1.8 Criterios de elegibilidad del neonato canguro para el ingreso al manejo ambulatorio

Dentro de los criterios de elegibilidad se encuentran: haber tenido adaptación canguro intrahospitalaria exitosa con adecuada coordinación, succión, deglución, respiración, tener un aumento de peso durante la hospitalización, respetando la pérdida fisiológica de peso, no tener ninguna patología.

2.1.9 Objetivos de la consulta ambulatoria

Esta consulta es grupal para permitir el intercambio de experiencias. Aquí se realiza la adaptación canguro ambulatoria y la educación de la familia por parte del equipo multidisciplinario. Teniendo como objetivos los siguientes: consolidar la adaptación canguro en el manejo ambulatorio, monitorear el crecimiento somático, detectar a tiempo cualquier alteración existente, promover la lactancia materna, monitorear el desarrollo neuropsicomotor, resolver dudas o problemas que se presentan a la madre o a la familia en el manejo ambulatorio del neonato canguro, incentivar la responsabilidad de las madres y las familia de los cuidados ambulatorios del neonato, desarrollar en la familia el sentimiento de autoestima, confianza y competencia para sacar adelante su neonato.

2.1.10 Actividades de la consulta ambulatoria

- Examinar en una colchoneta anti - reflujo y en poco tiempo para evitar que pierda calor cuando el recién nacido sigue en posición canguro.
- Monitorear diariamente el crecimiento en peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico, utilizando las curvas de Lubchenco antes de 40 semanas de edad postconcepcional y las adaptadas a la población. Cuando se logra una ganancia de peso de 15 g/kg/día, talla 0.7

cm/kg/semana y PC 0,5 cm semanal, el monitoreo se hará cada semana hasta el término.

- Realizar un examen físico completo incluyendo la revisión de caderas.
- Solicitar al neonato una ecografía cerebral transfontanelar si no la tiene.
- Detectar alteraciones que puedan necesitar una consulta especializada (displasia de cadera, hernias inguinales, entre otras).
- Remitir a oftalmología entre la 4a y 6a semana de vida si el neonato recibió O₂, tiene < 34 semanas y/o < 1.500 g.
- Remitir a optometría (trastornos de refracción más frecuentes en los prematuros) y valoración auditiva por especialista (Logoiimpedanciometría) entre 2 a 6 meses.
- Realizar consejería en lactancia permanentemente, pero en especial para apoyar a la madre al regreso al trabajo para que continúe amamantando.
- Valorar el desarrollo neuropsicomotor según las fechas previstas (40 semanas, 3, 6, 9 y 12 meses de edad corregida), remitir a terapia física, ocupacional y del lenguaje para su evaluación y tratamiento si lo requiere.
- Prescribir Polivitamínico que supla las necesidades del prematuro/Bajo Peso al Nacer: 800 UI/día de Vitamina D, 2.000 UI/día de Vitamina A, 25 UI/día de Vitamina E, 1 mg de Vitamina K/semanal, hasta que el neonato cumpla el término.

- En neonato con peso menor de 1.500 gr., o con factores de riesgo adicionar Vitamina D hasta 2.000 UI/día y 500 mg de calcio para prevenir la osteopenia del prematuro.
- Teofilina si el neonato es menor de 34 semanas al momento de entrar en el programa canguro o si la venía recibiendo. (Se sugiere Teolixir 1 – 2 mg/Kg tres veces por día).
- Procinéticos hasta los 6 meses de vida.
- Sulfato ferroso a partir del mes de vida 1 mg/Kg /día.
- Aplicar BCG antes de los tres meses de edad postnatal según el peso y el resto de inmunizaciones de acuerdo a esquema único de vacunación establecido por el Ministerio de Salud.

Si hay duda sobre el manejo del neonato canguro en casa, debe citarse todos los días a control. En lo posible se deben resolver las dudas ya sea telefónicamente o en la misma institución prestadora de servicios de salud

2.1.11 Cuidados ambulatorios

2.1.11.1 Vestido: el RN solo debe usar gorro, medias y pañal de tela. Los pañales desechables son más incómodos y favorecen la dermatitis perineal por la retención de humedad y la producción de calor e impide la detección rápida de las evacuaciones intestinales o vesicales. La madre utiliza una camisa amplia abierta a la mitad e introduce los bordes en el pantalón o falda, con el fin de que el bebé no se salga. También puede sostenerlo con una tela o faja de lycra o de algodón para permitir mayor seguridad, libertad de movimientos y menor interferencia con las actividades diarias.

Sin embargo, al niño se “debe vestir ligeramente, tratando de mantenerlo contacto piel a piel, nunca fajarlo. Se recomienda utilizar una camiseta sin manga abierta de frente, gorro según el clima y patines y teniendo en cuenta su sistema inmunitario, nunca se debe estar en contacto con personas enfermas”¹⁰.

2.1.11.2 Posición: debe estar las 24 horas del día en contacto directo piel a piel, posición vertical con la cabeza más alta que su cuerpo y extendida con la mejilla recostada sobre un lado, los brazos sobre los senos y las caderas en flexión y abducción (posición de rana), entre los senos de su madre o el pecho de su padre o cualquiera persona que esté en condiciones de ayudar. “Nunca se pondrá al bebé en posición horizontal. Las manipulaciones se deben reducir al mínimo, para alimentarlo, cambiarlo o realizar cualquier otra maniobra; la cabeza debe permanecer por encima del cuerpo. La persona que duerma con el bebe hacerlo semisentada, cómoda y mantenerlo en posición vertical”¹¹.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer. [En línea]. [Consultado 11 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/13Atencion%20del%20Bajo%20peso.pdf>

¹¹ *Ibíd.*, p. 18.

Se recomienda esta posición fisiológica hasta la edad de la bipedestación (9 a 12 meses de vida), “favorece el desarrollo de la cadera, en especial aquellos con factores de riesgo para displasia madurativa de la cadera. La persona encargada de llevarlo requiere permanecer en sus horas de descanso dormir en posición semisentada”¹².

Se ha establecido que “el bebé determina el tiempo que permanece en canguro, él abandona espontáneamente la posición cuando regula la temperatura entre 36 a 37 semanas de edad postconcepcional, según el grado de calor y humedad del lugar”¹³.

2.1.11.3 Nutrición: se debe alimentar con frecuencia y a intervalos regulares. No pueden pasar 2 horas sin comer, por lo tanto se debe despertar. Se debe privilegiar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años, solo en caso de crecimiento inadecuado en peso y talla y verificar que está consumiendo la leche final y brindar consejería en lactancia a la madre.

Solo bajo prescripción médica se podrá formular un fortificante de leche materna o leche especial para prematuro como complemento. La ración diaria de complemento se calcula sobre la base de 180 a 200 cc/kg/día, se administrara el 30% para iniciar repartido en las 24 horas y se suministra con vaso o gotero para no interferir en la lactancia materna. Una vez obtenido un crecimiento adecuado con el complemento se disminuye progresivamente la cantidad prescrita hasta llegar a la consulta de 40 semanas postconcepcional con leche materna exclusiva¹⁴.

2.1.11.4 Actividades diarias: debe retirarse de la posición canguro por cortos periodos de tiempo y únicamente para cambio de pañal o lactancia materna. Cabe resaltar que si la persona está sola lo retirará mientras que

¹² CORREA, Op. cit., p. 51.

¹³ MINISTERIO DE SALUD, Op. cit., p. 18.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD. Op. cit., p. 18.

necesite realizar alguna necesidad fisiológica y aseo personal. Durante este tiempo evitará la posición horizontal y le colocará sobre una almohada para que la cabeza quede más alta que el tronco y le envuelve con una cobija para evitar que pierda temperatura.

2.1.11.5 Duración: “la duración de la posición está determinada por el mismo niño, pues muestra su inconformidad e incomodidad, manotea, patalea, llora y se estira. Esto ocurre cuando se acerca a la fecha de término de 40 semanas de edad gestacional y logra un peso alrededor de 2000 g. este periodo es inferior a 3 meses, lo que permite a las madres trabajadoras en licencia de maternidad participar activamente en el programa”¹⁵.

2.1.11.6 Apoyo a las familias: durante la consulta colectiva se hace promoción y prevención de la salud: en lo referente a la importancia de las vacunas, prevención de IRA y EDA, prevención de accidentes, importancia de la alimentación materna, importancia de la estimulación, desarrollo del niño, alimentación complementaria y su diversificación, planificación familiar, etc.

2.1.11.7 Identificación de los signos de alarma del RN

Fiebre: es considerada como la elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C, la cual en la mayoría de los casos representa como consecuencia de una infección. Es importante saber que los recién nacidos tienen defensas débiles por lo que no focalizan las infecciones de modo que por ejemplo una infección urinaria se va a diseminar por todo el organismo con rapidez originando lo que se conoce como sepsis. Por ello, un recién nacido con fiebre generalmente requiere internamiento y manejo con antibióticos intravenosos.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 451.

Además, se sostiene que debe tomarse en cuenta que algunos bebés demasiado abrigados pueden exceder esta cifra (nunca más de 38.5°C) y al momento de destaparlos la temperatura baja. Como regla general, si usted siente el cuerpo y las manos muy calientes, hay que verificar después de haber destapado al bebé por lo menos 10 minutos ya que en la fiebre el cuerpo suele estar caliente y las extremidades frías.

Llanto inconsolable: si bien es cierto, todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, incomodidad (pañal mojado) o dolor; ningún RN llora por capricho o por estar acostumbrado a los brazos. Cualquier bebé que llora más de 1 hora y se comprueba que no es por hambre, frío, calor o pañal mojado, debe ser revisado.

Dificultad respiratoria: aunque la respiración difícil puede ser síntoma de algo transitorio o de algo que pone en riesgo la vida; ante la duda, debe revisarse por un pediatra antes de que se convierta en algo más grave. La cual se identifica casi siempre se presenta es respiración rápida, esto es más de 70 respiraciones por minuto y a veces puede ser el único signo; en muchos casos también hay aleteo nasal (las narinas se abren y se cierran), tiraje intercostal (se le hunde la piel entre las costillas), disociación toraco - abdominal (se le “hunde” el abdomen) retracción xifoidea (se le hunde por debajo del tórax) y quejido (se queja con cada respiración) siendo este último signo de los que representan más gravedad.

Vómitos: el vómito persistente puede ser síntoma de reflujo o de un problema serio en el intestino, el cual debe diferenciarse de la regurgitación ya que esta última es cuando sale un poco de leche por la comisura labial y es normal en todos los casos; el vómito en cambio es la expulsión de leche en volumen considerable y en el que el bebé hace fuerza para ello y generalmente es precedido por náusea.

Diarrea: esta se distingue por evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia. Es importante recordar que los bebés alimentados con seno materno suelen tener evacuaciones aguadas (no líquidas) y pueden evacuar con cada toma de leche.

Deposiciones con sangre: esta condición puede significar una infección intestinal que, en consecuencia se puede diseminar rápidamente y convertirse en algo grave.

No orina: cuando un bebé no orina por más de 12 horas puede tener algún problema importante ya sea por deshidratación o por afección del riñón.

No evacua: si un bebé que no evacua por más de 24 horas es necesario revisarse y dar algún manejo por estreñimiento.

Hipotermia

Sumado a estos, se encuentran los establecidos por Pérez¹⁶ y otros, sobre los signos de alarma, donde es necesario observar al recién nacido si está reactivo: tónico (normal), si está hipotónico o hipertónico, si su llanto es débil, si tiene edemas, tiene cambios llamativos de peso, hay presencia de ictericia, cianosis, palidez, reticulado marmóreo (piel moteada), si hay convulsiones o si se encuentra deprimido.

¹⁶ FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN. Cátedra de Medicina Infante – Juvenil. [En línea]. [11 septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Pediatria/Archivos/MODULO_NEONATOLOGIA_06.pdf

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Desde el la implementación del Método Madre Canguro en el año 1979 en Colombia, diversos autores has escrito sobre el mismo, los cuales aparte de enfocarse en los beneficios que trae consigo dicho programa hacen énfasis en la participación de las familias en el cuidado ambulatorio de este grupo de niños.

En 1999 en México, Garzón, Ramírez y Echeverría¹⁷, en su publicación: “experiencias con la técnica madre canguro en un hospital de segundo nivel de atención”, describen como ha sido la implementación de éste, en donde se establece que desde 1960 se ha contemplado la necesidad de brindar cuidados domiciliarios a los niños prematuros, basando el manejo ambulatorio en el desempeño del niño, más que en el peso. Dicho manejo fue denominado Programa Madre Canguro, “por la similitud con la que la canguro carga a su cría después de nacer y la forma propuesta de que las madres carguen a sus hijos después de ser dados de alta”¹⁸.

El estudio de seguimiento de los 210 recién nacidos que ingresaron al proyecto Madre Canguro, entre marzo de 1989 y febrero de 1995, incluían 150 neonatos prematuros y de término con peso bajo nacidos en el hospital y 60 que nacieron por fuera de la institución, excluyendo a los que presentaban algún tipo de alteración sea metabólicas, neurológicas o respiratorias, malformaciones congénitas o con inestabilidad térmica.

¹⁷ GARZÓN, SE; LÁZARO, JR y ECHEVARRÍA, A. Experiencias con la técnica madre canguro en un hospital de segundo nivel de atención. En: REV MEX PEDIATR. vol. 5, no. 66, p. 193-196

¹⁸ Whitelaw A. Kangaroo Baby Care: Just a nice experience or an important advance for preterm infants? Citado por GARZÓN, SE; LÁZARO, JR y ECHEVARRÍA, A. Experiencias con la técnica madre canguro en un hospital de segundo nivel de atención. En: REV MEX PEDIATR. vol. 5, no. 66, p. 193-196

Además, se logró incluir a las madres que estuvieran aptas física y mentalmente y que no sufrieran de ninguna enfermedad infectocontagiosa, dispuestas a dar lactancia materna exclusiva, utilizar en forma continua la posición canguro, realizar estimulación temprana al niño (auditiva, visual, táctil y postural), vigilar y registrar las condiciones generales del niño (temperatura, respiración, aparición de ictericia, rechazo al alimento) y que se comprometieran a cumplir con control periódico de su hijo. Estas madres expresan que este método: facilita la lactancia materna, se adquiere más destreza para el cuidado de los niños, reivindicación de la maternidad, mayor unión y compromiso del núcleo familiar y algo importante no necesita personal especializado ni equipo complejo. Incrementando así el vínculo afectivo en la familia y no sólo en el binomio madre-hijo, proporcionando así mayor seguridad al neonato.

Teniendo en cuenta lo manifestado por Arestegui¹⁹, sobre “El Método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI)” en Perú en el año 2002, hace referencia a que en dicho centro le es facilitada la participación directa de la madre en la estimulación de su hijo de riesgo, permitiéndosele una estancia hospitalaria necesaria.

Por lo que fue creado el sistema de madre acompañante, debido a que en el momento que el prematuro más necesitaba a su madre ella ya no se encontraba hospitalizada, conduciendo a una deprivación afectiva, entre ella y su hijo, partiendo de esto se vio la necesidad que la madre debía permanecer y salir de alta junto con su hijo, por lo cual, los beneficios tanto para ella como para su hijo son muy importantes disminuyendo la morbimortalidad del prematuro.

Y al permitirles a los padres el ingreso a la UCI y con el inicio del Programa Madre Canguro, su participación fue mucho mayor, pues desean estar más

¹⁹ ARÉSTEGUI, Raúl Urgino. El Método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé”. En: PAEDIATRICA. Vol. 4, no. 3, p. 41-46.

cerca de sus hijos de riesgo, en especial del prematuro; hay mayor incidencia de lactancia materna exclusiva, aumento de la destreza materna, se elimina el abandono de los niños, se incrementa la solidaridad entre las madres, es más rápida la recuperación de estos niños y hay disminución de las secuelas neurológicas muy comunes en los prematuros²⁰.

Teniendo como aspecto importante que el amor estimula afectivamente al niño, a través el tacto, la voz, el arrullo y el latido cardíaco de los padres, lo cual favorece a que el prematuro desarrolle comportamientos que lo estimulan sensorialmente lo cual son la base para la interacción psicoafectiva.

Por tanto, el desarrollo cognitivo y la comunicación posterior; además el afecto que la familia sienta hacia el prematuro o recién nacido de bajo peso al nacer, se traduce en la aceptación de las nuevas responsabilidades y compromisos que implica tener un niño en esas condiciones, que influyen directamente en la estructura familiar positiva o negativamente debido la repercusión que tiene frente al rol que cumple cada miembro del hogar.

Igualmente, Castiblanco y Muñoz²¹, determinan en 2011 que para un grupo de madres de recién nacidos prematuros que asistieron a control al Programa Madre Canguro Integral, del Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, entre noviembre de 2007 y mayo de 2008, clasifican el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar como cuidado básico, esencial, especial y extremo.

En donde el básico para las madre enmarca actividades que ella no puede dejar de hacer cuando cuida al prematuro en el hogar, manifestaban: “Pues

²⁰ *Ibíd.*, p. 46.

²¹ CASTIBLANCO. López, Nubia y MUÑOZ De Rodríguez, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. En: AVANCES EN ENFERMERÍA. vol. 29, no. 1, p. 120-129

cuidado básico es tenerlo en mi pecho, consentirlo, hacerle masaje con aceite, estar pendiente de la comida cada hora, cada hora y media”²².

En cuanto al esencial, este se diferencia del básico por la higiene. Las madres son conscientes que el prematuro no puede ser vacunado por su peso y que tiene las defensas bajas, como testimonio: “Yo tengo que estar con toda la limpieza del caso, bañándome las manos, bañándome los senos y pues teniéndolo limpio”²³.

En cuanto al especial manifestaron: “encierra actividades que son exclusivas para cuidar un recién nacido con condición de ser prematuro, pequeño y frágil. Un testimonio fue: Teniéndola todo el día conmigo, 24 horas pegadita, dándole pecho, dándole su comida cada dos horas y los medicamentos, el masaje con el aceite todos los días, pues eso son los cuidados especiales”²⁴.

Finalmente el extremo donde la madre debe cuidar el bebé meticulosamente dejando de hacer muchas actividades de la vida cotidiana; se ve marcado más en los niños que requieren oxígeno domiciliario; es caracterizado por mantener al niño en el pecho para que esté calientico, estar pendiente del oxígeno y llevar el bebé a control todos los días, obteniendo como testimonio: “se le está cargando a toda hora agacharse despacio o estarse acostado, más cuando se tiene oxígeno, un bebe pretérmino sí que es un cuidado extremo”²⁵.

2.3 MARCO LEGAL

²² *Ibíd.*, p. 124.

²³ *Ibíd.*, p. 124.

²⁴ *Ibíd.*, p. 124.

²⁵ *Ibíd.*, p. 124.

Uno de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio, promulgado por las Naciones Unidas, es reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, estos índices de mortalidad infantil se está reduciendo aunque no lo suficientemente rápido para lograr este objetivo. Por ello, el Programa Madre Canguro puede ser utilizado como una herramienta que colabore con este objetivo, pero su difusión es lenta y se enfrenta a muchos retos, uno de éstos es superar su descrédito cuando se practica de manera superficial por los equipos de atención de salud que no están suficientemente capacitados.

Por otro lado, además de la falta de un seguimiento riguroso de la actuación y las normas de calidad de la práctica de éste, existe la percepción errónea de que sea es la “alternativa para los pobres”. Por esto, se hace necesario cambiar este paradigma erróneo y considerar el Método Madre Canguro - MMC como un complemento de atención al recién nacido tecnológicamente adecuada, lo que mejora la calidad de vida de los bebés prematuros y sus familias. Además, cuando los recursos designados para proporcionar cuidados del recién nacido son mínimos, se convierte en una estrategia de emergencia, que puede aliviar la suerte de estos recién nacidos frágiles, mientras que el desarrollo de las comunidades y países subdesarrollados, logran el acceso a la asistencia tecnológica adecuada.

La Constitución Política de 1991, en su art. 44 establece que “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado, el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión”²⁶.

²⁶ COLOMBIA. Constitución Política. Constitución política de Colombia. En: BOGOTÁ, COLOMBIA: LEYER.

Por su parte, la Ley 50 de 1990²⁷, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para el Régimen Laboral Colombiano en su Capítulo V para la Protección a la Maternidad y Protección de Menores establece en su artículo 33 la Protección a la maternidad, la cual gozará de la protección especial del Estado y en el determina la prohibición de despedir de la siguiente forma: ninguna trabajadora puede ser despedida por motivo de embarazo o lactancia. se presume que el despido se ha efectuado por motivo de embarazo o lactancia, cuando ha tenido lugar dentro del período de embarazo o dentro de los tres meses posteriores al parto, y sin autorización de las autoridades, la trabajadora despedida sin autorización de la autoridad tiene derecho al pago de una indemnización equivalente a los salarios de sesenta (60) días, fuera de las indemnizaciones y prestaciones a que hubiera lugar de acuerdo con el contrato de trabajo y, además, al pago de las doce (12) semanas de descanso remunerado.

Por su parte, la Resolución 7353 del 8 de septiembre de 1992 del Ministerio de Salud, en el artículo 3 determina “que se debe disponer por escrito de una política a favor de la salud materna e infantil con enfoque de derechos y criterios de calidad que incluya el fomento de la lactancia materna”²⁸.

²⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 50 (28, diciembre, 1990). Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. BOGOTÁ, D.C., no. 39.618. p. 10

²⁸ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 7353 de 1992. [En línea]. [Consultado el 23 de abril de 2015]. Disponible en: http://encolombia.com/libreria-digital/salud/lactancia-materna/lactancia_legislacion38/.pdf

El Ministerio de salud mediante la Resolución 0412 del 2000, en su guía de atención del bajo peso al nacer²⁹, define el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante las cuales se asegura un manejo adecuado de las condiciones biopsicosociales de los neonatos cuyo peso al nacer sea inferior a 2500 grm., independiente de la edad gestacional, o que nazcan antes de 37 semanas de edad postconcepcional, así su desarrollo intrauterino haya sido normal.

Además establece que, el Método Madre Canguro propuesto en esta guía no reemplaza el cuidado intensivo humanizado, ni el abordaje clínico inicial del recién nacido de Bajo Peso al Nacer y/o prematuro, ni el cuidado intermedio, por el contrario los continua. Consiste en: 1) Contacto piel a piel una vez estabilizado el neonato de Bajo Peso al Nacer y/o prematuro 24 horas al día 2) Alimentación materna exclusiva siempre que sea posible y 3) Salida Precoz con estricto seguimiento ambulatorio.

Por otro lado, la Ley 1098 de 2006, por medio de la cual se promulga el Código de la Infancia y la Adolescencia, en su art. 7 establece que “se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior”³⁰.

²⁹ MINISTERIO DE SALUD. Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer. [En línea]. [Consultado 11 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/13Atencion%20del%20Bajo%20peso.pdf>

³⁰ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Código de Infancia y Adolescencia. [En línea]. [Consultado el 11 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf

De igual forma el Decreto 3039 de 2007³¹, en el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública 2012 – 2021, se definen como prioridades de salud infantil entre otras: la Promoción de la Salud y calidad de vida, la prevención de los riesgos, recuperación y superación de daños de la salud, y la Vigilancia en salud y gestión.

En concordancia con lo anterior, el Decreto 425 de febrero de 2008³², publicado por el MPS, obliga a las instituciones de salud que trabajan con niños y sus madres, a implementar y promover el MMC en su servicio.

Teniendo en cuenta la importancia de la lactancia materna se establece El Plan decenal para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna 2010-2020³³, en donde se promueve la exclusividad de la lactancia materna hasta los seis meses de vida y continuándola con alimentación complementaria hasta los dos años.

³¹ MINISTERIO DE SALUD. Decreto 3039 de 2007: Plan nacional de salud pública. [En línea]. [Consultado el 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.pDf>

³² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0425 de 2008. [En línea]. [Consultado el 23 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf>

³³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. [En línea]. [Consultado el 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>

2.4. MARCO CONCEPTUAL

2.4.1 Recién Nacido de Bajo Peso (RNBP): se define como “todo recién nacido que al nacimiento tiene un peso inferior a 2500gr”³⁴.

2.4.2 Recién Nacido Pretérmino (RNPT): es “todo recién nacido vivo con una edad gestacional menor de 37 semanas contadas a partir del primer día de la última regla”³⁵.

2.4.3 Recién Nacido Prematuro: “se denomina prematuro a aquel pretérmino, que además pesa menos de 2500gr. Y termino aquel que pesa mayor de 2500gr”³⁶.

2.4.4 Lactancia Materna a Libre Demanda: hace referencia a que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma.

2.4.5 Bebé Canguro: es todo “bebé que nace antes de la semana 37 de gestación, tiene un peso igual o menor de 2500gr., y requiere un ambiente especial semejante al intrauterino para lograr llegar a ser un recién nacido a término. Para tal efecto necesita unos cuidados especiales, los cuales inicialmente son brindados por una incubadora y posteriormente por la madre canguro”³⁷.

³⁴ AGUILERA OLMOS, Ramón y TOSCA SEGURA, Ricardo. Grandes Prematuros: Análisis y Experiencias En Castellón. España: Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions, 2009.

³⁵ MOLINA, María y ACEDO, R. Recién Nacido Pretérmino y De Bajo Peso. En: [Anónimo] Manual Del Residente En Pediatría y Sus Áreas Específicas, vol. 1 ed. Madrid: Ediciones Norma, 1997. 126 p. ISBN 84-74770755

³⁶ *Ibíd.*, p. 126.

³⁷ *Ibíd.*, p.35.

2.4.6 Madre canguro: es toda “persona encargada de cuidar al bebé canguro durante las 24 horas del día, la cual supe las necesidades fisiológicas, afectivas y de desarrollo, orientadas a la termorregulación mediante el contacto piel a piel, madre-hijo; alimentación y nutrición a través de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda; prevención de complicaciones”³⁸.

2.4.7 Método Madre Canguro: definido como “el contacto piel con piel entre la madre y el niño prematuro de la forma más precoz, continua y prolongada posible con lactancia materna, para que ambos se beneficien de sus ventajas”³⁹.

2.4.8 Posición canguro: es una posición estrictamente vertical y boca abajo (decúbito prono), sobre el pecho desnudo de la madre, “Se debe colocar al bebé entre los pechos de la madre, en posición vertical, de modo que el pecho de aquél quede en contacto con el de la madre”⁴⁰.

2.4.9 Cangrear: “es una palabra muy propia en el lenguaje cotidiano de las madres que cuidan recién nacidos prematuros; ellas la usan como un verbo y significa contacto piel a piel y transmitir amor; es colocar el bebé pecho con pecho todo el tiempo, vestido con camiseta esqueleto, pañal, patines y gorro; solo se puede sacar del pecho para cambiarle el pañal y es una forma de cuidar un bebé prematuro”⁴¹.

³⁸ CARRION, Diana; ESLAVA, Daniel Y SALAZAR, Edy. Adaptación Ambulatoria De Madres Canguro, IPS IV Nivel De Atención En Salud, Bogotá D.C., 2° Semestre, 2008. BOGOTÁ. PONTIFICIA BOLIVARIANA UNIVERSIDAD, 2008. p.35, 36, 37.

³⁹ PAPI, A. Gómez; ALONSO, CR Pallás y MALDONADO, J. Aguayo. El método de la madre canguro. En: ACTA PEDIATR ESP. vol. 65, no. 6, p. 286-291

⁴⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Método Madre Canguro Guía Práctica. [Print (0)]. Ginebra. [Consultado el 4 de marzo 2015]. Disponible en:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf>

⁴¹ CASTIBLANCO. López, Nubia y MUÑOZ De Rodríguez, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. En: AVANCES EN ENFERMERÍA. vol. 29, no. 1, p. 120-129

3 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo cualitativo, donde se pretende capacitar a los cuidadores, dado a que este abordaje facilita la incorporación de los significados, conocimientos, motivos, inspiraciones, creencias, valores y actitudes, como fenómenos humanos que hacen parte de la realidad social de los participantes. Por el tipo de estudio realizado, la descripción del proceso de participación de la familia en el cuidado ambulatorio del RNP y RNBPN será descrito por las familias teniendo en cuenta conocer desde su perspectiva como perciben, sienten y realizan este proceso de cuidado. Por lo tanto la descripción de la participación para cada una de las familias es un componente cualitativo que facilita identificar una realidad sentida, de igual forma sus aportes beneficiaran al programa e institución donde se llevara cabo, por tanto esta información es valiosa para fortalecer la calidad de la atención para esta población como lo son: los bebe canguros, las madres, la pareja y /o familia canguro.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

El Programa Madre Canguro de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería se consideró un lugar donde se puede obtener información relevante que contribuya a cumplir con los propósitos del estudio.

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población objeto de estudio estuvo constituida por 10 familias asistentes al Programa Madre Canguro de la E.S.E hospital San Jerónimo de Montería, solo se tomó este grupo debido a las características cualitativas del estudio, el tiempo de recolección de la información y criterios de inclusión .

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Como unidad de análisis se seleccionaron 10 familias pertenecientes al Programa Madre Canguro de la E.S.E Hospital San Jerónimo.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se solicitó un permiso por escrito a la gerencia de la E.S.E Hospital San Jerónimo, una vez emitido el permiso para la recolección de la información se realizó una reunión con el equipo de salud encargado del proceso.

La información se recolectó mediante una visita domiciliaria donde se aplicaron como instrumentos una entrevista y una lista de chequeo, lo que permitió determinar la participación de la familia en el cuidado del prematuro; previo consentimiento informado a cada uno de los participantes, teniendo en cuenta las consideraciones éticas establecidas por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Durante la presentación de los análisis de cada categoría, los nombres de los entrevistados fueron cambiados por nombres de dibujos animados para garantizar su anonimato.

La recolección se realizó en tres en 3 momentos de interacción con la familia de la siguiente forma:

3.5.1 Primer momento: se llevó a cabo en las instalaciones del Programa Madre Canguro de la institución objeto de estudio, en donde se seleccionaron las familias por medio de las historias clínicas y posteriormente se realizaron llamadas telefónicas a las que cumplían con los criterios de inclusión en donde se estableció de acuerdo a la disponibilidad de las mismas la realización de la visita domiciliaria.

3.5.2 Segundo momento: se realizó la visita domiciliaria en donde se diligenció la entrevista, lista de chequeos y toma de testimonios por medio de audios, a los miembros de la familia a través de un instrumento que contiene una serie de interrogantes sobre la participación de la familia en el cuidado ambulatorio de estos niños.

3.5.3.Tercer momento: finalmente se estableció un encuentro con las 10 familias seleccionadas en las instalaciones del Programa del Hospital objeto de estudio, en donde se logró integrar e intercambiar experiencias vividas durante el proceso de cuidado ambulatorio del prematuro, con el fin de aprovechar las vivencias de cada una de ellas, además se brindó educación sobre los signos de alarma, lactancia materna y manejo del termómetro .

3.6 PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto con el 10% de la población equivalente a 1 familia, esta prueba permitió tener una experiencia previa en el uso del instrumento, hacer ajustes al marco de diseño y al marco de referencia.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Familias de bebés canguros sin alteración neurológica, residentes o no en la ciudad de Montería, con aceptación voluntaria de pertenecer al estudio, con o sin experiencia de ser familias canguro y bebés canguro menor de 3 meses de edad.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se clasificaron las expresiones similares de las personas encuestadas según los instrumentos utilizados para una selección de categorías comunes las cuales llevaron a un patrón de similitudes en las respuestas de los familiares.

Los resultados fueron presentados a las familias con el fin de mostrarle como llevan a cabo el cuidado del RN y en la institución se dejará documentado los resultados de la investigación.

3.9. ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos de beneficencia y autonomía de las familias canguro y responsabilidad por parte del grupo de investigadores.

La beneficencia hace referencia a hacer el bien a las familias participantes en el Programa Canguro, en donde éstas tendrán la oportunidad de resolver dudas sobre el cuidado de su bebe canguro y fortalecer sus conocimientos y habilidades sobre el mismo, dichas familias serán utilizadas como sujeto moral, las cuales tienen derechos, por lo que la investigación estará encaminada a favor de su beneficio y aceptando los límites permitidos por ellas.

El principio ético de autonomía, estará determinado por cada una de ellas en el momento en que acepten libremente participar en la investigación una vez informado todos los aspectos del estudio y firma del consentimiento informado.

Por su parte, la responsabilidad que enmarca llevar a cabo un proyecto de investigación con seres humanos, en donde juega un papel fundamental sus derechos, creencias, cultura, valores, además el manejo de la información y el compromiso tanto con la institución como con las familias, es para los investigadores un elemento de gran importancia y se constituye como el pilar de todo el proceso.

En este sentido se tuvo en cuenta lo descrito en el Artículo 5 del Capítulo I de la Resolución 8430 de 1993 que dice: “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”⁴², igualmente con lo establecido en el artículo 6 del mismo capítulo “contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución”⁴³.

En cuanto a la dignidad de los participantes, ésta será respetada en cuanto al manejo de la confidencialidad de la información que solo será manejada por las investigadoras, bajo el profesionalismo respetando los derechos humanos.

Conforme a lo anterior, la Ley 911 del 2004 en su artículo 29 del capítulo IV establece que: “en los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integralidad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales”⁴⁴.

⁴² COLOMBIA. Resolución N° 008430 de 1993. [En línea]. [17 de Abril de 2015]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_84_30_1993 - Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_84_30_1993_-_Salud.pdf)

⁴³ *Ibíd.*, p. 1-2.

⁴⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 911. (5, octubre, 2004) Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004. no. 45.693.p. 6.

La institución objeto de estudio estará informada sobre la investigación, el comité de currículo evaluará el contenido del anteproyecto se realizarán cambios necesarios y se procederá a la obtención de la información.

3.10 DESARROLLO DE PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto con el 10% de la población, en donde la selección es adecuada, apropiada e indicada de acuerdo a la disponibilidad de la muestra y sus características, no es necesario cambiar conceptos ya que los empleados (entrevista y lista de chequeos) en este estudio se consideran apropiados para la población en estudio, además se considera que por medio de los instrumentos a utilizar se obtendrá a información pertinente y oportuna.

3.11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La mayoría de los niños inscritos en el Programa tienen edades superiores a 5 meses lo cual dificulta la aplicación de los instrumentos, debido a que a mayor edad y peso los niños no toleran la posición canguro.

Teniendo en cuenta las características de la población que actualmente se encuentra inscrita en el Programa Madre Canguro como lo son la edad y la fecha de próximas citas de seguimiento en el programa, se hizo necesario realizar ajustes en el proceso de recolección de la información, puesto que esta no fue realizada partiendo desde el primer momento como se había propuesto inicialmente si no que se escogieron directamente las familias desde los registros manejados por el programa, y luego se realizaron llamadas telefónicas a las familias seleccionadas según los criterios de inclusión en donde se estableció la visita domiciliaria para llevar a cabo lo planeado para el primer y segundo momento correspondiente a la selección de las familias, explicación del proyecto, socialización y firma del

consentimiento informado, desarrollo de la entrevista, aplicación de la lista de chequeo y toma de testimonios.

Además, se encontraron falencias dentro de la base de datos del Programa como: números de teléfonos, direcciones, así mismo en el desarrollo de la investigación se evidencia que no todos los bebés cuentan con carnet y en algunos el diligenciamiento es incorrecto (falta de información).

4. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta el orden de los objetivos, en lo referente a los beneficios que brinda el Programa Madre Canguro al recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer, esta técnica ha sido creada para que los niños continúen el crecimiento albergados en el pecho de la madre en contacto piel a piel, donde reciben seguridad, tranquilidad y alimentación hasta que estén preparados para integrarse a su habitat natural bajo el cuidado de la madre y familia. En relación a lo manifestado por las personas encuestadas, es posible agrupar dichos beneficios en las categorías de ayuda y afecto, teniendo dentro de la primera categoría las siguientes afirmaciones: *“nos enseñan y orientan para el cuidado del bebé” por (Donny, Chilly, Lambie, Kelly, Kiara, Srportillo), “para que se recupere, mantenga su crecimiento y desarrollo y se sienta bien” manifestado por (Izzy, Cubby, Alma, Emna, Vale) y “es un control para que lo vea el pediatra por su condición de prematurez” expresado por (Felpita).* Considerando que los objetivos del programa se direccionan en consolidar la adaptación canguro en el manejo ambulatorio, monitorear el crecimiento somático, detectar a tiempo cualquier alteración existente, promover y facilitar la lactancia materna, monitorear el desarrollo neuropsicomotor, resolver dudas o problemas que se presentan a la madre o a la familia en el manejo ambulatorio del neonato canguro e incentivar su responsabilidad. Dentro de otros beneficios se encuentran la reducción del riesgo de infecciones, disminución de la frecuencia de apneas, aumento de la

PaO₂, regulación de la frecuencia cardiaca y respiratoria, aumento de la duración de la fase profunda del sueño, disminuir del llanto, mejorar la ganancia de peso, mantener estable la temperatura, favorecer el binomio madre – hijo y promover el contacto físico gratificante.

Al respecto, Donny expresa: “nos enseñan y orientan para el cuidado del bebé”, esto guarda relación con lo establecido en el referente teórico donde a la madre le ofrece el dominio en el cuidado del niño y al padre promueve la participación activa en el cuidado y desarrolla un mejor sentido de protección; por su parte Izzy manifiesta: “para que se recupere, mantenga su crecimiento y desarrollo y se sienta bien” y Felpita: “es un control para que lo vea el pediatra por su condición de prematurez”, esto se corrobora con lo sostenido por Aréstegui⁴⁵, “es más rápida la recuperación de estos niños y hay disminución de las secuelas neurológicas muy comunes en los prematuros”. Además, el amor estimula afectivamente al niño a través del tacto, la voz, el arrullo y el latido cardíaco de los padres, favoreciendo el desarrollo y la estimulación sensorial, constituyéndose en pilar fundamental para la interacción psicoafectiva; Por tanto, el desarrollo cognitivo y la comunicación posterior; además el afecto que la familia sienta hacia él, se traduce en la aceptación de las nuevas responsabilidades y compromisos que implica tener un niño en esas condiciones, que influyen directamente en la estructura familiar positiva o negativamente debido la repercusión que tiene frente al rol que cumple cada miembro del hogar. En concordancia con lo anterior, para la segunda categoría es preciso destacar que el programa busca desarrollar en la familia el sentimiento de autoestima, confianza y competencia para sacar adelante al neonato, aspecto evidenciado en lo manifestado por Hallie, quien hace referencia a los beneficios para el niño expresando: “para que se sienta tranquilo con el latido de mi corazón, para

⁴⁵ ARÉSTEGUI, Raúl Urgino. El Método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé”. En: PAEDIATRICA. Vol. 4, no. 3, p. 41-46.

protegerlo”, esto se evidencia en páginas anteriores, aportándole a la madre disminuir el temor, ansiedad y abandono, encontrar significado como madre y mejorar la autoimagen como protectora y para el padre mejorar la autoimagen como padre.

En lo concerniente al conocimiento que tiene la familia sobre el cuidado ambulatorio del RN es imprescindible que sea instruida, tenga el conocimiento fundamental y lo ponga en práctica. En consecuencia, una familia entrenada y dispuesta a participar activamente en el cuidado de los niños contribuye positivamente para su óptimo crecimiento y desarrollo, mejora la dinámica familiar, aspecto que se evidencia en lo expresado por la población objeto, en donde se puede identificar el entrenamiento que tienen sobre este tipo de cuidado, encontrándose que el 100% aprendió sobre: la posición canguro, el tiempo que debe permanecer el niño en esta posición, como debe ser el vestuario, la higiene y la importancia de la lactancia materna, excepto que no todos conocen los signos de alarma completamente. Reafirmando lo anterior, *Donny* expresa que el vestuario del niño debe ser “solo pañal”, debe estar “a lo largo del pecho”, permanecer en posición canguro “todo el tiempo que sea necesario”, limpiarse “solo con pañitos húmedos frecuentemente hasta que alcance el peso indicado”, la lactancia materna es importante porque “le ayuda en el crecimiento y desarrollo, para el sistema inmune y el calor entre madre e hijo” y los signos de alarma son “fiebre, cambio del color de la piel, vómito, dificultad para respirar, diarrea, llanto irritable”. Acorde con el contenido sobre los cuidados ambulatorios diarios del niño en lo referente al vestuario este debe ser solo con gorro, pañal y medias, debe estar las 24 horas del día en contacto directo piel a piel, en posición vertical con la cabeza más alta que su cuerpo y extendida con la mejilla recostada sobre un lado(izquierdo), promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años, sin embargo incurren en errores en la técnica de amamantamiento,

al no colocar correctamente la mano en forma de C sobre el seno, lo cual limita la salida de leche materna en forma adecuada.

Al hacer referencia a signos de alarma, estos se definen como un tipo de alteración fisiológica que se encuentre en curso dentro del organismo, por esto, es fundamental que toda la familia identifique dichos signos para poder actuar oportunamente en un determinado momento. Al respecto se encontró que el 100% de la muestra conoce el vómito, seguido de diarrea, fiebre y llanto irritable con un 71,4 %, dificultad respiratoria con un 50%, cambio del color de la piel con 35,7%, como dato relevante solo el 7,1% reconoce: ojos hundidos, hundimiento del abdomen, hipotermia y decaimiento, esto indica que si existe educación en salud al respecto, pero que la enseñanza y el aprendizaje para ellos no ha sido significativa, puesto que se debe reforzar, mejorar y evaluar constantemente a los cuidadores. Lo anterior se relaciona con lo escrito respecto a los signos de alarma: fiebre, vómito, diarrea, llanto inconsolable, dificultad respiratoria, hipotermia, deposiciones con sangre, no orina en las primeras 24 horas y no realiza deposición en las primeras 48 horas asimismo, Pérez⁴⁶ y otros, expresan que es necesario observar al recién nacido si está reactivo: tónico (normal), si está hipotónico o hipertónico, si el llanto es débil, tiene cambios llamativos de peso, hay presencia de ictericia, cianosis, palidez, reticulado marmóreo (piel moteada), si hay convulsiones o si se encuentra deprimido.

⁴⁶ FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN. Cátedra de Medicina Infante – Juvenil. [En línea]. [11 septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Pediatria/Archivos/MODULO_NEONATOLOGIA_06.pdf

En cuanto a la participación activa de la familia en el cuidado del prematuro a nivel ambulatorio, según lo planteado por Romo⁴⁷, el Programa se fundamenta en el protagonismo de la madre capaz de brindarle a su hijo calor humano, amor, lactancia materna exclusiva y garantizarle no sólo beneficios nutricionales, sino inmunológicos y afectivos. El cuidado ambulatorio del recién nacido prematuro consiste para la madre de acuerdo con lo dicho por Castiblanco⁴⁸, en “Cangurear, masajear, proteger del frío, alimentar al niño, mantener la higiene, conservar la protección del medio, dar amor, suministrar oxígeno suplementario al bebé si lo requiere y saber sobre las señales del niño”. Sin embargo, existen factores que influyen en el cuidado de éstos como por ejemplo la edad de los padres, el nivel educativo, el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, el apoyo del núcleo familiar, entre otros, en la mayoría de las veces se observa que solo la madre participa en el cuidado puesto que los padres se encuentran laborando, son madres solteras o no cuentan con el apoyo familiar.

Inicialmente el método fue visionado como una obligación solo de la madre, lo que limitaba desarrollo de otras actividades cotidianas, para ello se hizo imprescindible que toda la familia fuera orientada y capacitada sobre el mismo en busca de la consecución del objetivo que se centra en brindarle al

⁴⁷ ROMO, Fernando Fernández; VALDÉS, Ana IskraMeizoso y RODRÍGUEZ, Luis Alberto Rodríguez. Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. Implementation of “Kangaroo-Mother” care method as an alternative to conventional care infants with low birth weight. En: MEDICIEGO. vol. 18, no. 1, p. 1

⁴⁸ CASTIBLANCO. López, Nubia y MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. En: AVANCES EN ENFERMERÍA. vol. 29, no. 1, p. 120-129

neonato los cuidados necesarios en pro de su bienestar y a su vez le permitiera a ella continuar y cumplir con otro tipo de obligaciones o responsabilidades. Dicho comportamiento ha venido cambiando a lo largo de los años y actualmente la familia aunque no toda interviene en este proceso. Debido a esto, es preciso capacitar a la familia en el cuidado ambulatorio del prematuro e identificar los conocimientos que tiene y si su participación es activa. Los hallazgos demuestran que existen más de un cuidador del niño, encontrando en el 100% la figura materna encargada de la alimentación (lactancia materna), baño, cangurear y demás cuidados, en el 90% la figura paterna, apoyado en los quehaceres del hogar, cuidados del niño (Cangurear, higiene y vestido) y asistencia a los controles, esta actividad se refleja a través de lo expresado por *Emma*: “yo en la alimentación y pendiente del niño y mi esposo por la noche cuidando al niño y en tiempo libre con los oficios de la casa” ; además se identificó que solo en el 10% el padre no asiste a los controles por motivos de trabajo, contrastado con lo expresado por *Chilly*: “mi esposo no me acompaña a los controles por motivo de trabajo”.

Por otra parte, se evidencio que en el 80% existe otro miembro del hogar que participa en los cuidados, parientes como: abuelos, tíos, primos, quienes colaboran con los quehaceres del hogar, cuidar al niño mientras la madre realiza sus actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, higiene, vestirse y demás) y en algunos casos acompañamiento a los controles del programa, considerando lo manifestado por *Hallie*: “yo lo cangureo, le doy el seno darle el seno, estoy pendiente de él, mi esposo en los oficios de la casa, cangurearlo y me acompaña a los controles y mi suegra me ayuda con los oficios de la casa y con el niño cuando yo necesito hacer mis cosas”.

De igual forma fue posible identificar que solo en el 20% de las familias existe figura paterna y materna en las cuales la madre se dedica todo el

tiempo a su hijo y cuidados del hogar, mientras que el padre labora y solo en sus momentos de descanso apoya a la madre (cangurear al niño, vestuario) y en algunas actividades del hogar como cocinar, lavar platos, entre otras.

En concordancia con lo anterior, la participación de la familia en el cuidado ambulatorio de los RNP o de BPN, aunque en casos específicos se encuentre limitada por ciertos factores como los descritos anteriormente cabe señalar que existe un compromiso notorio por parte de esta, lo cual es reflejado en lo dicho por los participantes del estudio y determinado por los investigadores durante todo el proceso.

5. CONCLUSIONES

El proceso de participación de la familia para el cuidado ambulatorio del RNP y/o BPN requiere de cambios en toda la dinámica familiar y personal para que así se pueda hacer de éste, un proceso arduo y de grandes esfuerzos, una experiencia agradable y lleno de satisfacción al ver que el neonato logra superar su inmadurez y llega a ser un niño a término.

Las familias comprenden e identifican los beneficios que brinda el Programa para el RN y para sí misma, evidenciándose la aceptación, el apoyo que reciben del equipo interdisciplinario que lidera el Programa y la disposición de estas, mediante el cumplimiento de los controles y recomendaciones.

Las personas durante el proceso de cuidado han logrado adquirir conocimientos básicos, que le permiten realizar las actividades correctamente, aunque existen falencias en aspectos específicos como el reconocimiento de la mayoría de los signos de alarma, esto conlleva a la necesidad de fortalecer y retroalimentar sobre este tema cada vez que asistan al control.

Existe participación activa de la familia en el cuidado ambulatorio del neonato, en el cual cada uno desempeña un rol distinto, contribuyendo en el mantenimiento de la salud del niño durante el cumplimiento de cada una de sus funciones, la interacción familiar suple las necesidades del bebé lo que repercute positivamente en la dinámica familiar y proporciona las condiciones óptimas para el desarrollo del RN. Se encontró que en el 80% de la muestra el cuidado es realizado por más de una persona como son: padre, madre, abuelos, tíos y primos y solo en el 20% es llevado por los padres. Por lo anterior, se puede concluir que en el 80% de los casos la familia participa activamente.

6. RECOMENDACIONES

6.1 Para el Programa Madre Canguro

- Actualización periódica de las historias clínicas que permitan un seguimiento eficaz.
- Mejorar y fortalecer el diligenciamiento de los registros clínicos implementados por el Programa
- Seguir actualizando y capacitando al personal asistencial sobre nuevas guías de atención
- Fortalecer y mejorar el sistema de educación brindado a las familias canguro en donde se evalúe y retroalimenten los conocimientos periódicamente.
- Vincular en lo posible a la mayor parte de la familia en el cuidado del RN.
- Mantener el trabajo en equipo.
- Involucrar los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba al Programa Madre Canguro.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILERA OLMOS, Ramón y TOSCA SEGURA, Ricardo. Grandes Prematuros: Análisis y Experiencias En Castellón. España: Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions, 2009.

ARÉSTEGUI, Raúl Urgino. El Método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Nino (HONADOMANI) "San Bartolomé". En: PAEDIATRICA. Vol. 4, no. 3, p. 41-46.

CARBONELL, Olga Alicia; PLATA, Sandra Juliana y PEÑA, Paola Andrea. Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. UniversitasPsychologica, 9(3):773-785, 2010. 2010.

CARRION, Diana; ESLAVA, Daniel y SALAZAR, Edy. Adaptación Ambulatoria De Madres Canguro, IPS IV Nivel De Atención En Salud, Bogotá D.C., 2º Semestre, 2008. Pontificia Bolivariana Universidad, 2008. p. 45.

CASTIBLANCO. López, Nubia y MUÑOZ De Rodríguez, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. En: AVANCES EN ENFERMERÍA. Vol. 29, no. 1, p. 120-129

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 50 (28, diciembre, 1990). Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. BOGOTÁ, D.C., no. 39.618. p. 10

_____. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 911. (5, octubre, 2004) Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004. no. 45.693. p. 6.

_____. Resolución N° 008430 de 1993. [En línea]. [17 de Abril de 2015].

Disponible en:

http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Código de Infancia y Adolescencia. [En línea]. [Consultado el 11 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf

CORREA V. José A, GÓMEZ R Juan F. y POSADA R. Ricardo. Generalidades y Neonatología Medellín: corporación para investigaciones biológicas, 2006 .tomo I 3° EDICION pág. 447,448.

DE COLOMBIA, Constitución Política. Constitución política de Colombia. En: BOGOTÁ, COLOMBIA: LEYER.

GARZÓN, SE; LÁZARO, JR y ECHEVARRÍA, A. Experiencias con la técnica madre canguro en un hospital de segundo nivel de atención. En: REV MEX PEDIATR. Vol. 5, no. 66, p. 193-196

LIZARAZO, Medina, Jenny P.; OSPINA-DIAZ, Juan M. y ARIZA, RIAÑO, Nelly E. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. En: REV.SALUD PÚBLICA. Vol. 14, no. 2, p. 32-45

MANOTAS, Rafael. Niño Prematuro. Neonatología, Ed Universidad De Antioquia. En: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Medellín: 1995. 313 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0425 de 2008. [En línea]. [Consultado el 23 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf><http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer. [En línea]. [Consultado 11 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/13Atencion%20del%20Bajo%20peso.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 3039 de 2007: Plan nacional de salud pública. [En línea]. [Consultado el 20 de abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.pDf>

MOLINA, María y ACEDO, R. Recién Nacido Pretérmino y De Bajo Peso. En: [Anónimo] Manual Del Residente En Pediatría y Sus Aéreas Especificas, vol. 1 ed. Madrid: Ediciones Norma, 1997. 126 p. ISBN 84-74770755.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Método Madre Canguro Guía Práctica. [Print (0)]. Ginebra. [Consultado el 4 de marzo 2015]. Disponible en:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf?ua=1>

PAPÍ, A. Gómez; ALONSO, CR Pallás y MALDONADO, J. Aguayo. El método de la madre canguro. En: ACTA PEDIATR ESP. vol. 65, no. 6, p. 286-291

ROMO, Fernando Fernández; VALDÉS, Ana IskraMeizoso y RODRÍGUEZ, Luis Alberto Rodríguez. Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. Implementation of “Kangaroo-Mother” care method as an alternative to conventional care infants with low birth weight. En: MEDICIEGO. Vol. 18, no. 1, p. 1

SÁNCHEZ, Carmen. Atención Del Neonato Prematuro En La UCIN: Centrada En La Prevención De Factores De Riesgo De Daño Neurológico y Promoción Del Neurodesarrollo. México: Editorial El Manual Moderno, 2011.

Whitelaw A. Kangaroo Baby Care: Just a nice experience or an important advance for preterm infants? Citado por GARZÓN, SE; LÁZARO, JR y ECHEVARRÍA, A. Experiencias con la técnica madre canguro en un hospital de segundo nivel de atención. En: REV MEX PEDIATR. Vol. 5, no. 66, p. 193-196

7. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

*Universidad de Córdoba,
Comprometida con el Desarrollo
Regional*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Resolución 8430 / 93 del Ministerio Nacional de Salud)

Título de la investigación: Participación de la familia en el cuidado ambulatorio del prematuro asistente al Programa Madre Canguro de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería, 2015

Objetivo de estudio: Determinar la participación de la familia en el cuidado ambulatorio del prematuro asistente al Programa Madre Canguro de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería, con el fin de mejorar los conocimientos y habilidades de los cuidadores que contribuyan al bienestar del RN.

Información sobre la participación: Los padres de familia pertenecientes al Programa Madre Canguro del Hospital San Jerónimo de Montería se invitan a participar en una encuesta, con el fin de identificar como es la participación de los padres en el cuidado ambulatorio del recién nacido o bajo peso al nacer.

Los principios que serán aplicados a todos los participantes de este estudio serán los siguientes: 1) su participación será voluntaria, 2) pueden salir del estudio en el momento que lo deseen, 3) después de leídas las explicaciones podrán hacer cualquier pregunta necesaria que le permita entender la naturaleza del estudio.

Procedimiento a seguir: se realizara una encuesta que incluya cual es el cuidado que se debe tener con el recién nacido y como es el apoyo del padre y miembros de la familia a la madre canguro.

Confidencialidad: La privacidad de las informaciones será garantizada por los investigadores del estudio y su utilización será solamente con fines para cumplir con los objetivos científicos.

Me informaron que las directivas del Programa Madre Canguro conocen y aprobaron la realización del estudio; por este convenio, se realizará inicialmente una entrevista en las instalaciones del Programa Madre Canguro y posteriormente se puede realizar una visita domiciliaria en mutuo acuerdo para dar seguimiento a mi participación.

Usted tiene derecho al acceso de la información generada por la misma, si no entendió alguna parte de este documento, pregunte al investigador antes de firmar.

Reconozco el recibimiento de este acuerdo constituido por un consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Firma del participante Fecha

Firma del investigador Fecha

INSTRUMENTOS: ENTREVISTA Y LISTA DE CHEQUEOS

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO AMBULATORIO DEL PREMATURO ASISTENTE AL PROGRAMA MADRE CANGURO DE LA ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, 2015

PRIMER MOMENTO

**Identificar la familia canguro, explicar el anteproyecto y diligenciar el
consentimiento informado**

Familia Canguro: _____

Dirección: _____

Nivel socioeconómico: _____

Número de hijos: _____

Teléfono: _____

Características del bebe Canguro

Nombre del Niño Canguro: _____

Semanas de gestación: _____

Peso al nacer: _____

Talla al nacer: _____

Peso actual: _____

Talla actual: _____

Firma del entrevistador: _____

Firma del entrevistado: _____

ENTREVISTA

Verificar la participación y el conocimiento de las familias sobre el cuidado ambulatorio del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer

Esta entrevista se realizara a los miembros de la familia que participen en la atención del RNP o de BPN.

Nombre: _____ **E dad:** _____

Parentesco: _____ **Escolaridad:** _____

Ocupación: _____ **Estado Civil:** _____

ENTREVISTA

1. ¿Qué entiende usted por Método Madre Canguro?

2. ¿Conoce usted la importancia de este Método?

3. ¿Describa con sus palabras que entiende por:

- **Contacto piel a piel:**

- **Vestuario del niño:**

- **Posición canguro:**

- **Signos de alarma del RN:**

- **Cuanto tiempo debe permanecer el niño en posición canguro:**

- **Como debe ser la higiene del niño canguro:**

4 ¿Por qué es importante de la lactancia materna?

5. ¿Cuál era su ocupación antes de cuidar al bebé canguro?

6. ¿Qué cambios han ocurrido en su diario vivir?

7. ¿Estos cambios han generado algún tipo de conflicto en las relaciones familiares?

8. ¿Considera usted que recibió el entrenamiento adecuado para el cuidado del bebé canguro?

9. ¿Asiste usted a los controles establecidos por el programa para el seguimiento del bebé canguro?

10. ¿Cuántas personas participan en el cuidado del bebe canguro?

11.¿De qué forma participa usted en el cuidado del bebe canguro?

LISTA DE CHEQUEOS

Identificar

CUIDADOS	CORRECTA	INCORRECTA	OBSERVACIÓN
POSICION CANGURO			
TECNICA DE AMAMANTAMIENTO			
VESTUARIO			
HIGIENE			