

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA SOBRE METODO MADRE
CANGURO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD
DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
“COSSMIL”**

POSTULANTE: Lic. Silvia Felipez Nina

TUTORA: Lic. Soledad Calle

**Trabajo de Grado presentada para optar al título de especialista Enfermería
Neonatal**

La Paz -Bolivia

2019

**COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA SOBRE METODO MADRE CANGURO
EN EL RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD DE
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “COSSMIL” EN EL
PRIMER SEMESTRE DE LA GESTION 2019**

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanos que a pesar del tiempo me brindaron su apoyo incondicional por estar siempre a mi lado Por este camino recorrido para la culminación exitosa y tan deseada de esta nueva etapa de mi vida. A mis amigos por su apoyo incondicional, sus palabras de alientos y su gran comprensión a todos los que nunca dudaron de mis capacidades.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a mi familia y amigos, por el amor que me entregaron en el desarrollo de esta investigación por darme la energía para continuar y seguir creyendo en mi persona.

Gracias por el aliento cuando me encontraba cansada por entender mi humo en las largas jornadas de trabajo. A nuestro docente por confiar en mi persona desde el Primer momento, por no dudar en compartir sus conocimientos, por enseñarme y acompañarme en este largo y duro camino en el cual aprendí a superar dificultades gracias por la paciencia y dedicación

Servicio de Neonatología del Hospital Militar “COSSMIL” por abrirnos las puertas y permitir la realización de este proyecto.

A las licenciadas del servicio de Neonatología por Colaborarme respondiendo a las encuestas planteada para la realización de esta investigación.

A los niños pues son nuestra inspiración para Continuar buscando herramientas que los preparen mejor para este mundo. Y a todos quienes contribuyeron con el desarrollo Del proyecto con la finalidad de alcanzar la satisfacción de un trabajo bien realizado.

ÍNDICE

Pág.

I.INTRODUCCION.....	1
II.JUSTIFICACION.....	3
III.ANTECEDENTES.....	5
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4.1 Formulación de la pregunta de Investigación.....	15
4.2 Delimitación del Problema.....	15
V. OBJETIVOS.....	16
5.1 Objetivo General.....	16
5.2 Objetivo Especifico	16
VI.MARCO TEORICO.....	17
6.1 Marco Conceptual.....	17
6.1.1 Fundamento filosófico Patricia Benner.....	17
6.1.1.1Principiante avanzado.....	19
6.1.1.2 Competente.....	19
6.1.1.4 Eficaz (aventado).....	20
6.1.1.5.Experto.....	20
6.1.2 Definición de competencia.....	22
6.1.2.1 Definición de competencia en investigación.....	25
6.1.3 Definición de Cuidado.....	27
6.1.3.1 Ética del Cuidado.....	27

6.1.3.2 Método enfermero en el neonato.....	28
6.1.4 El neonato.....	29
6.1.4.1 Recién Nacidos Prematuros y de Bajo Peso.....	29
6.1.4.2. Complicaciones del neonato.....	30
6.1.4.3. El método Canguro.....	30
6.1.4.4. Bases Científicas del Método Madre Canguro.....	32
6.1.4.5. Características del Método Madre Canguro.....	33
6.1.4.6 Consideraciones especiales del Método Madre Canguro.....	38
VII DISEÑO METODOLOGICO.....	40
7.1. Tipo de estudio.....	40
7.2. Área de Estudio.....	40
7.3. Universo y muestra.....	41
7.3.1. Universo.....	41
7.3.2. Muestra.....	41
7.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	41
7.5. Métodos y técnicas.....	44
7.6. Plan de tabulación y análisis.....	45
7.7. Consideraciones éticas.....	46
VIII. RESULTADOS	48
IX. CONCLUSIONES	57
X. RECOMENDACIONES.....	59
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
XI. ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

Tabla N° 1	Personal de enfermería según edad en la unidad de neonatología del hospital central COSSMIL.....	48
Tabla N° 2	Profesional de enfermería según formación académica en la unidad de neonatología del hospital militar "COSMIL"	49
Tabla N° 3	Sexo y capacitación del personal de enfermería sobre el método madre canguro en la Unidad de neonatología del hospital Militar "COSMIL"	50
Tabla N° 4	Resultados de la competencia cognitiva sobre el Método Madre Canguro Definición y beneficios en la atención de recién nacidos prematuros en la unidad de neonatología del hospital militar "COSMIL"	51
Tabla N° 5	Porcentaje total de la competencia cognitiva sobre el MMC del personal de enfermería en la unidad de neonatología del Hospital Militar "COSSMIL"	52
Tabla N° 6	Resultados de la Aplicación de la competencia técnica en el MMC por parte del personal de enfermería en la unidad de neonatología del Hospital Militar "COSSMIL"	53
Tabla N° 7	Cumplimiento de la competencia técnica MMC por parte del personal de enfermería en la unidad de neonatología del hospital Militar "COSSMIL"	54

ÍNDICE DE GRÁFICO

Pag.

Gráfico N° 1 Personal de enfermería según edad en la unidad de neonatología del hospital central COSSMIL.....	48
Gráfico N° 2 Profesional de enfermería según formación académica en la unidad de neonatología del hospital militar "COSMIL"	49
Gráfico N° 3 Sexo y capacitación del personal de enfermería sobre el método madre canguro en la Unidad de neonatología del hospital Militar "COSMIL"	50
Gráfico N° 4 Resultados de la competencia cognitiva sobre el Método Madre Canguro Definición y beneficios en la atención de recién nacidos Prematuros en la unidad de neonatología del hospital militar "COSMIL".....	51
Gráfico N°5 Porcentaje total de la competencia cognitiva sobre el MMC del personal de enfermería en la unidad de neonatología del Hospital Militar "COSSMIL".....	52
Gráfico N°6 Resultados de la Aplicación de la competencia técnica en el MMC por parte del personal de enfermería en la unidad de neonatología del Hospital Militar "COSSMIL".....	53
Gráfico N° 7 Cumplimiento de la competencia técnica MMC por parte del personal de enfermería en la unidad de neonatología del hospital Militar "COSSMIL".....	56

ACRÓNIMOS

EEM: Escala de Estrés Maternal

ECA: Estudio controlado aleatorizado

FC: Frecuencia Cardíaca

FR: Frecuencia Respiratoria

lpm: Latidos por minuto.

MC: Madre-Canguro

MMC: Método Madre- Canguro.

OMS: Organización Mundial de Salud.

PA: Presión Arterial

PEG: Pequeño para la Edad Gestacional.

MMC: Método Madre-Canguro.

RN: Recién Nacido.

RNPrT: Recién Nacido Pre-termino.

rpm: Respiraciones por minuto.

Sat. O₂: Saturación arterial de Oxígeno.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

RESUMEN

La investigación está centrada en la aplicación del Método Canguro por parte del personal de enfermería ya que permite mejorar el cuidado del prematuro y de los recién nacidos este método ha demostrado ser efectivo para fortalecer la vinculación madre/hijo, razón por la cual enfermería debe brindar información adecuada a los padres y familiares que participen del cuidado del recién nacido.

Objetivo: Determinar el nivel de competencia del personal de enfermería sobre el MMC en recién nacidos prematuros de la unidad de neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL” **Metodología:** Se realizó un estudio de carácter descriptivo, observacional y corte transversal, se trabajó con una muestra de 10 licenciadas enfermeras que trabajan en la unidad de Neonatología a quienes se aplicó una encuesta sobre el MMC. Los **Resultados:** En cuanto a las variables sociodemográficas mostraron que el 91,7% poseen título de Licenciadas en Enfermería y el 8,3% son Especialistas y no se pudo evidenciar diplomado y maestría, en relación a la capacitación el 50% recibió a través de una sesión educativa, el 17% en curso taller y 33% restante no se capacitó Respecto a la competencia cognitiva el 88% poseen un conocimiento Medio sobre el MMC, 10% bajo y solo un 2% alto. en lo que respecta a la competencia técnica, en relación a la aplicación del MMC el 54% aplican el programa, mientras que el 66% no lo aplican . **Conclusiones:** la competencia cognitiva es adecuada en la mayoría, presentan una buena actitud frente al trabajo que realiza, pero su competencia técnica no es adecuada se observa falta de acciones necesarias para prestar atención de calidad. Por tal razón se diseñó una capacitación, misma que fue aplicada en el personal de enfermería.

Palabras clave: Método Madre Canguro, Personal de enfermería.

SUMMARY

The research is focused on the application of the Kangaroo Method by the nursing staff since it allows improving the care of premature babies and newborns.

This method has proven to be effective in strengthening the mother / child bond, which is why nursing should provide adequate information for parents and relatives involved in the care of the newborn. **Objective:** To determine the level of competence of the nursing personnel regarding the CMM in premature newborns of the neonatology unit of the Central Military Hospital "COSSMIL". **Methodology:** A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out, it was worked with a sample of 10 licensed nurses working in the Neonatology unit who were surveyed on the MMC. **The Results:** Regarding the sociodemographic variables, they showed that 91.7% have a Bachelor's degree in Nursing and 8.3% are Specialists and it was not possible to show a diploma and a master's degree, in relation to the training 50% received through From an educational session, 17% were in a workshop and the remaining 33% were not trained. Regarding cognitive competence, 88% have a Medium knowledge about the MMC, 10% low and only 2% high. With regard to technical competence, in relation to the application of the MMC, 54% apply the program, while 66% do not. **Conclusions:** the cognitive competence is adequate in the majority, they have a good attitude towards the work they do, but their technical competence is not adequate, there is a lack of necessary actions to provide quality care. For this reason, a training was designed, which was applied to the nursing staff.

Keywords: Kangaroo Mother Method, Nursing staff.

I. INTRODUCCIÓN

Según la OMS cada año nace en el mundo 15 millones de recién nacidos prematuros antes de llegar a término, 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. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. (1)

“Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo en América Latina y el Caribe, cada año nacen cerca de 12 millones de niños, 400 mil mueren antes de cumplir cinco años, 270 mil en el primer año de vida, 180 mil durante el primer mes de vida y 135 mil por prematuridad”. (3)

“El Método Madre Canguro fue creado en el Hospital Materno Infantil de Bogotá en 1979, por el médico Edgar Rey Sanabria” por la falta de incubadoras y alta incidencia de infecciones hospitalarias. Después de esta experiencia y de haber demostrado claros beneficios para los niños, familias y los hospitales, el método fue adoptado en numerosas unidades de neonatología de países desarrollados. (6)

Las técnicas del Método Canguro se pueden aplicar a todos los recién nacidos prematuros y recién nacidos a término, ofreciendo beneficios a los enfermos como a los sanos, dado que es efectivo para el control de la temperatura, favorecer la lactancia materna, y fortalecer la vinculación madre/padre-hijo. Incluso en los prematuros estables menores de 1.500g. y menores de 1 semana de vida se ha demostrado que el Método Madre Canguro disminuye el estrés por frío. (12)

Se considera entonces, que la enfermera tiene un papel fundamental en la implementación del MMC, debido a que es el personal de enfermería que tiene contacto permanente con los niños durante la estadía en las áreas de Neonatología. Es por esto que se ha creído conveniente realizar un estudio que permita determinar el nivel de conocimiento de los profesionales que conforman esta área sobre el Método Canguro y de acuerdo a los resultados arrojados brindar un apoyo para la mejor ejecución de la técnica por parte de este grupo poblacional.

II. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación cuya finalidad es contribuir a disminuir las muertes de recién nacidos prematuros a través de la implementación adecuada del Método Madre Canguro, aplicado con éxitos a nivel mundial, el desconocimiento y la escasa información sobre el cuidado del recién nacido más aún si se trata de un prematuro y/o bajo peso, incrementan la posibilidad de morbilidad, mortalidad y secuelas neurológicas. (2)

Ante esta realidad es imperativo contar con investigaciones enfocadas a mejorar las competencias sobre el Método Madre Canguro fundamentalmente en profesionales de salud como las enfermeras, pues estas cumplen un rol fundamental, ya que a través de su aplicación contribuye a la adaptación del recién nacido al medio, disminuir los riesgos y complicaciones y como consecuencia reducir las altas tasas de morbimortalidad neonatal, en las últimas décadas, junto con la aceptación de la influencia de factores psicológicos en la salud neonatal, se comienzan a promover cambios destinados a humanizar la atención.

La intervención se enfoca en mejorar los niveles de competencias sobre el Método Madre Canguro en el área de enfermería, pues cumplen un rol fundamental, ya que a través de la aplicación de este método se contribuye a la adaptación del recién nacido al medio, disminuir los riesgos, complicaciones y como consecuencia reducir las tasas de morbimortalidad neonatal. Además, desarrollaran la experticia en la aplicación del Método Madre Canguro, y adoptándolo como estrategia que apoye la atención eficiente y de calidad en el recién nacido prematuro, ampliando las posibilidades de los bebés para desarrollar su vida de forma normal.

En cuanto a los padres de niños prematuros la implementación eficiente del Método Madre Canguro les proporcionará una esperanza para que sus recién nacidos puedan sobrevivir, mediante la transmisión efectiva del procedimiento a las madres, padres y/o cuidadores, además de afianzar los lazos de seguridad, amor y fraternidad.

El MMC aparece como el complemento ideal a la atención proporcionada por el equipo de salud, ya que constituye una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del niño en materia de temperatura, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor, aspectos que no pueden ser cubiertos por ellos. La relevancia de este método reside en su fácil y efectiva aplicación, fomentando de manera precoz la salud y el bienestar de los RN Pre Terminado y/o de bajo peso al nacer. Por todo lo expuesto podemos formular la siguiente pregunta de investigación.

El presente estudio impulsa a la búsqueda de estrategia y procedimientos que disminuyen complicaciones propias del recién nacido prematuro. La acción renovadora e innovadora en el actuar del equipo como la forma correcta del método madre canguro y beneficios con el que ayuda a prevenir complicaciones.

Con el presente estudio el personal de enfermería quienes a través de los resultados permitirá autoevaluar su grado de competencia sobre el método canguro mejorando la práctica profesional en el cuidado del Recién Nacido prematuro, de bajo peso y a término en las unidades de neonatología, de esta manera contribuirá un programa de Educación Continua del Método Canguro, lo que se reflejará brindando una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad en general.

III. ANTECEDENTES

Según la OMS, cada año nace en el mundo 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.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando (1).

En América Latina, un total de 35,000 niños y niñas mueren cada año por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100). (2).

En América Latina las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile, 27.2 y 27.1 por ciento, respectivamente; Argentina, 26.0 por ciento; Venezuela, 24.6 por ciento; Honduras y Paraguay, 24 y 23.9 por ciento, respectivamente; Colombia, 23.1 por ciento; Brasil, 21.9 por ciento; Nicaragua, 20.6 por ciento; Ecuador y Perú, 19.7 y 19.6 por ciento respectivamente; México, 18.5 por ciento; Uruguay, 17.6 por ciento; el Salvador, 17.5 por ciento; Panamá, 15.9 por ciento; Bolivia, 15.3 por ciento; y Guatemala, 12.6 por ciento. Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (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 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. (1)

En Bolivia, cada año mueren en promedio 2.800 bebés prematuros, es decir siete al día, según datos del Ministerio de Salud. “Los datos del 2015 (Encuesta Nacional de Salud) especifican que en Bolivia mueren 8.000 recién nacidos en promedio, de éstos 2.800 son prematuros. Se busca revertir estas cifras con acciones y prácticas que serán cubiertas por el Sistema Integrado de Salud (SIS)” según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2016 en Bolivia, de un total de 246.581 nacidos vivos, un 5% correspondía a RN PreTermino, actualmente los prematuros de muy bajo peso al nacer representan la principal causa de muerte de neonatos en Bolivia, con un 50 a 70% de mortalidad neonatal y un 25 a 30% de la mortalidad infantil.

Sin embargo 17 estudios fueron escogidos 4 son estudios cualitativos 11,12,13,14 hay 3 revisiones bibliográficas 2,9,15 y 1revisión sistemática 16 y 3 revisiones de la Biblioteca Cochrane 17,18,19 También se recoge una revisión de estándares de la Comisión de estándares de la Sociedad Española de Neonatología 20 Entre los 5 restantes hay un estudio longitudinal de cohorte⁷, un estudio analítico con grupo control¹, un estudio observacional retrospectivo⁸ y dos estudios descriptivos de serie de casos 21,22. Los estudios cualitativos recogidos fueron llevados a cabo mediante entrevistas individuales^{11,12,13}, cuestionarios^{12,13,14} y entrevistas colectivas.⁽¹²⁾

Sin embargo, el estudio de los “Beneficios del Método Madre Canguro (MMC) en los recién nacidos prematuros del Hospital Universitario Rio Hortera de Valladolid 2013-2014 (HURH 13), describe que la valoración de pediatría se realiza fuera del contacto de la madre, lo que supone una incorrecta realización del método, se ha comprobado que a pesar de existir programas del MMC en este hospital no se realiza correctamente debido a que dan preferencia y comodidad al personal sanitario y no a la comodidad del niño y su bienestar. (13)

Con todos estos antecedentes, resulta evidente pensar que la muerte neonatal podría evitarse, o por lo menos disminuir si el personal de salud maneja adecuadamente las técnicas de cuidado del recién nacido, más aún si presenta factores de riesgo como

prematuras, bajo peso, etc. y a su vez transmitir estos conocimientos a madres, padres y familia involucrados con el cuidado del niño. (17)

El estudio que se realizó en Colombia en abril de 2015 en el hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá, la donde se realizó un estudio sobre el Programa Madre Canguro donde se pudo evidenciar sobre la eficacia del método en los recién nacidos pre términos en el aumento de peso en un 32% de un 100% durante el lapso de un periodo de 6 meses y así mismo sobre el tiempo de estancia en el hospital. Allí pudieron conocer los adelantos y el trabajo que se realiza con este estudio se pudo evidenciar que al brindar una atención adecuada sobre el método piloto madre-canguro a los recién. La Técnica madre canguro, se inició el año 2015 en Bogotá, Colombia, para el manejo de recién nacidos con bajo peso al nacer y/o prematuros hospitalizados en servicios de neonatología con un que no contaban con recursos suficientes. (20)

Otro estudio que se realizó en Brasil en el hospital san francisco en el año 2014 en el cual se pudo evidenciar sobre el beneficio del procedimiento piloto madre-canguro en el recién nacido prematuro sobre el aumento de peso donde se pudo evidenciar que un 25% de un 100% resultó con eficacia dicho estudio. El objetivo de este estudio fue describir vivencias de las madres, analizándolas bajo los principios del Método de la Madre Canguro (MMC) y discutir las contribuciones de las madres a partir de los significados de esas vivencias para las acciones de enfermería.

En la recolección de los datos, se empleó un cuestionario que caracterizó el perfil socioeconómico de las madres y, por medio de la técnica grupo focal, se obtuvieron relatos de los beneficios de esas vivencias que subsidiaron la construcción de las categorías: sobrevivencia y recuperación del bebé; el día a día de las madres modificando el MMC; y, valorización de los lazos afectivos familiares en el MMC. Se constató que las vivencias están relacionadas al aumento del vínculo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en los cuidados con su hijo, inclusive antes del alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé. (11)

De las madres modificado el MMC; y, valorización de los lazos afectivos familiares en el MMC. Se constató que las vivencias están relacionadas al aumento del vínculo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en los cuidados con su hijo, inclusive antes del alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé. (11)

Otro estudio donde se evidencio es en el país de Chile en el Servicio de Neonatología del Hospital Luis Tizné del 2016 donde se pudo evidenciar sobre los beneficios del método madre canguro en el aumento de peso el estudio se realizó Unidad de Cuidados Intermedios, los RN Pre Termino que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión durante los meses de septiembre, octubre, noviembre, diciembre del 2016, serán potenciales participantes del estudio. Para concretar el proceso de ingreso, se solicita la aceptación voluntaria de los padres a participar de la investigación, con conocimiento de los objetivos y pasos a seguirse llegó al resultado que los RN Pre Termino ingresaron al PPMC con un peso entre 1268 y 1514 gramos, siendo el promedio de éste $1483 \pm 124,4$ gramos, y un peso al finalizar el PPMC entre 1606 y 2030 gramos, siendo la media $1831,9 \pm 126,3$ gramos; una edad gestacional corregida de entre 32 y 35 semanas, correspondiendo 5 de estos a 33 semanas Donde se pudo evidenciar el aumento de peso en un 28.2% de un 100% en los recién nacidos pre términos Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad gestacional.

Otro estudio que se realizó bajo peso al nacer es un problema de salud pública en los países en vía de desarrollo, que en América Latina produce una mortalidad neonatal 35 veces mayor a la esperada. En la unidad de recién nacidos del Hospital Universitario del Valle, 75% de los neonatos tienen $<2,500$ g. Objetivos: Evaluar los niños seguidos desde la unidad neonatal hasta las 40 semanas de edad gestacional en el programa madre canguro. Materiales y métodos: Se evaluó la cohorte de recién constituye una verdadera estrategia que responde a las necesidades de la población, pues ha logrado la disminución de reingresos y a largo plazo, baja tasa de mortalidad

neonatal, incluso Los “Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro en Colombia” establecen que los profesionales de enfermería que pertenecen al programa MMC intrahospitalario deben ser graduados, con experiencia mínima de un año en el manejo de recién nacido y lactancia materna, entrenado en MMC con certificado o prueba de competencia que evidencie el conocimiento teórico y práctico en el método. (5)

En los estudios mencionados sobre los criterios del nivel de conocimiento buscan la posible relación entre el uso del MMC ya que se puede evidenciar los muchos beneficios que este método trae para el recién nacido y sin duda aumenta el amor madre/hijo y el aumento de la adhesión a la lactancia materna. (12)

Con todos estos antecedentes, resulta evidente pensar que la muerte neonatal podría evitarse, o por lo menos disminuir si el personal de salud manejara adecuadamente las técnicas de cuidado del recién nacido, más aún si presenta factores de riesgo como prematuridad, bajo peso, etc. y a su vez transmitir estos conocimientos a madres, padres y familia involucrados con el cuidado del niño.

nacidos que ingresaron al programa madre canguro en la unidad de recién nacidos del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, con peso <2,001 g, que habían superado los principales problemas de adaptación neonatal y que contaran con una familia dispuesta a colaborar. Se excluyeron aquellos neonatos con malformaciones mayores o letales tempranas como encefalopatía hipoxia isquémica, hipertensión pulmonar, hemorragia interventricular grado III y IV, y niños abandonados o a los que estaban en adopción. Se recogieron datos sobre crecimiento físico, duración de la lactancia materna, morbilidad, mortalidad, reingresos, fármacos, estancia y giro cama desde el egreso hasta las 40 semanas de edad gestacional. Resultados: Un total de 66 niños alcanzaron el término, 40 (60.6%) niñas, y 26 (39.4%) niños, 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), peso; 41 cm (35-47), talla; y 28 cm (22-41), perímetro cefálico, respectivamente. Al egreso los datos correspondientes fueron: 34 semanas (31-39) edad gestacional; 19 días (4-48) edad; y 1,552 g (1,359-2,239),

peso. Durante el seguimiento tuvieron cinco consultas en promedio y una ganancia de peso 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. La anemia y la enfermedad por reflujo gastroesofágico fueron las principales causas de consulta por urgencias. Fue necesario hospitalizar 3 (4.5%) niños, dos para crioterapia y uno por apnea, ninguno murió. Conclusiones: Hasta el cumplimiento de las 40 semanas de edad gestacional, el programa mostró ser una alternativa segura para el manejo de niños con bajo peso al nacer, pues les garantiza un egreso temprano, contacto piel a piel, un crecimiento adecuado y una alimentación inicial basada en leche materna. (13)

Otro estudio que se realizó fue en el Hospital Vicente Corral Moscoso con 50 Licenciadas de Enfermería, cumpliendo con el objetivo general de evaluar el nivel de conocimiento sobre el método canguro a los profesionales de enfermería del área de pediatría, neonatología y gineco-obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso y la elaboración del manual método madre canguro como guía para los profesionales de enfermería.

Se evaluó los conocimientos sobre el Método mediante una encuesta tipo cuestionario donde obtuvimos información de sus conocimientos y según la Escala de Stanones se evidenció que el 88% del personal de enfermería poseen un nivel de conocimiento medio debido a que no todas trabajan en el área de Neonatología y las demás áreas no son aptas para la aplicación del método, el 10 % del personal posee un nivel de conocimiento bajo debido a que trabajan en áreas fijas en donde brindan otro nivel de atención y únicamente el 2% representan un nivel alto.

Respecto a la posición canguro el 65% representa un nivel de conocimiento medio, en donde el mayor porcentaje corresponde al cuidado del recién nacido y la madre que puede deberse a la práctica continua de los cuidados, los cuales son de mucha importancia para la estabilidad del niño y la madre, en relación a la postura correcta también tienen un conocimiento similar puesto a que es lo primordial para que el recién nacido se adapte a la posición.

En cuanto a la Estimulación el 55% representa un nivel de conocimiento medio evidenciándose mayor dominio sobre el vínculo madre-hijo con el 59% y masajes con el 50%, y puede deberse a que el personal de enfermería ha evidenciado que el contacto con los padres hace más llevadero el proceso de recuperación. En la Alimentación el nivel de conocimiento es medio con el 53% y se evidencia que hay mayor conocimiento sobre lactancia materna ya que es una institución que promueve este método como mejor alternativa alimenticia para los neonatos. En los criterios de egreso del recién nacido el nivel de conocimiento fue Bajo con un 25% evidenciándose que estos criterios son manejados más por el área médica que por parte de los profesionales de enfermería. (18)

Con respecto a uno de los objetivos específicos se categorizó de la siguiente manera: el 40% del personal tiene una edad entre 26 a 35 años, el 36% entre 36 a 45 años, 24% de 46 o más años y no hay personal con menos de 25 años de edad. El 100% son de sexo femenino. El 28% representan menos de 5 años de experiencia, el 28% también representa una experiencia de 16 años o más, mientras que el 24% de 11 a 15 años y el 20% de 6 a 10 años de experiencia. El 92% de licenciadas trabajan en turnos rotativos y el 8% en turno fijo. El 34% trabajan en el área de neonatología, el 22% en el área de UCI Pediátrico, el 20% en Obstetricia, seguido del 16% en el área de Pediatría (clínica y Cirugía Pediátrica), el 4% del personal corresponden al área de Ginecología, y por último el 4% del personal trabaja en turnos rotativos en las áreas de Ginecología y Obstetricia. (18)

Muchos de los artículos^{1,2,8,9,17,18,20} mencionan en sus resultados los beneficios que el MMC aporta a la madre y al neonato. Por ejemplo, se destaca habitualmente la mayor adherencia a la lactancia materna y el prolongamiento de su duración. Entre los beneficios en esta área, la revisión de estándares de la Sociedad Española de Neonatología²⁰ señala que “el encaje en el pecho materno se hace en una posición correcta en el 63% de los casos, mientras que en los separados se realiza en un 20,5%”.

También en torno a este tema en esta guía refieren que un tiempo de contacto por cada vez de entre 50 y 110 minutos incrementa en 8 veces la probabilidad de que se dé una toma de forma espontánea que si el tiempo de contacto es inferior a los 50 minutos. Como se señala en un estudio publicado en 2013 en la revista “Documentos de enfermería”² en las primeras horas tras el parto el recién nacido tiene una capacidad innata para buscar el pecho de la madre, esta conducta desaparece si se separa a madre e hijo o si no se coloca a éste en el pecho de su madre. Refieren los autores que la práctica del MMC potencia esta capacidad, en la que el bebé es capaz de reptar por el abdomen de su madre hasta alcanzar el pecho para alimentarse.

Sin embargo, el estudio de los “Beneficios del Método Madre Canguro (MMC) en los recién nacidos prematuros del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid 2013-2014 (HURH)”⁽¹³⁾, describe que la valoración de pediatría se realiza fuera del contacto de la madre, lo que supone una incorrecta realización del método, se ha comprobado que a pesar de existir programas del MMC en este hospital no se realiza correctamente debido a que dan preferencia y comodidad al personal sanitario y no a la comodidad del niño y su bienestar. La creación de “La Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia 2013”. (13)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos (durante las primeras cuatro semanas de vida) Muchos de los recién nacidos prematuros mueren por no haber recibido cuidados sencillos y eficaces en la regulación de la temperatura y lactancia materna, así también la poca atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios.

El Método Madre Canguro (MMC) es un sistema de cuidados del recién nacido prematuro de bajo peso al nacer (inferior a 2500 g), estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre, que busca entregar mayor poder a la madre, padres o cuidadores, y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser los encargados de la salud de su hijo.

Fuente: OMS. Nacimientos prematuros 2015 (4)

El MMC aparece como el complemento ideal a la atención proporcionada por el equipo de salud, ya que constituye una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del recién nacido, por lo cual es muy importante que el personal de salud sea competente. Se debe tener en cuenta que el Hospital Militar "COSSMIL" es una institución de referencia a nivel de Bolivia siendo otro referente que impulsa a un correcto adiestramiento del personal. El poco nivel de competencia sobre la aplicación del método madre canguro en recién nacido prematuro conlleva complicaciones serias en el recién nacido pues podrían afectar el desarrollo sensorio motor del prematuro.

Es importante mencionar que el método madre canguro si bien aparentemente se ve sencillo como procedimiento es complejo en sus principios científicos y más aún en el neonato, ya que no se debe olvidar que este se ve expuesto a un cambio radical que atraviesa de la vida intrauterina a la extrauterina, momento en el cual el organismo del recién nacido se debe adaptar a los cambios fisiológicos las cuales son internados en la UCIN. Fuentes: Lizarazo-Medina JP, Ospina Días JM, "The kangaroo mothers" programme 2015(1)

Por tal circunstancia se ve la necesidad de elaborar e implementar protocolos de manejo del Método Madre Canguro para la atención en recién nacidos prematuros ya que estos nacen con bajo peso y con signos de problema identificado involucra lo siguiente:

- Recién nacidos con dificultad respiratoria en la mayor parte de los recién nacidos prematuros
- Al enfrentar a la vida extra uterina el cambio brusco ya que pasan a un mundo lleno de ruidos, luz intensa, interrupciones de sueño, y manipulaciones dolorosas
- Falta de homogeneidad en la técnica madre canguro por parte del personal de enfermería
- Recién nacidos con dificultad en la termorregulación.
- Mala tolerancia alimenticia en los recién nacidos.

Fuente: OMS. Nacimientos prematuros 2015(1)

Se debe tener en cuenta que la UCIN del Hospital Militar COSSMIL es una institución de referencia a nivel de Bolivia, siendo otro referente que impulsa a un correcto adiestramiento del personal. El déficit del manejo de la técnica método madre canguro en RN prematuro conlleva complicaciones como estancia prolongada de hospitalización, infecciones intrahospitalarias.

Por otra parte, la UCIN debe contar con personal profesional que tenga al menos afinidad al servicio, debido a que esta unidad involucra actividades multidisciplinaria y multiprofesional, al romper esta regla se producen iatrogenias, especialmente personal que tienen conocimientos ambiguos acerca del manejo del método madre canguro. Se debe tener en cuenta que la UCIN del Hospital Militar COSSMIL es una institución de referencia a nivel de Bolivia, siendo otro referente que impulsa a un correcto adiestramiento del personal. El déficit del manejo de la técnica método madre canguro en RN prematuro conlleva complicaciones como estancia prolongada de hospitalización, infecciones intra hospitalarias. Fuentes:Pereda,S;Berrocal F.Recursos

humanos por competencia Madrid 2016 (10)

La práctica de enfermería dentro del ámbito asistencial, ha tenido en cuenta un acelerado cambio tecnológico, la diversidad de equipos y protocolos lo ubicamos en el contexto del proceso de enfermería como el enfoque asistencial al paciente y su productividad, llevándolo a su entorno familiar como un ente de la sociedad con la esperanza de haber prestado una asistencia de alta calidad. A su vez transmitir estos conocimientos a madres, padres y familia involucrados con el cuidado del niño.

4.1 Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuáles serán las competencias de enfermería del método madre canguro en el recién nacidos prematuro en la unidad de neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL” en el primer semestre de la gestión 2019?

4.2 Delimitación del problema

El presente trabajo se realizó en la Unidad de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL” ubicado en la ciudad de La Paz, en la zona Mira Flores Av. Saavedra la cual tiene una unidad de terapia Intensiva Neonatal (UCIN) es un área de atención especial al recién nacido crítico, se tiene una capacidad de 3 incubadoras de internación 3 cuidados intermedios y 5 unidades de cuidados mínimos, las diferentes áreas se hallan divididas en 3 diferentes ambientes.

Se cuenta con un total de 10 licenciadas en enfermería y 10 enfermeras técnico medio las cuales se hallan en diferentes turnos como son turno mañana, tarde, turno noche A-B. Se pretende realizar el presente estudio sobre “Competencias de enfermería manejo practico sobre el método madre canguro en recién nacidos prematuros en el Hospital Militar “COSSMIL” durante el primer semestre del 2019” el estudio se realizará al personal profesional de enfermería, ya que son quienes están en contacto directo y continuo con el neonato, con el único propósito de unificar criterios, a través de un protocolo actualizado y estandarizado y así beneficiar atención.

V.OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Determinar las competencias del personal de enfermería sobre el método canguro en recién nacidos prematuro del área de neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL” en el segundo trimestre del año 2019.

5.2 Objetivos Específicos:

- Especificar las características sociodemográficas del personal de enfermería en el servicio de Neonatología.
- Identificar las competencias cognitivas (saber) del personal de enfermería sobre método canguro en el servicio de Neonatología.
- Describir las competencias técnicas (saber hacer) del personal de enfermería en el manejo del método madre canguro en el recién nacido prematuro.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Marco Conceptual

6.1.1. Fundamento filosófico patricia benner

Patricia Benner reconocida Enfermera, teórica de enfermería ha estudiado la práctica clínica profesional en un intento por descubrir y describir el conocimiento que conlleva el ejercicio de la enfermería, es decir el que se acumula con el tiempo en una disciplina práctica y de describir las diferencias que existen entre conocimiento teórico y práctico.

Una de las primeras distinciones teóricas establecidas por Benner afirmaba que el desarrollo del conocimiento es una disciplina práctica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber cómo o Know-how) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la recopilación de éste Know-how desarrollado a través de la experiencia clínica en la práctica de ésta disciplina”.

En su opinión las enfermeras no han documentado suficientemente su aprendizaje clínico y ésta falta de documentación de nuestras prácticas y observaciones clínicas priva a la teoría de la enfermería del carácter genuino y la riqueza del conocimiento que se asocia al ejercicio clínico experto. Esta descripción del saber hacer Know-how de la enfermería es la contribución aportada por Benner. (11)

Los científicos han distinguido desde siempre las relaciones causales interactivas del tipo “saber qué” y “saber cómo”. Citando a los filósofos de la ciencia Kuhn y Polanyi. Benner resalta la diferencia entre el saber cómo un conocimiento práctico que puede evitar las formulaciones sistemáticas, y el saber qué, o explicaciones teóricas de los fenómenos.

El saber qué, es el mecanismo que se aplica para alcanzar un conocimiento por

medio de la determinación de las relaciones causales entre los hechos. En cambio, el saber cómo, consiste en la adquisición de técnicas que pueden escapar al saber qué, por lo que se puede desarrollar con anterioridad a la explicación teórica. Benner afirma que este conocimiento práctico puede servir para ampliar la teoría o desarrollarse antes de las fórmulas científicas. (11)

Las situaciones clínicas son siempre más variadas y complicadas que los planteamientos teóricos, por lo que la práctica clínica es un área de indagación y desarrollo del conocimiento. La práctica clínica personifica la noción de superación; mediante su estudio pueden desarrollarse nuevos conocimientos. La enfermería debe establecer la base cognitiva necesaria para su desempeño (el saber hacer) y mediante la investigación científica y la observación, empezar a registrar y desarrollar este saber práctico de la experiencia clínica.

En un mundo ideal la teoría y la práctica deberían abrir un diálogo que alertara la creación de nuevas posibilidades. La teoría se deduce de la práctica, y ésta se modifica o amplía a partir de los desarrollos teóricos, Benner adaptó a la práctica clínica de enfermería el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades de Dreyfus y Dreyfus 1980-1986, propuesto por Stuart y Hubert Dreyfus, profesores de la Universidad de California en Berkeley. (12)

El modelo de situación describe cinco niveles de adquisición de destreza y desarrollo de técnicas y habilidades en la práctica de la enfermería en la obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984). Benner utilizó descripciones sistemáticas de cinco etapas: novato, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. (11)

6.1.1.1. Principiante Avanzado

Esta fase se alcanza cuando la persona demuestra una experiencia y rendimiento ligeramente aceptables y es capaz de enfrentarse a situaciones reales para advertir, tal vez orientada por un consejero designado, los componentes significativos que se repiten dentro de la situación. Tiene experiencia suficiente para detectar los distintos aspectos de la situación. Las enfermeras encuadradas en este nivel se guían por normas orientadas al cumplimiento de las tareas y tienen dificultades para captar la situación actual del paciente con una perspectiva amplia. Empieza a reconocer los elementos de forma intuitiva cuando están presentes (11).

Se sienten muy responsables del manejo de la atención a los pacientes aun cuando siguen dependiendo en buena medida de la ayuda de personas más experimentadas. Benner sitúa en este nivel a la mayoría del personal que acaba de completar sus estudios de enfermería.

6.1.1.2. Competente

Mediante el aprendizaje basado en situaciones prácticas reales y siguiendo las acciones de otras personas, el principiante avanzado puede pasar a ser considerado un profesional competente. Esta fase se caracteriza por la puesta en práctica de una planificación deliberada y consciente en gran medida, que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras consideradas importantes y las que pueden ignorarse.

Se trata de un nivel de mayor eficacia en el que no obstante el centro de interés es el manejo del tiempo y la organización de las tareas por parte de la enfermera, más que en lo relativo a las necesidades del paciente.(11)

Una enfermera competente es posible que muestre un exceso de responsabilidad con respecto a su paciente, con frecuencia de lo que se le exige, en realidad con una visión omnipresente y crítica de sí misma, aplica nuevas normas y procedimientos de

razonamiento dentro del plan al tiempo que utiliza las reglas de acción ya aprendidas adaptándose a los hechos relevantes de la situación. (12)

6.1.1.3. Eficaz (aventado)

El profesional percibe la situación como un todo (imagen total de la misma), y no solo sus aspectos elementales, guía sus acciones por las máximas aplicables a dicha situación. Este nivel constituye un salto cualitativo respecto al de competencia, en esta fase el profesional es capaz de reconocer los aspectos más sobresalientes y capta la situación de forma intuitiva en función de sus conocimientos incorporados.

Las enfermeras en este nivel demuestran nuevas capacidades para apreciar la importancia de una situación, incluidas las de reconocimiento y puesta en práctica de respuestas técnicas a la misma, conforme evoluciona. Ya no se conforman con aplicar metas pre-establecidas para organizarse y revelan una mayor confianza en sus conocimientos y capacidad. Esta fase puede considerarse una transición a la fase de experto se produce una implicación mucho mayor con el paciente y su familia. (11)

6.1.1.4. Experto

Esta fase se alcanza cuando el profesional experto deja ya de basarse en principios analíticos (normas, directrices máximas) para ligar su conocimiento de la situación con una acción apropiada. Benner describió que la enfermera experta desarrolla una capacidad especial de comprender intuitivamente cada situación y puede identificar el campo del problema sin perder el tiempo en múltiples diagnósticos o soluciones alternativas. (12)

Algunos aspectos claves del ejercicio experto de la enfermería son:

1. Rápida comprensión clínica y práctica basada en recursos.
2. Saber hacer general.
3. Capacidad para apreciar la totalidad del problema.
4. Prevé lo inesperado.

La enfermera experta tiene capacidad para reconocer patrones de respuestas a partir de sólida formación experimental. Su máxima meta es satisfacer los problemas y necesidades actuales del paciente, incluso aunque ello requiera planificar y negociar un cambio en el plan de asistencia. En esta fase se tiene una visión del YO casi transparente. (11)

Finalmente, el modelo de Benner postula que en el progreso a través de estos niveles de adquisición de habilidades, se producen cambios en cuatro aspectos del rendimiento a saber:

1. El paso de una confianza basada en principios abstractos y reglas del pasado al uso de la experiencia concreta.
2. La sustitución del razonamiento analítico basada en reglas por la intuición. La alteración en la percepción de la situación, desde una compilación de porciones de realidad de relevancia comparable a un todo cada vez más complejo en el que sobresale la importancia de algunas de partes.
3. El paso desde la condición de observador minucioso, que permanece fuera de la acción a una posición de mayor implicación, plenamente integrada en la situación de que se trate. (11)

De un análisis de episodios reales de asistencia al paciente surgieron treinta y un competencias. A partir de esta obra se desarrollaron siete áreas de la práctica de la enfermería que poseen una serie de competencias con similares objetivos, funciones y significados. Se identificaron como:

1. El papel de ayudar
2. La función de enseñanza-entrenamiento.
3. La función diagnóstica y de monitorización del paciente,

4. La conducción eficaz de situaciones rápidamente cambiantes.
5. La administración y monitorización de intervenciones y regímenes terapéuticos.
6. La monitorización y el aseguramiento de la calidad de las prácticas de cuidados sanitarios.
7. Las competencias organizativas del papel profesional.

La obra de Benner describe la práctica de la enfermera en el contexto de lo que la enfermería es y hace realmente. (11)

6.1.2. Definición de Competencia

Las competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. En una visión y organización sistémica, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema nacional de certificación de competencias establecido en varios países del mundo, incluidos proyectos en América Latina. Más que una moda, se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", la implantación de nuevos valores y normas de comportamiento.

La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación como desarrollo general, para que las personas hagan algo con lo que saben. (13)

El término competencia, entonces, puede ser definido de manera general, como un "saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes", es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, actitudes y cualidades personales (13).

El término alude, en primer lugar, al carácter eminentemente práctico de toda competencia. Para saber si alguien es competente es indispensable observarlo actuando; es decir, no se es competente cuando sólo se sabe cómo se debe hacer,

sino cuando se hace efectivamente y de una manera adecuada.

En segundo lugar, la definición hace referencia al algo sobre el que se sabe hacer, que es el contenido de la competencia, en último lugar, para poder afirmar de alguien que es competente no basta saber qué hace ese algo, sino que importa mucho, la manera o la actitud con la que actúa. nuevamente se hace referencia a los aprendizajes que hacen a alguien competente: sabe quién es, sabe hacer, emprender y hacerlo con otros y, finalmente, cómo hizo para saberlo (13).

a) . Competencias Básicas.

Son aquellas en las que la persona construye las bases de su aprendizaje (interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras)

Las competencias básicas están referidas fundamentalmente a la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre y de que en el aula se puede reproducir todo el conocimiento. Requiere de instrumentaciones básicas como la idoneidad para la expresión oral y escrita del manejo de las matemáticas aplicadas y pone en movimiento diversos rasgos cognitivos, como la capacidad de situar y comprender de manera crítica, las imágenes y los datos que le llegan de fuentes múltiples; la aptitud para observar, la voluntad de experimentación y la capacidad de tener criterio y tomar decisiones.

Entre las competencias básicas que suelen incluirse en los currículos se encuentran la comunicación verbal y escrita, la lectura y la escritura, las nociones de aritmética, el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la enseñanza de lenguas extranjeras.

b). Competencias Personales.

Son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras).

Las competencias personales constituyen un conjunto de difícil definición, pues están en función de las capacidades y potencialidades de expresión de un grupo de características que se manifiestan en dependencia del ambiente en que se desarrolle

la actividad, tales como: Seguridad en sí mismo, capacidad para dominar los sentimientos y las tensiones emocionales, curiosidad, argumentación crítica y capacidad analítica.

c). Competencias Profesionales.

Son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional. Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo. Es de señalar que la integración de todas las competencias expuestas representa los factores críticos de éxito profesional (14)

6.1.2.1. Definición de Competencia en Investigación

Por investigación se utilizará la definición de Ducharme que señala: “La investigación en enfermería explora, describe, explica y predice fenómenos que son de interés para la disciplina. permite validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica de la enfermería” (15)

Entonces investigación en enfermería sería aquella que explicita la investigación realizada por enfermeras/os y para ser utilizada en la práctica de enfermería, aunque también incluiría, a la investigación realizada por enfermeras/os en grupos multidisciplinarios donde se desea encontrar la solución o respuesta a un problema específico desde el punto de vista de cada disciplina y excluyendo aquellas investigaciones en las cuales la enfermera/o participa como colaborador en estudios que buscan resolver problemas de otras disciplinas y en las cuales generalmente su aporte es anónimo o poco reconocido cuando son socializados los resultados en el ámbito científico.

Considerando que las competencias en general surgieron en el mundo laboral/empresarial para evaluar el cumplimiento de los trabajadores asociadas a un mejor desempeño, y a una mayor calidad y productividad laboral, se utilizará la definición de competencia laboral utilizada en la Ley Chilena Nº 20.267 que crea el Sistema Nacional de Certificación de Competencias Laborales y perfecciona el estatuto de Capacitación y Empleo, como aquellas “aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen una función laboral, según estándares definidos por el sector productivo” (16)

Trasladándolo al terreno práctico de la enfermería, competencia sería la aptitud, conocimiento y destreza necesarios para cumplir exitosamente las actividades que componen la función de enfermería, traducido en una mayor claridad, calidad e integralidad del cuidado de enfermería.

Con todo, competencia en investigación en enfermería sería la capacidad de la enfermera/o asistencial de demostrar aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para generar, validar y clarificar los conocimientos que permitan encontrar y dar solución a los problemas de la práctica de enfermería, mejorar la calidad del cuidado y al mismo tiempo la calidad de vida de las personas involucradas.

Según Pereda y Marriner, nos dice que para que una persona pueda desarrollar los comportamientos incluidos en la competencia, es preciso que ésta tenga los siguientes elementos (12)

- a) **Saber:** conjunto de conocimientos que permiten a la enfermera/o realizar una cierta tarea e investigación.
- b) **Saber Hacer:** aplicar los conocimientos en la solución de problemas y contar y aplicar sus habilidades y destrezas para dar solución a los problemas y dudas derivadas de la práctica de enfermería, y una excelente enfermera con conocimientos en investigación
- c) **Saber Estar:** ajustar los comportamientos a las normas y reglas de la organización y del grupo de trabajo. Son las actitudes e intereses, deben ajustarse a las normas éticas, intereses de la institución de salud y mantener una actitud científica
- d) **Querer Hacer:** contar con la motivación personal para llevar a cabo los comportamientos incluidos en determinada competencia, la enfermera/o debe realizar investigación, siendo el principal impulsor de la investigación.
- e) **Poder Hacer:** se refiere a las características de la organización que permitan a la persona llevar a cabo la competencia solicitada. La enfermera debe estar motivada e interesada en realizar investigación debe contar en su institución con los recursos y medios (económicos, computacionales, tiempo, etc.) que sean necesarios para llevar a cabo la investigación (16)

Incorporar la práctica de enfermería basada en evidencia (PEBE) es disponer de la mejor evidencia científica, dar respuesta a preguntas surgidas durante el cuidado, guiar la toma de decisiones, garantizar la calidad y seguridad de la atención

neonatal. En la praxis, el profesional de enfermería toma de decisiones, asesora, orienta y emite recomendaciones continuamente sin contar con las herramientas adecuadas para hacerlo con absoluta certeza, por la rapidez en la que se transforma el conocimiento. (17)

6.1.3. Definición de Cuidado

En la tarea transcultural del cuidado, Leininger considera el cuidado como uno de los conceptos más poderosos y el fenómeno particular de la enfermería. Cuidado se define como el acto de asistencia, de apoyo o facilitación hacia o para otro individuo o grupo con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar su condición humana o su modo de vida. La acción de cuidar se refiere al conjunto de acciones, procesos y decisiones directas o indirectas, sustentadoras y expertas relacionadas con la asistencia a las personas de tal manera que reflejen un comportamiento de apoyo compasivo, protector de auxilio educativo y otros según las necesidades, problemas, valores y metas del individuo o grupo al que asiste.

Para Colliure, cuidar es un acto de vida, es decir sus procedimientos y técnicas están dirigidos a lo que la conserva, como es asegurar la oxigenación, hidratación, alimentación, higiene y movilización constante del individuo en situación de dependencia, pero no solo eso , cuidar también es el acompañamiento pluridimensional , tanto en intención como en extensión de la persona enferma.(17)

El término pluridimensional, según Daza de Caballero, se refiere a la importancia de que el cuidado, para su estudio, se aborde desde diferentes dimensiones a saber: la dimensión de la participación, la interacción y el afecto (17)

6.1.3.1. Ética del Cuidado

La ética del cuidado se caracteriza por conceder un especial relieve al compromiso con el bien de las personas con las que se tiene una relación estrecha, como es el

caso de la relación enfermera – paciente, en esta relación, el proceso de cuidar presupone una dimensión ética y estética. Cuidar de una persona enferma, de un anciano, de un moribundo o de un neonato es una acción humana que lleva inscrita en su seno una alta dosis de bondad y belleza. Constituye una acción buena porque es responsable, porque tiene como centro de atención el bien ajeno, su desarrollo y plenitud integral. es bella, porque es una acción armónica y equilibrada, es decir, el cuidar de un modo virtuoso. (17)

No obstante, la acción de cuidar plantea graves y profundos desafíos de carácter ético, en el que resulta absolutamente necesario reflexionar en torno a las categorías de libertad, intimidad, justicia y bien, por ello se consideró pertinente incluir las características del buen cuidar desde el punto de vista ético para que el cuidado pueda considerarse no solo éticamente correcto, sino para aspirar a la excelencia moral en el ejercicio de la profesión. (18)

Las características del buen cuidar son:

- **No hacer Daño y Proteger del Daño:** Es el primer principio de un buen cuidado. Cuando se cuida de alguien se pretende hacerle un bien y, por lo tanto evitar un daño o una complicación.
- **Hacer el Mayor Bien Posible:** Se busca el bien de quien es cuidado y se procura su beneficio. Asimismo, se exige un verdadero interés por el bien del paciente y una predisposición a hacer lo posible para lograrlo.
- **Respetar la Autonomía:** Se refiere no sólo a respetar las decisiones de la persona, sino también, su intimidad y singularidad, por el simple hecho de ser persona. (18)

6.1.3.2. Método Enfermero en el Neonato

El periodo neonatal se caracteriza por alta vulnerabilidad debido a las adaptaciones y cambios que enfrenta el neonato al pasar de la vida intrauterina a la vida

extrauterina; es decir, la separación de la placenta le conduce a realizar sus funciones vitales de manera independiente, donde participan sus aparatos y sistemas en conjunto para modificar la circulación sanguínea, establecer la respiración, el funcionamiento gastrointestinal, renal, hepático e inmunitario, de tal manera que se adapta exitosamente a la vida extrauterina. (17)

Es por ello que el cuidado que necesita el neonato debe ser no solo un cuidado especializado, sino también basado en un método sistematizado y organizado de trabajo y que de hecho caracteriza al quehacer del profesional de enfermería neonatal en cada uno de los servicios de asistencia donde se desarrolla, como son: la Unidad Toco quirúrgica, el cunero Terapia Intermedia e Intensiva.

6.1.4. El Neonato.

Un neonato (del latín *neo nato*) o recién nacido es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea, en éste período se dan un sinnúmero de cambios que pueden derivarse en consecuencias importantes para el resto de su vida.(8)

Es crucial hacer una valoración integral durante los primeros 30 días de vida para diagnosticar cualquier problema congénito con la finalidad de tratarlo en forma oportuna.

El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve. Este hecho conlleva una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil. (8)

6.1.4.1. Recién Nacidos Prematuros y de Bajo Peso.

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días.(9)

De acuerdo a la OMS (10), los niños prematuros se dividen en su categoría en función de la edad estacional:

- a) Prematuros extremos (<28semanas)
- b) Muy prematuros (28 a <32semanas)
- c) Prematuros moderados a tardíos (32 a <37semanas)

6.1.4.2. Complicaciones del Neonato.

La inmadurez de las funciones orgánicas, las complicaciones y los trastornos específicos de la prematuridad determinan la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades que difieren en comparación con los recién nacidos normales (11).

Las patologías más frecuentes a las que enfrentan los prematuros pueden ser: respiratorias, neurológicas, oftalmológicas, cardíacas, gastrointestinales, inmunológicas, metabólicas.

6.1.4.3. El método Canguro.

El Método Madre Canguro (MMC), es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. 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 nacidos a término. Sus principales características son:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé
- Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal), se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar
- Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve
- Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento Adecuados.
- Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

Los primeros en presentar este método fueron los doctores Rey y Martínez en Bogotá, Colombia, donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora,

inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer.

Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Se ha puesto de manifiesto que el MMC 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. (14)

La experiencia e investigación en materia de MMC a las que se ha otorgado mayor difusión provienen de los centros de salud donde comenzaron a dispensarse tales cuidados con la ayuda de profesionales sanitarios capacitados, en el momento en que la madre adquiría confianza en los cuidados que estaba proporcionando a su bebé, seguía dispensándolos en su hogar con el asesoramiento de profesionales que efectuaban controles frecuentes, lo que permitía efectuar un seguimiento especializado. (15)

Las pruebas relativas a la eficacia y la seguridad del MMC se refieren únicamente a los recién nacidos prematuros sin problemas médicos, los denominados neonatos estables. La investigación y la experiencia demuestran que:

- El Método Madre Canguro equivale cuando menos, a la atención convencional (en incubadora) en lo que respecta a la seguridad y la protección térmica, si ello se calcula a tenor de la mortalidad. (16)
- Al facilitar la lactancia materna, el Método Madre Canguro ofrece ventajas considerables en casos de morbilidad grave. (17)
- El Método Madre Canguro contribuye a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre la madre y el hijo.(16)

En este sentido el MMC constituye un Método moderno de atención e cualquier entorno, incluso en los lugares donde se dispone de costosas tecnologías y se tiene acceso a una atención adecuada. (18)

- El Método Madre Canguro nunca se ha evaluado en el entorno del hogar. Determinados estudios de investigación y observación en curso están evaluando la eficacia en el uso de este método en situaciones en las que no se dispensan cuidados intensivos a neonatos ni se tiene acceso a centros de referencia, y en las que los profesionales sanitarios están debidamente capacitados, en dichos entornos, el Método Madre Canguro previo a la estabilización pueden representar la mejor opción de supervivencia saludable.

6.1.4.4. Bases Científicas del Método Madre Canguro.

Si bien las evidencias científicas sobre la validez del método madre canguro todavía están en discusión debido a una investigación débil al respecto, la Organización Mundial de la Salud, destacadas variables fundamentales que se deben considerar en la aplicación del Método Madre Canguro:

- a) El momento de inicio del Método Madre Canguro.
- b) La duración diaria y general del contacto piel a piel.

El inicio varía desde apenas se produce el parto hasta algunos días del nacimiento, luego de que los riesgos por bajo peso al nacer hayan sido superados lo cual disminuye el riesgo para la salud del recién nacido, en relación al tiempo de contacto piel a piel varía desde pocos minutos en promedio 30 minutos hasta 1 hora al día estas sesiones se pueden alargar hasta meses Sin embargo la experiencia demuestra que mientras más duran los cuidados más fuerza adquiere las posibles asociaciones directas y causales entre el MMC y los resultados obtenidos del método cuando el tiempo es prolongado la madre es quien dispensa el cuidado en lugar del personal de enfermería o la incubadora. (18)

Y es justamente este principio el que rige el método, el contacto permanente de la madre con el recién nacido. El mensaje clave es que “nunca hay que separar a la madre del recién nacido”. Denegar a los bebés este contacto les puede suponer: déficit de atención, cólicos, problemas de sueño, además de entorpecer la lactancia materna y la producción de leche. (19)

6.1.4.5. Características del Método Madre Canguro

El Método Madre Canguro (MMC) fue concebido e implementado al final de la década de 1970 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, por el Doctor Edgar Rey Sanabria. Desde entonces, ha evolucionado a partir de los conceptos iniciales, incorporando modificaciones originadas en la práctica y en la investigación científica lideradas en Colombia por la Fundación Canguro. (12)

Existen seis características básicas del Método Madre Canguro (MMC), las cuales se definen a continuación y se constituyen en lineamientos de estricto cumplimiento.

- a. Población blanca (objeto de la intervención).
- b. Posición Canguro.
- c. Alimentación y nutrición canguro basada en la lactancia materna.
- d. Políticas canguro de egreso hospitalario y seguimiento ambulatorio.
- e. Seguimiento multidisciplinario – integral
- f. Consulta colectiva.

a). Población Blanca (Objeto de la Intervención Canguro)

La Intervención Madre Canguro (IMC) se ofrece a recién nacidos prematuros de menos de 37 semanas de gestación (independiente del peso) o recién nacidos con pesos menores a 2500 g (bajo peso, independiente de la edad estacional). (16)

La Posición Canguro (PC) se utiliza tan pronto como es posible y prudente si:

- El niño tiene la capacidad de tolerarla: hay estabilización de los signos vitales, no presenta bradicardia o hipoxemia cuando se le manipula, no presenta apneas primarias o si éstas estuvieron presentes están controladas.
- La intervención canguro es un complemento del cuidado neonatal y de las intervenciones de salud realizadas en el recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer. Adicionalmente, la intervención canguro puede dirigirse a niños sanos y a término.

b). Posición Canguro

El sello distintivo del MMC es la llamada posición canguro. Los atributos de la PC “típica” o de referencia son: contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día, colocado en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres cumplen no solo la función de mantener la temperatura corporal del niño (reemplazando en esta función a las incubadoras) sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación. (20)

Se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura en posición canguro. El soporte de te ayuda a que la vía aérea del recién nacido no se obstruya por cambios de posición (por ejemplo: flexión o hiperextensión del cuello) lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales. (12)

- El bebé puede ser alimentado en cualquier momento permaneciendo en contacto piel a piel.

- Cualquier otra persona (el padre, por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en posición canguro (PC).
- Para dormir hay que hacerlo en posición semisentada (30°).
- La PC se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no la soporta porque suda, araña y grita o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo coloca en (PC).

c). Alimentación y Nutrición Canguro Basada en la Lactancia materna.

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

Cuando el niño ingresa al método madre canguro la política es iniciar el contacto madre-hijo tan pronto como sea posible y seguro, progresar lo más rápido posible en la adaptación del día da madre-hijo en el proceso de adaptación a la posición canguro. Esto acorta los períodos de separación madre-hijo e iniciar contacto físico piel a piel, que ayuda a la iniciación y el establecimiento de los mecanismos de producción y bajada de leche, a esto se suma la intervención del personal de enfermería que se encarga de aplicación de técnicas que preserven la lactancia materna a través de recolección de calostro y leche de la madre, y su administración al niño mientras se establece la succión directa. (21)

d). Estrategia de Alimentación y Nutrición Canguro (NC)

La estrategia de alimentación y nutrición del recién nacido en el marco del MMC se basa en los siguientes puntos:

- **Población blanca:** La estrategia de alimentación canguro está diseñada para

niños que están en el llamado período de crecimiento estable. Estos últimos se basan en la lactancia materna exclusiva hasta la edad de 6 meses, si el crecimiento somático del niño es adecuado y la madre está disponible.

En caso de que la madre trabaje y/o exista imposibilidad de ésta para dar lactancia materna exclusiva, se complementa con leche artificial del mercado y se introduce la alimentación complementaria más temprano conservando siempre las mismas metas: un crecimiento somático armonioso reportado en las curvas de crecimiento utilizadas en el PMC ambulatorio. (15)

- **Fuente de Alimentación.** La fuente fundamental de la nutrición del niño es la lactancia materna, y se utilizará siempre que sea posible. Además, siempre se suplementa la leche materna con vitaminas liposolubles hasta que el niño llega a término. La leche materna puede ser fortificada o suplementada cuando sea necesario. Puede considerarse el uso de leche humana de donante, preferiblemente de una edad gestacional similar, siempre y cuando sea recolectada, pasteurizada y administrada de forma segura y se preserven al máximo sus ventajas y valor nutricional. (15)
- **Vía de Alimentación.** - La lactancia materna se puede realizar por succión directa o por administración de la leche de su madre previamente extraída, que puede suministrarse vía oral, por gastroclisis, o por garaje intermitente (22)
- **Metas Clínicas.** - La alimentación se basa en leche materna de su propia madre para aprovechar al máximo las ventajas de la leche humana no modificada, especialmente sus propiedades inmunológicas, el aporte balanceado de nutrientes esenciales y su perfil de seguridad con respecto al riesgo de Enterocolitis.

- La meta de crecimiento es obtener una ganancia de peso al menos como la del desarrollo intrauterino (15 g/kg/día hasta el término). La lactancia se administra inicialmente a intervalos fijos, no por demanda, para asegurar un aporte mínimo apropiado. (23).
- la meta no se ha cumplido se debe descartar condiciones patológicas que produzcan una inadecuada ganancia de peso como anemia, infección, hipotermia, o no adherencia a la posición canguro.

e). Políticas de Egreso Hospitalario y Seguimiento Ambulatorio

La aplicación adecuada del MMC permite reducir la estancia hospitalaria del niño, transfiriendo el cuidado a la madre o al proveedor del método en forma temprana. El cuidador continúa con el cuidado hasta que el niño sea capaz de regular adecuadamente la temperatura, además de estar en forma permanente bajo el cuidado y la observación directa del proveedor.

f). Seguimiento multidisciplinario -integral

Un punto fundamental en la aplicación del método madre canguro es el seguimiento y la evaluación oportuna de un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, psicólogos que detecten en forma oportuna cualquier anomalía. La evaluación debe ser integral y permanente para asegurar el éxito del método.

g). Destino de egreso

Es indispensable que el plan de egreso del bebé se lo realice tan pronto como el niño de muestras de mejora independientemente de su peso o de su edad gestacional, una vez que el niño y la madre alcancen una adaptación canguro exitosa. Se debe considerar además la accesibilidad de la madre-hijo a la consulta médica en caso de que no exista el personal necesario para realizar el seguimiento oportuno.

Es indispensable contar con una familia dispuesta y capacitada para seguir en forma rigurosa el protocolo de Método Madre Canguro.

6.1.4.6. Consideraciones especiales del Método Madre Canguro

Debido a la vulnerabilidad propia del niño prematuro o de bajo peso al nacer y a las condiciones propias de un hospital, se debe tener en cuenta que le conviene más al niño estar en su casa con los cuidados adecuados y no en una URN o en un hospital la permanencia del niño en su casa es posible, si y solamente si, el niño tiene unas condiciones adecuadas de salud y de estabilidad. Siempre se debe valorar el riesgo-beneficio del niño de permanecer hospitalizado o estar en su casa. (23)

- c) Todas las decisiones del manejo de la diada (madre-niño o cuidador-niño) deben favorecer su permanencia conjunta.
- d) Cuando el niño requiere estar en la UCIN debe asegurar el acceso de los padres, a la unidad neonatal durante las 24 horas. Igualmente, se debe asegurar que puedan interactuar con su hijo para facilitar el inicio de la adaptación madre canguro.
- e) La atención ambulatoria debe estar asegurada las 24 horas del día en caso la madre necesite resolver cualquier inquietud o signo de alarma que se presente en el recién nacido.
- f) La posición canguro para transporte “no se recomienda como práctica rutinaria ni como política para sustituir la incubadora de transporte, sino como alternativa segura ya de cada cuando las incubadoras de transporte no son óptimas o no están disponibles, en un niño transportable”.

6.2. Integración familiar en los cuidados

Basados en la aceptación y respaldo científico que el método madre canguro tiene, ahora forma parte de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia Su finalidad favorecer el desarrollo del niño a través de intervenciones que beneficien al recién nacido como a su familia. (24) Esto supone el otorgar un nuevo rol a la familia incluso cuando el niño está hospitalizado, pues pasa a ser la familia la piedra angular en la vida del niño. (26)

Además, esto supone que la antigua concepción de los servicios de neonatología cambie su organización y funcionamiento, permitiendo a los padres espacios de mayor relación e interacción con los niños, proveyéndoles de una capacitación entrenamiento eficaces para reducir los riesgos en el manejo de los infantes. De aquí surge entonces la necesidad de contar con profesionales altamente capacitados con enfoques multidisciplinarios y capaces de transmitir efectivamente pautas claras y precisas. (4)

6.3. Campo de la Enfermería

Es verdad que la infraestructura es importante para que la familia cumpla su papel, pero no es menos importante y protagónico el rol que los profesionales formados en desempeñar. Y es justamente aquí en donde la presencia de enfermería cobra importancia como proveedor de los cuidados neonatales dirigidos al recién nacido como a la familia. El papel fundamental de enfermería es de cerciorarse de la correcta interacción del paciente con el entorno, signos vitales, patrón respiratorio, posición corporal, además de atender el contexto emocional. Deberán disminuir los efectos nocivos por la separación física y afectiva debido a la hospitalización, atendiendo los sentimientos que esto produzca. Sin olvidar que la enfermera será quien motive a la familia a realizar el método madre canguro en forma eficiente y satisfactoria, debe convertirse en la portavoz de los beneficios que éste método provee, supervisará las sesiones, aportando mejorar la atención. (27)

VII.DISEÑO METODOLOGÍCO

7.1. Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo descriptivo, observacional de corte transversal.

- **Descriptiva:** Porque se empleó un instrumento de recolección de datos el cual tuvo como fin medir diferentes variables referentes al tema de investigación en un determinado momento.
- **Observacional:** Porque permite la recolección de datos en base al Manejo del método madre canguro.
- **Corte transversal:** Porque la recolección de datos se realizó en un determinado rango de tiempo correspondientes a tres meses calendario de abril a junio del 2019

7.2. Área de Estudio.

En la ciudad de La Paz está ubicado Hospital Militar Central “COSSMIL” la cual es la referencia de las personas aseguradas de esta institución la cual abarca asegurados de las tres Fuerzas Armadas, (Ejercito, Aérea, Naval) de Bolivia.

El estudio se desarrolló en la unidad de neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL” la cual se encuentra ubicada en la Av. Saavedra Zona Miraflores.

La unidad de neonatología se divide en tres salas la cual es la unidad de terapia intensiva neonatal, terapia intermedia y cuidados mínimos

7.3. Universo y Muestra

7.3.1 Universo

Las poblaciones para el estudio fueron 10 licenciadas de enfermería, quienes trabajan en el área de neonatología del hospital citado anteriormente, el personal realiza cuidado directo en turnos rotativos distribuidos en la mañana, tarde y noche.

7.3.2 Muestra

Por las características reducidas de la población no se considera ningún muestreo sino se trabajó con todo el universo que hacen a 10 licenciadas de enfermería

7.4 Criterios

Criterios Inclusión

- Enfermeras de la unidad de neonatología que trabajen en el Hospital Militar Central "COSSMIL".
- Enfermeros(as) con la hoja de observación, registro completo.
- Enfermeras que desean participar en el estudio.
- Todo personal de ítem y contrato estén trabajando en el Hospital Militar Central "COSSMIL".

Criterios de Exclusión

- Personal de enfermería que trabaja en otro servicio.
- Enfermeras que se encuentra de vacaciones permiso.
- La jefa de enfermeras.
- Enfermeras que no desean ser parte del estudio.
- Llenado incompleto de la hoja de observaciones.
- Así como, las enfermeras que trabajan en otras áreas de servicios.

OPERACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Edad	Tiempo que ha vivido una persona a partir de su Nacimiento	Cuantitativa Discretas	Menor de 25 26 a 35 años 36 a 45 años 46 o mas	Frecuencia porcentaje
Formación Académica post gradual	Cada una de las etapas que Forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determina el cual al finalizar se otorga un certificado.	Cualitativa Ordinal	Licenciatura Diplomado Especialidad Maestría	Frecuencia Porcentaje
Capacitación	Proceso continuo de enseñanza-aprendizaje	Cualitativa Nominal	Sesión Educativa Taller Ninguno	Frecuencia Porcentaje
Competencia Cognitivas	son aquellas que se refieren a lo relacionado con el procesamiento de la información, esto es la atención, percepción, memoria, resolución de	Cualitativa Nominal	Alto Medio Bajo	Frecuencia Porcentaje

	problemas, comprensión, establecimientos de analogías entre otras.			
Competencias Técnicas	son aquellas que sirven para desempeñar una función específica y que se desarrollan por medio de la formación, capacitación o entrenamiento	Cualitativa Nominal	Cumple No Cumples	Frecuencia Porcentaje

7.5. Métodos y técnicas

7.5.1. Técnica

Los métodos y técnicas que fueron utilizadas para la recolección de datos fue la encuesta la misma que fue elaborada con preguntas de carácter cerrado y la hoja de observaciones. Los instrumentos fueron validados con anterioridad a su aplicación, puesto que los expertos los revisaron y dieron su visto de conformidad. Posterior a la validación es que se aplicó los instrumentos. Por otro lado, se aplicó un consentimiento informado antes de su aplicación. Se observa al personal profesional de enfermería, se registrará manualmente en la guía de observación.

7.5.2. Instrumento

El Instrumento utilizado fue un Cuestionario Validado formulado con 35 preguntas cerradas cuya valoración fue de acuerdo a respuestas correctas o incorrectas. La sumatoria total determinó un resultado que permitió medir el conocimiento de cada unidad de estudio según la Escala Stanones para medir conocimientos, en donde la respuesta correcta se valoró con 1 punto y la incorrecta con 0.

Respuestas	Porcentaje	Niveles
Correctas		
0 – 20	0 - 35%	Bajo
21 – 27	36% - 69%	Medio
28 – 35	70% - 100%	Alto

Fuente: Escala Stanones, Nivel Conocimiento

Dicho cuestionario fue aplicado en una investigación realizada en la unidad de terapia intensiva neonatal, sometido a pruebas de validación del instrumento por parte de expertos en metodología y pruebas de confiabilidad con el Método de Kuder-Richardson obteniendo una puntuación de 0,81/1. Este método califica la confiabilidad de una técnica de medición de conocimientos, los factores se ordenan de 0 a 1 en el que 0 significa una confiabilidad nula y 1 representa un máximo de confiabilidad.

Cuando más se acerca el coeficiente a 0 hay mayor error en la medición mientras que si se acerca más a 1 será mejor la efectividad.

7.5.3 Plan de tabulación y análisis

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS 15.0 versión gratuita y fue 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

7.5.4. Consideraciones Éticas

Previo al desarrollo de este estudio se realizaron los trámites legales pertinentes solicitando los permisos correspondientes ante el Hospital Militar “COSSMIL” enviando una carta a dirección militar y médica por la cual se obtuvo aprobación para la realización de la investigación. (Anexo 1) Se entregó una solicitud de permiso al Dr. Enrique Sanches Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Militar Central “COSSMIL”, para la aplicación del proyecto de intervención así mismo se entregó una solicitud de permiso al responsable de la unidad de Neonatología y jefatura de Enfermería (Anexo 2) donde se realizará la “Evaluación del Nivel de Competencias sobre el Método Canguro a los Profesionales de Enfermería”. obteniendo la respectiva aprobación para la aplicación del estudio. (Anexo 3) Se dio a conocer sobre nuestro tema de estudio al personal de enfermería que trabaja en la unidad de Neonatología y se entregó el consentimiento informado para que lo firmen de manera voluntaria. Se aplicó el cuestionario en forma individual a cada profesional de enfermería, con supervisión durante la resolución de los ítems, cuya aplicación tuvo un tiempo de duración. Se analizó e interpretó los resultados y fueron representados gráficamente. Sobre la base de los resultados de la investigación. Se elaboró un manual sobre del Método Madre Canguro para que sirva como una guía a los profesionales de enfermería.

- **Autonomía:** Se aplicó el consentimiento informado las participantes (personal de enfermería profesional)
- **Beneficencia:** En este aspecto se cuidó de que el estudio no afectara el bienestar de los participantes y demás favorece implícitamente a los neonatos prematuros.
- **Maleficencia:** El presente estudio presenta precautelar la calidad de vida de los neonatos evitando complicaciones en referencia al método madre canguro. Los resultados obtenidos se mantendrán en completa confidencialidad sin perjudicar al personal que participo en la recogida de datos.
- **Justicia:** Se incluyó a todos sin discriminación de grado de formación (licenciadas de enfermería)

Tabla 1
ÍTEMS DEL CUESTIONARIO

ITEMS	PREGUNTAS	PUNTAJE
Definición y beneficios del MMC	1,2,3,4	4
Inicio del MMC	5,6,7,8,9	5
Posición canguro	10,11,12,13	4
Atención y duración del MMC	14,15,16,17	4
Vigilancia del estado del bebé durante el MMC	18,19,20,21	4
Alimentación del recién Nacido	22,23,24,25,26,27,28	7
Vigilancia del crecimiento del recién Nacido	29,30	2
Alta del recién nacido	31,32,33,34,35	5
TOTAL		35

VIII. RESULTADOS

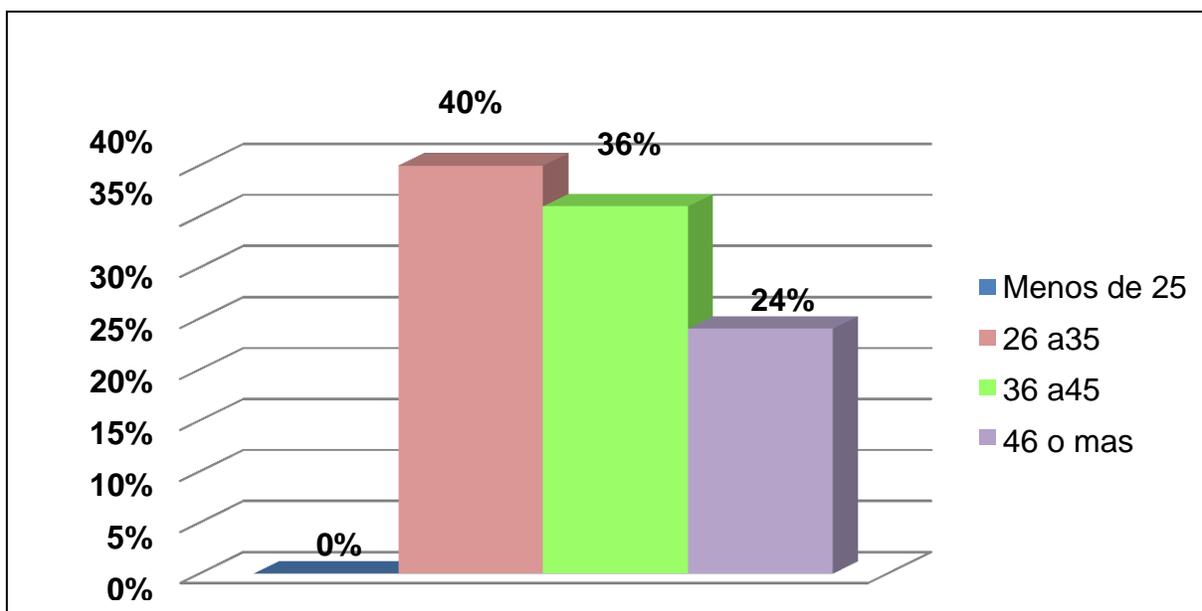
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA ENFERMERA

Tabla N°1 Personal de Enfermería según edad en la unidad de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 25	0	0%
26 a 35 años	4	40%
36 a 45 años	3.6	36%
46 o mas	2.4	24%
TOTAL	10	100,0

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019

Gráfico N°1 Personal de Enfermería según edad en la unidad de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019

Interpretación: La población participante en el estudio el promedio de edad de las personas encuestadas, se aprecia que las edades comprendidas entre 26 –35 años representan un 40%. En segundo lugar, se ubica con el 36% el rango de edad de 36–

45 años, seguido encontramos el grupo de enfermeras con más de 46 años las cuales representan el 24% siendo el grupo con menos integrantes y por último se aprecia que el 0% representa la edad menor de 25 años.

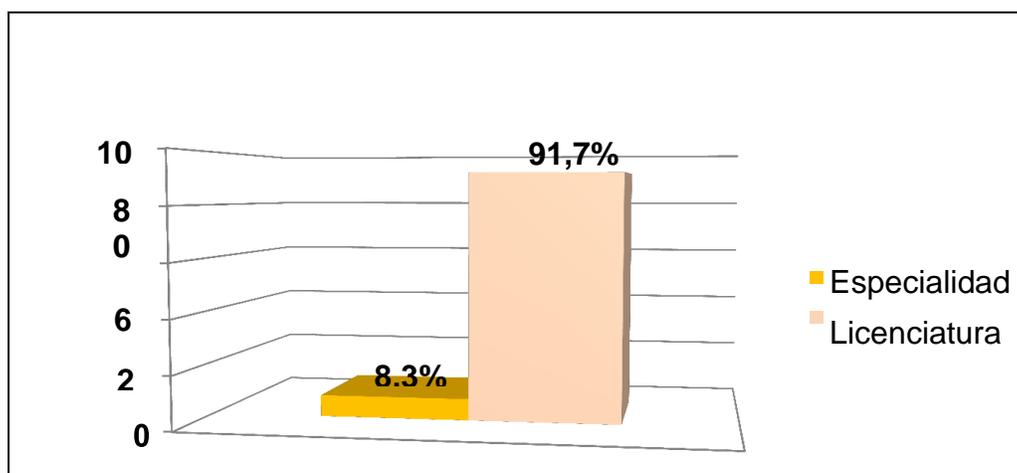
Datos fundamentales pues el personal de enfermería que trabaja en el servicio de neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL” es joven lo que hará posible una mejor adaptación a cambios y adopción de estrategias para mejorar la atención de los recién nacidos prematuros y de bajo peso a través del programa madre canguro

Tabla N°2 Profesional de Enfermería según Formación Académica en la unidad de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”2019

Estudios Realizados	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	8	80%
Diplomado	0	0%
Especialidad	2	20%
Maestría	0	0%
TOTAL	10	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

Gráfico N°2 Profesional de Enfermería según Formación Académica en la unidad de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”2019



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

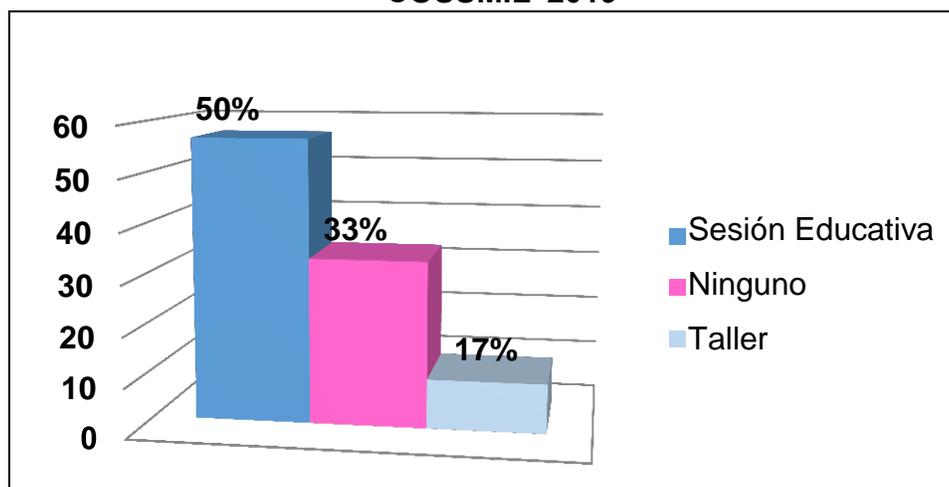
Interpretación: El gráfico demuestra que el 91,7% del personal que trabaja en el servicio de neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”, posee licenciatura en enfermería y sólo el 8,3 % tienen una especialidad, sin embargo, no se encuentra profesionales que tienen diplomado y maestría, en el cual muestra la influencia del nivel académico como uno de los factores que más influyó en la calidad de atención de los pacientes, a mayor educación del personal enfermero mayor probabilidad de que la atención del paciente sea de mejor calidad y por ende los resultados de recuperación de los pacientes más efectivos y menos costosos

Tabla N°3 Capacitación Recibida/Tipo de Capacitación sobre el método madre canguro en la unidad de neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”2019

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Sesión Educativa	5	50%
Taller	17	17%
Ninguno	33	33%
TOTAL	10	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

Gráfico N°3 Capacitación Recibida/Tipo de Capacitación sobre el método madre canguro en la unidad de neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”2019



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

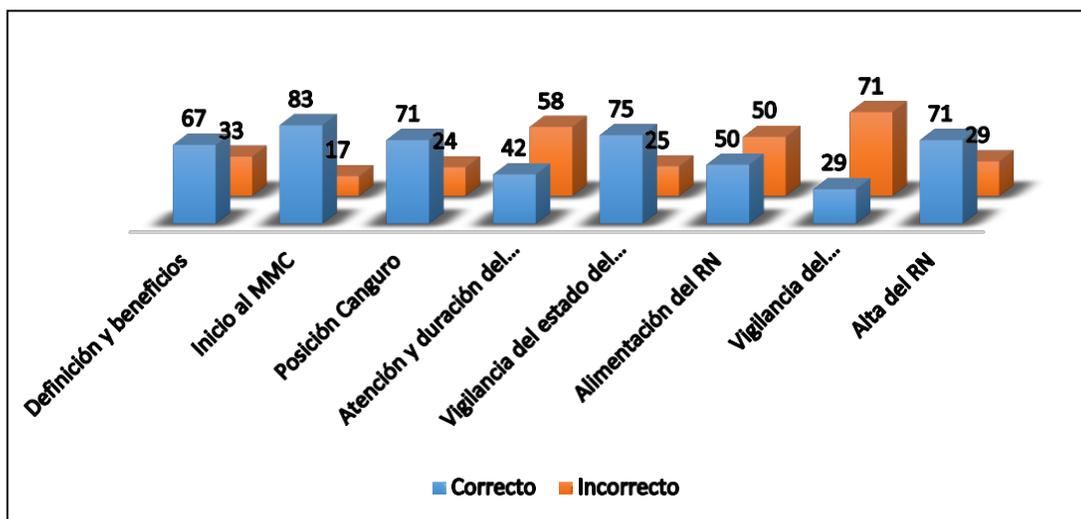
Interpretación: Como se observa en la gráfica el 67% del personal de enfermería recibió capacitación sobre el programa madre canguro, el 50% de enfermeras se capacitó en una sesión educativa, mientras que el 17% lo hizo a través de un taller. El 33% restante no recibió ningún tipo de capacitación.

Tabla N°4 Nivel de Competencias Cognitivas Sobre el Método Madre Canguro del Personal de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”

	Correcto		Incorrecto		Total
	Frec	Porc	Frec	Porc	
Definición y beneficios	67	67%	33	33%	100%
Inicio del MMC	83	83%	17	17%	100%
Posición canguro	71	71%	24	24%	100%
Atención y duración	42	42%	42	58%	100%
Vigilancia del estado del RN	75	75%	25	25%	100%
Alimentación del RN	50	50%	50	50%	100%
Vigilancia del crecimiento del RN	29	29%	71	71%	100%
Alta del RN	71	71%	29	29%	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

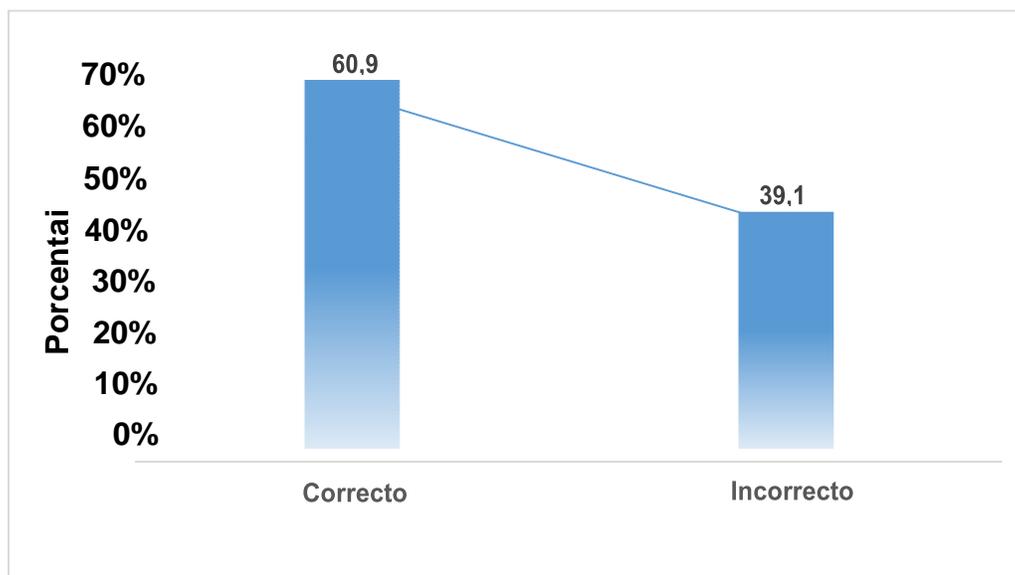
Gráfico N°4 Nivel de Competencias Cognitivas Sobre el Método Madre Canguro del Personal de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

Interpretación: La evaluación de los ocho ítems referentes al conocimiento que el personal de enfermería tiene con respecto al Método Madre Canguro evidencia que: el 71% de enfermeras contestan incorrectamente los temas relacionados con la vigilancia del crecimiento del recién nacido dentro de MMC, un alto nivel de error se observa en el tema correspondiente a la atención y duración del MMC en donde el 58% se equivoca, en temas relacionados con la Alimentación del RN la mitad contesta correctamente y la otra mitad se equivoca. En contraposición el 83,3% del personal contestó correctamente los temas sobre el inicio del MMC, el 75% de enfermeras contestan correctamente los contenidos sobre Vigilancia del estado del bebé y un 70,8% de enfermeras aciertan sobre los contenidos que evalúan la Posición Canguro.

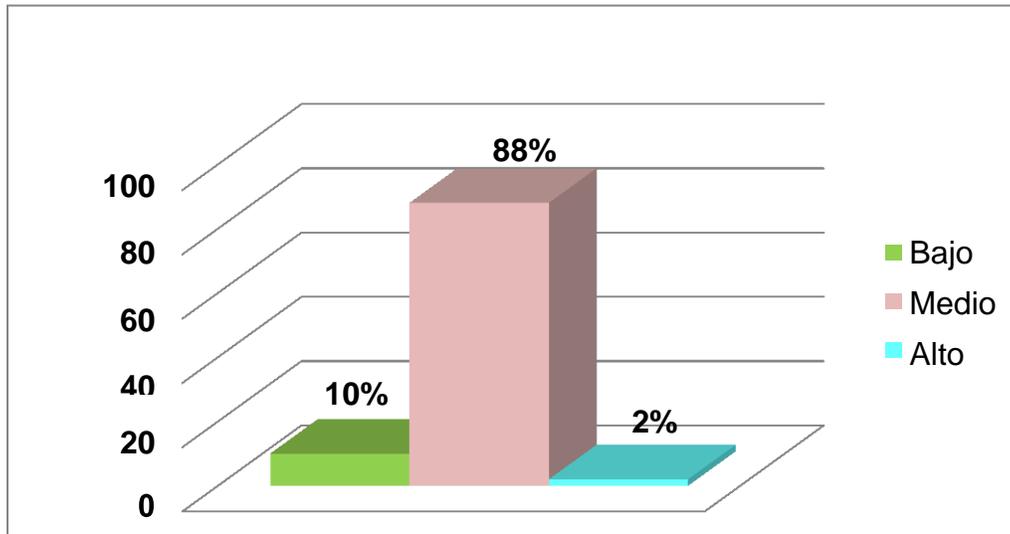
Gráfico N°5 Porcentaje Total de la competencia cognitiva sobre el Método Madre Canguro del Personal de Enfermería de la unidad Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019.

Interpretación: El gráfico demuestra que el 61% del personal de enfermería el momento de ser evaluados sobre los 8 temas del MMC aciertan en su contestación mientras que el 39% de enfermeras se equivocan al contestar.

Gráfico N°6 Escala de Stanones Para Medir Conocimientos sobre el Método Madre Canguro del Personal de Enfermería de la unidad Neonatología del Hospital Militar Central “COSSMIL”



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019

Interpretación: El indicador Conocimiento sobre el Método Madre Canguro que poseen los profesionales de enfermería según la Escala Stanones (0-35% bajo, 36-69% medio, 70-100% alto), evidenciándose que el 88% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento Medio sobre el Método Madre Canguro, 10% bajo y solo un 2% alto.

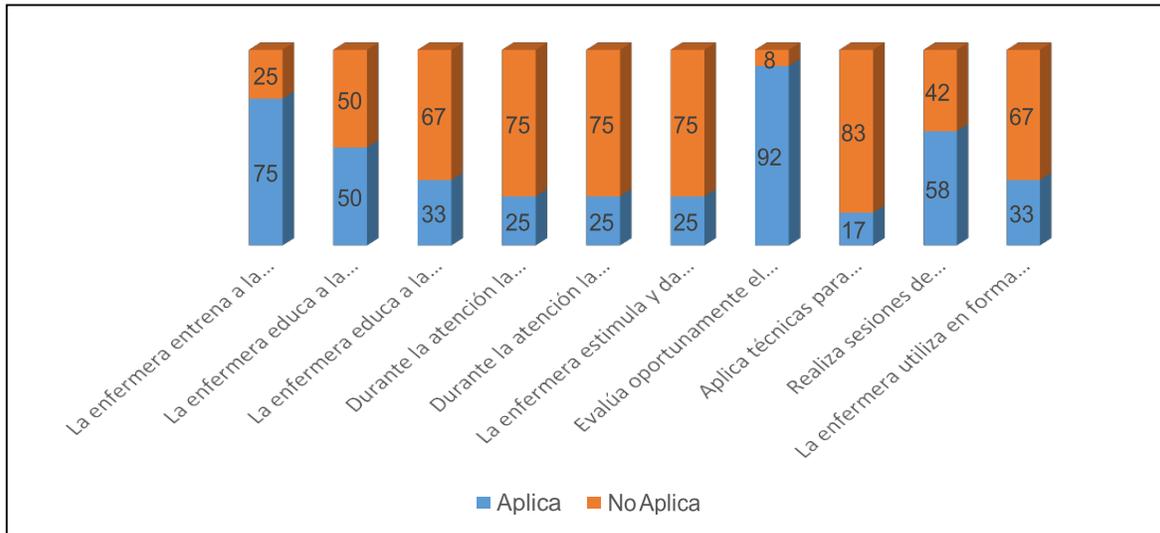
Tabla N°7 Aplicación de la Competencia Técnica en el Método Madre Canguro por parte del Personal de Enfermería en la Unidad de Neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”

	Aplica		No Aplica		Total
	Frec	Porc	Frec	Porc	
La enfermera entrena a la madre como sostener al RN	75	75%	25	25%	100%
La enfermera educa a la madre sobre lactancia materna	50	50%	50	50%	100%
La enfermera educa a la madre sobre cuidado y signos de alarma	33	33%	67	67%	100%
Durante la atención la enfermera permite a la madre expresar sus temores	25	25%	75	75%	100%
Durante la atención la enfermera motiva a la madre en ejercicios de relajación con su RN	25	25%	75	75%	100%
La enfermera estimula y da masajes ala RN mientras está en contacto piel a piel	25	25%	75	75%	100%
Evalúa Oportunamente el peso del RN	92	92%	8	8%	100%
Aplica técnica para mantener la termorregulación del RN	17	17%	83	83%	100%
Realiza sesiones de testimonios de madres que han aplicado el MMC	58	58%	42	42%	100%
La enfermera utiliza de forma adecuada las faja e implementos para el MMC	33	33%	67	67%	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019

Gráfico N°7 Aplicación de la Competencia Técnica en el Método Madre Canguro por parte del Personal de Enfermería en la Unidad de Neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”

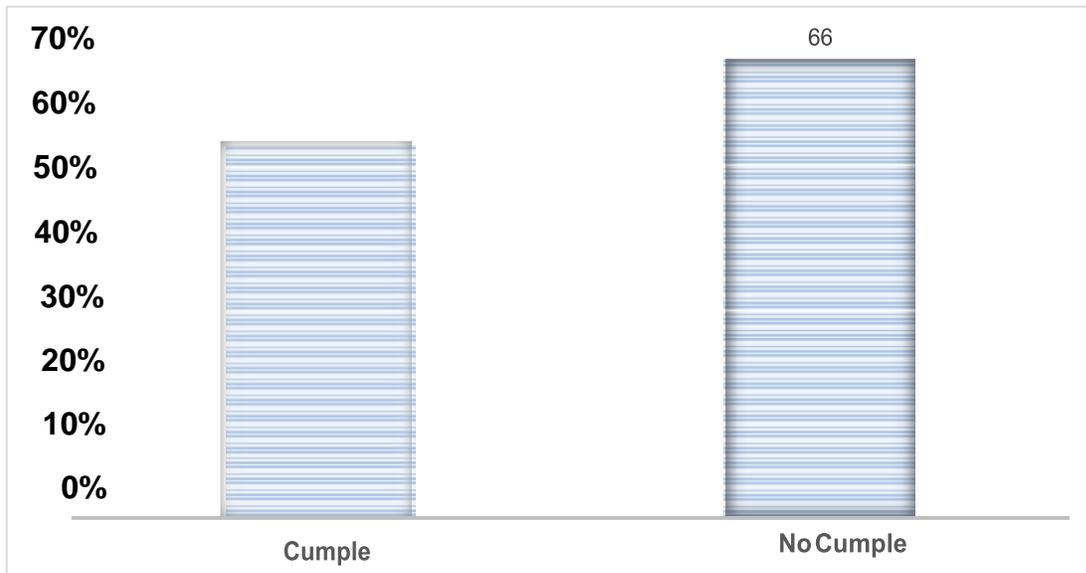
Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019



Interpretación: La gráfica muestra el % de aplicación de las actividades más relevantes en el MMC, se demuestra que las actividades menos aplicadas son aquellas que tienen que ver con la educación y la motivación del personal de enfermería hacia la madre o cuidador 75%, la actividad más ejecutada 83% es aquella que tiene que ver con procedimientos propios como termorregulación.

La literatura reporta que el papel fundamental de la enfermera dentro del MMC es la educación y la motivación, que estimula y alienta a los progenitores. en su estudio describe que, si no se informa a los padres, ellos pueden creer que se está experimentando con ellos, que ni los profesionales están seguros del procedimiento. Por lo tanto, es importante educarlos y ser capaces de responder a todas sus dudas.

Gráfico N°7 Cumplimiento de la Competencia técnica del Método Madre Canguro por parte del Personal de Enfermería en la Unidad Neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”.



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras neonatales 2019

Interpretación: En las labores diarias el grupo observado evidencia que el 66% no cumple con las tareas básicas que conforman la aplicación del método canguro, frente al 34% de enfermeras que si lo hacen. Lo que pone de manifiesto que no solo se necesita conocer el método, sino estar motivado para poder aplicarlo, de lo contrario se pondría en riesgo la aplicación del MMC llegando a deshumanizar el cuidado del RN prematuro.

IX. CONCLUSIONES

Finalizado el trabajo de campo se llega a las siguientes conclusiones:

1. Respondiendo al objetivo general en relación al nivel de competencia cognitiva un 88% poseen conocimiento medio un 10% bajo y un 2% alto y respecto a la competencia técnica el 66% no aplican los lineamientos básicos del programa, ya que no realiza adecuadamente los procedimientos.
2. Respondiendo al primer objetivo específico en cuanto a las variables sociodemográficas del personal de enfermería de la unidad de Neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL se aprecia que las edades comprendidas entre 26 –35 años representan un 40%. En segundo lugar, se ubica con el 36% el rango de edad de 36–45 años, seguido encontramos el grupo de enfermeras con más de 46 años las cuales representan el 24% siendo el grupo con menos integrantes y por último se aprecia que el 0% representa la edad menor de 25 años, se pudo evidenciar que el 91,7% poseen título de Licenciadas en Enfermería y el 8,3% son Especialistas y no se pudo evidenciar diplomado y maestría, en relación a la capacitación el 50% recibió capacitación a través de una sesión educativa, el 17% se capacitó en un taller y 33% restante no se capacitó.
3. Respondiendo al segundo objetivo específico sobre las competencias cognitivas concluye que el indicador Conocimiento sobre el MMC que poseen los profesionales de enfermería evidenciándose que el 88% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento Medio sobre el MMC, 10% bajo y solo un 2% alto. según la Escala Stanones (0-35% bajo, 36-69% medio, 70-100% alto).
4. Respondiendo al tercer objetivo específico en lo que respecta a la competencia técnica, en relación a la aplicación del MMC en el servicio

de neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL" el 54% de enfermeras aplican el MMC, mientras que el 66% no lo aplican. Siendo las actividades de mayor cumplimiento aquellas relacionadas con técnicas o procedimientos como termorregulación y las menos practicadas las relacionadas con tareas de educación y motivación.

X. RECOMENDACIONES

Al finalizar la investigación se hace indispensable expresar algunas recomendaciones que podrían apoyar los resultados del presente trabajo y sobre todo la actividad profesional del personal implicado.

- El personal participante del MMC debe estar perfectamente calificado técnicamente en el programa, pero aún más importante es que se encuentre motivado para llevarlo a cabo con la finalidad de garantizar un cuidado altamente técnico, pero sobre todo humano.
- El éxito del MMC depende en gran parte de la permanencia del personal en el mismo, por lo que se sugiere al hospital que dicho personal no sea transferido a otros servicios pues la capacitación y la experiencia cuentan mucho en la calidad del MMC.
- La Dirección del Hospital deberá decidir la adopción del MMC considerando no solo la disponibilidad del personal, su experiencia, conocimientos y motivación sino también la estructura administrativa y física que de soporte al MMC.
- A la Jefa de Enfermería de la Unidad de Neonatología se sugiere aplicar el protocolo de intervención que se diseñó con el fin de fortalecer el procedimiento que debe realizar el personal de enfermería en la atención recién nacido prematuro.
- Finalmente, se organizó una capacitación para socializar los protocolos de atención, mismos que fueron difundidos al personal de enfermería, la capacitación se realizó en los ambientes de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y permitió fortalecer los conocimientos de todas las profesionales

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lizarazo-Medina JP, Ospina-Díaz JM, Ariza-Riano NE. The kangaroo mothers' programme: a simple and cost-effective alternative for protecting the premature newborn or low-birth-weight babies. *Rev SaludPublica (Bogota)* 2015 Jun;14 Suppl 2:32-45.
2. Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, et al. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof* 2012;13(1):3-8.
3. Hall D, Kirsten G. Kangaroo Mother Care--a review. *TransfusMed* 2008 Apr;18(2):77-82.
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2015. Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. consultado el 03 de marzo de 2015].

Disponible
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
.Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy
5. Barbosa, R. Herrera, G. full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc* 2011 Aug;2(3):107-111.
6. Arivabene JC, Tyrrell MA. Kangaroo mother method: mothers' experiences and contributions to nursing. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010 Mar- Apr;18(2):262-268.
7. Muddu GK, Boju SL, Chodavarapu R. Knowledge and awareness about benefits of Kangaroo Mother Care. *Indian J Pediatr* 2013 Oct;80(10):799- 803.
8. Alles, M. Gestión por competencias. Edición Gránica. Buenos Aires, Argentina. 2005.

9. Potter, P. Fundamentos de enfermería. 5ta. Edición. Editorial Mosby. Madrid. Barcelona. 2004.
10. Pereda, S.; Berrocal, F. La gestión de recursos humanos por competencias. en: gestión de recursos humanos por competencias. 2da. edición. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces. 2006.
11. Ducharme, F. La recherche en sciences infirmiers, des défis à relever. Can J Nurs Res. 1997.
12. Plascencio, J.; Barbosa, R. Herrera, G. Cuidados alcanzados en el Neonato: estructura de la atención cuidados neonatales tomo I. Mexico. 2013.
13. Arce, A. Altamirano, L. Beron, S. Ortiz, et al. Prácticas de enfermería Neonatología 1° edición. Buenos Aires Argentina Ediciones Medicas 2015.
14. Strand H, Blomqvist YT, Gradin M, et al. Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. Acta Paediatr 2014 Apr;103(4):373-378.
15. Gnigler M, Ralser E, Karall D, et al. Early sudden unexpected death in infancy (ESUDI)--three case reports and review of the literature. Acta Paediatr 2013 May;102(5):e235-8.
16. Fernández Medina I. Infección nosocomial y método madres canguro. Revisión de evidencias. ENE, Revista de Enfermería. 2013;7(3).
17. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2007;3.
18. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev 2014 Apr 22;4:CD002771.

19. Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. The Cochrane Library 2014.
20. Luna MS, Alonso CRP, i Mussons FB, Urcelay IE, Castro-Conde J, López EN. Recommendations para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP) 2009;71(4):349-361.
21. Andres V, Garcia P, Rimet Y, et al. Apparen lifethreatening events in presumably healthy newborns during early skin- to- skin contact. Pediatrics 2011 Apr;127(4):e1073-6.
22. Rodriguez-Alarcón Gómez J, Asla Elorriaga I, Fernández-Llebrez L, et al. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. Progresos de Obstetricia y Ginecología Progresos de Obstetricia y Ginecología, February 2011; Volume 54, Issue 2, pp. 55-59; 2011-02;54(2):55-59.

XII. ANEXOS

ANEXO N-1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL 2019

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Diseño Metodológico						
Desarrollo estrategias y planeación						
Aplicación de instrumento						
Seguimiento y Control						
Tabulación de Resultados						
Análisis de Resultados						
Informe Final						

ANEXO 1
CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR LA INVESTIGACION

La Paz 10 de Julio de 2019

Cnl. DAEN Jhonny Antezana Cáceres
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "COSSMIL"



Mi persona licenciada Silvia Felipez Nina que cursa la Especialidad de **ENFERMERIA NEONATAL** en la Universidad Mayor de San Andrés.

Me dirijo a usted para solicitarle su colaboración y permitirme realizar propuesta de intervención en el área de neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL" cuyo tema es "Evaluación del nivel de conocimiento del profesional de enfermería del área de neonatología del hospital Central "COSSMIL" sobre el método Mama Canguro"

ELABORACION DEL MANUAL METODO MAMA CANGURO COMO GUIA PARA LOS PROFECIONALES DE ENFERMERIA trabajo que será realizado por mi persona Silvia Felipez Nina con C.I.5765468 Or. En el periodo del segundo trimestre del 2019 para aplicación de la propuesta de intervención se realizará encuestas a las licenciadas de enfermería y la entrega de un manual sobre el método madre canguro el trabajo de investigación es de tipo Descriptivo-transversal a realizarse

Por la favorable acogida que dará al presente anticipo mi sincero agradecimiento

Atentamente:

Silvia Felipez Nina

Licenciada en Enfermería

La Paz Julio de 2019



Señor:

Dr. Enrique Sánchez Quiroga

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"COSSMIL"**

Mi persona licenciada Silvia Felipez Nina que cursa la Especialidad de **ENFERMERIA NEONATAL** en la Universidad Mayor de San Andrés

Me dirijo a usted para solicitarle su colaboración y permitirme realizar propuesta de intervención en el área de neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL" cuyo tema es "Evaluación del nivel de conocimiento del profesional de enfermería del área de neonatología del hospital Central "COSSMIL" sobre el método Mama Canguro"

ELABORACION DEL MANUAL METODO MAMA CANGURO COMO GUIA PARA LOS PROFECIONALES DE ENFERMERIA trabajo que será realizado por mi persona Silvia Felipez Nina con C.I.5765468 Or. En el periodo del segundo trimestre del 2019 para aplicación de la propuesta de intervención se realizará encuestas a las licenciadas de enfermería y la entrega de un manual sobre el método madre canguro el trabajo de investigación es de tipo Descriptivo-transversal a realizarse mediante encuestas previo consentimiento informado por los profesionales de enfermería

Por la favorable acogida que dará al presente anticipo mi sincero agradecimiento

Atentamente:

Nota: Una vez concluida el trabajo de investigación se entregará 1 copia a este nosocomio para la biblioteca.

Silvia Felipez Nina

Licenciada en Enfermería

La Paz Julio de 2019

Señor:

Lic. María Peñaranda

**JEFE DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA -NEONATOLOGÍA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "COSSMIL"**

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL CENTRAL "COSSMIL"**

Mi persona licenciada Silvia Felipez Nina que cursa la Especialidad de
ENFERMERÍA NEONATAL en la Universidad Mayor de San Andrés.

Me dirijo a usted para solicitarle su colaboración y permitirme realizar propuesta de
intervención en el área de neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL"
cuyo tema es "Evaluación del nivel de conocimiento del profesional de enfermería
del área de neonatología del hospital Central "COSSMIL" sobre el método Mama
Canguro"

**ELABORACIÓN DEL MANUAL MÉTODO MAMA CANGURO COMO GUÍA
PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA** trabajo que será realizado por
mi persona Silvia Felipez Nina con C.I.5765468 Or. En el periodo del segundo
trimestre del 2019 para aplicación de la propuesta de intervención se realizará
encuestas a las licenciadas de enfermería y la entrega de un manual sobre el
método madre canguro el trabajo de investigación es de tipo Descriptivo-
transversal a realizarse mediante encuestas previo consentimiento informado por
los profesionales de enfermería

Por la favorable acogida que dará al presente anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente:

Nota: Una vez concluida el trabajo de investigación se entregará 1 copia a este
nosocomio para la biblioteca.



Silvia Felipez Nina

Licenciada en Enfermeras



La Paz Julio de 2019

Señor:

Dr. Lucio Pereyra Zamora

**JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRÍA -NEONATOLOGÍA HOSPITAL MILITAR
CENTRAL "COSSMIL"**

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL CENTRAL "COSSMIL"**

Mi persona licenciada Silvia Felipez Nina que cursa la Especialidad de **ENFERMERÍA NEONATAL** en la Universidad Mayor de San Andrés.

Me dirijo a usted para solicitarle su colaboración y permitirme realizar propuesta de intervención en el área de neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL" cuyo tema es "Evaluación del nivel de conocimiento del profesional de enfermería del área de neonatología del hospital Central "COSSMIL" sobre el método Mاما Canguro"

ELABORACIÓN DEL MANUAL MÉTODO MAMA CANGURO COMO GUÍA PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA trabajo que será realizado por mi persona Silvia Felipez Nina con C.I. 5765468 Or. En el periodo del segundo trimestre del 2019 para aplicación de la propuesta de intervención se realizará encuestas a las licenciadas de enfermería y la entrega de un manual sobre el método madre canguro el trabajo de investigación es de tipo Descriptivo-transversal a realizarse mediante encuestas previo consentimiento informado por los profesionales de enfermería.

Por la favorable acogida que dará al presente anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente:

Nota: Una vez concluida el trabajo de investigación se entregará 1 copia a este nosocomio para la biblioteca.


Silvia Felipez Nina

Licenciada en Enfermería


Dr. Lucio Pereyra Zamora
Jefe Servicio de Pediatría
Hospital Militar Central
M.S. 107

La Paz Julio de 2019

Señor:

Lic. Felicidad Ríos

**DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS UNIDAD DE
POST-GRADO CARRERA DE ENFERMERÍA**

**REF: VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS POR
JUICIO DE LOS EXPERTOS**

Mi persona licenciada Silvia Felipez Nina que cursa la Especialidad de **ENFERMERIA NEONATAL** en la Universidad Mayor de San Andrés.

Me dirijo a usted para solicitarle su colaboración para la revisión de mi cuestionario y el **PROTOCOLO METODO MAMA CANGURO COMO GUIA PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA** para mi propuesta de intervención en el área de neonatología del Hospital Militar Central "COSSMIL" cuyo tema es "Evaluación del nivel de conocimiento del profesional de enfermería del área de neonatología del hospital Central "COSSMIL" sobre el método Mama Canguro"

trabajo que será realizado por mi persona. En el periodo del segundo trimestre del 2019 para aplicación de la propuesta de intervención se realizará encuestas a las licenciadas de enfermería y la entrega de un manual sobre el método madre canguro el trabajo de investigación es de tipo Descriptivo-transversal a realizarse mediante encuestas previo consentimiento informado por los profesionales de enfermería.

Por la favorable acogida que dará al presente anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente:



Silvia Felipez Nina

Licenciada en Enfermería

STPawC
23-07-19



JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, Agosto 09 de 2019
HMC - JEI N° 128/2019

Señora
Lic. Enf. Silvia Felpez Nina
Presente -

Señora Lic. Felpez:

Mediante el presente tengo a bien dirigirme a su persona, a objeto de hacerle conocer en atención a su carta de fecha 10 de julio de 2019, referida a su solicitud de encuestas a la propuesta de intervención en área de Neonatología de este nosocomio, para optar por el trabajo "ELABORACIÓN DEL MANUAL MÉTODO MAMA CANGURO COMO GUIA PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA." **A sido aceptada**, por lo que al concluir debe entregar el trabajo realizado en 2 ejemplares para su uso en la biblioteca de este nosocomio.

Sin otro particular, saludo a usted con las consideraciones más atentas y distinguidas.

**"EL MAR NOS PERTENECE POR DERECHO,
RECUPERARLO ES UN DEBER"**



Dr. Enrique Sánchez Quiroga
JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "COSSMIL"

file
c.c.arch. JEI

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA, NUTRICION
Y TECNOLOGIA MÉDICA
FORMULARIO DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS
Y GUIA DE OBSERVACION

Distinguidas Licenciadas

Tengo a bien de dirigirme a ustedes, conocedora de su vasta experiencia es que me permito solicitar la validación de los instrumentos que serán aplicados para la recolección de datos en el trabajo que realizo y que lleva por título: "Intervenciones de Enfermería en la aplicación de la técnica canguro y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño prematuro y de bajo peso al nacer en la Unidad de Neonatología del Hospital Militar Central COSSMIL gestión 2019".

ENCUESTA Y GUIA DE OBSERVACION					
	SI	NO		SI	NO
El instrumento tiene coherencia con el título	✓		Usted cree que se debe retirar algunas preguntas que no tienen relevancia para el estudio		✓
El instrumento tiene coherencia con el objetivo	✓		Usted cree que se debe incrementar algunas preguntas que son de mucha relevancia para el estudio	✓	
El número de ítems es adecuado y en relación al objetivo de estudio	✓		Dentro de las consideraciones éticas es importante el consentimiento informado	✓	
Mantiene la secuencia y el orden	✓		El consentimiento informado es claro conciso y preciso mantenido el anonimato para las personas que serán objeto de estudio	✓	
El lenguaje que utiliza es apropiado	✓		El instrumento es aplicable	✓	

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

VALIDACION POR:	FECHA/ INSTITUCION	PIE DE FIRMA
Lic. Fabián Ríos Calleja	05-08-19 UNSA	F. Ríos Fabián Ríos Calleja M.Sc. ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS U.M.S.A. Mat. Púv. N. 2017-MUL-COOLP-01-028

Nombre del Trabajo de Investigación _____

Nombre y Apellido del Investigador: Silvia Felipe Niño

FORMULARIO PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1												
2												
3												
4		✓	✓						✓			
5	✓				✓		✓					
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.										✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.										✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.										✓		
VALIDEZ												
APLICABLE						✓	NO APLICABLE					
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES												
Validada por: <i>Luz Peruya Zamora</i>				C.I.: <i>2722501</i>				Fecha: <i>23.03.19</i>				
Firma: <i>[Firma]</i>				Celular: <i>70143333</i>				Email: <i>luzperuya2012@gmail.com</i>				
Sello: Dr. Luz Peruya Zamora JEFE SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL MILITAR CENTRAL IMP. P. 177				Institución donde trabaja: <i>Hospital Militar Central</i>								

Nombre del Trabajo de Investigación _____ de _____

Nombre y Apellido del Investigador: Silvia Peluso Vique

FORMULARIO PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1												
2												
3												
4	✓											
5			✓		✓		✓					
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.										✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.										✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.										✓		
VALIDEZ												
APLICABLE						✓	NO APLICABLE					
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES												
Validada por: <u>MARIA PEQUERANA J.</u>						C.I.: <u>2782537</u>			Fecha: <u>25-07-19</u>			
Firma: 						Celular: <u>95473628</u>			Email:			
Sello: 						Institución donde trabaja: <u>HOSPITAL MILITAR COSS MIL</u>						

ANEXO 2
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES FACULTAD DE MEDICINA
ENFERMERIA, NUTRICION TECNOLOGIA MEDICA UNIDAD DE
POST-GRADO

Encuesta aplicada al personal de enfermería sobre el método madre canguro en recién nacidos prematuros del área de neonatología del Hospital Militar “COSSMIL”

El objetivo de este instrumento es determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método Madre Canguro con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para la mejora del Programa Madre Canguro.

I. Datos sociodemográficos y educativos

Edad en años cumplidos: _____

Sexo:

Masculino

Femenino

Nivel

educativo:

Diplomado

Licenciatura

Especialista

Maestría

¿Recibió capacitación?

Sesión Educativa

Taller

Ninguno

INSTRUCCIONES:

Competencias cognitivas lea las siguientes aseveraciones y marque la casilla correspondiente con una X

1.- El Método Madre Canguro (MMC) es la atención a niños prematuros manteniéndolos contacto piel a piel con su madre	SI	NO
2.- El MMC repercute negativamente en la termorregulación	SI	NO
3.- El MMC facilita la lactancia materna	SI	NO
4.- El MMC contribuye a la humanización de la atención neonatal	SI	NO
5.- El MMC se inicia cuando el prematuro alcanza 1200 gramos de Peso	SI	NO
6.- El MMC debe de ser adoptado obligatoriamente por todas las madres de los recién nacidos prematuros	SI	NO
7.- En el MMC es necesario describir cuidadosamente a la madre los diversos aspectos que lo componen (posición, alimentación, atención)	SI	NO
8.- En el MMC el estado de salud del bebé debe ser estable para Practicarlo	SI	NO
9.-En el MMC, succionar es un requisito fundamental del bebé para Practicarlo	SI	NO
10.-En el MMC, la posición canguro es colocar al bebe entre los pechos de la madre de forma horizontal, quedando en contacto piel a piel.	SI	NO
11.-En el MMC es necesario evitar la flexión y la hiperextensión de la cabeza del bebé en la posición canguro.	SI	NO
12.-En el MMC se sostendrá al bebé con la faja	SI	NO

13.-En el MMC sostener al bebé en posición canguro junto al pecho estimula la producción de leche.	SI	NO
14.-En el MMC para el cambio de pañal, higiene y evaluación física es necesario interrumpir el contacto piel a piel	SI	NO
15.-En el MMC deben evitarse sesiones de menos de 60 minutos de contacto piel a piel.	SI	NO
16.-El MMC permite la participación los miembros de la familia.	SI	NO
17.-El MMC debe prolongarse hasta que el bebé alcance los 3000 gramos de peso	SI	NO
18.-En el MMC la hipotermia es frecuente en los neonatos.	SI	NO
19.-El MMC puede contribuir a regular el ritmo de la respiración de los neonatos	SI	NO
20.-En el MMC la madre debe de ser capaz de identificar las Apneas	SI	NO
21.-En el MMC la alimentación por sonda puede proporcionarse mientras el bebé está en posición canguro	SI	NO
22.-En el MMC la alimentación con taza puede proporcionarse mientras el bebé está en posición canguro	SI	NO
23.-En el MMC, los signos de peligro se encuentran: respiración dificultosa, apneas frecuentes, convulsiones, etc.	SI	NO
24.-En el MMC el proceso de amamantamiento puede prolongarse más de una hora.	SI	NO
25.-En el MMC nunca será necesaria la alimentación suplementaria administrada con taza.	SI	NO
26.-En el MMC el momento propicio para iniciar la lactancia materna es cuando el bebé está dormido.	SI	NO
27.-En el MMC la frecuencia de amamantamiento es cada 4 o 5 horas.	SI	NO

28.-En el MMC extraer la leche materna es un método alternativo para la alimentación del neonato.	SI	NO
29.-En el MMC se debe pesar a los bebés cada semana para el control del crecimiento.	SI	NO
30.-En el MMC el perímetro craneal se debe de medir diariamente.	SI	NO
31.-En el MMC es criterio para el alta, que el estado de salud del bebé sea bueno y ya no haya presentado enfermedades.	SI	NO
32.-En el MMC es criterio para el alta, que haya euteria durante la posición canguro.	SI	NO
33.-En el MMC, es criterio para el alta que la madre se muestre confiada en sus habilidades de cuidar al bebé.	SI	NO
34.-En el MMC la madre debe saber que tiene que regresar al hospital en caso de: fiebre, hipotermia, convulsiones, disnea, diarrea, etc.	SI	NO
35.-En el MMC posterior al alta, las visitas de seguimiento pueden variar en función de las necesidades de la madre y el hijo.	SI	NO

Muchas Gracias

Anexo N°3 Guía de Observación

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA SOBRE METODO MADRE CANGURO EN EL RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “COSSMIL” EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA GESTION 2019

Competencias técnicas en la aplicación del método madre canguro

Criterio a Evaluar	Si	No
¿La enfermera entrena a la madre en cómo sostener al bebé?		
La enfermera educa a la madre sobre Lactancia Materna y/o alimentación con leche materna		
¿La enfermera educa a la madre sobre el cuidado, precauciones y signo de alarma en el recién nacido?		
¿Durante la atención la enfermera permite a la madre expresar sus temores en cuando al cuidado del recién nacido?		
¿Durante la atención la enfermera motiva a la madre para que realice ejercicios de relajación con el bebé en la posición canguro?		
¿La enfermera estimula y da masajes al bebé mientras está en contacto piel a piel?		
¿Evalúa oportunamente el peso del bebé?		

¿Aplica técnicas para mantener la termorregulación en el bebé?		
¿Realiza sesiones de testimonios de madres que han aplicado el método canguro?		
¿La enfermera utiliza en forma adecuado las fajas e implementos para el PMC?		

IX. ANEXOS

ANEXO N-1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL 2019

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Diseño Metodológico						
Desarrollo estrategias y planeación						
Aplicación de instrumento						
Seguimiento y Control						
Tabulación de Resultados						
Análisis de Resultados						
Informe Final						

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA**



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTAR

**PROTOCOLO MÉTODO MADRE
CANGURO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS, EN LA
UNIDAD DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "COSSMIL"**

AUTORA: Lic. Silvia Felipez Nina

La Paz – Bolivia 2019

ÍNDICE

PAG.

PROTOCOLO N°1 METODO MADRE CANGURO

I. COMPETENCIA COGNITIVA.....	1
II.PRINCIPIO CIENTIFICO:.....	1
III.OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO (MMC)	1
IV.EQUIPO Y MATERIALES:.....	2
V.EJECUTANTE:	2
VI. COMPETENCIAS TECNICAS.....	2
VII. TÉCNICAS DE APLICACIÓN	3
VIII. COMPETENCIA ACTITUDINAL.....	4

PROTOCOLO N°2 HIGIENE DE MANOS

COMPETENCIA COGNITIVA	5
PRINCIPIO CIENTIFICO:.....	5
COMPETENCIA TECNICA.....	5
EJECUTANTE:	6
BIBLIOGRAFIA	8
ANEXOS	9

PROCOLO N°1 METODO MADRE CANGURO

I. COMPETENCIA COGNITIVA

La técnica madre canguro es el contacto temprano, prolongado y continuo piel a piel entre la madre y/o padre y el recién nacido de bajo peso, con el objetivo de proporcionar calor, favoreciendo la lactancia materna. La relación afectiva y el desarrollo Bio-psico-social del recién nacido de bajo peso.

II. PRINCIPIO CIENTIFICO:

- La técnica canguro es la expresión biológica del contacto temprano del prematuro con su madre-padre, de efecto de amor bajo estas circunstancias y la facilidad de la lactancia materna y el manejo ambulatorio del prematuro.
- El bebe es estimulado permanentemente por el latido cardiaco los movimientos respiratorios la voz la actividad y presencia de la madre y/o padre.
- Suple la incubadora para que el recién nacido de bajo peso continúe su crecimiento en el seno materno que lo protege de infecciones hospitalarias.

III. OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO (MMC)

- 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 vinculo madre-hijo.
- Favorecer la producción de leche materna.

- Favorecer a la lactancia materna exclusiva.
- Favorecer 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.

IV. EQUIPO Y MATERIALES:

- 1 Fuente calefacción ya que la temperatura ambiente entre (22-24°C)
- 2 Una silla cómoda sin apoya brazos, con asiento y respaldo acolchado.
- 3 Termómetro para tomar la temperatura el bebé y evaluar sus parámetros fisiológicos previos a salir de la incubadora.
- 4 Monitor con oximetría de pulso para valorar le oxigenación del bebe.
- 5 Un gorrito acorde al peso del bebe, para evitar la hipotermia.
- 6 Material: una faja de sujeción “mantilla” para cubrir al bebe.
- 7 Toma de temperatura durante la aplicación de la técnica y al término.
- 8 Condiciones de privacidad.

V. EJECUTANTE:

- Licenciada en Enfermería

VI. COMPETENCIA TECNICAS (Habilidades – Destrezas) Realice el procedimiento sistemáticamente

- Se le explica a la madre el MMC sus ventajas y signos de alarma del niño
- Explicar sobre el horario, frecuencia, duración del MMC
- Explicar sobre las condiciones físicas: ropa, limpieza Por lo que se debe
- indicar a la madre venir con blusa o con alguna prenda que permita

lograrlo.

- La madre (padre o cuidadores) deberá asistir de manera consecutiva al servicio de neonatología para realizar la técnica madre canguro.

VII. TÉCNICAS DE APLICACIÓN

1. Lavado de manos con agua y jabón líquido antiséptico
2. La temperatura ambiente debe de estar entre (22-24°C)
3. Se dispondrá de una silla cómoda de cuatro apoyos de fierro, sin apoya brazos, con asiento y respaldo acolchado, que se ubicará contigua a la incubadora,
4. La madre recibirá al bebé para compartir con él durante una hora destinada.
5. El contacto debe ser piel con piel.
6. La Lic. en enfermería a cargo preparará al bebe y lo colocará entre los pechos de la madre. Esta recibirá a su hijo e intentará mantener la siguiente posición: rana Posición vertical prona, con apoyo de cara y cuerpo en el pecho de la madre según preferencia del niño, fomentando línea media, columna alineada, brazos en flexión a los costados del cuerpo, piernas con tendencia hacia la flexión procurando inversión de pie.
7. Luego de posicionados la madre con él bebe, serán cubiertos con una faja de sujeción “mantita” para mantener la temperatura corporal del niño y proteger la intimidad de la madre.
8. Se indicará a la madre que se mantenga en una posición cómoda tanto para ella como para el niño, intentando no modificar esta posición durante la sesión.
9. Después de colocar al bebé, se deberá dejar que la madre descansa junto a él. El personal Lic. enfermería monitorizara constantemente los parámetros fisiológicos del bebe a cargo, supervisará que la posición descrita se aplique durante la sesión.
10. Se alentará a la madre a que solicite ayuda si se encuentra preocupada

y se deberá estar preparado para dar respuesta a sus preguntas y sus ansiedades. Para esto, cada miembro del equipo debe tener conocimiento de la técnica aplicada, para así colaborar en su correcta aplicación y en la máxima comodidad para la madre.

11. Una vez concluido el tiempo (1 hora), el neonato es devuelto a la incubadora por profesional a cargo.

VIII. COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Recuerde que este método se aplica en prematuros sanos.
- Explique a la madre la importancia de vigilar los movimientos respiratorios del bebe.
- Recomiende a la madre que no use brazier, ni collares para no reducir la superficie de contacto piel a piel
- Explique a la mama que durante la noche la persona que carga al bebebe. Debe de dormir semi sentada cómodamente.
- Explique a la madre que debe de sostener el bebe utilizando una banda o chal de licra con refuerzo
- La madre debe alimentar al bebe realizando cualquier cambio o maniobra.

PROTOCOLO N°2 HIGIENE DE MANOS

1.1. COMPETENCIA COGNITIVA

Es la medida de prevención más importante en el control de las infecciones, que consiste en el lavado mecánico con agua y jabón líquido antiséptico para eliminar la suciedad y microorganismos saprofitos. Las manos son el primer vehículo y principal transmisor de infecciones en el área hospitalaria.

1.2. PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

1. Los antisépticos son compuestos orgánicos e inorgánicos utilizados para eliminar o inhibir la presencia y proliferación de microorganismos en tejidos vivos.
2. La clorhexidina reduce rápidamente la flora de la piel y las bacterias transitorias y además presenta una actividad residual de hasta 6 horas, lo cual previene la rápida reaparición de microorganismos e intensifica la antisepsia.
3. La tensión superficial del agua contra la piel arrastra la suciedad
4. El secado debe realizarse con toalla de papel que es absorbente y no con tela porque conserva la humedad y favorece la propagación de infecciones, además que no se puede garantizar la disponibilidad de una toalla limpia y seca para cada profesional

1.3. COMPETENCIA TÉCNICA (habilidades - destrezas)

1.3.1. Material-Equipo

- Grifo de agua de codo o pedal
- Jabón líquido antiséptico (clorhexidina al 2%)
- Toalla de papel absorbente desechable
- Alcohol Gel

1.3.2. Procedimiento

- Retire anillo, brazaletes y reloj
- Abra el grifo y regule la temperatura del agua

1. Mójese las manos
2. Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos
3. Frótese las palmas de las manos entre si
4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
5. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación y viceversa
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
9. Enjuáguese las manos
10. Séqueselas con una toalla de un solo uso
11. Utilice la toalla para cerrar el grifo (en caso de ser grifo de mano)

1.4. EJECUTANTE

- Enfermera profesional

1.5. COMPETENCIA ACTITUDINAL

1. Las condiciones que son propias de la circulación dentro de un ámbito asistencial y que por ende facilitan la higiene efectiva de las manos: uñas cortas, limpias y sin esmalte; manos y antebrazos sin accesorios; ropa de mangas cortas.
2. Neonatología es una de las áreas críticas donde la higiene de manos adquiere mayor relevancia, dada la característica de los gérmenes

que constituyen la flora habitual y la susceptibilidad propia de los recién nacidos a las infecciones y a la morbilidad.

3. Cumpla y hágase cumplir la norma establecida para la higiene de manos en todos los servicios hospitalarios

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza, E.; Ríos, F. Manual de procedimientos de enfermería por competencias para el cuidado del recién nacido y niño enfermo. 2da edición 2013. La Paz – Bolivia.
2. Villalobos, G. Cuidados del recién nacido críticamente enfermo. Instituto de Salud Perinatal y reproducción humana Isidro Espinoza de Reyes. República de México. 2014.
3. Sola, G.; Quiroga, A. Clínicas de enfermería neonatal cuidados infectológicos. Sociedad Iberoamericana de Neonatología. Siben vol.2. D.F. México. 2016.

Indumentaria



Niños Prematuros que se encuentran en el Hospital



MADRE REALIZANDO EL MÉTODO CANGURO





¿Cómo lavarse las manos?

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



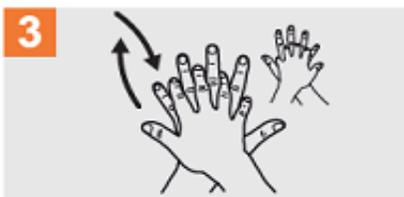
0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



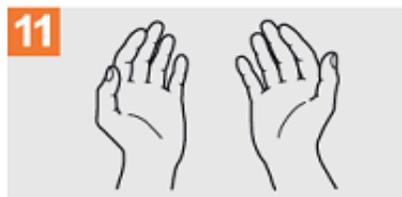
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands