

GARCIA LOPEZ MANGELICA

TFG

por María Angélica García López

ARCHIVO	17605_MARÍA_ANGÉLICA_GARCÍA_LÓPEZ_GARCIA_LOPEZ_MANGELICA_TFG_969036_1985913534.PDF (2.76M)		
HORA DE LA ENTREGA	12-ABR-2017 09:42P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	8980
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA798526144	SUMA DE CARACTERES	49955



Trabajo Fin de Grado

Proyecto Educativo:

**El Método Canguro en las Unidades de Cuidados
Intensivos Neonatales. Beneficios en prematuros.**

Alumno: M^a Angélica García López

Director: Matilde Fernández y Fernández Arroyo

Madrid, Mayo de 2017

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
PRESENTACIÓN	5
AGRADECIMIENTOS	6
ESTADO DE LA CUESTIÓN	7
1. FUNDAMENTACIÓN	7
1.1 INTRODUCCIÓN	7
1.2 DEFINICIONES Y CONCEPTOS	9
1.3 HISTORIA DEL MÉTODO DE LA MADRE CANGURO	10
1.4 BENEFICIOS DEL CONTACTO DIRECTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ.....	11
1.5 BARRERAS DEL MÉTODO DE LA MADRE CANGURO	14
1.6 EL PAPEL DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE SUS HIJOS	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
PROYECTO EDUCATIVO: EL MÉTODO CANGURO EN LAS UNIDADES	
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	19
1. POBLACIÓN Y CAPTACIÓN.....	19
1.1 POBLACIÓN	19
1.2 CAPTACIÓN	19
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVOS GENERALES	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. CONTENIDOS	21
4. SESIONES, TÉCNICAS DE TRABAJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES	22
5. EVALUACIÓN.....	26
BIBLIOGRAFÍA	27

ANEXOS	30
ANEXO 1. CARTEL INFORMATIVO	31
ANEXO 2. TEST DE CONOCIMIENTOS SESIÓN 1	32
ANEXO 3. FOTOPALABRA SESIÓN 1.....	33
ANEXO 4. PARÁMETROS MADUREZ: TEST DE BALLARD para EG.....	34
.....	34
ANEXO 5. CASOS SESIÓN 1.....	35
ANEXO 6. EL MÉTODO CANGURO	36
ANEXO 7. DÍPTICO: EL MÉTODO CANGURO	37
ANEXO 8. IHAN: Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia	38
ANEXO 9. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA: TÉCNICA DE MARMET	39
ANEXO 10. CUESTIONARIO SESIÓN 2.....	40
ANEXO 11. CUESTIONARIO SESIÓN 3.....	41
ANEXO 12. GUIÓN PARA LA OBSERVACIÓN	42
ANEXO 13. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO.....	43

RESUMEN

En esencia, un recién nacido necesita descanso, calor corporal y leche materna, siendo éstos unos cuidados fundamentales en niños recién nacidos prematuros y de bajo peso.

El Método Madre Canguro (contacto piel con piel madre/hijo) es un método sencillo, económico y eficaz que no intenta desplazar a las incubadoras sino aliarse con ellas, con el fin de obtener los máximos beneficios (regula la temperatura, favorece la lactancia materna, fomenta el apego, mejora la calidad del sueño, etc.)

Existen evidencias científicas que afirman que los cuidados canguro tienen múltiples beneficios tanto para el recién nacido como para sus padres, ya que es un método capaz de regular la respuesta fisiológica y emocional del recién nacido.

En el presente Proyecto Educativo se exponen los conocimientos oportunos para poner en práctica el Método Canguro y que los profesionales de Enfermería de las Unidades Neonatales adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para instruir sobre el método a los padres de los niños ingresados.

Palabras clave: Método madre-canguro, prematuro, recién nacido, lactancia materna.

ABSTRACT

In essence, a newborn needs rest, body heat and breast feeding, and these basic care in premature newborns and underweight.

Kangaroo mother care (skin contact with mother / child skin) is a simple, economical and effective method that does not attempt to displace incubators but ally with them in order to get maximum benefits (regulates temperature, promotes breastfeeding, It promotes attachment, improves sleep quality, etc.)

There is scientific evidence to state that kangaroo care have multiple benefits for both newborns and their parents, as it is a method capable of regulating the physiological and emotional response of the newborn.

In this Educational Project the appropriate knowledge are set to launch kangaroo care and nursing professionals in neonatal units acquire the knowledge, skills and attitudes to teach the method to parents of hospitalized children.

Key words: Kangaroo mother-care method, premature, newborn, breast feeding.

PRESENTACIÓN

El Método Madre Canguro surge por necesidad en 1979 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (Colombia) ante el número insuficiente de incubadoras en relación al número de Recién Nacidos Prematuros.

Es un método sencillo (contacto piel con piel entre madre e hijo, con el bebé colocado en decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre/padre) y eficaz para el buen desarrollo del Recién Nacido Prematuro (favorece la lactancia materna, fortalece el vínculo, reduce el tiempo de ingreso hospitalario, regula la temperatura del bebé, aumenta la ganancia de peso, disminuye el llanto, etc.)

Por lo numerosos beneficios de este método, debería ser ofrecido a todas las madres y a sus bebés (en la medida de lo posible) con el fin de favorecer el desarrollo del neonato y aumentar la confianza e implicación de los padres en el cuidado de sus hijos desde el momento de su nacimiento, siendo extremadamente necesaria la humanización de los cuidados en pacientes tan vulnerables como son los prematuros.

La finalidad del presente proyecto es formar al personal sanitario de las Unidades Neonatales para la adquisición de los conocimientos y competencias necesarias con el fin de fomentar el Método Canguro como complemento a las incubadoras y cunas térmicas, favoreciendo el desarrollo del Recién Nacido Prematuro.

La idea surge durante una rotación práctica en Maternidad, en la que pude comprobar la necesidad de implicar a los padres en el cuidado de sus hijos de una manera integral. He querido elegir un tema relacionado con la obstetricia y los recién nacidos por ser el campo en el que me encantaría trabajar y porque considero que puede ser interesante profundizar en los cuidados canguro para fomentarlos de manera adecuada.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales así como al Servicio de Ginecología y Obstetricia del H. U. de Getafe por haberme guiado en el camino del cuidado de los más pequeños y enseñarme que la maternidad es un proceso natural regido por nuestros instintos.

Gracias a M^a Victoria Hidalgo, por transmitirme la delicadeza que se necesita para cuidar a un recién nacido.

Muchas gracias a Matilde Fernández, Directora de este trabajo, por haberme hecho disfrutar y aprender en tus clases y por encauzar y supervisar cada parte de este proyecto.

A Juan por su espera, a José Luis por sus ánimos y a mis padres, por su apoyo incondicional.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

Conforme a datos consultados en la Organización Mundial de la Salud en los últimos 20 años se ha elevado el número de “nacimientos prematuros” en un 200% ⁽¹⁾. En España nacen cerca de 420.000 niños al año, de los cuales alrededor de 25.000 lo hacen antes de tiempo ⁽¹⁾. Al igual que ha ido en aumento el número de prematuros, también lo ha hecho su supervivencia, gracias al avance médico y tecnológico y a los cuidados centrados en el desarrollo específicos en las Unidades Neonatales.

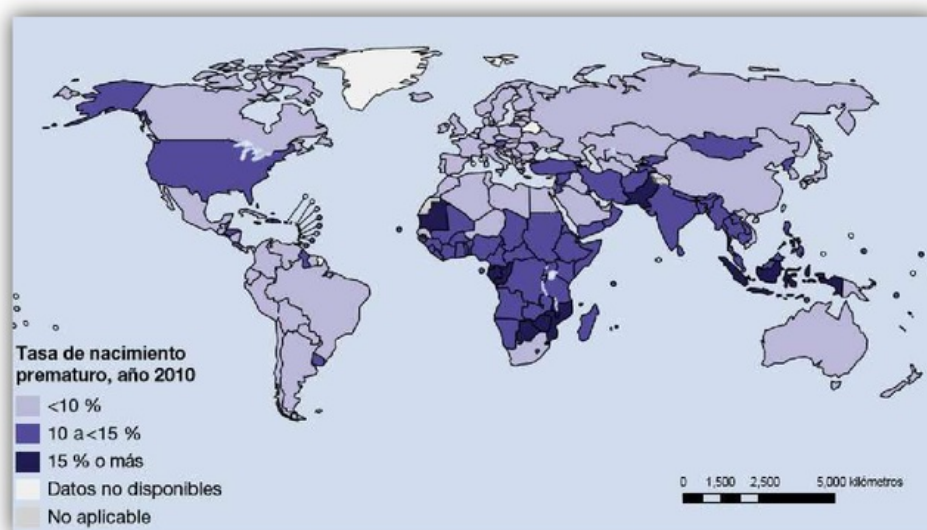


Figura 1. Carga global de nacimientos prematuros en 2010 (Fuente OMS).

La “prematuridad” puede ser debida al aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos de fertilidad, aumentando el índice de gestaciones múltiples; y los cambios en las prácticas obstétricas, como el incremento de las cesáreas sin que la gestación haya llegado a su fin ⁽¹⁾.

Los índices de supervivencia muestran importantes diferencias entre diferentes países del mundo. En países con ingresos reducidos, el 50% de los nacimientos a los 7 meses de gestación (a las 32 semanas) no son capaces de sobrevivir por no haber recibido cuidados simples y eficaces como la aportación del calor suficiente, o no haber apoyado a la lactancia

materna, así como por no haber dado una atención básica para solucionar infecciones y dificultades respiratorias. En los países cuyas rentas son más elevadas, la mayoría de estos bebés nacidos antes de tiempo logran sobrevivir ⁽¹⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, de los 15 millones de niños prematuros que nacen anualmente, cerca de 1 millón muere por complicaciones relacionadas con su inmadurez (siendo el 75% de dichos fallecimientos evitables). Un niño prematuro es altamente vulnerable y permanece gran cantidad de tiempo ingresado en “*Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales*”, provocando el desplazamiento de los padres como cuidadores principales ⁽¹⁾.

El presente proyecto educativo pretende formar al personal enfermero de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para integrar en sus intervenciones el “*Método de la Madre Canguro*” como complemento a las actividades sanitarias y ayudar a los padres a involucrarse en el cuidado de sus hijos desde el momento del nacimiento.

Para ello es necesario definir una serie de términos y conceptos, enumerar los beneficios del contacto piel con piel y la importancia de los cuidados centrados en el desarrollo de manera integral (teniendo en cuenta el binomio madre-hijo).

La información se ha recabado a través de búsquedas bibliográficas en las bases de datos de PUBMED, EBSCO, CINAHL y DIALNET usando los descriptores DeSC Método madre-canguro, prematuro, recién nacido, lactancia materna, neonatología, y los términos MeSH Kangaroo mother-care method, premature, newborn, breast feeding, neonatology. Para la combinación de términos se han utilizado los operadores booleanos AND (y), OR (o), NOT (no). El número de artículos seleccionados después del filtrado han sido un total de 37.

1.2 DEFINICIONES Y CONCEPTOS

El “*Método Madre Canguro (MMC)*” se define como el contacto piel con piel entre el prematuro y su madre de manera temprana, duradera y continua factible, fomentando la lactancia natural, para que ambos se aprovechen de su utilidad ⁽²⁾. Inicialmente este tipo de asistencia se proporcionaba a recién nacidos con bajo peso de países en vías de desarrollo, pero con el paso del tiempo se ha ido extendiendo a otros países. La OMS señala que para aplicar el método es necesario un contacto precoz, continuo y duradero en el tiempo entre la madre y el recién nacido, con lactancia materna exclusiva a ser posible y un adecuado soporte y apoyo a las familias ⁽³⁾. Lo fundamental del método canguro es mantener la temperatura del niño y facilitar la alimentación y la estimulación.

Lo que caracteriza al método es la “*posición canguro*”, la cual proporciona muchas ventajas tanto al bebé como a la madre. En esta posición debe haber contacto piel con piel entre la madre y el niño, el máximo tiempo posible. El niño debe ser puesto en estricta posición vertical, entre los pechos de la madre y debajo de su ropa⁽⁴⁾.

Un “*nacimiento prematuro (PT)*” es aquel que se da tras un parto antes de 37 semanas de embarazo (259 días a partir del primer día del último periodo menstrual, o 245 días después de la fertilización). Dentro de los prematuros se pueden establecer tres subcategorías: Extremadamente prematuro: <28 semanas, Muy prematuro: 28-32 semanas y Prematuro moderado: 32-37 semanas ⁽⁵⁾.

La “*lactancia materna (LM)*” es la nutrición del lactante al mamar, alimentación al pecho. La LM es el alimento ideal para la mayoría de los niños. Se digiere fácilmente, confiere inmunidad frente a enfermedades (bronquiolitis y gastroenteritis son raras en los niños alimentados con LM) y promueve un vínculo emocional entre la madre y el niño ⁽⁵⁾.

Los “*cuidados centrados en el desarrollo (CCD)*” son cuidados que tienen por objeto favorecer el desarrollo neuropsensorial y emocional del recién nacido y el reconocimiento de la familia como referencia permanente en la vida del niño, incluso durante su hospitalización, entendiendo a ambos (recién nacido y familia) como una unidad ⁽⁵⁾.

El “*apego*” es un sistema relacional que regula desde el nacimiento la relación de proximidad del bebé con el adulto que le cuida y permite buscar protección al servicio de la supervivencia ⁽⁶⁾.

1.3 HISTORIA DEL MÉTODO DE LA MADRE CANGURO

En 1978 el Doctor Edgar Rey Sanabria, pediatra y profesor de la Universidad Nacional de Colombia y director del Instituto Materno Infantil de Bogotá decidió intervenir ante el elevado porcentaje de mortalidad infantil. Los recién nacidos compartían incubadoras y, por lo tanto, también infecciones. El Dr. Rey quiso aplicar el método de crianza de los marsupiales a los recién nacidos que estuviesen estabilizados, de tal forma que al ser colocados sobre la piel de la madre recibieran el calor necesario y su alimentación fuese más fácil ⁽⁷⁾.

El método se estuvo aplicando sin la medición de resultados científicos hasta que una década más tarde se comenzó a evaluar y a sistematizar, consolidándose como “Programa Madre Canguro” y originando la Fundación Canguro, ONG dedicada a la evaluación, mejoramiento y difusión del MMC en el mundo. Además, la Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2004 una guía práctica del Método Canguro para recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer ⁽⁷⁾.

El MMC surgió con el “*objetivo*” de reducir el número de muertes de recién nacidos prematuros ante el número insuficiente de incubadoras, convirtiéndose en un método revolucionario, eficaz y sencillo que fue impulsado por UNICEF como un método eficaz para salvar la vida de los prematuros que sólo necesitaban alimentarse y crecer ⁽⁷⁾.

Desde entonces, se ha ido demostrando que este método no sólo es útil sino también necesario para favorecer el desarrollo del recién nacido y fomentar el apego y la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos ^{(8) (9) (10) (11) (12)}.

1.4 BENEFICIOS DEL CONTACTO DIRECTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ

Mediante comparaciones realizadas entre prematuros que recibieron cuidados canguro y prematuros con cuidados convencionales, se ha demostrado que el MMC reduce la “mortalidad” neonatal, en comparación con los cuidados convencionales, el MMC está asociado con un 23% de menor riesgo de mortalidad (10) , no aumenta las “infecciones” neonatales y aumenta el “crecimiento” de los recién nacidos con bajo peso (<1.100 gr).^{(13) (14) (15) (11) (16) (17) (8)}.

El método de la madre canguro parece reducir la “respuesta dolorosa”, se evidencian signos físicos y conductuales del bebé ante procedimientos dolorosos, aunque no hay cambios notables en los parámetros fisiológicos del dolor, como la frecuencia cardiaca, que permitan objetivar hasta qué punto el método reduce el dolor ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, el método se considera como una intervención no farmacológica para el control del dolor en los neonato ⁽¹⁹⁾. Sí existen evidencias de que la posición canguro es recomendada para el alivio del dolor por ejemplo en la punción del calcáneo en RNT y RNP estables. Las madres ejercen un papel importante en la regulación del prematuro al estrés y al dolor agudo en posición canguro ⁽²⁰⁾.

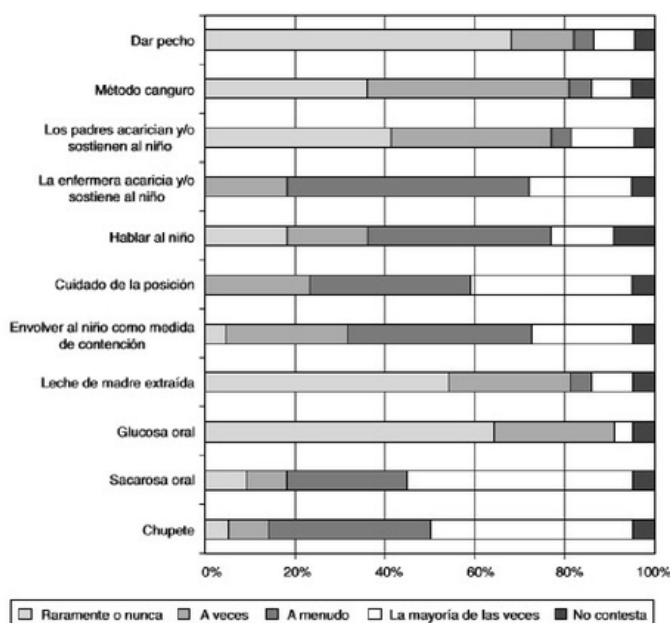


Figura 2. Medidas de bienestar utilizadas en el área de cuidados intensivos antes/durante la realización de procedimientos dolorosos en las unidades que atienden a más de 50 niños con peso al nacer menor de 1.500 gramos en el año 2012 ⁽²¹⁾.

El método favorece la *“lactancia materna”* ⁽¹⁰⁾, la evidencia apoya el método canguro como intervención para fomentar la LM ya que los bebés canguro son más propensos a mamar con éxito durante la primera semana de vida si se establece un contacto piel con piel precoz y las madres canguro consiguen amamantar a sus bebés durante más tiempo ⁽²²⁾. El éxito de la LM depende de un trabajo multidisciplinar entre la familia y el personal sanitario, ya es que difícil y es tiempo dependiente. A través del contacto piel con piel el bebé busca inmediatamente el pecho y la succión es más eficaz, aumentando así la probabilidad de que se instaure antes.

El contacto piel con piel está asociado con la regulación de la *“temperatura”* corporal del bebé y disminuye el riesgo de hipotermia ⁽¹⁰⁾.

Los bebés que reciben cuidados canguro permanecen menos tiempo *“hospitalizados”* ⁽¹⁰⁾, una de las razones por las que disminuye el riesgo de infección nosocomial.

La posición canguro favorece la *“estabilización fisiológica”* del recién nacido, existen evidencias que demuestran que disminuyen los periodos de apnea y el ritmo respiratorio es más regular ⁽²²⁾.

El canguro mantiene la *“saturación de oxígeno”* dentro de parámetros normales, por lo que resulta favorable como complemento a la oxigenoterapia ya que, como es sabido, el efecto del oxígeno en la retina prematura es una causa de ceguera ⁽²³⁾.

La prematuridad está asociada con cambios a largo plazo en las estructuras cerebrales del adolescente. El MC en prematuros puede favorecer la conectividad cerebral apropiada, pero no hay evidencias científicas que así lo demuestren ⁽²⁴⁾.

A pesar de no existir estudios a largo plazo relacionados con el *“desarrollo cerebral”* del prematuro, si existen evidencias de que el método canguro contrarresta el estrés que supone una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) debido a que el cerebro está muy influenciado por el entorno ⁽²⁵⁾.

El método canguro favorece el *“apego”*, que se relaciona con mejores capacidades de manejo del estrés y de los conflictos vitales. Si las madres desarrollan un apego inseguro tienen riesgo alto de que el impacto traumático sufrido pueda fijar una imagen de un bebé prematuro y dañado ⁽⁶⁾.

El MMC es un método seguro, de bajo coste, optimiza los recursos disponibles (muchas veces

limitados) y una intervención sencilla capaz de prevenir las complicaciones asociadas a los recién nacidos prematuros o de bajo peso ⁽¹⁰⁾.

A pesar del desarrollo tecnológico, la naturaleza ha demostrado que este método es inigualable y perfecto, basado en el binomio madre-hijo, siendo una técnica segura, fiable y efectiva que brinda el calor necesario, la nutrición adecuada y la estimulación orgánica y afectiva para que el bebé evoluciones en un medio más natural y humano ⁽²⁶⁾.

En resumen, el método canguro regula la temperatura, favorece la lactancia materna, el crecimiento, el apego y la confianza, reduce la mortalidad, el riesgo de infección y la respuesta dolorosa ⁽²⁷⁾ ⁽⁹⁾.

1.5 BARRERAS DEL MÉTODO DE LA MADRE CANGURO

La eficacia clínica y los beneficios para la salud que el MMC aporta están demostrados, sin embargo, su puesta en práctica está limitada por la existencia de barreras como la falta de tiempo, de apoyo social, de asistencia médica y de aceptación familiar ⁽¹²⁾.

- ❖ Falta de tiempo: el tiempo necesario para proporcionar cuidados canguro es elevado, ya que los cuidados canguro requieren continuidad en el tiempo ⁽¹²⁾.
- ❖ Condiciones médicas: tanto la madre como el RN deben encontrarse en buena condición. Los bebés han de estar estabilizados y a veces las madres están cansadas, sufren depresión postparto y dolor, sobre todo después de las cesáreas ⁽¹²⁾.
- ❖ Contexto sociocultural: Las normas culturales son muy influyentes a la hora de proporcionar ciertos cuidados. En ocasiones, los padres son excluidos de los cuidados de sus hijos como por ejemplo en África del Norte (Túnez, Marruecos, Egipto) donde los padres no participan porque las mujeres no quieren ceder la única tarea que les dejan llevar a cabo ⁽¹²⁾.
- ❖ Acceso: A pesar de existir una tendencia creciente a las UCIN de puertas abiertas, en algunos lugares la visita de los padres está restringida. El RN tiene derecho a recibir cuidados maternos y paternos porque su desarrollo está relacionado, en parte, con la calidad de la interacción con su familia ⁽¹²⁾.

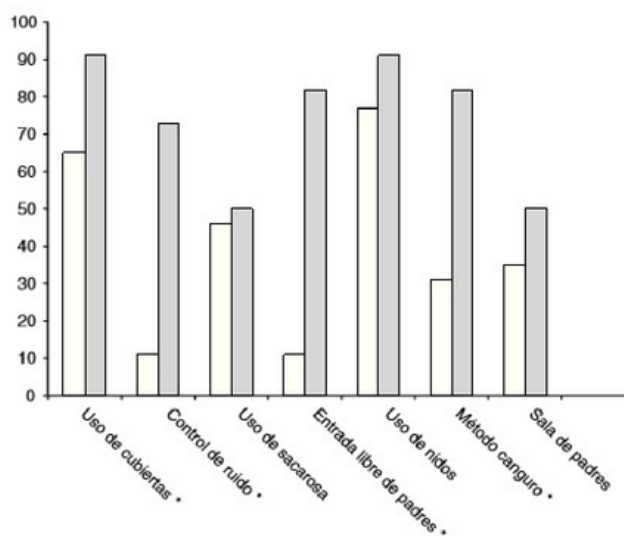


Figura 3. Comparación en 2005/2012 en unidades españolas que atienden a RNBP ⁽²¹⁾.

Algunas barreras para “padres, madres y personal sanitario” son el estado de salud del recién nacido, actitud negativa del personal, miedo de hacer daño al bebé, falta de ayuda, falta de conocimientos, recursos, aumenta la carga de trabajo para la enfermera, preocupación por otras condiciones médicas, falta de entrenamiento y de información y no creer en la eficacia del método ⁽²⁸⁾.

Otros obstáculos para las madres son recursos e instalaciones, impresión negativa, actitud del personal sanitario, ansiedad y miedo de hacer daño al bebé, falta de ayuda con la práctica del cuidado canguro, baja conciencia del MC y de la salud del bebé, dolor, cansancio, posición, ciudad, cultura, disconformidad, ausencia de leche materna, temperatura, recursos médicos, depresión postparto, vestimenta, dispositivos médicos infantiles, desaprobación de la comunidad, aislamiento, falta de poder de decisión, estigmatización del recién nacido prematuro ⁽²⁸⁾.

Las enfermeras también pueden tener inconvenientes como los recursos, factores socioculturales, aumento de la carga de trabajo, escasez de personal, falta de directrices y de capacitación, creencia ineficaz del método, preocupación por otros cuidados y condiciones médicas, falta de consenso ⁽²⁸⁾. El equipo de salud puede considerar que el método aumente la carga de trabajo (es más cómodo que los padres metan las manos en la incubadora que tener que sacar al bebé y colocarlo sobre ellos) y puede mostrarse reacio a cambiar la rutina diaria de sus intervenciones ⁽²⁹⁾.

1.6 EL PAPEL DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE SUS HIJOS

En general se habla del binomio madre-hijo en la aplicación del método sin embargo es evidente que los padres también pueden proporcionar cuidados canguro dentro de sus posibilidades, ya que no tiene efectos negativos y es igual de beneficioso que cuando lo hace la madre. La implicación de ambos en los cuidados de sus hijos hace que mejore la relación de pareja, disminuya el estrés y la ansiedad ⁽³⁰⁾.

En relación a los padres, el método aporta ventajas psicológicas y fisiológicas tanto para los padres como para el RN, los padres se sienten mejor, disminuye el sufrimiento emocional, tiene recompensa, proporciona aprendizaje para el manejo del bebé, se implican en los cuidados, fomenta el rol de cuidador, mejora la autoestima, aumenta la sensación de control, se sienten apoyados, es muy importante para el desarrollo del niño y fomenta el apego ⁽³¹⁾.

Los padres que cuidan a sus hijos en las UCIN se sienten más seguros para cuidar a sus hijos en casa cuando reciben el alta. El contacto piel con piel ofrece las condiciones ideales para que los prematuros se fortalezcan y para que sus padres participen y se empoderen del cuidado de sus hijos contribuyendo al proceso de mejoría de ambos, contrarrestando los efectos de la separación forzosa madre-hijo que hace que éstas se sientan incapaces de cuidar a su hijo ⁽³²⁾. Aumento el vínculo madre-hijo, disminuye el tiempo de separación RN-familia, evitando largos periodos sin vigilancia de los cuidados de la madre y mejoría de la relación madre-familia y de ellos con el equipo sanitario ⁽³³⁾. Cuando tocas al bebé es cuando lo sientes y los padres pasan de preocuparse por ellos a ocuparse de ellos.

La evidencia científica muestra que los RNP y RBNP poseen una mejor evolución si sus padres son integrados en los cuidados ⁽¹⁶⁾. Se sabe que la participación de los padres para el cuidado de su hijo prematuro en una UCIN favorece su evolución y les prepara para su egreso temprano ⁽³⁴⁾. El bebé puede ser "desmedicalizado" más temprano con el MC siempre que no necesite incubadora, devolviéndose a los padres el derecho de poder cuidar de sus hijos.

Existen suficientes evidencias que demuestran la fiabilidad del MMC y su pertinencia para permitir el uso racional de los recursos disponibles, humanizar la asistencia en neonatología y devolver a los padres el sentimiento de que ellos son los más competentes y los más responsables en todo lo que respecta a su frágil bebé ⁽⁷⁾.

2. JUSTIFICACIÓN

El método canguro protege frente a complicaciones neonatales y no hay evidencias que demuestren que es una intervención perjudicial ⁽³⁵⁾, siendo los cuidados canguro tan eficaces como los cuidados convencionales porque no aumentan la morbilidad ni la mortalidad ⁽²⁵⁾.

En las UCIN tanto los recién nacidos como sus padres están expuestos a un medio hostil que dificulta la organización del cerebro en el desarrollo del niño y produce en los padres un impacto emocional que puede modificar el proceso de crianza y de vida de los niños ingresado ⁽³⁶⁾.

La alta tecnificación de la atención sanitaria actual y la búsqueda de la prevención de las complicaciones del prematuro hace que no se den las condiciones más favorables para su desarrollo neurológico y emocional, al tener que estar separado de sus padres y sometido a frecuentes fuentes de estrés y sufrimiento dentro de la UCIN ⁽¹⁸⁾.

Para compensar los inconvenientes de la UCIN, los profesionales sanitarios debemos integrar los cuidados centrados en el desarrollo y el método canguro como parte de ellos, en las rutinas diarias, ya que son el tipo de cuidado más racional e intuitivo que puede ofrecerse a los recién nacidos prematuros, por sus beneficios y porque no hay estudios que demuestren que generan perjuicios, aunque su incorrecta o nula implantación puede perjudicarlos innecesariamente ⁽¹⁸⁾.

La Enfermería tiene un papel fundamental en la administración de los cuidados centrados en el desarrollo (incluyendo el MMC) por lo que somos los profesionales de enfermería los que debemos concienciar al resto de los profesionales implicados en el cuidado de los niños la importancia de una buena práctica y enseñar a realizar correctamente las recomendaciones establecidas por las diferentes organizaciones, con estándares de calidad cada vez más altos y centrados en el cuidado holístico e integrado en su entorno familiar ⁽¹⁸⁾.

El Método Canguro es una forma de humanizar los cuidados, haciendo partícipes a los padres en el cuidado del hijo en la UCIN, promoviendo la interacción padre-hijo y apoyando el neurodesarrollo y el crecimiento del niño. Entre otras ventajas, se ha demostrado que así se mejora el vínculo madre-hijo, la evolución clínica del neonato, la reducción de los días de estancia y la reducción de la mortalidad ⁽³⁶⁾.

Por lo tanto, para favorecer la participación de los padres se ha de capacitar al equipo de salud y fomentar el entrenamiento grupal e individual de los padres.⁽³⁶⁾ Para que padres y madres se sientan seguros a la hora de cuidar a sus hijos dentro de la UCIN y estén preparados para hacerlo también en sus casas una vez reciban el alta hospitalaria, es fundamental que el profesional de Enfermería les apoye y les eduque para ser competentes en el cuidado del recién nacido.

La gran mayoría de los recién nacidos prematuros o de bajo peso tendrán una larga estancia en las UCIN por lo que las enfermeras, como parte del equipo de salud, constituyen uno de los pilares fundamentales para proporcionar atención integral al neonato y su familia ⁽³⁷⁾.

Existen evidencias científicas que avalan el método por sus diversos beneficios y por ser un método efectivo, seguro y económico. No obstante, se necesitan más investigaciones para demostrar su eficacia en diferentes contextos y para diferentes objetivos. No existen excusas para no aplicar el MMC y debería ser considerado como un cuidado de rutina complementario en el cuidado neonatal ⁽¹³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 publicó "Método madre canguro. Guía práctica" que sirve de referencia sobre el modo de organizar los servicios del hospital para introducir y dispensar el MMC. Sin embargo, no se han encontrado proyectos educativos dedicados en exclusiva a la aplicación del Método Canguro en las Unidades Neonatales en España.

El presente proyecto educativo pretende mejorar los conocimientos y las ejecuciones técnicas del MMC para el cuidado integral del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, a través de sesiones educativas y talleres participativos. Se pretende mejorar las capacidades en el manejo del recién nacido y sus familias en relación a la aplicación del Método Canguro y poder realizar intervenciones dirigidas a planificar, organizar y desarrollar el método de manera complementaria a los cuidados convencionales neonatales.

PROYECTO EDUCATIVO: EL MÉTODO CANGURO EN LAS UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

1. POBLACIÓN Y CAPTACIÓN

1.1 POBLACIÓN

El presente proyecto educativo se dirige al equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario de Getafe (Madrid), compuesto por 22 enfermeras (turnos de mañana, tarde y noche) y dos supervisoras (área pediátrica y UCIN).

1.2 CAPTACIÓN

El proceso de captación se hará a través de las siguientes vías:

- Comunicación directa a través de las supervisoras de la planta, que reunirá al personal enfermero para explicar los contenidos y objetivos del proyecto educativo.
- Cartelería en puntos estratégicos de la Unidad de Cuidados Intensivos, que transmitirán de manera clara y sencilla el lugar de impartición, las fechas y contenidos del proyecto (Ver anexo N°1: Cartel informativo).
- Dichos carteles también serán enviados por correo electrónico a todo el personal seleccionado para participar en las sesiones del proyecto educativo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES

Que los profesionales de Enfermería de las Unidades Neonatales adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes para instruir sobre el Método Canguro a los padres de los niños ingresados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) ÁREA COGNITIVA

- ✓ Identificar las complicaciones reales y potenciales de un RNP o RNBP mediante trabajo de casos.
- ✓ Reconocer los signos de alarma en el recién nacido mediante trabajo de casos.
- ✓ Conocer los cuidados centrados en el desarrollo a través de una lección participada.
- ✓ Describir el método canguro, conocer los beneficios y las barreras para aplicar el método mediante la exposición de una lección participada.
- ✓ Adquirir conocimientos relacionados con la manipulación y la conservación de la leche materna mediante una demostración con entrenamiento.
- ✓ Conocer las alternativas de alimentación a la lactancia materna mediante la exposición de una lección participada.

b) ÁREA DE HABILIDADES

- ✓ Entrenar al personal para llevar a cabo la técnica canguro mediante ejercicio de simulación.
- ✓ Demostrar la técnica canguro tras un entrenamiento.
- ✓ Identificar cuándo se puede aplicar el método y con qué bebés se puede llevar a cabo mediante trabajo de casos.
- ✓ Trabajar la integración del método canguro en los cuidados diarios del neonato mediante grupos de discusión.
- ✓ Entrenar los conocimientos relacionados con la extracción y manipulación de leche materna, así como las alternativas de alimentación cuando la LM no esté instaurada mediante simulación y resolución de casos.
- ✓ Demostrar la habilidad en la técnica de extracción de leche materna tras una demostración.

c) ÁREA EMOCIONAL

- ✓ Trabajar los miedos y las dificultades emocionales de los profesionales para abordar la integración del método canguro en los cuidados neonatales mediante grupos de discusión.
- ✓ Trabajar con los profesionales las reacciones emocionales de los padres ante la educación y desarrollo del método canguro mediante estudio de casos.

3. CONTENIDOS

- El bebé prematuro:
 - Vigilancia de constantes vitales
 - Reconocimiento de signos de alarma
 - Complicaciones reales y potenciales
 - Cuidados centrados en el desarrollo
- El método canguro:
 - Qué es
 - Beneficios
 - Complementos
 - Técnica
- La alimentación del prematuro:
 - Técnicas de extracción manual
 - Conservación de la leche materna
 - Alternativas a la LM hasta que se instaure la lactancia

4. SESIONES, TÉCNICAS DE TRABAJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES

La enfermera docente encargada de la formación organizará un total de 3 sesiones educativas dirigidas a los enfermeros de la UCIN, a las que podrán acudir un máximo de 8 participantes. Dichas sesiones tendrán una duración máxima de 90 minutos cada una y se llevarán a cabo durante lunes, miércoles y viernes, preferiblemente de 10.30 a 12.00 h en turno de mañana y de 16.00 a 17.30 h en turno de tarde.

El lugar de reunión será la sala de padres anexa a la zona de presalida y hospitalización de la UCIN.

El proceso educativo dará comienzo con la acogida y la presentación (*técnicas de encuentro*). En la primera sesión, se empleará la técnica de acogida para transmitir al grupo interés y confianza. A continuación, el profesional se presentará (*técnicas de presentación*) con el fin de que los participantes le conozcan.

Con el fin de aumentar, reorganizar la información y alcanzar los objetivos relacionados con el área cognitiva se emplearán *técnicas expositivas* (lección participada, exposición con diapositivas), las cuales se combinarán con *técnicas de desarrollo de habilidades técnicas* (demostración con entrenamiento y simulación, vídeos explicativos, material manipulable por el personal) para lograr los objetivos incluidos en el área de habilidades. Los objetivos del área afectiva se alcanzarán a través de *charlas-coloquio* entre los participantes y el docente.

1) PRIMERA SESIÓN

En la primera sesión se abordarán temas relacionados con el recién nacido (constantes vitales, signos de alarma, complicaciones, cuidados centrados en el desarrollo), tanto prematuros como de bajo peso al nacer.

La sesión dará comienzo con la presentación del programa y la exposición de una serie de fotografías de las cuales los participantes expresarán lo más relevante (Ver Anexo N° 3: Fotopalabra Sesión 1).

Se avanza con la exposición de dos casos ficticios que los asistentes serán capaces de resolver y discutir con el resto de compañeros. (Ver anexo N° 5: Casos Sesión 1). A continuación, se llevará a cabo una lección participativa en la que se expondrán los conocimientos de los asistentes y se completarán con diapositivas y explicaciones.

Se estima que la duración de la sesión será aproximadamente 90 minutos. Al finalizar la sesión, se pasará un test a los participantes para comprobar los conocimientos adquiridos (Ver anexo 2: Test de conocimientos Sesión 1).

El educando dispondrá de un guion de observación para evaluar el transcurso de la sesión (Ver anexo 12: Guion para la observación)

PRIMERA SESIÓN: EL BEBÉ PREMATURO Y DE BAJO PESO				
O. educativos	Contenidos	Metodología	Tiempo	Evaluación
Presentación	Programa	Técnica de investigación en aula: Fotopalabra	20 minutos	Test de conocimientos
Reconocer los signos de alarma en un recién nacido.	Valoración de los signos vitales en el RN: Tª, FC, FR, TA.	Técnica de análisis: Caso 1	20 minutos	
Describir las complicaciones reales y potenciales de un RNP y RNBP.	El RNP y el RNBP: definición, características, exploración física y neurológica.	Técnica de análisis: Caso 2	20 minutos	
Explicar los cuidados centrados en el desarrollo.	CCD: mínima manipulación, tª, piel, postura, luz y ruido.	Técnica expositiva: lección participada	30 minutos	
Recursos: Ordenador, proyector, pizarra, fotos, vídeos, folios, bolígrafos.				

2) SEGUNDA SESIÓN

En esta sesión se abordará el Método Canguro, iniciando la sesión con la entrega de un díptico informativo (Ver anexo N° 7: Díptico Método Canguro) y con una lluvia de ideas relacionada con la palabra "UCIN" en la que participarán todos los asistentes aportando sus ideas con pocas palabras. Seguidamente, se llevará a cabo una lección participada en la que se expondrán los beneficios que proporciona el Método Canguro y las barreras que pueden aparecer al realizar esta intervención. Durante la siguiente parte de la sesión se explicará la técnica canguro y los participantes tendrán ocasión de demostrar sus habilidades al poner en práctica la intervención, para lo cual deberán realizar una simulación con un bebé ficticio en incubadora y con soporte respiratorio que habrá que colocar en el pecho de la madre para realizar el canguro. A continuación, se discutirán situaciones y condiciones en las que no se podrá realizar el método.

El educando dispondrá de un guion de observación para evaluar el transcurso de la sesión (Ver anexo N° 12: Guion para la observación).

Al finalizar la sesión, los participantes realizarán un test para evaluar los conocimientos adquiridos (Ver anexo N° 10: Cuestionario Sesión 2).

La duración aproximada de la sesión es de 90 minutos.

SEGUNDA SESIÓN: EL MÉTODO CANGURO				
O. educativos	Contenidos	Metodología	Tiempo	Evaluación
Reflexionar sobre la integración del MC en la UCIN	Humanización de los cuidados neonatales. El papel de los padres.	Técnica de investigación en aula: tormenta de ideas	10 minutos	Observación con guion
Describir el método canguro, enumerarán sus beneficios y barreras	El MC: beneficios, barreras.	Técnica expositiva: Lección participada	30 minutos	
Explicar la técnica del método	Técnica canguro: duración, posición y vestimenta.	Técnica para el desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento	30 minutos	
Valorar cuándo aplicar el método	Condiciones para hacer canguro.	Técnica de análisis: Discusión	20 minutos	Test de conocimientos
Recursos: Ordenador, proyector, pizarra, fotos, vídeos, folios, bolígrafos, muñeco de simulación, incubadora, CEPAP.				

3) TERCERA SESIÓN

En esta sesión se tratará el tema de la alimentación del recién nacido, ya que es fundamental en el desarrollo del bebé. Dado que los bebés pueden no tener suficiente fuerza para la succión o no estar preparados para lactar, es necesario enseñar a las madres para que se extraigan la leche y la conserven en óptimas condiciones.

Se realizará una demostración en el aula de cómo usar el sacaleches y cómo se lleva a cabo la extracción manual de leche materna. A continuación, se explicarán las formas de manipulación y conservación de la misma. Después, se explicarán las alternativas a la LM mediante una lección en la que los participantes completarán sus conocimientos relacionados con los tipos de alimentación del recién nacido.

El educando dispondrá de un guion de observación para evaluar el transcurso de la sesión (Ver anexo N° 12: Guion para la observación).

Se estima que la sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos y al finalizar se pasará un test de conocimientos a los asistentes para evaluar el taller (Ver anexo N° 11: Cuestionario Sesión 3).

TERCERA SESIÓN: LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO				
O. educativos	Contenidos	Metodología	Tiempo	Evaluación
Explicar la técnica de extracción manual de leche materna	Extracción de LM: técnica de Marmet, sacaleches.	Técnica para el desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento	20 minutos	Observación con guion
Explicar los modos de manipulación y conservación de la LM	Recomendaciones para el manejo correcto de la leche materna.	Técnica expositiva: exposición con discusión	20 minutos	
Describir las alternativas de alimentación a la LM	Problemas comunes con la LM. Tipos de alimentación (pecho, oral, gavage, sonda)	Técnica expositiva: lección participada	30 minutos	Test de conocimientos
Recursos: Ordenador, fotos, videos, sacaleches, biberón, jeringa, muñeco de simulación, SNG.				

5. EVALUACIÓN

Es necesario evaluar la intervención educativa para ajustar el proceso de educación a la realidad y a las necesidades. Para ello, es fundamental dividir la evaluación en tres bloques, la estructura, el proceso y los resultados.

Dicha evaluación se realiza de manera continua, a lo largo de las sesiones mediante la observación (ver anexo N° 12: Guión para la observación) y al final de las mismas a través de una serie de cuestionarios (ver anexos N°2, N° 10 y N° 11 correspondientes a los cuestionarios de las sesiones 1, 2 y 3).

- ESTRUCTURA:

Es preciso evaluar el espacio, el horario y los materiales.

Los alumnos contestarán a preguntas relacionadas con el número de participantes, el lugar físico del taller, la duración y el horario de cada una de las sesiones, la calidad de los recursos tanto humanos como materiales y el proceso de captación.

- PROCESO:

El proceso se evaluará teniendo en cuenta la adecuación en forma y tiempo de las actividades, las técnicas empleadas, el clima y la participación. En el cuestionario adjunto se responderán a preguntas relacionadas con el clima de las sesiones, los contenidos explicados, las técnicas educativas empleadas, la adecuación del lenguaje, la actitud del docente y el carácter participativo de las sesiones.

- RESULTADOS:

Para evaluar los resultados se analizará en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos a través de preguntas relacionadas con la percepción personal sobre el método canguro, sus beneficios y la integración en las actividades diarias de la UCIN así como cuestiones a cerca de los conocimientos adquiridos.

Además, con el fin organizar talleres futuros es importante conocer la percepción personal de cada uno de los asistentes en cuanto al grado de satisfacción conseguido tras asistir a las sesiones educativas, siendo necesario saber si consideran beneficioso acudir a talleres educativos para crecer como profesional y si recomendarían a otros profesionales acudir a dichos talleres.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Internet]. 2016. [Acceso 15 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
- (2) Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp* 2007;65(6):286-291.
- (3) Chan GJ, Valsangkar B, Kajeeepeta S, O Bundy E, Wall S. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. *J Glob. Health* 2016;6(1):1-9.
- (4) Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr* 2005;94:514-522.
- (5) Descriptores en ciencias de la salud. [Internet]. 2016. [Acceso 15 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.
- (6) González Serrano F. Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros. La relación temprana y el apego. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2009;48:61-80.
- (7) Charpak N. Bebés canguros. El recién nacido y su contacto con la madre. Primera ed. ed.: Barcelona: Gedisa; 2006.
- (8) Jefferies AL. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paeditrics & Child Health* 2012;17(2):141-143.
- (9) Bailey S. Kangaroo mother care. *British Journal of Hospital Medicine* 2012;73(5):278-281.
- (10) Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Paeditrics* 2016;137(1):e20152238.
- (11) Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Sys. Rev. 2011;2:1-37.
- (12) Chan GJ, Labar AS, Wall S, Atun R. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ* 2016;91:130-141.
- (13) Charpak N RJ. The Kangaroo Mother Care Method: from scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *Journal of clinical epidemiology* 2016.
- (14) Sharma D, Murki S, Tejo Pratap O. The effects of kangaroo Ward care in comparison with "intermediate intensive care" on the growth velocity in preterm infant with birth weight <1100g: randomized control trial. *Eur J Pediatr* 2016;175:1317-1324.
- (15) Callaghan-Koru JA, Estifanos AS, Sheferaw ED, de Graft-Johnson J, Rosado C, et al. Practise of skin-to-skin contact, exclusive breastfeeding g, and other newborn care interventions in Ethiopia following promotion by facility and community health workers: results from a prospective outcome evaluation. *Acta Paediatrica* 2016;105(12):568-576.

- (16) Gómez del Río N. Infección nosocomial y método madre canguro. Revisión de evidencias. ENE Revista de Enfermería 2013;7(3).
- (17) Lizarazo Medina JP, Ospina Díaz JM, Ariza Riaño E. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Rev. salud pública 2011;14(2):32-44.
- (18) Fuentes González P. El profesional de enfermería en las unidades neonatales y los cuidados centrados en el desarrollo. Metas Enferm 2016;19(7):58-64.
- (19) Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R. Skin to skin care for procedural pain in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014:1-80.
- (20) Correa Castral T, Fathalee Warnock F, Medeiros Ribeiro L, Lucena de Vasconcelos MG, Moraes Leite A, Silvan Scochi CG. Los factores maternos regulan la respuesta al dolor y al estrés del recién nacido en posición canguro. Enfermagem 2012;20(3):1-9.
- (21) López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Anales de Pediatría 2014 October;81(4):232-240.
- (22) Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Medley N. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Data base Syst. Rev. 2016;11:1-159.
- (23) Charpak N, Ruiz JG, Motta S. Curso clínico y pronóstico a un año de una cohorte de prematuros dados de alta con oxígeno domiciliario en Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública 2012;14(1):102-115.
- (24) Schneider C, Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Tessier R. Cerebral motor function in very premature-at-birth adolescents: a brain stimulation exploration of kangaroo mother care effects. Acta Paediatrica 2012;101:1045-1053.
- (25) Lauren M. The effects of Kangaroo Careo n neurodevelopmental outcomes in preterm infants. J Perinat Neonat Nurs 2014;28(4):290-299.
- (26) Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado. Medicina naturista 2006;10:561-565.
- (27) Anderson GC, Berman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, et al. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the first European conference and Seventh international workshop on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatrica 2010;99:820-826.
- (28) Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E, Myslinski S, Cairns-Smith S, Mulligan B, et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practise: a systematic review. Plos One 2015;10(5):1-20.
- (29) Charpak N, Ruiz-Peláz JG. Resistance in Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. Acta Pediatr 2006;85(5):529-534.

- (30) Shorey S, Hong Gu H, Morelius E. Skin to skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery* 2016;207-217.
- (31) Anderzén-Carlsson A, Carvalho Z, Eiríksson M. Parental experiences of providing skin to skin care to their newborn infant. Part 1: a qualitative systematic review. *J Qualitative Stud Health Well-Being* 2014.
- (32) Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichan 2012;13(1):69-80.
- (33) Arivabene JC, Rubio Tyrrel MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(2):1-7.
- (34) Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Silvan Scochi CG. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Enfermagem* 2013;21(6):1360-1366.
- (35) Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016 January;137(1):1.
- (36) Gallegos-Martínez J. Reyes-Hernández J. Silvan-Scochi CG. La unidad neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Medigraphic* 2010;24(2):98-108.
- (37) Fernández D, Rodríguez M, Rodríguez D, Gómez D, Estrella P, Liz M. Análisis de las intervenciones NIC en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Enferm Clin* 2013;23(1):22-32.

ANEXOS

ANEXO 1. CARTEL INFORMATIVO



EL MÉTODO CANGURO

SESIONES FORMATIVAS

FECHAS, MES DE MAYO:
Lunes-Miércoles-Viernes
Turno mañana: 10.30-12.30
Turno tarde: 16.00-18.00
Mayo 2017

LUGAR DE CELEBRACIÓN:
1º Planta H.U. Getafe
Sala de padres de la UCIN

CONTACTO:
Enfermera: Angélica García
Email: angelica82@hotmail.com
Teléfono: 615 349 678

SESIÓN 1: EL BEBÉ PREMATURO
Vigilancia de constantes vitales
Reconocimiento de signos de alarma
Complicaciones reales y potenciales
Cuidados centrados en el desarrollo

SESIÓN 2: MÉTODO CANGURO
Qué es
Beneficios
Complementos
Técnica

SESIÓN 3: LA ALIMENTACIÓN
Técnicas de extracción manual
Conservación de la leche materna
Alternativas hasta instaurar LM

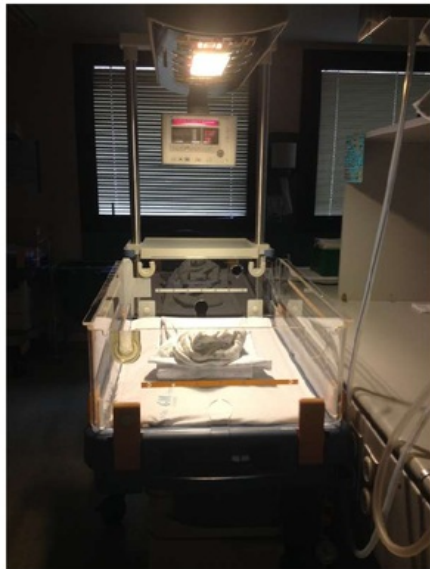
ANEXO 2. TEST DE CONOCIMIENTOS SESIÓN 1

Con el objetivo de evaluar el punto de partida de los conocimientos de los que disponen los asistentes, se realizará un test antes de iniciar la **Sesión 1**.

Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes cuestiones:	V	F
1.En un RNPT, la frecuencia respiratoria normal oscila entre 30 y 60 rpm.		
2.En un RNPT, la frecuencia cardiaca debe oscilar entre 110 y 150 lpm.		
3.En RNPT, FC por debajo de 90 y sobre 195 deben ser estudiadas.		
4.Un RN de muy bajo peso está por debajo de 1.500 gr.		
5.Siempre en patológica una FR>60 rpm (taquipnea) y provoca apneas.		
6. El cese de la respiración durante más de 10 segundos, acompañado de bradicardia o cianosis se denomina apnea y suele ceder con estimulación táctil.		
7.La frecuencia de aparición de apnea es inversamente proporcional a la e. gestacional.		
8.La alimentación del RNP puede generar episodios de apnea.		
9.En todo RN, se considera hipoglucemia cuando la glucemia capilar <30 mg/100 ml.		
10.Los CCD se centran cuidados a demanda y en el menor tiempo posible.		
11.Con la mínima manipulación se previene el sobrecalentamiento y el estrés por frío.		
12.RN<28 sem carecen de grasa parda, producen menos calor y consumen más O ₂ .		
13.El ATN es la Tª del aire de la incubadora en la que el consumo de O ₂ es máximo.		
14.La mínima manipulación consiste en espaciar en el tiempo los cuidados del RN.		
15. Los RNP suelen regular mal la temperatura y aumentar el consumo de oxígeno.		
PUNTUACIÓN		
Nombre:	Firma:	
Apellidos:		

ANEXO 3. FOTOPALABRA SESIÓN 1

Con el fin de favorecer la expresión de las ideas de los asistentes, se expondrán imágenes relacionadas con el tema “Nacer antes de tiempo” y los participantes elegirán una de ellas y explicarán lo más relevante de la fotografía.



Imágenes: Angélica García

ANEXO 4. PARÁMETROS MADUREZ: TEST DE BALLARD para EG

Madurez neuromuscular	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	 > 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Rebote de brazos		 180°	 140-180°	 110-140°	 90-110°	 < 90°	
Ángulo popliteo	 180°	 180°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Singo de la bufanda							
Talón oreja							
Madurez física	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegajosa, quebradiza, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Rosa pálido, venas visibles	Descamación superficial y/o eritema, pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas, venas raras	Engrosamiento, agrietado profundo, no venas	Dura, agrietada y arrugada
Lanugo	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres	Casi no hay lanugo	
Superficie plantar	Talón-dedo gordo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm no hay pliegues	Marcas rojas mortecinas	Sólo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2/3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta	
Mamas	Imperceptibles	Apenas perceptibles	Areola plana, no hay glándula	Areola granulosa, glándula de 1-2 mm	Areola sobrelevada, glándula de 3-4 mm	Areola completa, glándula de 5-10 mm	
Ojo/oreja	Párpados fusionados levemente: -1 fuertemente: -2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugada	Pabellón ligeramente incurvado, blando, despliegue lento	Pabellón bien incurvado, blando pero con despliegue rápido	Formado y firme, despliegue instantáneo	Cartilago grueso, oreja enhiesta	
Genitales masculinos	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con vagas rugosidades	Testículos en la parte alta del conducto, pliegues muy escasos	Testículos en descenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes, rugosidades profundas	
Genitales femeninos	Clitoris prominente, labios aplanados	Clitoris prominente y labios menores pequeños	Clitoris prominente, labios menores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clitoris y los labios menores	

ANEXO 5. CASOS SESIÓN 1

Se presentará a los asistentes un caso con una serie de preguntas a analizar en grupos de 2 o 3 personas. Más tarde, se hará una puesta en común entre todos los participantes.

Apellidos:	Nombre:
CASO 1: SIGNOS VITALES DEL RECIÉN NACIDO	
María es un bebé nacido a las 29 semanas de gestación, que se encuentra ingresado en la UCIN desde hace 5 semanas. Nació con 1.100 kg de peso, con Apgar de 5-7. Tras el parto, es necesario realizar una reanimación tipo II porque, a pesar de respirar espontáneamente y tener una FC>100 lpm, presenta cianosis generalizada. Se inicia estimulación táctil para aumentar el esfuerzo respiratorio, pero es necesario administrar oxígeno indirecto, consiguiendo remontar y disminuyendo la cianosis. En la actualidad, tiene 29+5 semanas y pesa 2.000 kg. Porta gafas nasales y SNG. Está previsto que pase de la incubadora a la cuna térmica en los próximos días. Hoy ha iniciado la alimentación al pecho que se completa con LM por gavage a través de la sonda nasogástrica.	
➤ ¿Qué vigilamos en este bebé? ➤ ¿En qué momento es más probable que haga pausas de apnea? ➤ ¿Cómo se reconoce una pausa? ➤ ¿Cómo tenemos que actuar?	

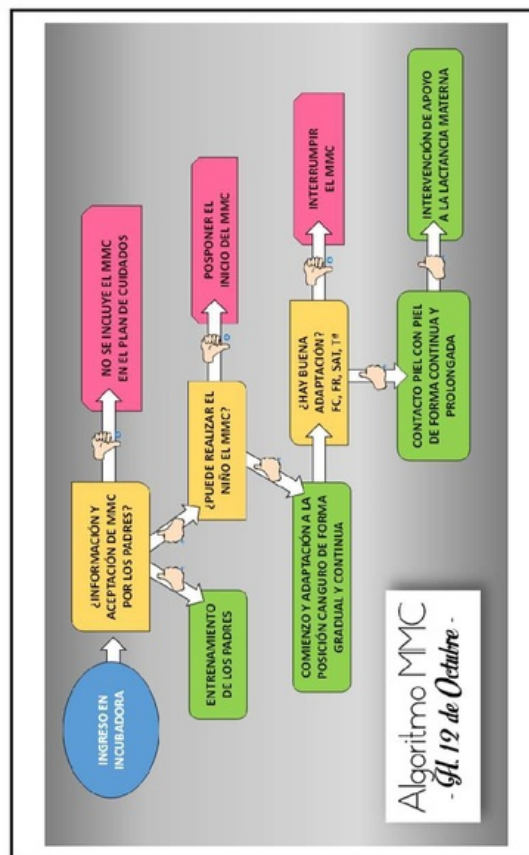
Apellidos:	Nombre:
CASO 2: EL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y DE BAJO PESO	
Marta sufrió una infección intrauterina y dio a luz a Gonzalo a las 38 semanas de gestación, con un peso por debajo del percentil 10 pero con una talla y perímetro cefálico adecuados. Han pasado 30 horas desde el nacimiento, no hay emisión de meconio y su aspecto es ligeramente icterico. La última glucemia realizada es de 35 mg/100 ml. Se le observa algo hipotónico.	
➤ ¿Qué llamaría la atención, físicamente, en la exploración de este bebé? ➤ ¿Cómo valorarías la edad gestacional? ➤ ¿Qué complicaciones potenciales se podrían dar?	

ANEXO 6. EL MÉTODO CANGURO

			
VESTIMENTA Gorro Pañal Calcetines	MANIPULACIÓN Colocar una mano de la sobre la nuca y la espalda del bebé apoyando ligeramente su mandíbula sobre los dedos de la mamá. Situvar la otra mano sobre las nalgas del bebé.	POSICIÓN Colocar al bebé entre los pechos de la madre, en vertical, con la cabeza ladeada y ligeramente extendida, caderas y brazos flexionados, piernas extendidas (a modo de rana). El abdomen del bebé ha de quedar a la altura del epigastrio de su madre.	SUJECCIÓN El bebé podrá ser sujetado por un faja elástica colocada a la altura de la oreja del mismo.

Fuente: OMS. Elaboración propia.

ANEXO 7. DÍPTICO: EL MÉTODO CANGURO



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 8. IHAN: Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Paso 1. Disponer de una política escrita en relación a la lactancia natural, que sea conocida por todo el personal sanitario.

Paso 2. Capacitar y entrenar a todo el personal sanitario para que pueda ponerla en práctica.

Paso 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de llevarla a cabo.

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la hora siguiente al parto.

Paso 5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si se ha de separar del niño/a.

Paso 6. No dar a los recién nacidos ninguna bebida más que la leche materna, salvo indicación médica.

Paso 7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo las 24 horas del día.

Paso 8. Fomentar la lactancia sin restricciones del niño.

Paso 9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.

Paso 10. Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural y ofrecer información a las madres sobre cómo contactar con ellos a la salida del hospital.

Fuente: Manual Básico para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. Hospital 12 de Octubre (Madrid).

ANEXO 9. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA: TÉCNICA DE MARMET

EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

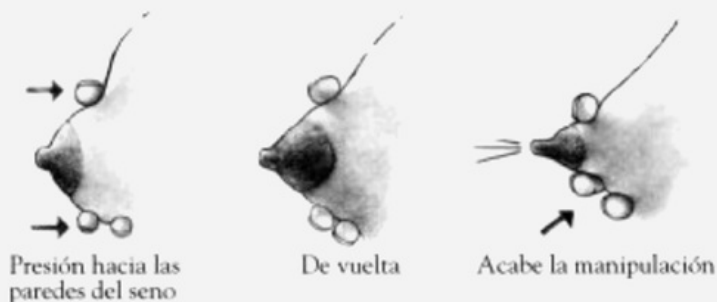
Extracción manual de leche

La extracción manual, puede parecer laboriosa al principio, pero a muchas mujeres les resulta más agradable y natural. Muy aconsejable para aliviar la congestión mamaria o extraer calostro.

Técnica de Marmet

1. Lavar las manos.
2. Estimular masajeando los pechos durante unos minutos.
3. Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una "C" a unos 3 o 4 centímetros por detrás del pezón.
4. Empujar con los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos primero levantarlos y después empujar.
5. Rodar los dedos hacia el pezón; rodar no deslizar.
6. Repetir rítmicamente para vaciar el pecho: colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar...
7. Girar la posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas del mismo. Puede utilizarse ambas manos en cada pecho.
8. Continuar la extracción hasta que el flujo de leche sea más lento.
9. Repetir todo el proceso: provocar el reflejo de salida y exprimir en ambos pechos, una o dos veces más.
10. Evitar estiramientos y presión excesiva en el pecho o pezón.

En los primeros días, si se extrae unas gotas de calostro, se pueden recoger en una jeringuilla para aprovechar todo y dárselo al niño/a.



Fuente: Manual Básico para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. Hospital 12 de Octubre (Madrid).

ANEXO 10. CUESTIONARIO SESIÓN 2

Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes cuestiones:	V	F
1.El método de la madre canguro parece reducir la respuesta dolorosa en el RNP.		
2.Existe evidencia científica de que los RNP y RNBP evolucionan mejor si sus padres son integrados en sus cuidados.		
3.El método canguro no reduce el riesgo de infección nosocomial.		
4.El método canguro sustituye a las incubadoras.		
5.El método canguro favorece la lactancia materna y fomenta el apego seguro.		
6.El MC puede ser rechazado por creer que es un cuidado de calidad inferior.		
7.El contacto piel con piel regula la tª del bebé, pero aumenta los períodos de apnea.		
8.El MC sólo se puede aplicar en bebés estabilizados que puedan ser sacados de la incubadora, sin que varíe su frecuencia cardíaca ni su saturación de oxígeno en sangre.		
9.Como mínimo un bebé se ha de sacar a canguro 2 horas.		
10.Cuando la temperatura de la madre es muy alta, se desaconseja hacer canguro.		
11.El bebé determina cuándo ha llegado el momento de finalizar el canguro.		
12.El MC supone una sobrecarga de trabajo al personal sanitario que no se ve compensada por los escasos beneficios que reporta.		
13.La posición canguro mantiene la tª y la satO ₂ dentro de parámetros normales.		
14.El MC aumenta los costes de atención y de estancia hospitalaria.		
15.En la posición canguro el bebé mantiene la cabeza ligeramente ladeada.		
PUNTUACIÓN		
Nombre:	Firma:	
Apellidos:		

ANEXO 11. CUESTIONARIO SESIÓN 3

Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes cuestiones:		V	F
1.El mejor estímulo para la secreción de leche es el vaciado frecuente de los pechos.			
2.La coordinación succión/deglución se da a partir de las 34 semanas.			
3.La leche materna no puede utilizarse en terceras personas.			
4.El MC favorece el inicio y la duración de la lactancia materna.			
5.Un signo precoz de hambre es el llanto.			
6.Son signos tardíos de hambre el chupeteo y los ruidos de succión.			
7.Para una buena transferencia de leche, la barbilla y nariz del bebé rozarán el pecho.			
8.La extracción manual de LM alivia la congestión mamaria y se aconseja para calostro.			
9.Las primeras gotas de calostro no son aprovechables para el bebé.			
10.La extracción ha de empezar 6 horas después del parto y seguir cada 2/3 horas.			
11.Se recomienda no extraer leche durante más de 20 minutos de cada pecho.			
12.Si la leche extraída no se usa en 24 horas, hay que desecharla.			
13.No es necesario ni medir ni reintroducir restos gástricos en alimentación a gavage.			
14.Lo ideal es fomentar la lactancia sin restricciones del niño.			
15.No se recomienda dar chupetes a los niños alimentados al pecho.			
PUNTUACIÓN			
Nombre:		Firma:	
Apellidos:			

ANEXO 12. GUIÓN PARA LA OBSERVACIÓN

A cumplimentar por el educador:

SESIÓN:	FECHA:
Tarea:	
-Preparación:	
-Gestión:	
Tareas específicas:	
Tiempo:	
-Preparación:	
-Presentación:	
-Gestión:	
Instrumentos:	
-Preparación:	
-Presentación:	
-Gestión:	
Espacio:	
Clima:	
-Tipo de comunicación:	
-Técnicas de gestión:	
Participación:	
-Asistentes:	
-Tipo de participación:	
Cumplimiento de objetivos:	
Observaciones:	

ANEXO 13. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO

A cumplimentar por los asistentes:

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA	SI	NO	¿CÓMO SE PODRÍA MEJORAR?
¿Es adecuado el número de participantes?			
¿El lugar es apropiado para impartir las sesiones?			
¿Es suficiente la duración de cada sesión?			
¿El horario es adecuado, dentro del turno de trabajo?			
¿Son oportunos y de calidad los recursos utilizados?			
¿El proceso de captación ha sido acertado y eficaz?			
EVALUACIÓN DEL PROCESO	SI	NO	¿CÓMO SE PODRÍA MEJORAR?
¿Las sesiones se desarrollan en un clima cordial, respetuoso y tolerante?			
¿Los contenidos se adaptan a las necesidades?			
¿Las técnicas educativas empleadas son las adecuadas?			
¿El lenguaje y vocabulario del docente han sido claros?			
¿El docente ha captado el interés del grupo?			
¿El docente domina los contenidos?			
¿Las sesiones han sido participativas?			
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	SI	NO	¿CÓMO SE PODRÍA MEJORAR?
¿Se han conseguido los objetivos propuestos?			
¿Ha cambiado su percepción sobre el MC?			
¿Integraría el MC en los cuidados diarios de la UCIN?			
¿Cree en los múltiples beneficios del MC?			
¿Fomentaría la participación de los padres en el cuidado de sus hijos recién nacido?			
¿Es capaz de reconocer signos de alarma en un RN?			
¿Han mejorado sus habilidades para manipular al RN de la incubadora a canguro?			
¿Los conocimientos adquiridos sobre LM son los suficientes para transmitirlos a las madres?			
GRADO DE SATISFACCIÓN	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Considera beneficioso el taller en su vida profesional?			
¿Recomendaría el taller a otros compañeros?			
SUGERENCIAS			