



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

“EFECTOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA AUNADOS AL MÉTODO MADRE CANGURO PARA LA GANANCIA DE PESO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERIA)

PRESENTA
SABINA AUSTRIA MIRELES

TUTOR PRINCIPAL

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE DEL 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 24 de junio del 2014, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna SABINA AUSTRIA MIRELES con número de cuenta 08751050-0, con la tesis titulada:


"EFECTOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AUNADOS AL MÉTODO MADRE CANGURO PARA LA GANANCIA DE PESO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS"

bajo la dirección del(a) Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez

- Presidente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez
- Vocal : Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez
- Secretario : Doctora Ana María Lara Barrón
- Suplente : Maestra Elsa Correa Muñoz
- Suplente : Maestra Martha Lilia Bernal Becerril

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
MÉXICO D, F. a 04 de septiembre del 2014.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que agradezco, su tiempo, apoyo, la sabiduría que me transmitieron:

A la Maestra Magdalena Franco Orozco, por sus enseñanzas para proporcionar el cuidado del paciente pediátrico.

Gracias Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por todo el apoyo que me brindó, para la realización de este proyecto, sus comentarios apreciaciones y críticas, hicieron que esta tesis resultara, mejor de lo que se proyectara originalmente.

Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez, gracias por su invaluable apoyo y compromiso.

A la Dra. Ana María Lara Barrón por sus enseñanzas, apoyo, experiencia y orientación durante la realización de este proyecto.

A Gie bele por brindarme sus conocimientos, ya que me impulso para culminar este proyecto.

A mis compañeras de clase quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

DEDICADO

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida, para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano, cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre, seguirán latiendo en mi corazón gracias papá y mamá.

A tu paciencia, comprensión y amor, preferiste sacrificar tu tiempo, para que yo pudiera cumplir con mi meta. Por tu bondad, me inspiraste a ser mejor para ti, gracias por estar siempre a mi lado Agustín.

Paola, Diana, Eduardo, gracias por llenar de alegría mi vida, por ser mi inspiración y fortaleza, por su apoyo y toda su paciencia y ser testigos silenciosos de todas las noches de insomnio que les ocasione, y quienes han sido mi mayor motivación a nunca rendirme.

Ximena, Emiliano, Santiago, Nayeli, Alondra, gracias por ser inspiración en mi vida, para nunca darme por vencida.

A mi familia, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en este proyecto

INDICE

I	Resumen	1
	Abstract	2
II.	Introducción	3
III.	Marco Teórico	7
III.1.	Prematuridad y bajo peso	7
	III.1.1. Desarrollo del recién nacidos prematuro	9
III.2.	Antecedentes históricos del método madre canguro	14
	III.2.1. Elementos del método madre canguro	16
	III.2.2. Aplicación del método madre canguro	16
	III.2.3. Beneficios del método madre canguro	17
III.3.	Evolución del cuidado de enfermería	20
	III.3.1. Cuidados de enfermería al recién nacido prematuro aplicados en el método madre canguro	21
	III.3.2. Cuidados de enfermería proporcionados al recién nacido prematuro para la ganancia de peso	22
	III.3.3. Cuidados de enfermería proporcionados al recién nacido prematuro	24
III.4.	Estudios relativos con los cuidados de enfermería y método madre canguro	26
III.5.	Teoría del confort de Katherine Kolcaba	27
IV.	Planteamiento del problema	40
V.	Hipótesis	42
VI.	Objetivos	43
VII.	Material y métodos	44
VII.1.	Tipo de estudio	44
VII.2.	Población de estudio	44
VII.3.	Variables	45
VII.4.	Técnicas	50
VII.5.	Análisis estadístico	53
VIII.	Resultados	56
IX.	Discusión	67
X.	Conclusiones	72
XI.	Perspectivas	73
XII.	Referencias	75
XIII.	Anexos	81

I. Resumen

ANTECEDENTES: El nacimiento paulatino de niños prematuros se incrementa día con día, lo que se convierte en un reto para la Salud Pública Mundial, ya que las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), reflejan que cada año nacen, aproximadamente 15 millones de niños con bajo peso al nacer, como consecuencia de un parto prematuro y/o anomalías en el crecimiento prenatal, cuando éstos nacen, es de suma importancia reintegrarlos a su núcleo familiar, el punto clave, es el cuidado que es brindado con medidas de confort, por parte del profesional de enfermería, que tiene como objetivo el cuidado de la vida y el cuidado que brindan las madres de los recién nacidos prematuros, en el método madre canguro teniendo como objetivo la adaptación a la vida extrauterina, la ganancia de peso para obtener alta precoz. Es necesario conocer el efecto de ambos cuidados, que fueron brindados y sustentados en la Teoría del confort de Katherine Kolcaba de la cual se desprenden cuatro contextos: el entorno físico, social, espiritual y ambiental, tienen gran influencia directa e indirectamente en la ganancia de peso de los recién nacidos prematuros, sin embargo ésta inferencia no ha sido investigada, de ahí la relevancia del presente estudio.

OBJETIVO: Determinar el efecto de los cuidados de enfermería aunados al método madre canguro para la ganancia de peso de recién nacidos prematuros.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio comparativo, en una muestra de 100 recién nacidos prematuros con sus madres (100) y 20 enfermeras, en el Servicio de Prematuros de un Hospital de la Ciudad de México, a los cuales se les dividió en dos grupos, siendo el primer grupo para los cuidados que brinda el personal de enfermería, el segundo es para los cuidados brindados con el método madre canguro, proporcionándoles confort para que obtuvieran ganancia de peso. En el análisis estadístico se calcularon: porcentajes, promedio \bar{X} , DE, t student, Ji cuadrada (X^2).

RESULTADOS: Se encontró significancia estadística para los cuidados proporcionados en el método madre canguro, que obtuvo ganancia ponderal de peso en los recién nacidos prematuros de 22/gramos/día, el promedio de días de estancia hospitalaria, fue significativamente $<$ de 9 días ($p < 0.001$). En comparación con el grupo de cuidados de enfermería que tuvo ganancia ponderal de peso de 13.4/gramos/día y $>$ de 10 días de estancia hospitalaria. Para los dos grupos de cuidado, se encontró correlación positiva con el confort proporcionado a los recién nacidos prematuros en las cuatro escalas: física, social, ambiental y espiritual, siendo relevante la escala Física que obtuvo 98.4 ± 5.4 , en este tenor el contacto piel a piel que tuvo la madre con su recién nacido, las caricias, el masaje y los ejercicios brindados influyeron significativamente en el incremento de peso, en comparación con el grupo de cuidados de enfermería que obtuvo 89.6 ± 15.2 .

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos sugieren que los cuidados proporcionados en el Método Madre Canguro, tienen influencia estadísticamente significativa, sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería, en la ganancia de peso de los recién nacidos prematuros, así como la estancia hospitalaria menor. Se encontró correlación positiva en ambos grupos con las medidas de confort, excepto en el contexto físico que obtuvo un promedio de 89.6 ± 15 para el grupo de cuidados de enfermería mientras que para el método madre canguro fue de 98.4 ± 5.4 .

Abstract

BACKGROUND: The gradual preterm births every day increases, it becomes a challenge for the World Public Health, as the statistics of the World Health Organization (OMS 2012), reflect born each year, approximately 15 million children with low birth weight due to preterm labor and / or impaired prenatal growth, when they are born, it is important to reintegrate into their family unit, the key point is the care that is provided with comfort measures, by the nurse, who aims at life care and the care they provide mothers of preterm infants in KMC aiming adaptation to extrauterine life, gain weight for early discharge. You need to know the effect of both care that were provided and supported by the Theory of Katherine Kolcaba comfort which emerge four contexts: physical, social, spiritual and environmental surroundings, directly and indirectly have great influence on the gain weight preterm infants, however this inference has not been investigated, hence the relevance of this study.

OBJECTIVE: To determine the effect of nursing care coupled with the KMC to gain weight preterm infants.

MATERIAL AND METHODS: A comparative study was conducted on a sample of 100 preterm infants with their mothers (100) and 20 nurses in the service of a Premature Hospital of the City of Mexico, which were divided into two groups, the first group to the care provided by the nursing staff, the second is for the care given to the KMC, providing comfort to obtain weight gain. The statistical analyzes were calculated: percentage, average \bar{x} , DE, student t, chi-square (χ^2).

RESULTS: Statistical significance was found for the care he provided in KMC, which won weight weight gain in preterm infants of 22 / g / day, average length of hospital stay was significantly <9 days ($p < 0.001$). Compared with the group of nursing care that had weight gain of 13.4 weight / grams / day and > 10 days of hospital stay. For the two groups of care, positive correlation was found with the comfort provided to preterm infants in the four scales: physical, social, environmental and spiritual, being relevant physics scale scored 98.4 ± 5.4 , in this tenor skin contact skin had a mother with her newborn, caresses, massage and exercises provided significantly influenced the weight gain, compared with the group of nursing care that scored 89.6 ± 15.2 .

CONCLUSIONS: Our findings suggest that care provided in the Kangaroo Care, have statistically significant influence on the care provided by the nursing staff in the weight gain of preterm infants, and less hospital stay. Positive correlation was found in both groups with comfort measures, except in the physical context that scored an average of 89.6 ± 15 for the group of nursing while for KMC was 98.4 ± 5.4 .

II. Introducción

El nacimiento paulatino de niños prematuros se incrementa día con día, lo que se convierte en un reto para la Salud Pública Mundial, ya que las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), reflejan que cada año nacen, aproximadamente 15 millones de niños con bajo peso al nacer, como consecuencia de un parto prematuro y/o anomalías en el crecimiento prenatal, entre 28 y 32 semanas de gestación, una tercera parte muere en el primer mes de vida, otra tercera en su primer año de vida. La (OMS), definió como prematuro, aquel recién nacido, antes de las 37 semanas de gestación. En este sentido, la enfermería como disciplina de las ciencias de la salud, tiene como principal objetivo el cuidado de la vida, de los individuos, la familia y la comunidad, buscando a través de su historia estrategias que le permitan fundamentar su práctica profesional.

La característica que define la patología del prematuro, es la inmadurez de sus diferentes sistemas, de acuerdo a estas consideraciones, a menor edad gestacional, más graves y frecuentes son los problemas de adaptación hay más complejo de su tratamiento. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema, que no requiera, de una adaptación a las nuevas condiciones de la vida extrauterina.

En este contexto, a nivel hospitalario los recién nacidos prematuros reciben cuidados de enfermería encaminados a brindarles confort y una alimentación complementaria que permita un incremento de peso y disminuir el riesgo de muerte prematura, sin embargo los resultados no son del todo satisfactorios, de ahí que se han propuesto métodos de cuidado alternativos como es el denominado "método canguro", que consiste en el contacto piel a piel con la madre, lactancia materna y termorregulación, del cual son pocos los estudios clínicos que evalúen la influencia de este método sobre la ganancia de peso la diferencia respecto a los cuidados hospitalarios.

Ante el inminente nacimiento de niños de bajo peso al nacer, y la reintegración de éstos a su núcleo familiar, el punto clave son los cuidados proporcionados por parte del personal de enfermería y en el método madre canguro los cuidados que brindan las madres a sus

recién nacidos prematuros, teniendo como objetivo la adaptación a la vida extrauterina y obtener ganancia de peso, para disminuir infecciones y mortalidad.

El método madre canguro puede ser la clave para disminuir ésta morbimortalidad, ya que proporciona una alternativa, al cuidado de los recién nacidos prematuros en incubadora, sin separación de la madre, y se define con tres componentes: contacto piel a piel continuo, lactancia materna exclusiva y termorregulación. En este punto será importante aclarar que el estudio de investigación son el binomio madre-hijo, y el personal de enfermería y el confort para conocer los efectos de los cuidados brindados en el método madre canguro, ya que actualmente no existen investigaciones realizadas con esta temática.

Por otra parte, se hace énfasis de la valiosa colaboración del cuidado que la madre proporciona al recién nacido prematuro, y los cuidados que proporciona la enfermera en incubadora y bacinete, con procedimientos específicos, que en muchos casos es determinante, la ganancia de peso, situación que se estudiará en este proyecto.

Es de vital importancia conocer los efectos de los cuidados proporcionados en el método madre canguro, en la ganancia de peso en recién nacidos prematuros, así como los efectos de los cuidados de enfermería que brinda, al recién nacido prematuro, y cual método es el más óptimo, para que el niño de bajo peso al nacer se adapte a su vida extrauterina, esto permitirá a corto plazo, crear programas de capacitación en busca de mejorar la calidad de atención, en una dimensión interpersonal hacia el prematuro y difundirlos.

Sin duda la intervención de Enfermería es determinante en la atención al recién nacido prematuro, ya que con conocimientos habilidades y destrezas, proporciona cuidados que evolucionan con el método científico, con bases filosóficas, epistemológicas, ontológicas y estéticas, que es "el ser de la teoría", para hacer que son los cuidados proporcionados al prematuro, para "vivir". Por otra parte es necesario conocer los efectos, en cada uno de ellos, ya que la práctica diaria muestra que el método madre canguro es más eficaz y contribuye a mejorar el índice de supervivencia, y permite la relación del binomio madre-

hijo, y las madres de los recién nacidos prematuros, que muestran interés por la reintegración del recién nacido prematuro a su entorno familiar, en comparación con los cuidados que proporciona el personal de enfermería, donde al recién nacido prematuro se le brinda cuidados en incubadora y bacinete, lo que no es posible que estén en contacto directo con la madre. Finalmente es relevante investigar el cuidado brindado con las medidas de confort, en ambos métodos para reintegrar al recién nacido prematuro a su entorno familiar.

El estudio se estructura en 8 apartados, en el primero se trata la introducción, en el segundo el marco teórico, donde se presentan investigaciones encontradas de estudios relacionados con el tema de investigación, en el tercero se encuentra el marco conceptual con el enfoque teórico que dará sustento a este estudio, y es la Teoría del Confort de Katherine Kolcaba de la cual se desprenden tres conceptos que son: Alivio, Tranquilidad y Trascendencia, los cuales se relacionan, con los cuidados que brinda el personal de enfermería, para proporcionar confort al recién nacido prematuro y que facilite su estabilización, disminuyendo sus complicaciones, para crear un ambiente de apoyo y límites protectores, que favorecen al mismo tiempo su crecimiento y desarrollo.

El entorno físico, social, espiritual y ambiental que se proporciona en medidas de confort, tienen influencia directa e indirecta en el desarrollo de los recién nacidos prematuros. La adaptación del niño de bajo peso al nacer, al ambiente diferente de la unidad, puede ser facilitada, si se comprenden las necesidades para su desarrollo y si se modifican las condiciones ambientales de acuerdo con ellas.

Los programas de desarrollo que incluyen modificaciones ambientales sensibles, han encontrado que los niños tienen una actividad motora más organizada, mayor estabilidad fisiológica y estados de despertar más estables.

El cuarto, quinto y sexto apartado se incluyen el planteamiento del problema, la hipótesis y objetivos. El apartado séptimo expone la metodología seguida para el desarrollo del estudio y operacionalización de las variables. Por último en el octavo apartado se plasman las referencias bibliográficas y anexos, donde se incluyen: instrumentos de medición para

el personal de enfermería y madres de los recién nacidos prematuros, así como un plan de cuidados estandarizados por el personal de enfermería en la guía de práctica clínica de cuidados de enfermería al recién nacido prematuro e investigaciones realizadas en el método madre canguro y cuidados de enfermería.

III. Marco Teórico

III.1. Prematuridad y bajo peso

Las estadísticas reflejan que cada año nacen, aproximadamente 15 millones de niños con bajo peso al nacer, a nivel mundial, lo que se convierte en un problema de salud pública, por la alta natalidad de recién niños prematuros, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013).¹

La (OMS), con el apoyo de centros europeos, definió como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días). Actualmente se reconoce que aproximadamente del 8-10% de los niños, nacen antes de que se completen las 37 semanas de gestación. Estudios recientes reportan un creciente aumento en el número de nacimientos prematuros, sobre todo los menores entre 28 y 32 semanas de gestación, así como un aumento de la mortalidad perinatal, para los diferentes subgrupos, definidos por la edad gestacional.¹

En las sociedades prósperas, el factor principal causante del bajo peso al nacer (BPN) es el nacimiento prematuro, mientras que en los países en desarrollo las altas tasas se deben al nacimiento prematuro y al retraso del crecimiento intrauterino. Otra diferencia es que dichas tasas en los países desarrollados, han ido disminuyendo gracias a la mejora de las condiciones socioeconómicas, los modos de vida y la nutrición; mientras, en los subdesarrollados, su prevalencia disminuye lentamente.¹

Los países en vías de desarrollo ven nacer al 90% de los recién nacidos prematuros (RNP) de bajo peso, mientras que el 90% del presupuesto mundial destinado a los cuidados de los prematuros se dirige a los países desarrollados. Por una parte se encuentran los países más ricos, que emplean con eficacia una considerable cantidad de medios para lograr la supervivencia de bebés prematuros (recién nacidos, por su gran prematuridad, estarían abocados a la muerte en otras circunstancias); por otra parte se encuentran los países menos privilegiados, que luchan en situaciones que llevan a la muerte a los (RNP), algunos

de ellos nacidos pocas semanas antes de término, otros incluso a término pero con peso inferior a 2.500 gr. ²

El recién nacido prematuro es aquel producto de la concepción de 28 a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos. ²

Los recién nacidos se clasifican en:

- a) Extremadamente prematuro
- b) Muy prematuro de 28 a 32 semanas de gestación
- c) Moderadamente prematuro a prematuro tardío 32-37 semanas de gestación

El problema fundamental de los países en vías de desarrollo, por encima de la prematuridad, es la mala nutrición, que se halla en el origen del bajo peso al nacer. Los recién nacidos de bajo peso, sean o no prematuros, son muy frágiles y forman la tercera parte de los cinco millones de niños que mueren durante su primer mes de vida cada año en el mundo. Así pues, en el hemisferio Sur constituyen un grave problema de salud pública a nivel económico, social, psicológico y médico. Además de las carencias tecnológicas y de recursos materiales y personales, la "deshumanización" del personal y la supremacía tecnicista, se hacen patentes tanto en países del hemisferio Sur como en los del hemisferio Norte. Dicho de otra forma, la asistencia a los recién nacidos en los países del hemisferio Sur, presenta los mismos inconvenientes que en los países del Norte, pero nunca sus ventajas. Por ello, en muchos lugares, el Método Madre Canguro (MMC) constituye la única posibilidad de supervivencia del recién nacido prematuro. ³

La prematurez es multicausal. Las posibles causas se pueden clasificar en cuatro grupos: el primer grupo está relacionado con la madre. Este grupo incluye la preclamsia, la enfermedad médica crónica (como por ejemplo, una enfermedad renal o una cardiopatía), infecciones (como por ejemplo, estreptococos del grupo B, las infecciones del tracto urinario, vaginales, de los tejidos del feto o la placenta), el consumo de drogas (como por ejemplo, la cocaína), la estructura anormal del útero, la incompetencia del cuello uterino (incapacidad del cuello uterino para permanecer cerrado durante el embarazo) y un nacimiento prematuro previo. ³

El segundo grupo de causas está relacionado con el embarazo. En este grupo se incluye el funcionamiento anormal o disminuido de la placenta, la placenta previa (implantación de la placenta en el segmento inferior del útero), el desprendimiento de placenta (separación prematura de la placenta y el útero), la infección ovular o sospecha de infección ovular, la ruptura prematura de membranas (saco amniótico), polihidramnios, (demasiado líquido amniótico) y la gestación múltiple (mellizos, trillizos, etc.) ³

En este grupo de edad, se debe poner especial cuidado en mantener un estado respiratorio óptimo, conservar y mantener la regulación de la temperatura corporal, proporcionar cuidados piel a piel, favorecer el estado nutricional, manejar el dolor y prevenir infecciones. ³

El tercer grupo está relacionado con el feto, e incluye el medio intrauterino insalubre que origina retardo del crecimiento intrauterino, la presencia o sospecha de malformaciones, oligohidramnios, las alteraciones en el registro de latidos cardíacos fetales, la presentación anormal y la incompatibilidad sanguínea feto-materna. ⁴

Finalmente el cuarto grupo de causas está relacionado con las condiciones socio-ambientales e incluye el embarazo en adolescentes (de menos de 18 años de edad), la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo, la mala nutrición, el nivel bajo de educación, el abuso de sustancias psicoactivas y la ausencia de control prenatal. ⁴

III.1.1. Desarrollo del recién nacido prematuro (RNP)

A pesar de que el grupo de niños prematuros es heterogéneo, se pueden identificar algunas características y problemas comunes a todos ellos. Los recién nacidos prematuros son poco atractivos físicamente, presentan piel delgada, lisa, brillante, venas que pueden apreciarse fácilmente a través de la piel (piel transparente, rosada o enrojecida), piel arrugada, tejido adiposo escaso, cartílago suave y flexible en el oído, cuerpo cubierto de vellos llamados lanugo (vello corporal suave), genitales pequeños y subdesarrollados. ⁴

Igualmente los recién nacidos prematuros (RNP) presentan inmadurez funcional de los sistemas orgánicos por lo cual conlleva a diferentes problemas tales como las fallas en

termorregulación (incapacidad para mantener la temperatura corporal debido al tejido adiposo escaso), problemas respiratorios, tales como el síndrome de dificultad respiratoria (un trastorno en el cual los sacos de aire no pueden permanecer abiertos debido a la falta de surfactante en los pulmones), la displasia broncopulmonar (problemas respiratorios a largo plazo provocados por una lesión en el tejido pulmonar), desarrollo incompleto de los pulmones, apnea (suspensión de la respiración) y un patrón de respiración irregular (rápida, taquipnea, baja o deficiente). (También presentan problemas cardiovasculares como presión sanguínea demasiado baja o demasiado alta, frecuencia cardíaca baja (que suele presentarse junto con la apnea), ductus arterioso permeable (trastorno cardíaco que provoca que la sangre se desvíe de los pulmones), problemas sanguíneos y metabólicos como anemia e ictericia (debido a la inmadurez del hígado y la función gastrointestinal), niveles demasiado bajos o demasiado altos de minerales, calcio y glucosa, y función renal inmadura.⁵

A nivel gastrointestinal, muestran dificultades de alimentación (muchos recién nacidos prematuros, no tienen la capacidad para coordinar las acciones de succión y deglución antes de las 35 semanas de gestación), mala digestión de grasas y enterocolitis necrotizante (enfermedad del intestino). A nivel neurológico pueden presentar hemorragia interventricular (sangrado en el cerebro) y leucomalacia periventricular (reblandecimiento de los tejidos del cerebro que se encuentran alrededor de los ventrículos-espacios en el cerebro que contienen líquido cefalorraquídeo), tonicidad muscular deficiente, convulsiones (pueden ser consecuencia de hemorragias cerebrales). Mientras a nivel sensorial, los prematuros pueden desarrollar retinopatía del prematuro, problemas de refracción y sordera uni o bilateral. Los padres del recién nacido prematuro, no son ajenos a estas problemáticas asociadas a la prematurez, por eso se hace necesario incluir otros aspectos relacionados con el ambiente al que está expuesto el recién nacido prematuro, ambiente que usualmente en los países occidentales se caracteriza por ser un entorno hospitalario y tecnológicamente muy bien equipado. Esto conlleva a una separación temprana de los recién nacidos prematuros con sus madres, con lo cual se altera el proceso de bonding, a la sobre estimulación debido a las condiciones ambientales propias

de la unidad de recién nacidos y a las numerosas intervenciones médicas a las que son sometidos por su situación.⁶

Estos sentimientos son tomados en cuenta dentro de las investigaciones ya que un parto prematuro implica en la madre sentimientos de victimización, impotencia y culpa, por la situación de no llevar a término su embarazo, preocupación acerca del parto y de la forma en la que deberán cuidar a sus hijos, sensación de no sentirse ligada al hijo/a debido a que sienten que no son capaces de cuidarlos o que podrían causarles daño si lo hacen, además del estrés o preocupación ejercida por tener que compartir el cuidado del (RNP) con el personal de las unidades de neonatología o cuidados intensivos.⁶

Esta imagen real viene acompañada de la inmadurez fisiológica de ciertos sistemas (como el visual, motor, los estados de conciencia, entre otros) que deben estar funcionalmente establecidos para que el prematuro pueda responder a las iniciativas de interacción propuestas por el cuidador.⁶

Un paradigma aceptado por los teóricos del desarrollo es "el ser humano comienza a ser desde el momento mismo de su concepción". A partir de este momento es posible identificar un proceso continuo de complejización y especialización de las diferentes estructuras y órganos que, se da en el último trimestre del embarazo cuando el desarrollo del cerebro es más rápido que cualquier otra etapa del ciclo vital. El nacer prematuramente implica que el cerebro debe enfrentarse a estímulos ambientales para las cuales aún no se encuentra preparado, tales como la gravedad, la intensidad en el ruido y la luminosidad, ausencia de densidad proporcionada por el útero, aumento en el movimiento y por ende mayor gasto de energía; esto difiere del ambiente en el vientre materno donde el (RNP), recibe la estimulación adecuada para su desarrollo.⁷

La formación de la corteza cerebral. Esta comienza alrededor de la sexta semana de gestación, permitiendo sensibilidad alrededor de la boca del feto, de la mucosa nasal, del mentón, sensibilidad en las palmas de las manos, genitales, plantas de los pies y párpados. Alrededor de la séptima semana empiezan a surgir las primeras sinapsis o

conexiones Inter.-neuronales, las cuales continúan estableciéndose abundantemente hasta los 5 años, y a partir de ahí más lentamente hasta los 18 años.⁷

La migración de las neuronas, ocurre desde la 8 y hasta la 24 semana de gestación y conlleva a la maduración y organización neuronal. Inicialmente las células comienzan a crecer y a establecer conexiones, Luego (final del 2º trimestre) aumenta el número de cisuras y circunvoluciones, cambiando el aspecto liso de los hemisferios cerebrales por uno más complejo y rugoso. Este cambio estructural se relaciona con un crecimiento acelerado del cerebro en términos de peso, cambio en el contorno de la cabeza y la formación de la corteza cerebral propiamente dicha. Finalmente las áreas cerebrales se organizan por funciones. Como ejemplo de esta diferenciación se tiene el desarrollo acelerado de la corteza pre-frontal, el cual ocurre aproximadamente entre la 24 y 32 semana de vida intrauterina; esta zona cerebral se relaciona con las funciones ejecutivas y de planeación.⁸

Entre las semanas 24 a 28 se da una generación masiva de células altamente vascularizadas, el tejido es susceptible a hemorragias. Si el nacimiento se da antes de las 32 semanas, se pueden presentar las hemorragias intracraneales.⁸

La poda neuronal, ocurre a partir de la semana 24 y se relaciona con la producción de diferencias funcionales en el cerebro, pues se establecen caminos diferentes en el desarrollo cortical especialmente en las conexiones prefrontales del cerebro. Y es en esas conexiones prefrontales donde se dan procesos mentales de atención y autorregulación.¹²

La mielinización es la fabricación de mielina alrededor de los axones, fenómeno destinado a acelerar la rapidez de conducción de los estímulos y a facilitar las conexiones Inter - neuronales. La mielinización no se realiza simultáneamente en todas las estructuras cerebrales y es un proceso dinámico que para ciertas estructuras continúa hasta la edad adulta. El sistema subcortico-espinal sigue un patrón de mielinización entre las 24 y las 34 semanas de edad gestacional. El sistema cortico-espinal se mieliniza más tarde, entre las 34 semanas de gestación y los dos años.⁹

Desarrollo del sistema motor. Existen dos sistemas encargados de la motricidad: los sistemas voluntario e involuntario, estos dos sistemas no tienen ni la misma función ni el mismo ciclo madurativo; esto le permite al evaluador seguir las etapas madurativas y el examen de la función neuromotora. La motricidad voluntaria es hemisférica, es decir, hace parte del sistema superior o cortico-espinal; este sistema se encarga de movimientos planeados y más finos; posteriormente esta motricidad controla los reflejos. ⁹

Por otra parte, la motricidad involuntaria es controlada por lo que se conoce como el sistema inferior o subcortico-espinal, el cual recibe información del ambiente de manera no - consiente, y responde rápidamente de la misma manera. Este sistema está relacionado con el tronco cerebral, cerebelo, diencefalo y la relación visual, auditiva, y vestibular del tronco cerebral. También Desarrollo Neurocomportamental y Prematurez controla la contracción muscular refleja y el mantenimiento y equilibrio de la postura corporal. ¹⁰

Un reflejo es una respuesta automática o involuntaria ante una determinada estimulación externa o interna. El reflejo es una repetición de un programa motor fijo que puede variar en su ejecución según la estimulación dada. La presencia y la fuerza de un reflejo es un indicador importante del desarrollo neurológico y funcional del (RNP).

Muchos de los reflejos infantiles desaparecen a medida que el (RNP) madura, aunque algunos se conservan durante toda la edad adulta convirtiéndose en reflejos voluntarios, como el de marcha, retirada y de aferramiento. ¹⁰

Reflejo de Moro: Se presenta cuando hay un cambio súbito en la estimulación dando como resultado un sobresalto y por ende una reacción de susto. Se caracteriza por el movimiento de los brazos hacia atrás, luego reuniéndolos simulando un abrazo.

Reflejo de Marcha: Este se puede observar cuando se sostiene a un bebé de manera vertical, de tal manera que los pies quedan en contacto con una superficie plana, del (RNP) comienza entonces a flexionar y estirar las piernas como si estuviera caminando.

Reflejo de Succión: Se evidencia cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido prematuro. ¹⁰

Reflejo de Búsqueda: Este reflejo se puede ver cuando se estimula la mejilla del recién nacido prematuro, y éste comienza a mover su cabeza en dirección al estímulo.

Reflejo de Agarre: Este puede observarse cuando al poner un objeto en la mano del recién nacido prematuro, éste lo toma con fuerza.

El reflejo plantar: Se evidencia con una respuesta de flexión.

Reflejo glabellar: Se manifiesta cuando se da un pequeño golpe sobre el entrecejo, lo cual induce al parpadeo. Este reflejo debe diferenciarse del gesto generalizado que exhiben a menudo los recién nacidos prematuros.

Reflejo de encorvamiento: Se observa cuando se realiza un roce en la región que rodea la columna vertebral, lo cual conlleva a un encorvamiento del tronco hacia el sitio en que se ha estimulado. ¹⁰

Sin duda conocer los efectos del cuidado de enfermería a los recién nacidos prematuros, es relevante en el cuidado del binomio madre – hijo, es indispensable, ya que la atención que se proporciona al niño de bajo peso al nacer deben ser especializada y continua; sin embargo, para lograr esta atención se requiere personal de enfermería altamente calificado, con conocimientos actualizados y estandarizados basados en la evidencia para elevar la calidad de atención y poder brindar cuidados específicos al recién nacido prematuro así como, capacitar a las madres, para que proporcionen cuidados de calidad a sus hijos, para que se puedan adaptar fácilmente al medio ambiente extrauterino. ¹¹

III.2. Antecedentes históricos del método madre canguro (MMC)

El doctor Edgar Rey Sanabria es el autor del Método Madre Canguro (MMC) y su impulsor fue el doctor Héctor Martínez Gómez, con la colaboración del doctor Luis Navarrete, en el Instituto materno Infantil (IMI) de Bogotá Colombia, iniciaron un cambio en el manejo en

incubadora, del cuidado del recién nacido prematuro, consistente en una salida temprana del hospital para seguir siendo controlado ambulatoriamente.¹²

El (MMC) surgió como una respuesta a la limitación de los recursos de alta tecnología, situación crítica de hacinamiento, infecciones cruzadas, mortalidad alta en las unidades de neonatología durante los años 70, gran porcentaje de abandono y pronóstico limitado a largo plazo.¹²

Antes de que el (RNP), tenga alta hospitalaria, se lleva un proceso de adaptación y educación a la madre con el objetivo de prepararla para que brinde sus cuidados en forma integral y estimular una estrecha relación entre el (RNP) y su madre en forma temprana. El Método Madre Canguro (MMC) constituye una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del (RNP) en cuanto a calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor. Fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Es una técnica neonatal basada en reemplazar, tan pronto sea posible, la incubadora por un recurso humano de calor y alimentación, constituyendo algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora.¹³

Al igual que los marsupiales, las madres canguro utilizan su metabolismo para que su (RNP) crezca o acabe de madurar. El (MMC) habla de "maternalismo", como el cuidado, la alimentación y la educación de las crías hasta que éstas pueden valerse por sí mismas.

Principales Características:

- contacto piel con piel temprana, continuo y prolongado entre la madre y el bebé.
- Lactancia materna exclusiva.
- Inicio en el hospital y posible continuación en el hogar.
- Alta hospitalaria de los (RNP) en un plazo breve.
- Necesidad de apoyo y seguimiento de las madres canguro que están en su hogar.

- Método amable y eficaz que evita el bullicio habitual de las unidades de neonatología.¹⁴

III.2.1. Elementos del (MMC)

Aunque se han conseguido unas tasas de supervivencia neonatal muy elevadas, entre los (RNP) persiste una mayor frecuencia de alteraciones en el desarrollo a medio y a largo plazo que se relacionan, entre otros muchos factores, con la forma de administrar los cuidados en las unidades neonatales. La separación de los padres y los estímulos táctiles, sonoros y luminosos agresivos a los que se les somete, dificultan la organización del cerebro en desarrollo. Por ello, debemos atender a diversos aspectos que van a condicionar de manera decisiva su posterior desarrollo neurológico y psicomotor.¹⁴

Por todos estos motivos, desde hace tiempo se están introduciendo en algunas unidades de neonatología los “cuidados centrados en el desarrollo”, que persiguen mejorar el desarrollo del recién nacido prematuro a través de intervenciones especiales, entendiendo al (RNP) y a su familia como una unidad. En estos cuidados se incluye el Método Madre Canguro. La posición canguro favorece la recepción de una serie de estímulos positivos como la estimulación auditiva (a través de la voz materna), estimulación olfativa (por la proximidad al cuerpo de la madre), estimulación vestibular-cinestésica por la situación del (RNP) sobre el tórax materno, estimulación táctil (a través del contacto piel con piel permanente) y estimulación visual (al colocarlo en posición semi-incorporada el RNP puede ver la cara y el cuerpo maternos), que parecen favorecer un adecuado desarrollo neurológico y psicomotor. La organización de sus conductas, ciclos de sueño y vigilia, y calidad del sueño son adecuados y se alcanzan antes en (RNP) no expuestos a la posición canguro.¹⁴

III.2.2. Aplicación del (MMC)

En primer lugar debemos decidir qué binomios madre-hijo son susceptibles de recibir cuidados canguro. Para ello debemos tener claro que todas las madres independientemente de su edad, número de hijos, educación, cultura y religión, pueden aplicar el método canguro (de hecho, puede estar especialmente indicado para madres

adolescentes y para aquellas amenazadas por factores de riesgo social), y que la práctica totalidad de los (RNP) pueden recibirlos. ¹⁵

Conviene describir a la madre los aspectos que conforman este método, las ventajas e implicaciones que tiene tanto para ella como para su hijo/a, y exponerle en todo momento las razones que sostienen cada actuación y/o recomendación. La adopción del (MMC) debe ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso debe percibirse como una obligación. ¹⁵

Por ello, a la hora de asesorar sobre (MMC) debemos considerar la voluntad de la madre, la disponibilidad de la misma para prestar cuidados, su estado de salud, la posibilidad de cercanía física con el recién nacido prematuro, el apoyo del resto de la familia, y el apoyo de la comunidad. Valorado todo esto y tomada la decisión, la siguiente cuestión es cuándo se puede iniciar el (MMC). ¹⁵

Cuando el (RNP) esté listo para iniciar el (MMC), se concertará con la madre un momento que le resulte propicio a ella y a su (RNP). La primera sesión es importante y requiere atención total. Conviene que esté con ella su pareja o algún acompañante de su elección (hace que la madre se sienta apoyada y arropada). Mientras la madre sostiene a su (RNP), se le describirán los pasos de que consta el (MMC), se le hará una demostración de cada uno de ellos, y se le permitirá que los ponga en práctica. Se hará hincapié en que el contacto piel con piel es fundamental para mantener al bebé caliente y para protegerlo de las enfermedades. ¹⁵

III.2.3. Beneficios del (MMC)

El (MMC) ofrece grandes beneficios para el recién nacido prematuro, que a continuación se mencionan:

- Regulación de la temperatura igual, o incluso mejor según algunos estudios, que la obtenida en incubadora. El método madre canguro se asocia a reducción del riesgo de hipotermia.

- Ritmo respiratorio más regular, con menos episodios de apnea, en posición canguro que en incubadora.
- Ritmo cardiaco similar o mejor que el de los recién nacidos separados de sus madres.
- Glucosa en sangre similar o mejor que la de los recién nacidos separados de sus madres.
- En posición canguro el nivel de oxigenación en sangre no disminuye.
- Estando en posición canguro se observa una mejora y una estabilización en el comportamiento del (RNP), (estado de vigilia más frecuentemente y menos llanto).
- El cortisol salival, un indicador de posible estrés, parece ser inferior en los neonatos con los que se ha mantenido contacto piel con piel.
- En posición canguro no se observa un incremento del riesgo de infección.
- La lactancia materna se ve favorecida (incrementa la prevalencia y la duración) por la posición canguro, ofreciendo por tanto ventajas considerables en casos de morbilidad grave. Cuanto más temprano sea el comienzo del (MMC) y el contacto piel con piel, mayores serán sus repercusiones en la lactancia materna.
- El (MMC) podría tener una influencia positiva en el desarrollo neurológico del (RNP) prematuro (que atraviesa un periodo muy sensible), cuando se introduce muy precozmente en las unidades de cuidados intensivos, protegiendo contra el retraso mental en los recién nacidos prematuros de alto riesgo durante su primer año de vida. Una vez que el (RNP) ha logrado sobrevivir gracias a la tecnología, su cerebro debe continuar desarrollándose, y parece lógico que emular lo mejor posible el ambiente en el que se hallaba cuando estaba en el vientre materno es lo más óptimo para facilitar la maduración cerebral. ¹⁶

Beneficios para los padres:

- Madres/padres más seguros de sí mismos, con mayor confianza, autoestima y plenitud; con menos ansiedad, menos estrés, y menos sentimiento de inutilidad al aumentar el sentimiento de realización personal y competencia. ¹⁷
- Madres con mayor seguridad en su capacidad para dar el seno materno a sus hijos que se encuentren relajadas, cómodas y contentas cuando dispensan cuidados de tipo canguro.
- Las madres se sienten protagonistas del cuidado de su frágil hijo/a, expresan un sentimiento de empoderamiento.
- Potenciación de los vínculos afectivos entre la madre y el hijo. ¹⁷

Beneficios para los profesionales de la salud:

- Disminución del tiempo de hospitalización neonatal (vinculada al contacto piel con piel).
- Cambio de actitud y humanización del comportamiento del equipo de profesionales de la salud que atienden al (RNP).
- Mayor comprensión hacia las familias.
- Mejora la relación entre los miembros del equipo, que comparten un único objetivo: lograr el bienestar del (RNP). ¹⁷

Beneficios para el sistema de salud:

- Inversión de capital y gastos fijos menores (reducción de material y de personal, ya que las madres dispensarían la mayor parte de los cuidados).
- Disminución de infecciones nosocomiales
- Reducción del índice de reingreso en el hospital ¹⁸

III.3. Evolución en el cuidado de enfermería (CE)

La profesión de enfermería por tradición, ha sido identificada como una práctica realizada por mujeres, centrada en el cuidado del enfermo y con una connotación humanística; estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución. Conocer los momentos históricos, nos permite identificar aciertos y errores con el fin de mejorar los programas educativos.

Actualmente la enfermería responde con intervenciones autónomas, interdependientes y dependientes del cuidado de la salud de la población, mediante enfoques académicos innovadores, para llegar a este punto, se tuvo que pasar por una serie de modelos educativos que fueron marcando pequeños y grandes avances para generar un cuerpo de conocimiento propio de la profesión.¹⁸

La competencia profesional para el cuidado demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e interdisciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la vida. El trabajo de enfermería se centra en el cuidado, en las dimensiones de cuidar, administrar, educar e investigar, sustentado por los diversos patrones de conocimientos, competencias y habilidades específicas.¹⁸

Desde sus inicios la enfermería en México ha enfrentado grandes desafíos ante los cambios sociales, económicos demográficos y epidemiológicos; así como de desigualdad de género, en educación, nuevas formas de consumo y comunicación, además de cambios ambientales, urbanización, avance de la tecnología y entrada en vigor del tratado de libre tránsito de profesionales.²²

III.3.1. Cuidados de enfermería al recién nacido prematuro aplicados en el (MMC)

El personal de enfermería que proporciona el cuidado al recién nacido prematuro en el método madre canguro será el de informar sobre sus ventajas a las madres y enseñar la técnica de lactancia materna, el contacto piel a piel, la posición prona, y monitorear el cuidado que proporcionan las madres a sus recién nacidos. ¹⁹

A continuación se mencionan los cuidados que proporciona el personal de enfermería en el método madre canguro:

- Determinar la imagen que tiene la madre del recién nacido prematuro
- Explicar a la madre los cuidados del (MMC) y sus beneficios
- Determinar el estado fisiológico del recién nacido prematuro, si cumple con los criterios para poder tener los cuidados de éste método.
- Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes de aire
- Asegurar que la madre lleve ropa cómoda: bata abierta por delante
- Instruir a la madre para el traslado desde la incubadora o bacinete
- Pesar al recién nacido prematuro diariamente
- Toma de perímetro cefálico
- Colocar al recién nacido con pañal en posición recta o prona, sobre el pecho de la madre
- Animar a la madre a que acaricie suavemente al recién nacido prematuro
- Fomentar medidas de confort: estimulación auditiva, caricias, masaje, ambiente cálido tranquilo
- Apoyar a la madre en la alimentación en los cuidados al recién nacido prematuro
- Comunicar a la madre que disminuya la actividad, cuando el recién nacido prematuro muestre signos de estimulación excesiva
- Fomentar la alimentación al seno materno
- Vigilar patrón abdominal
- Tomar perímetro abdominal

- Monitorizar la reacción emocional de la madre en relación a los cuidados que proporciona
- Monitorear el estado fisiológico (color, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria) y suspender los cuidados, si el recién nacido prematuro resulta fisiológicamente comprometido y agitado.
- Al término de proporcionar los cuidados del método madre canguro, se deja al recién nacido prematuro cómodo, en la incubadora o bacinete, según sea el caso. ²⁰

III.3.2. Cuidados de enfermería al (RNP) para la ganancia de peso

La salud constituye un fenómeno complejo. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de “un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no sólo de la ausencia de enfermedad”. Pese a esta amplia definición, la salud a menudo se evalúa tomando en consideración la mortalidad (muerte) y morbilidad (enfermedad) durante un período de tiempo, por lo tanto la presencia de enfermedad se convierte en uno de los principales indicadores del estado de salud. ²¹

La información relativa a la mortalidad y la morbilidad es importante para el personal de enfermería, pues proporciona datos relevantes acerca de:

- Las causas de muerte y de enfermedad
- Los grupos de alto riesgo en relación con determinados trastornos y peligros.
- Los avances relativos a los tratamientos y la prevención
- Propuestas de promoción concretas
- El personal de enfermería que esté al tanto de dicha información podrá orientar mejor su planificación y atención sanitaria.

Los avances en el cuidado neonatal han tenido un impacto significativo en la tasa de mortalidad infantil en el presente siglo. La tasa de mortalidad en los neonatos ha disminuido dramáticamente de 165 por 1000 nacidos vivos en el año 1900 a 8 por 1000 nacidos vivos en 1994. A través de este periodo los recién nacidos prematuros han logrado una supervivencia en mayor grado. ²¹

A partir de 1949 la información de recién nacidos prematuros fue adicionada en los certificados de nacimiento. Desde entonces las estadísticas relacionadas con la supervivencia de los recién nacidos prematuros se han logrado recoger sistemáticamente. Aproximadamente 7% de todos los nacidos prematuros vivos son de peso inferior a 2500 gr. y aproximadamente 1.5% son neonatos con un peso inferior de 1500 gr. Estas tasas han permanecido estables a través de varias décadas. ²¹

En relación con la mortalidad neonatal se encuentra que en 1950, el 75% correspondía a prematuros; y en 1961 al 50%. Para 1990, la tasa de sobrevivencia ha mejorado substancialmente, disminuyendo al 10%.²¹

En la segunda mitad de este siglo ha tenido influencia directa en los mejores resultados de la supervivencia del recién nacido prematuro de bajo peso. Los avances en el uso de oxígeno y de incubadoras en los años 40 y 50; los mejoramientos en la termorregulación en los 60; el desarrollo de cuidados intensivos neonatales y ventiladores de alta frecuencia, el surfactante y el cuidado individualizado en los años 80 y 90 han tenido una gran importancia en los cambios de supervivencia del recién nacido prematuro.

El personal de enfermería neonatal interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro. Las funciones de enfermería varían de acuerdo con las normas laborales de cada zona, con la educación y experiencia individuales y con los objetivos profesionales personales. Del mismo modo que los clientes (niños y madres) presentan una historia amplia y exclusiva, cada enfermera aporta a los clientes un conjunto individual de variables que afectan a sus relaciones, pero sea cual fuere la experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar del recién nacido prematuro y su madre. ²²

El personal de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades, y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. ²²

El desarrollo de funciones y responsabilidades independientes en la enfermería perinatal ha enriquecido considerablemente y mejorado la calidad de la atención brindada a recién nacidos de alto riesgo y sus familias. Las enfermeras se desempeñan cada vez más en una relación de colegas con los médicos. El foco central de este concepto es el binomio madre-hijo. Para que la enfermera asuma estas mayores responsabilidades es necesario expandir, diseminar, implementar y evaluar la base de conocimientos de la ciencia de la enfermería.²²

III.3.3. Cuidados de enfermería proporcionados al (RNP)

El personal de enfermería interviene en cada etapa del crecimiento y desarrollo del (RNP) con conocimientos, implementa, diseña y evalúa los cuidados que brinda y se generan compromisos para mantener la salud asegurando la satisfacción de la salud del (RNP).

Los recién nacidos prematuros son individuos diferentes a niños de mayor edad y al adulto, tanto fisiológica como psicológicamente, el personal de enfermería debe proporcionar los cuidados de acuerdo a las necesidades de atención.²³

A continuación se mencionan los cuidados de enfermería que se proporcionan en el área de crecimiento y desarrollo de los recién nacidos prematuros:

- Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Colocar nidos en incubadoras o bacinete según sea el caso
- Pesar y medir al recién nacido prematuro diariamente
- Comparar el peso del recién nacido prematuro y la edad gestacional estimada
- Medir el perímetro cefálico
- Toma de signos vitales cada 2 horas: temperatura, pulso y respiración
- Vigilar la temperatura del recién nacido prematuro hasta que se estabilice

- Oxigenación
- Alimentación asistida con técnica de residuo gástrico si aplica
- Vigilar patrón abdominal
- Medir perímetro abdominal
- Actividad y descanso
- Higiene
- Cuidados a la piel
- Comunicación
- Seguridad en el ambiente
- Garantía de crecimiento y desarrollo saludable
- Evitar sobre estimulación
- Cambios de posición
- Proporcionar un ambiente cálido, tranquilo
- Controlar factores ambientales que puedan influir en la respuesta del recién nacido prematuro, controlar estímulos luz, ruido

A continuación se mencionan el plan de cuidados que se brinda en la unidad de cuidados especializados a (RNP) en la Guía Práctica Clínica del Cuidado del Prematuro. Anexo C ⁸²

III.4. Estudios relativos con los cuidados de enfermería y cuidados en el método madre canguro

El objeto de estudio en la práctica de enfermería está centrada en el cuidado, se requieren de métodos y aplicación de conocimientos que le den sustento, así como un juicio crítico que lleve a intervenciones reflexionadas, con habilidades y destrezas aplicadas con calidad, lo cual favorece la recuperación en el recién nacido prematuro.

El enfoque principal de la esencia de enfermería es el cuidado, considerando a la persona como unidad única e irrepetible, en el cual se proporciona el cuidado en una esfera multidimensional, para recuperar la salud.

En diversas partes del mundo el personal de enfermería se ha interesado por estudiar los efectos de los cuidados proporcionados al recién nacido prematuro, para la ganancia de peso, mediante el método madre canguro y los cuidados que el propio personal proporciona, testimonio de ello, son los siguientes estudios encontrados tras una revisión bibliográfica, al respecto de este tema, es importante tomar en cuenta que cada uno ha sido realizado en diferentes contextos, tanto de tiempo, como de espacio, dando una clara idea, de lo que hasta hoy se ha investigado al respecto.

Como es posible observar, el método madre canguro, contribuye a mejorar el índice de supervivencia en los niños prematuros, pues a través de los resultados aquí expuestos, muestran las evidencias a favor del método madre canguro.

Sin embargo, los resultados que se obtuvieron sobre los cuidados, que el personal de Enfermería brinda al recién nacido prematuro, resalta la calidad y calidez de atención.

Convendría señalar que todos los resultados referidos, hasta la fecha se desarrollaron en hospitales bien equipados; sería conveniente seguir investigando en relación al Método Madre Canguro y los cuidados de Enfermería, que se le proporcionan al (RNP) en entornos pobres y primordialmente, donde se disponen de un acceso insuficiente a la atención tradicional, donde la tasa de Morbi-Mortalidad es alta.

Finalmente es importante enfatizar, que el método madre canguro, reduce la morbimortalidad en los niños prematuros, y favorece el contacto piel a piel con la madre, obteniendo ganancia de peso inmediata. (Ver Anexo D) ^{87 a 103}

III.5. Teoría del confort Katherine Kolcaba

Para que la enfermera tenga un juicio más crítico en el cuidado, es indispensable apoyarse en las teorías de enfermería, que servirán como marco de referencia, para proporcionar atención de calidad.

Las teorías de enfermería presentan conceptos y proposiciones generales. En este rango pueden reflejar y dar entendimiento a lo que es útil para la práctica. Así mismo, definen, explican y predicen acciones de enfermería en situaciones particulares. En este nivel, las teorías pueden ser pertinentes en todas las instancias de enfermería. El marco teórico o conceptual de la enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar y guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Pero la gran teoría obedece a la construcción epistemológica de la disciplina. ²⁴

Existen diversas teorías en enfermería que pueden demostrar que enfermería posee un cuerpo de conocimientos, así como un objeto de estudio, en el cual se basa el "qué hacer", de esta disciplina, que es el cuidado. ²⁵

Por otra parte, se han desarrollado para uso en un rango específico de situaciones de enfermería. Tienen un impacto más directo en la práctica que las más abstractas. Estas teorías sirven de marco de referencia para las intervenciones, predicen resultados y el impacto en el cuidado que brinda el personal de enfermería. Del mismo modo los interrogantes, acciones y procedimientos se puedan desarrollar y describir con técnicas prácticas, que se interrelacionan con conceptos de las teorías de rango medio o se pueden deducir de teorías de dicho rango ésta se llama también teoría prescriptiva y su fuerte principal es la práctica diaria. ²⁶

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermera, por lo tanto el proporcionar el cuidado, con un modelo de confort, es propuesto por Katherine Kolcaba.

Para el presente proyecto se utilizó el modelo conceptual de enfermería del confort de Kolcaba y consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Por lo tanto, es rol de los profesionales de enfermería el planificar medidas de confort para satisfacer las necesidades en los tres niveles de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, tanto para los (RNP) y sus madres.

Kolcaba confeccionó a partir de esta teoría el Cuestionario General de Confort (General Comfort Questionnaire), un cuestionario que evalúa la percepción de los cuidadores desde los tres niveles de confort. Los resultados obtenidos permiten determinar directrices de manejo e identificar qué intervenciones son más efectivas. ²⁶

En este apartado se plantea el marco conceptual de la teoría del confort, realizada por Katherine Kolcaba, que alimenta la práctica y la investigación del personal de enfermería. En su obra define las necesidades de cuidado de la salud, como necesidades para conseguir la comodidad, y define el confort como: El estado que experimentan las personas receptoras con necesidad de cuidados y consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción obtenida mediante las intervenciones de enfermería, para proporcionar el confort, que se ve reflejada en tres tipos como son: alivio, tranquilidad y trascendencia en los cuatro contextos de la experiencia: Físico, Espiritual, Ambiental y Social. ²⁷

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para su doctorado. Cuando presento su marco para el cuidado de demencia. El primer paso el análisis del concepto, empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre el confort relacionado a la enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía. Shakespeare y el Oxford English Dictionary, relata el origen de esa palabra, ofreció una visión histórica del confort en enfermería por Nightingale quién 1859 declaró: nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación debido a que sirve para recopilar datos

variados y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover salud y confort. De 1900 a 1929, el confort fue el centro de la enfermería y la medicina, y a través de ella se llegaba a la recuperación. Kolcaba, describe que el papel de la enfermera, es descubrir y resolver las necesidades inmediatas de las personas, para proporcionarles ayuda. Por lo tanto las enfermeras necesitan utilizar su opinión, tener un pensamiento crítico, sobre la opinión o la sensación engendrada de sus pensamientos, para explorar a sus pacientes, y proporcionarles así, sus cuidados. ²⁷

La enfermera está obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la confort de la persona, a la hora de procurarla, no hay que ignorar ningún detalle, afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un ambiente general de confort, el cuidado personal incluye prestar atención a la felicidad, confort, tranquilidad tanto física como mental, además del descanso y sueño, nutrición, la higiene y la eliminación. Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente perciba confort. El confort es físico y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico. ²⁸

Se describe que el confort emocional se denominó confort mental y dependía principalmente del confort físico y de la modificación del entorno de los pacientes.

Con estos ejemplos el confort es algo positivo, se consigue con la ayuda de las enfermeras y en algunos casos, indica una enfermedad o un estado previo, intuitivamente se asocia con la actividad de cuidado. Kolcaba explicó sus características principales y a partir de la ergonomía, la relación directa que se establece entre confort y relación de una tarea.

Este proceso ayuda a la enfermería a descubrir la naturaleza de la señal de ayuda y que tipo de cuidados necesitan las personas. ²⁸

Los principales conceptos y definiciones de Katherine Kolcaba, se pueden describir en cada componente básico del metaparadigma de Enfermería y son:

La autora concibe la salud como el funcionamiento óptimo de un paciente, una familia o una comunidad. ²⁹

El concepto de entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera o los familiares pueden manipular para que el paciente se sienta más cómodo. ³⁰

La enfermería es conceptualizada como la valoración y satisfacción de las necesidades para obtener la comodidad. La valoración y revaloración pueden ser intuitivas y/o subjetivas, se realiza mediante la administración de escalas analógicas visuales o cuestionarios tradicionales. ³¹

Kolcaba define a la persona como los receptores del cuidado, pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud. Desde el principio, Kolcaba explicó sus características principales y a partir de la ergonomía, la relación directa que se establece entre comodidad y relación de una tarea. Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto, y suele resultar ambiguo. El concepto varía semánticamente según sea verbo, nombre, adjetivo, adverbio, proceso o resultado. ³²

Para sintetizar y elaborar los tipos de confort, se utilizaron las primeras obras:

- a) El alivio se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961) quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes.
- b) La tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeóstasis.
- c) La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras. En su teoría de cuidado, Watson (1979) declaró que el entorno de los pacientes será muy importante para su bienestar mental y físico. Por tanto, siempre que fuera posible, las enfermeras debían proporcionar confort a través de intervenciones ambientales.

Watson identificó las medidas de confort que las enfermeras utilizaban al respecto; y utilizó el término medidas de confort como sinónimo de intervenciones.

La autora de esta teoría define las necesidades de cuidado de la salud como necesidades para conseguir el confort, a partir de las situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores, no pueden satisfacer. ³³

Kolcaba clasifica el confort de la siguiente manera:

Alivio.- Es el estado de un receptor que ha visto una necesidad cumplida.

Tranquilidad.- Es el estado de calma o satisfacción.

Trascendencia.- Es el estado en el cual un individuo, está por encima de sus problemas o de su dolor. ³⁴

Kolcaba describió los contextos en los que se experimentaba la comodidad a partir de la bibliografía sobre el holismo y los definió como:

C
O
N
F
O
R
T

Contexto Físico: Perteneciente a las sensaciones del cuerpo, el contacto piel a piel en el Método Madre Canguro y en los Cuidados proporcionados por el personal de Enfermería, el contacto con el (RNP).

Contexto Espiritual: Hace referencia al conocimiento interno de la identidad, incluidos la autoestima.

Contexto Ambiental: Incluye lo que hay alrededor, las condiciones y las influencias externas, en que se brinda el cuidado enfermero y en el (MMC) al (RNP).

Contexto Social: Perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales que brinda el personal de enfermería y las madres de los (RNP) ³⁴

Katherine Kolcaba opinó, que el personal de enfermería identifica las necesidades de confort no satisfechas de sus pacientes, diseñan las medidas de confort para satisfacerlas

y como quieren potenciar su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.

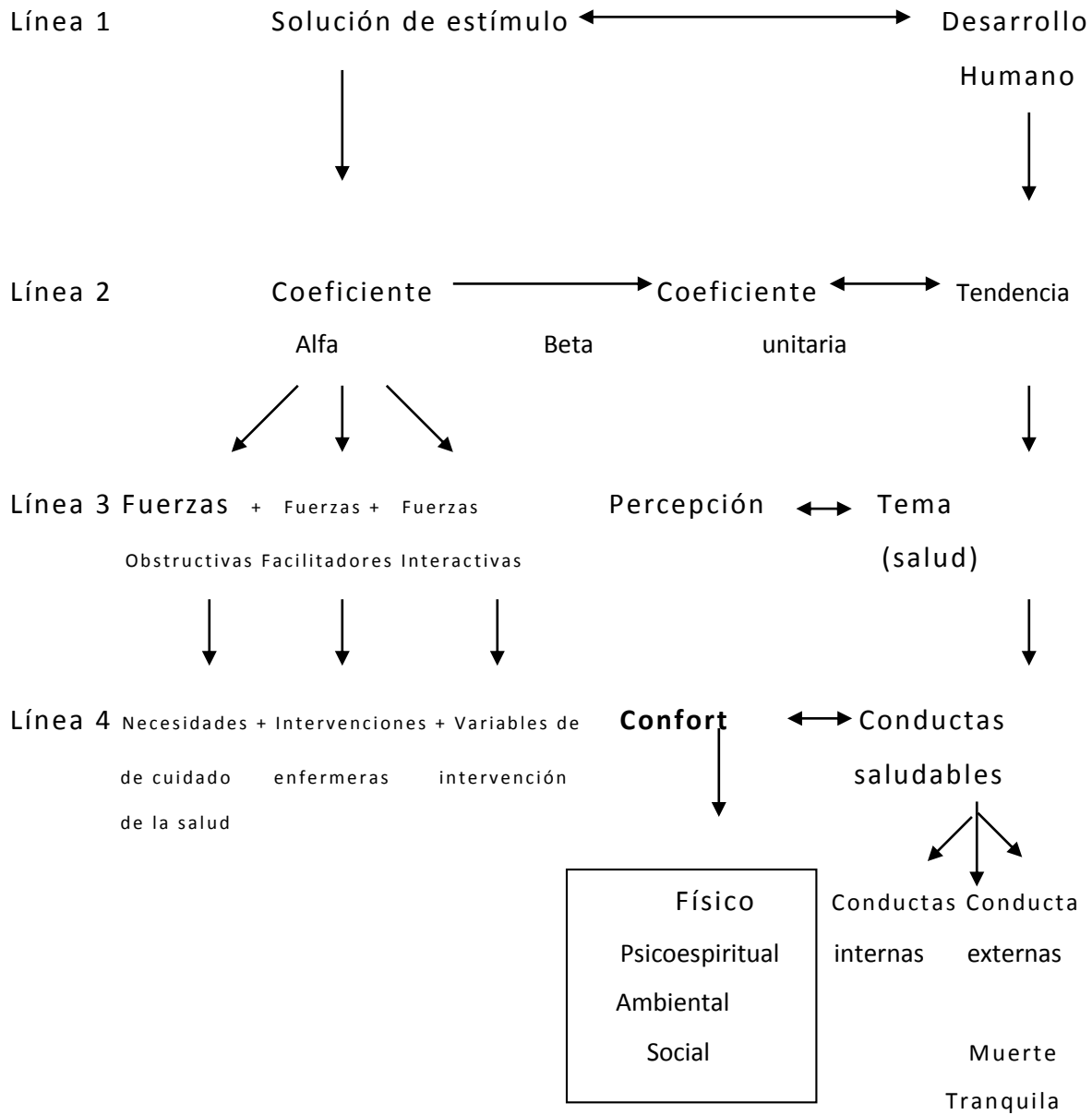


Figura 10: Marco conceptual de la teoría del confort

Fuente: A holistic perspective on comfort. Critical Care Nursing Katherine Kolcaba, (1994)

Considerando los elementos de este marco conceptual, se aplicó con más profundidad a los (RNP) del grupo de (MMC) y a los (RNP) en el grupo de Cuidados de Enfermería, para evaluar la ganancia de peso diario, brindando medidas de confort en cuatro contextos: Físico, Espiritual, Ambiental y Social. ³⁵

Kolcaba diseñó la estructura taxonómica del confort como guía, desarrollo un cuestionario general para medir la comodidad holística, en la esfera multidimensional de la persona, para llevarlo a cabo se elaboraron ítems positivos y negativos por cada casilla, si es más alta la puntuación, mayor es el confort. ³⁶

		Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Contexto en el que se produce	Físico			
	Espiritual			
	Ambiental			
	Social			

Figura 11: Estructura taxonómica del confort

Fuente: A holistic perspective on comfort. Critical Care Nursing Quarterly. Kolcaba, K., (1996)

A continuación se presenta una adaptación de la teoría del confort en el cuidado del recién nacido prematuro, en su esfera multidimensional.

CONTEXTO FÍSICO. El entorno físico tiene una influencia directa e indirecta en el desarrollo de los (RNP). Su adaptación puede ser facilitada, si se comprenden las necesidades para su desarrollo, con el contacto piel a piel en el en el grupo de (MMC).

Este conjunto de medidas implica el contacto directo con el (RNP), deben estar presentes durante la realización de las medidas de confort que brinda el personal de enfermería, con cuidados más humanos y menos tecnificados. ³⁷

CONTEXTO ESPIRITUAL. Es el contexto subjetivo que muestra la identidad de la persona, en este caso son las creencias religiosas, los valores, autoestima y la cultura, que representa la madre del (RNP), de los 2 grupos de estudio, el personal de enfermería se interrelaciona con respeto a sus creencias, para proporcionar cuidados al (RNP).³⁷

CONTEXTO AMBIENTAL. Los programas de desarrollo que incluyen modificaciones ambientales sensibles, han encontrado que los niños tienen una actividad motora más organizada, mayor estabilidad fisiológica y estados de despertar más estables. La disminución de la intensidad de luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye el estrés y la actividad motora, la frecuencia cardiaca, las fluctuaciones de la tensión arterial y aumenta la ganancia de peso. El (RNP) tiene una extrema sensibilidad al ruido. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial, irreversible, para este estudio se utilizaron medidas de confort ambiental en los dos grupos de estudio.³⁷

CONTEXTO SOCIAL. El entorno social, tiene una influencia directa e indirecta en el desarrollo de (RNP). Se debe favorecer el apego de la madre hacia el bebé, en el (MMC), para ello el personal de enfermería, debe explicarle a las madres de los (RNP), cuáles son sus necesidades. Hacerles participar lo máximo posible en su cuidado, y comentarles la importancia de hablarle al (RNP), así mismo el personal de enfermería al proporcionar los cuidados debe tener contacto estrecho con el (RNP) que teóricamente y en suma favorece a la ganancia de peso en los dos grupos de estudio.³⁷

Los conceptos centrales serán de la teoría de Kolcaba, que dependen directamente de tres factores que ella describe y son: Alivio, Tranquilidad y Trascendencia, y como núcleos principales, la relación de la enfermera- persona, desde un enfoque humanista que tiene esta autora, siendo los resultados, los cuidados proporcionados a través de las necesidades detectadas por la enfermera, para proporcionar comodidad, en relación madre-hijo, en contacto piel a piel.³⁸

Kolcaba menciona tres conceptos, que en párrafos anteriores fueron descritos, para este estudio se aplicaron éstos con base a los cuidados proporcionados al (RNP), a través del

(MMC) y (CE) ya que se consideran que son acordes con la problemática de ésta investigación.³⁸

El desarrollo de los conceptos: alivio, tranquilidad y trascendencia, conduce al contexto en el que se produce el confort que será empleado para el presente proyecto, para ilustrarlo se presenta el siguiente esquema, este ayudará a comprender cuál será el marco conceptual.³⁸

Los elementos conceptuales, que pueden relacionarse, con las intervenciones de enfermería, según las necesidades del recién nacido prematuro que sean detectadas, se denominan: (Ver figura 3)

Alivio, Tranquilidad y Trascendencia, proporcionados por el personal de enfermería y la madre, en los cuidados que brindan a los (RNP), en el (MMC) y los (CE).³⁹

Finalmente esta teoría del confort servirá para comprobar los cuidados proporcionados al (RNP) en los dos métodos y así comprobar la eficacia y la eficiencia de cada uno ellos.

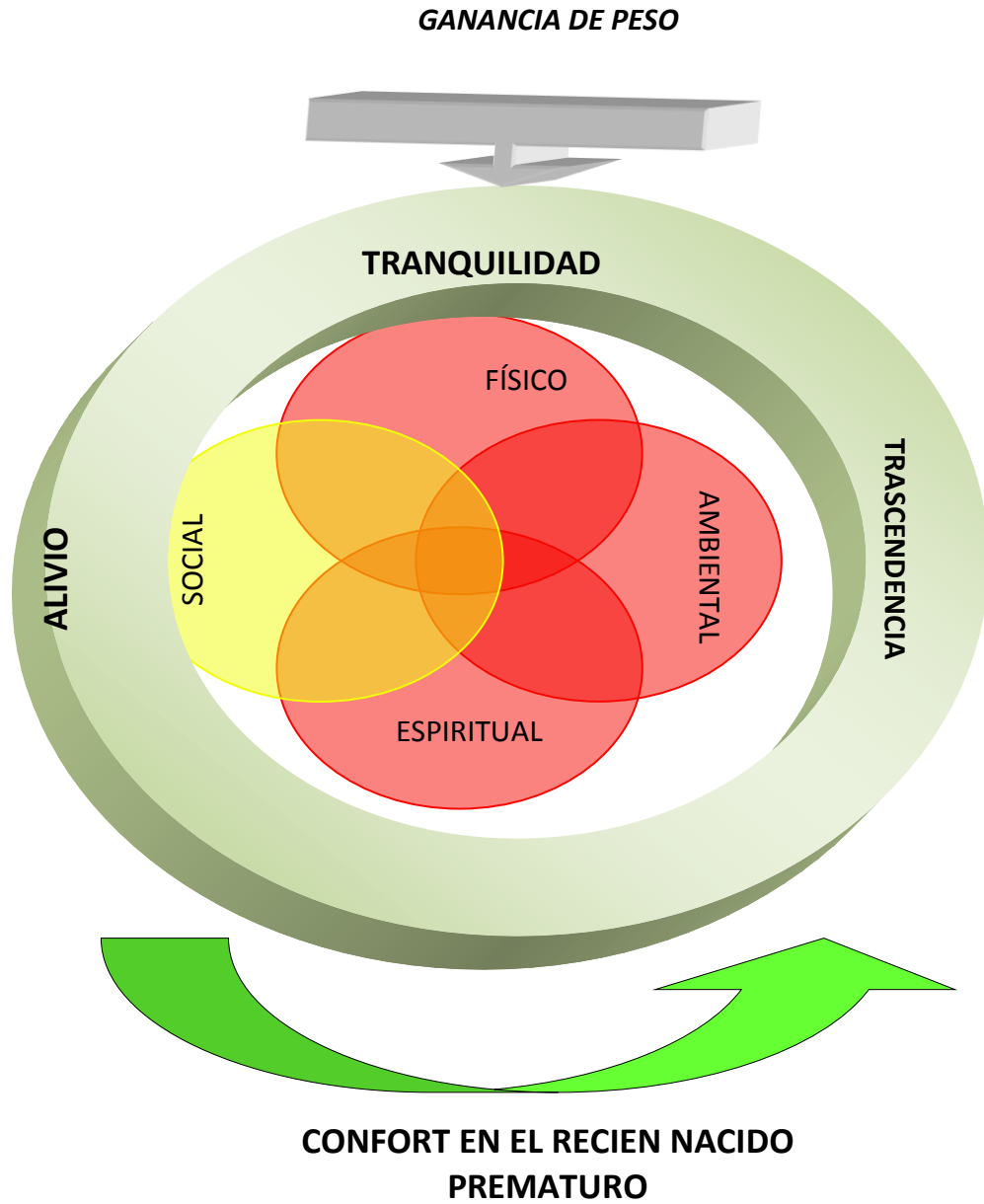


Figura 12. Marco conceptual sobre la teoría del confort, proporcionado **En los Cuidados de Enfermería y Método Madre Canguro**
 Fuente: Elaborado por Mendoza V. Austria S. 2013.
 Generado de la Revisión de la Literatura.³⁹

Guía de instrucción, para la aplicación de medidas de confort al (RNP)

1.Necesidad de Confort Físico

El modelo conceptual de enfermería que sustenta el proyecto es el modelo teórico de confort de Kolcaba y consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades físicas. En el estudio presente se brindaron estas medidas de confort físico por parte del personal de enfermería y las madres de los (RNP) en el grupo de (MMC) y (CE), para la ganancia de peso y fueron las siguientes:

- Cambios de posición
- Contacto piel a piel en el (MMC) y posición vertical decúbito prono como una "rana"
- Ayudar a realizar cambios de posición frecuentemente a decúbito cada tres horas, para prevenir lesiones por presión
- Asegurarse que no queden cables y otros dispositivos haciendo presión en la piel del (RNP). (La enfermera se encargará de fijar y asegurar todos los dispositivos utilizados para su monitorización, para que no se suelten con el movimiento)
- Asegurarse de que no queden arrugas en la incubadora o bacinete
- Observar si él (RNP) ha quedado cómodo
- Lubricación y Masaje de la piel
- Cuidados a la piel del (RNP)
- Utilizar emolientes a base de aceite mineral, lanolina y vaselina, para lubricar la piel
- Realizar contacto de la palma de la mano
- Proporcionar masaje en las extremidades y cuerpo de él (RNP), y hablarle
- Realizar un movimiento suave, lento y rítmico
- Proporcionar ejercicios físicos, para promover el desarrollo neuromuscular
- Incentivar el contacto con la madre piel a piel ⁴⁰

2. Necesidad de Confort Ambiental

Katherine Kolcaba menciona la necesidad de tener confort ambiental, en este proyecto, se proporcionó en los dos grupos de cuidado con el objetivo de disminuir la actividad motora, la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y disminuir el estrés en el (RNP), a continuación se mencionan las medidas de confort ambiental:

- Mantener la incubadora con temperatura ideal (36° a 37°), humidificada
- Eliminar ruidos innecesarios
- Reducir las luces por determinados períodos o cubrir la incubadora o bacinete
- Cuando el (RNP), se encuentre con su madre, mantenerlos en penumbra
- Contar con reposit, para proporcionar el método madre canguro
- Colocar nido en incubadora o bacinete.

3. Necesidad de Confort Social y Psicoespiritual

- En los dos grupos de cuidados se debe dar información a la madre del (RNP), para ofrecer seguridad y confianza al tener contacto piel a piel, en el binomio madre-hijo y proporcione afecto, tranquilidad y apoyo, y el personal de enfermería al brindar el cuidado, debe tener respeto a las madres de los (RNP), en sus creencias, religión, cultura, para que tenga empatía con el (RNP) y se ofrezca confort, en el (MMC) y (CE).⁴⁰
- El personal de enfermería que tiene a su cuidado al (RNP), debe dar información a la madre para que lo pueda tocar, abrazar, besar, sonreírle, hablarle en forma suave y afectuosa. Mirarlo con ternura, con el objetivo de obtener ganancia de peso y eliminar ansiedad y estrés en el (RNP), las siguientes medidas de confort social y psicoespiritual se dieron para brindar confort:
 - Proporcionar terapia afectiva táctil y auditiva
 - Proporcionar musicoterapia
 - Incentivar la Lactancia Materna

- Al atender al (RNP), busque facilitar con éste, su rostro.
- Incentivar el contacto con la madre piel a piel
- El personal de enfermería lleva acompañamiento, según sus creencias religiosas, con la madre o con los padres según sea el caso del (RNP)
- Platicar con la madre del (RNP), para que reafirme su autoestima y auto concepto y su creencia religiosa por un ser supremo
- Incentivar el contacto con la madre piel a piel ⁴⁰⁻⁴¹

IV. Planteamiento del problema

El nacimiento de niños de bajo peso es un problema mundial ya que se asocia con alta natalidad, mortalidad y morbilidad infantil; es necesario que los niños prematuros, se les proporcionen cuidados en los dos métodos que existen y son: (MMC) y (CE), para obtener una adaptación al medio ambiente para que el prematuro presente una condición clínica estable con la edad y peso.

El personal de enfermería en su "ser" y "hacer" profesional brinda cuidados holísticos con conocimientos, habilidades y destrezas, con la finalidad de que los recién nacidos prematuros se reintegren a su núcleo familiar, con una mejor calidad de vida. Es por esto la importancia de conocer los cuidados que se proporcionan en el método madre canguro que está dirigido a los recién nacidos prematuros, con menos de 37 semanas de edad postconcepcional que ofrece alternativas de acción para tengan una adaptación a la vida extrauterina más rápidamente, con la utilización de los recursos existentes, y la finalidad de promover el acercamiento madre-hijo, en comparación con los cuidados que el personal de enfermería brinda en unidades neonatales, tratados en incubadoras y preocupados por el desarrollo y la calidad de vida del niño prematuro, en donde no se tiene contacto directo con la madre (piel a piel), todos estos cuidados, proporcionados a través del confort, teniendo como meta la ganancia de peso.

Sin duda es importante investigar más fondo la existencia de los cuidados en él (MMC) y los (CE), con la finalidad de que los (RNP) al nacer tengan cuidados de calidad y se eviten infecciones y complicaciones.

En este sentido, es importante resaltar, los cuidados que brindan las madres de los (RNP), y los (CE), para que adquieran ganancia de peso en forma inmediata, y evitar infecciones, así mismo obtengan una alta precoz, implementando medidas de confort con la propuesta de Kolcaba, en un ámbito holístico. Es necesario ofrecer cuidados hospitalarios y confort, de ahí la necesidad de llevar a cabo estudios que consideren de manera diferenciada la importancia de brindar cuidados de calidad para que el (RNP) incrementen peso en los

dos cuidados. Sin embargo esta inferencia no ha sido investigada, de ahí surge la relevancia del presente estudio.

Por lo anterior, se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos de los cuidados de enfermería aunados al método madre canguro para la ganancia de peso de niños prematuros?

V. Hipótesis

Considerando los estudios sobre los efectos de los cuidados de enfermería aunados al método madre canguro sobre la ganancia de peso en recién nacidos prematuros (RNP), suponemos que los (RNP) que reciban dichos cuidados mostrarán un incremento de peso significativamente mayor que los (RNP) que no reciban el (MMC).

VI. Objetivos

General:

Determinar los efectos de los cuidados de enfermería aunados al método madre canguro para la ganancia de peso de recién nacidos prematuros.

Específicos

- Evaluar la percepción de confort materna general de los cuidados de enfermería para recién nacidos con y sin el método madre canguro.
- Determinar la relación del tipo de percepción de confort físico, social, ambiental y espiritual, con la ganancia de peso de recién nacidos con y sin el método madre canguro.
- Evaluar la influencia de los factores sociodemográficos de la madre sobre la ganancia de peso de recién nacidos prematuros con y sin el método madre canguro.

VII. Material y Métodos

VII.1 Tipo de Estudio

Este estudio es de tipo comparativo

VII.2 Población de Estudio

Este proyecto de investigación se realizará a las madres con sus hijos de bajo peso al nacer y el personal de enfermería.

Comprenden a las madres y los (RNP), así como el personal de enfermería del servicio de prematuros de un hospital de segundo nivel.

100 (RNP)

100 madres de los (RNP)

10 Enfermeras para (MMC)

10 Enfermeras para (CE)

VII.3 Variables

Dependiente: Ganancia de peso

Independiente: Método Madre Canguro y Cuidados de Enfermería

Cuadro VII.1. Operacionalización de variables

Antecedentes Ginecobstétricos Partos	Es una serie de contracciones continuas progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se dilate y se borre, para permitir que el producto de la concepción, pase por el canal de parto	Cuantitativa nominal	Partos 0 >1
Cesáreas	La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparatomía e incisión de la pared uterina.	Cuantitativa Nominal	Cesáreas 0 >1
Abortos	Es una intervención destinada a la interrupción del embarazo.	Cuantitativa Nominal	Abortos 0 >1
Semanas de Gestación	Es el proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento.	Cuantitativa Nominal	Semanas de Gestación <30 <31-32 <33-34 >35
Estancia Hospitalaria	Unidad de medida de permanencia, del paciente en régimen de hospitalización, ocupando	Cuantitativa nominal	Días de Estancia 1 = Menor o igual a 8 días 2 = Mayor o igual a 9 días

	una cama en un intervalo de tiempo.		
Formación académica del personal de enfermería	Conjunto de conocimientos requeridos para ejercer una profesión.	Cualitativa nominal	1 = Nivel Licenciatura 2 = Nivel Técnico
Edad de las madres de los recién nacidos	Se considera cada uno de los períodos en que se divide la vida humana	Cuantitativa Nominal	1.15-20 2. 21-25 3. 26-30 4. 30 y más
Escolaridad De las madres de los recién nacidos	Enseñanza reglada dirigida a capacitar y preparar a las personas para una vida futura.	Cuantitativa Nominal	Escolaridad 1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4. Nivel técnico 5. Licenciatura
Antigüedad Labora del personal de enfermería	Cantidad de años laborados con base en la población de estudio.	Cuantitativa nominal	≤ a 15 años ≥ a 16 años
Intervalo de edad del personal de enfermería	Amplitud de la variación entre un límite menor y uno mayor claramente especificados.	Cuantitativa nominal	1 = Menor o igual de 35 años 2 = Mayor o igual de 36 años

Cuadro VII.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Ganancia ponderada de peso por día.	Resultado de la acción gravitatoria, sobre la totalidad de las moléculas de un cuerpo	Cuantitativa continua	\leq a 13.3 gramos MMC \geq a 13.4 gramos. \leq a 21 gramos CE \geq a 22 gramos
Confort en la Esfera Multidimensional: Física, Social, ambiental, Espiritual.	El confort , se define como: El estado que experimentan las personas receptoras con necesidad de cuidados Alivio.- Es el estado de un receptor que ha visto una necesidad cumplida. Tranquilidad.- Es el estado de calma o satisfacción. Trascendencia.- Es el estado en el cual un individuo, está por encima de sus problemas o de su dolor.	Cualitativa continua	Calificación total cruda de confort, en la esfera multidimensional, proporcionada, en el recién nacido prematuro.
Comodidad	Contexto relativo a la comodidad.	Cualitativa continua	Calificación total ponderada de confort, por contexto, proporcionada al recién nacido prematuro.
Contexto Físico			\leq a 98 MMC \leq a 89 CE \geq a 97 MMC \geq a 88 CE
Contexto Social			\leq a 93 MMC \leq a 96 CE \geq a 92 MMC \geq a 95 CE
Contexto Ambiental			\leq a 92 MMC \leq a 92 CE \geq a 91 MMC \geq a 91 CE
Contexto Espiritual			\leq a 96 MMC \leq a 96 CE \geq a 95 MMC \geq a 95 CE

Muestra:

La muestra es no probabilística porque la elección de los elementos, no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador. ⁴²

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- (RNP) hasta 37 semanas de gestación
- (RNP) con Apgar de 8 a 10 a los 5 minutos
- (RNP) con un peso menor de 2500 gr
- Prematuros con tolerancia a la vía oral
- Prematuros que estén en el área de crecimiento y desarrollo en incubadoras.
- Madres que tengan a sus hijos con método madre canguro.
- Enfermeras que laboren en el servicio de prematuros, sin importar grado académico y categoría

Criterios de Exclusión:

- Enfermeras que no quieran participar en la investigación
- Madres que estén en el método canguro, reuentes a formar parte de esta investigación
- Madres que tengan a sus hijos en el método tradicional y no quieran participar

Criterios de Eliminación:

- Enfermeras que se encuentren en el rol suplente
- Prematuros con Apgar de 6, a los 5 minutos.
- Malformaciones congénitas descubiertas al nacimiento.
- Prematuros con ventilación mecánica
- Prematuros con medicamentos
- Con Síndrome de Dificultad Respiratoria
- Prematuros que al momento de elección, presenten complicaciones

VII.4 Técnicas

Se aplicó una prueba piloto a 20 enfermeras, no consideradas en el estudio, a fin de valorar la claridad y comprensión de las preguntas del turno matutino, obteniendo Alfa de Cron Bach para ver la consistencia interna de las preguntas.

Se establecieron los mecanismos por medio de los cuales se solicitó a las autoridades de la institución, la autorización para aplicar la prueba piloto con el fin de identificar las variables de interés.

Se aplicaron 20 cuestionarios, al personal de enfermería en el turno matutino, en el Servicio de Unidad de Cuidados Especiales "Prematuros".

También se aplicaron cuestionarios a dos grupos de madres que tenían a sus (RNP), en el (MMC) y en el grupo de (CE). El cuestionario fue aplicado completamente, en forma escrita.

Las encuestas se llevaron a cabo de 8:00 a 14:00 horas, fueron aplicadas por personal de enfermería previamente capacitado, sobre el objetivo de la investigación (5 enfermeras) y sobre el llenado del instrumento. Antes del llenado del cuestionario, se les informó, sobre los objetivos del estudio, previo consentimiento informado y verbal, se les solicitó el llenado del cuestionario. (Ver anexo A)

1. Se elaboraron para el presente proyecto de investigación dos instrumentos: A y B.

El cuestionario A es dirigido a madres de los (RNP) con el (MMC) y (CE) consta de III secciones, la sección I consta de 13 ítems (factores sociodemográficos), la sección II tiene 11 ítems (cuidados proporcionados al RNP en el MMC, y CE), y la sección III presentó 20 ítems (cuestionario general del confort 1998) con un total de 44 ítems, con preguntas dicotómicas.

El cuestionario B dirigido a enfermeras que brindan el (MMC) y (CE), consta de III secciones, la sección I consta de 4 ítems (factores sociodemográficos y grado académico),

la sección II tiene 10 ítems (cuidados proporcionados al RNP en el MMC y CE) y la sección III tiene 20 ítems (cuestionario general del confort 1999), con un total de 34 ítems, con preguntas dicotómicas.

2. Prueba Piloto. En el caso del cuestionario A, se aplicó a 40 madres de los (RNP), en los dos grupos de cuidados, para determinar la consistencia y claridez de las preguntas, posteriormente se modificó, para la presente investigación.

En el caso del cuestionario B se aplicó a 20 enfermeras, que laboraron el servicio de Prematuros, posteriormente se adaptó.

3. Se aplicaron los instrumentos en un hospital de segundo nivel lo que implicó:

a) Aprobación de las autoridades para la aplicación de los 2 instrumentos

b) El instrumento A se aplicó en el horario de 8:00 a 14:00 hrs.

c) El instrumento B se realizó en el horario de 8:00 a 9:00 hrs.

Para la evaluación del confort, utilizado en los dos cuidados, se utilizó un instrumento llamado Cuestionario General de Confort, adaptado por Katherine Kolcaba (1999) Teórica de Enfermería.

En este contexto corresponden el apartado III. Comprende 20 reactivos, de la esfera multidimensional: de la pregunta 1 a la 5 es el contexto físico, de la 6 a la 10 el contexto social, de la 11 a la 15 el contexto ambiental, y de la 16 a la 20 el contexto espiritual.

A continuación se muestran las preguntas desglosadas en cada una de las Dimensiones del confort.

	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	1,2,3,4,5		
Social	6,7,8,9,10		
Ambiental	11,12,13,14,15		
Espiritual	16,17,18,19,20		

Figura 13: Estructura taxonómica del confort

Fuente: A holistic perspective on comfort. Critical Care Nursing Quaterly. Kolcaba,K.,(1996)

Para establecer los criterios de ponderación en la encuesta, todos los reactivos se midieron con un puntaje total de 47 ítems. (Ver Anexo A y B)⁸⁵

VII.5 Análisis Estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo en un paquete estadístico de cómputo, con el programa: Statistical Package for the Social (SPSS) versión 15; Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

Antes que nada, los datos codificaron, transfiriéndolos a una matriz, se guardaron en un archivo (base de datos) y se procedió a analizarlos.

Los datos obtenidos se analizaron con estadística descriptiva, de los datos cuantitativos promedio desviación estándar $Media \pm DE$, como prueba de comparación, se determinaron las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas, analizando las diferencias con la prueba de Ji cuadrada (χ^2); t de student y promedio \bar{x} .

VII.6 Aspectos éticos

La importancia de este proyecto radica en que los nacimientos de los recién nacidos prematuros es un problema de Salud Pública prioritario en nuestro país, por la incidencia en la morbilidad y mortalidad, razón por la cual es de suma importancia estudiar los efectos de los (CE), aunados al (MMC) para la ganancia de peso en (RNP).

Se tomaron en cuenta los fundamentos que se establecieron en la Declaración de Helsinki.

Cuyos principios básicos aplicables a esta investigación son:

1. Todo proyecto de investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los posibles beneficios para el sujeto o para otros seres humanos. En lo que concierne a los derechos del sujeto, éstos siempre deben prevalecer sobre el interés de la ciencia y la sociedad.
2. Se respetó el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad se tomaron todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto de estudio en la integridad física y mental y en la personalidad del sujeto.

3. En cualquier estudio con seres humanos, cada sujeto potencial debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio debe provocar. El individuo debe conocer la libertad que tienen de abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si lo desea, se debe tener el consentimiento informado por escrito.

4. Cuando se tenga el consentimiento informado para el proyecto de investigación, se debe tener especial interés, en que el sujeto de intervención en la investigación, no tenga una relación dependiente, con el investigador, ya que podría consentir bajo presión. En ese caso el consentimiento informado deberá obtenerlo otra persona que no participe en la investigación y que sea completamente independiente de esta relación.

5. El protocolo de investigación debe contener siempre consideraciones éticas involucradas, así como los postulados de la presente Declaración.⁴²

Se deberá respetar la que corresponda al país en donde se efectúe la investigación apeándose a los reglamentos que de ella se deriven; para el caso de México se transcribe lo siguiente:

El artículo 3o fracción V establece que la investigación para la Salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

El artículo 13 establece que en la investigación en seres humanos deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El artículo 14 establece las bases en las que se desarrolla todo proyecto de investigación, en este destaca la fracción I y V, en ésta última menciona que es preciso establecer un consentimiento informado.⁴³

Se solicitó el consentimiento informado a las enfermeras y madres de los (RNP) y fue por escrito, enfatizando su privacidad, se les explicó el motivo de la investigación, asegurándoles que los datos obtenidos fueron utilizados solo para fines de este estudio y que no tiene riesgo alguno para los participantes, según lo establecido en el artículo 17 de dicha Ley, acerca del riesgo de investigación, ya que no hubo manipulación de

variables, solo se pidió la opinión de los sujetos sobre un tema específico mediante una encuesta.

Los resultados se difundieron al personal del hospital de segundo nivel enfatizando la importancia de investigar más fondo el cuidado a los (RNP), con el objetivo de proporcionar el cuidado con calidad y calidez al binomio madre-hijo para disminuir índices de morbimortalidad neonatal.

VIII. Resultados

El presente estudio se llevó a cabo en una población de 100 (RNP) con sus respectivas madres y (20) profesionales de enfermería, de los cuales se investigó los efectos de los cuidados de enfermería, aunados al método madre canguro, incluyendo a los profesionales de enfermería, comparando cuál de los cuidados es el más eficaz.

Los resultados arrojados en los factores sociodemográficos contempló la edad promedio de las madres de los RNP, que fue de 17 años de edad, respecto a la escolaridad, el 66% de la población estudiada cuenta con nivel de secundaria. (CUADRO VIII.1)

En los antecedentes ginecobstétricos de las madres de los (RNP), que tuvieron ≥ 1 cesárea, obtuvieron un 95%, en relación a las mujeres que tuvieron ≥ 1 parto fue del 37%, en relación a los abortos ≥ 1 fue del 29% (CUADRO VIII.2)

Para las semanas de gestación al nacimiento de los (RNP), para el grupo de (CE) corresponde a las semanas de gestación de <33-34 fue de 40% y para el grupo de (MMC) fue de 42% para las semanas de gestación <33-34 (CUADRO VIII.3)

Los resultados arrojados en torno, las características sociodemográficas y profesionales del personal de enfermería, (CUADRO VIII.4), el promedio de edad fue de 39 años, en relación a la formación académica el 65 % del personal tiene licenciatura, en torno a la antigüedad laboral el 55 % del personal tiene >16 años.

El tiempo de estancia hospitalaria para el grupo de (CE) obtuvo el 68% con un promedio de estancia de más 10 días, mientras que en el grupo de (MMC), se encontró significancia estadística, con el 96% que tuvo una estancia hospitalaria menor a 9 días (CUADRO VIII.5).

Para la ganancia ponderada de peso/ por día de estancia hubo asociación significativa para los (RNP), con los cuidados proporcionados con el método madre canguro que fue de 22 gramos/ día y $p < .001$, los autores comentan que llevando los cuidados con el método madre canguro, los recién nacidos prematuros, incrementarán 20

gramos/peso/día, minimizando las infecciones y para el grupo de cuidados de enfermería los resultados fueron de 13.4 gramos/día. (CUADRO VIII.6). (FiguraVIII.1).

En referencia para el confort ponderado, hubo asociación significativa para la escala de confort físico, en los cuidados proporcionados en el método madre canguro que obtuvo el 98.4 ± 5.4 , mientras que el confort total en las 4 escalas ponderado fue 96.8% para el grupo de (CE) y para el grupo de (MMC) fue de 99.6%. (CUADRO VIII.7). (FiguraVIII.2).

Cuadro VIII. 1. Características socio-demográficas de las madres de los (RNP)

Características	<i>n= 100</i>	\bar{X}
Edad (AÑOS)		
≤ =15-20	40	17.4
≤ = 21-25	30	23.1
≤ = 26-30	16	28.2
≥ =31	14	33.9
Escolaridad	<i>n=100</i>	(%)
Primaria	24	(48)
Secundaria	32	(66)
Preparatoria	21	(42)
Nivel Técnico	17	(34)
Licenciatura	6	(12)

χ^2 $p>0.05$

Cuadro VIII.2. Antecedentes ginecobstétricos de las madres de los (RNP)

Antecedentes	<i>n=100 (%)</i>
Partos	
0	(63)
≥ 1	(37)
Cesáreas	
0	(5)
≥ 1	(95)
Abortos	
0	(71)
≥ 1	(29)

χ^2 $p>0.05$

Cuadro VIII.3. Semanas de Gestación al nacimiento de los (RNP)

	CE <i>n= 50 (%)</i>	MMC <i>n=50 (%)</i>
Semanas de Gestación		
≤30	1 (2)	7 (14)
≤31-32	15(30)	20 (40)
≤33-34	20(40)	21(42)
≥ 35	14(28)	2(4)

χ^2 $p>0.05$

Cuadro VIII. 4. Características socio-demográficas y profesional.

Personal de enfermería	
Características	<i>n= 20</i> \bar{X}
Edad (AÑOS)	
≤ =35	9 28.6
≥ =36	11 39.4
Formación Académica (%)	
Licenciatura	13 (65)
Nivel Técnico	7 (35)
Antigüedad Laboral (AÑOS)	
≤ =15	9 (45)
≥ =16	11 (55)

χ^2 $p>0.05$

Cuadro VIII.5. Días de Estancia Hospitalaria en los (RNP)

Días de Estancia	CE		MM C	
	<i>n= 50</i>	(%)	<i>n= 50</i>	(%)
≤ 9	17	(34)	48	(96)*
≥ 10	34	(68)	2	(4)

χ^2 **p*<.001

Cuadro VIII. 6. Ganancia de peso y días de estancia hospitalaria por tipo de cuidados

Variables	C E	MMC
	<i>n= 50</i>	<i>n= 50</i>
GPPD	22.0 ± 15	13.4±5.2 *
Días de Estancia	13.4 ± 5.5	5.8 ± 2.21*

*GPPD, Ganancia de peso ponderado por día. *t-Student $p < 0.001$*

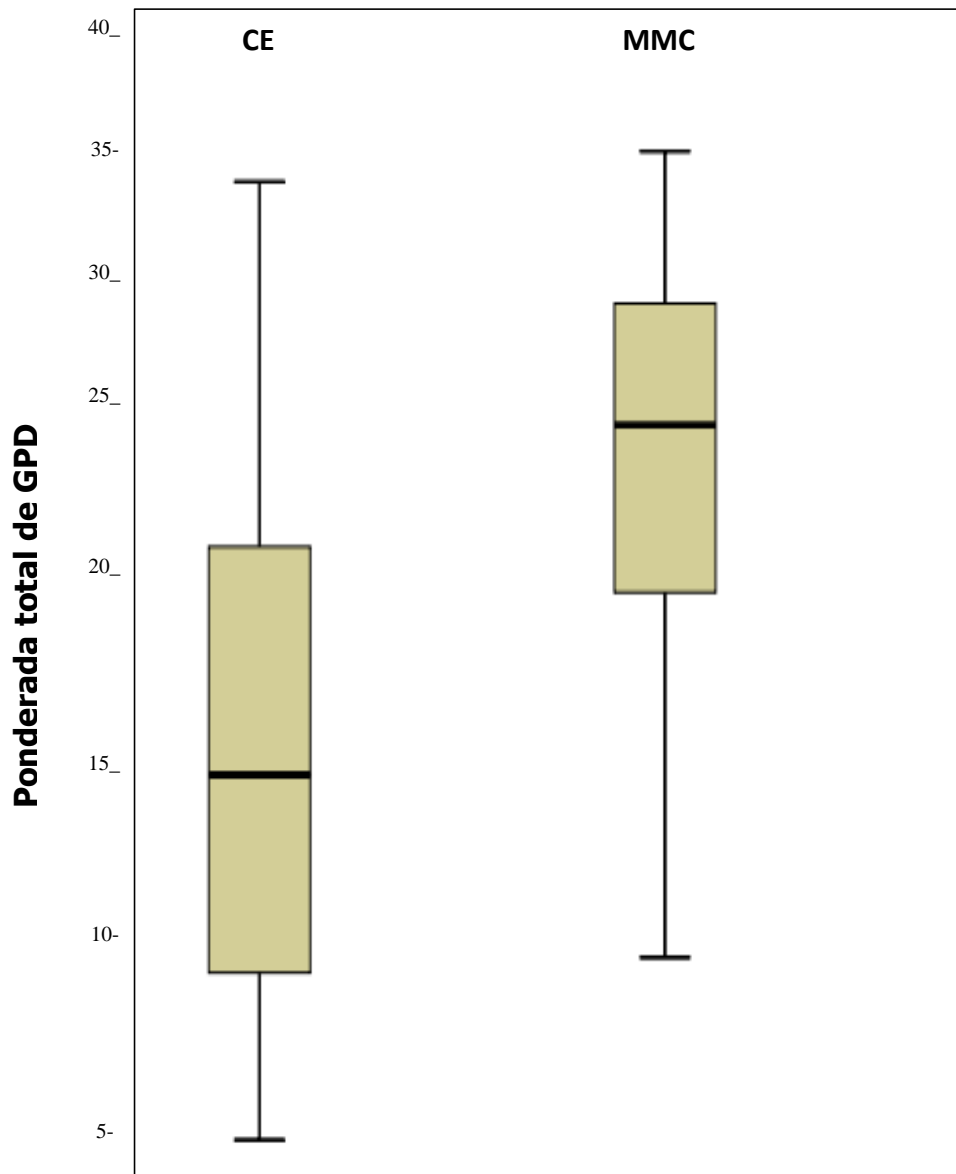


Figura VIII. 1. Ganancia total ponderada de peso /día, en, los cuidados proporcionados por el personal de enfermería (CE) y el método madre canguro (MMC).

En el gráfico se muestra la ganancia de peso/ día de estancia ponderada, en los recién nacidos prematuros, en los cuidados proporcionados por el personal de enfermería el promedio fue de 13.4 ± 5.2 gramos/ día de estancia hospitalaria, en la población de estudio. Y en los cuidados proporcionados en el método madre canguro el promedio fue de 22.0 ± 15 gramos / día de estancia.

Cuadro VIII. 7. Puntaje ponderado de la escala de confort por esfera

	C E <i>n= 50 (94.5)</i>	MMC <i>n= 50 (96.4)</i>
<i>Total</i>	<i>94.5 ± 9.6</i>	<i>96.4 ± 7.3</i>
Física	89.6 ± 15.2	98.4 ± 5.4*
Social	96.4 ± 7.7	93.6 ± 11.7
Ambiental	92.4 ± 14.5	97.2 ± 7.0
Espiritual	96.8 ± 8.4	99.6 ± 2.8

*t-Student *p< 0.05*

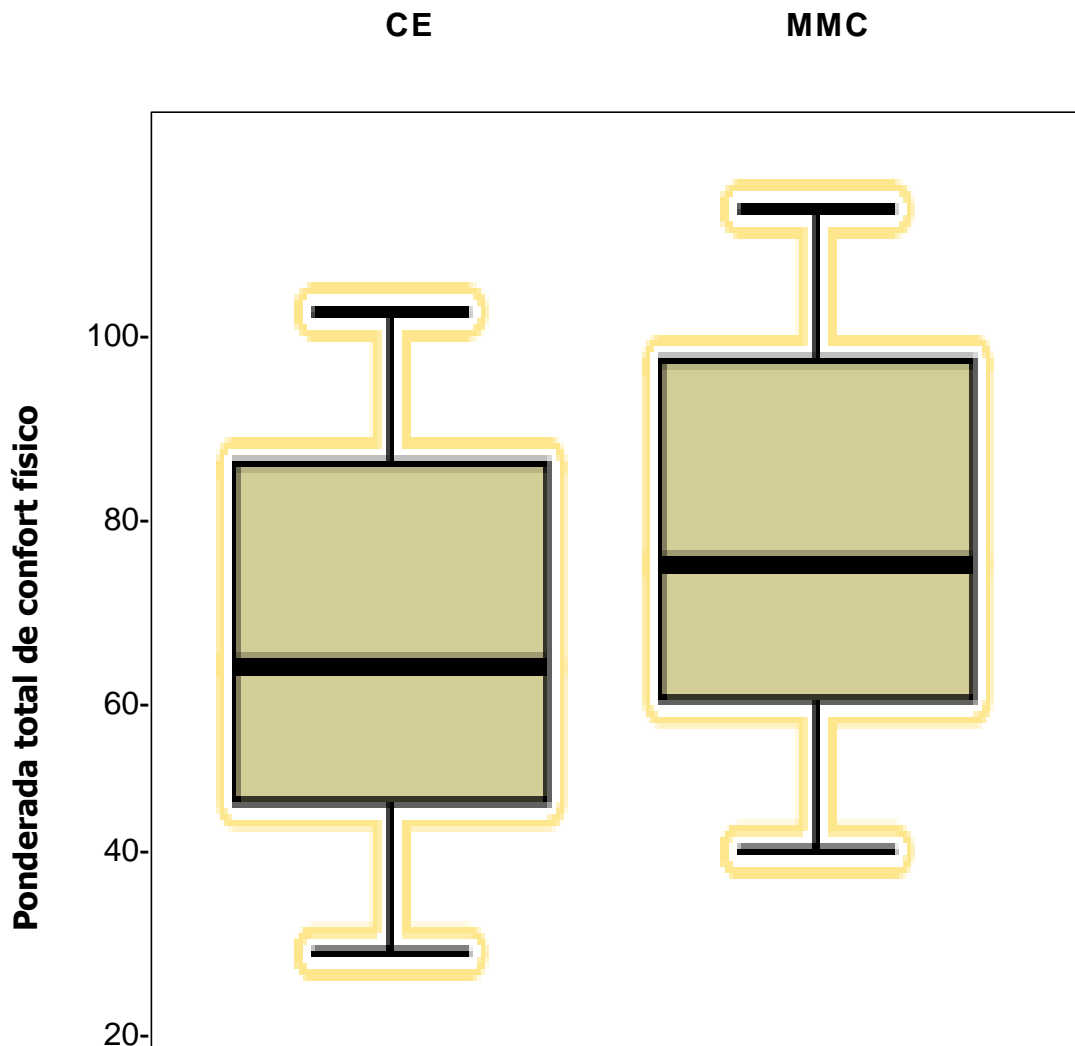


Figura VIII. 2. Promedio de confort físico total ponderado en los cuidados proporcionados, por el personal de enfermería y el método madre canguro.

En el gráfico se muestra el promedio de confort físico ponderado, en los recién nacidos prematuros, en los cuidados proporcionados por el personal de enfermería el promedio fue de 89.6 ± 15 en la población de estudio mientras que en los cuidados proporcionados en el método madre canguro el promedio fue de 98.4 ± 5.4 .

IX. Discusión

En relación a los resultados de la población estudiada, dentro de las variables sociodemográficas, el promedio de edad fue de 17 años de edad, respecto a la escolaridad, el 66% de las mujeres, cuentan con educación media básica, al respecto, las estadísticas, reflejan que el embarazo en edades tempranas, es una problemática que va en aumento y es considerada como un factor de riesgo obstétrico y con alta probabilidad tener neonatos de bajo peso al nacer y prematuros, lo que conlleva a implementar estrategias educativas, para difundir y prevenir partos prematuros. ^{44, 45,46}

En relación a la escolaridad las mujeres no tienen la suficiente madurez, desde el punto de vista psicológico, para tomar decisiones, en torno a la sexualidad y control del embarazo. ^{47,48}

Respecto a los antecedentes ginecobstétricos, si bien los autores comentan que las mujeres más jóvenes, tienen más riesgo de tener partos prematuros, el 37% de la población tuvo más de 1 parto, en relación a la cesáreas el 95% de las madres de los recién nacidos prematuros tuvo más de 1, y abortos el 29% tuvo más de 1, es de suma importancia llevar un control prenatal estricto, y monitoreo en estos grupos de edad vulnerables, para evitar complicaciones. ^{49, 50,51}

Los resultados arrojados para las semanas de gestación de los 2 grupos fue el de 33-34 semanas, las estadísticas mencionan los recién nacidos prematuros, nacidos entre este número de semanas, tienen una probabilidad del 99% de sobrevivencia, ya que pueden respirar por su cuenta y amamantarse con facilidad, y tienen ganancia de peso ponderal, sin complicaciones. ^{52, 53,54}

Los autores mencionan que aproximadamente el 8-10 % de los niños, nacen antes de que se completen las 37 semanas de gestación y reportan un creciente aumento en el número de nacimientos prematuros, sobre todo los menores entre 28 y 32 semanas de gestación, así como un aumento de la mortalidad perinatal, para los diferentes subgrupos, definidos por la edad gestacional. ^{55, 56,57}

En este tenor los avances en neonatología, han conseguido reducir la mortalidad neonatal, a nivel mundial, sin embargo sabemos que las mujeres en edad fértil sufren de diferentes patologías, aunado a que no llevan un control prenatal adecuado, originando una serie de complicaciones, que se convierte en un reto para la salud pública, y una consecuencia importante que deriva, son los partos prematuros, en forma significativa.^{58,59}

Al analizar la formación académica, con antigüedad laboral y edad, del personal, que participó, en los cuidados de enfermería y cuidados en el método madre canguro, no hubo asociación significativa, sin embargo llama la atención que el 65% del personal de enfermería, tiene nivel licenciatura y antigüedad laboral ≥ 16 años, lo que demuestra que hay mayor preparación para proporcionar el cuidado con calidad y calidez, demostrando que tienen conocimientos, habilidades y destrezas, y que es personal altamente capacitado y calificado, que proporciona el cuidado, con el fin de reintegrar a los (RNP) al seno familiar, realizando éstos cuidados con eficacia y eficiencia.^{60, 61}

Se observa que el tiempo de estancia hospitalaria hubo significancia estadística, para el grupo de (MMC) el resultado que reportó el 96% con un promedio menor de 9 días de estancia, para que el (RNP) se integre con su madre precozmente evitando infecciones y con ello reducir la morbilidad, además de que se ahorran recursos al disminuir el tiempo de hospitalización.^{62,63}

Con el objetivo de conocer los efectos de los cuidados en ambos grupos, para la ganancia de peso en recién nacidos prematuros, el peso se ponderó en frecuencia, t de student y ganancia de peso/día de estancia, para tener un panorama más amplio de la eficacia y eficiencia que se ofrece, en los dos grupos.^{64, 65,66}

Posteriormente se realizó la ganancia de peso ponderal en donde los resultados obtenidos tuvieron significancia estadística para los cuidados proporcionados en el (MMC) con 22grs/día y para (CE), fue de 13.4 gramos/día, los autores comentan que llevando el método madre canguro, los recién nacidos prematuros obtuvieron una ganancia ponderal de 20 gramos/día, además de que reduce en forma importante, el riesgo de infecciones a cualquier nivel, se evita la morbilidad, además dentro de los beneficios del MMC,

el contacto piel a piel le proporciona tranquilidad, favoreciendo el vínculo emocional del niño con su madre, así mismo se adquieren mayor maduración neurológica, hay mayor adaptabilidad al medio y a los estímulos externos y los niveles de bilirrubinas bajan por lo tanto no serán candidatos para inicio de fototerapia continua y con ello lograron una estancia breve en el hospital y por ende una estancia precoz.^{67, 68,69}

La prematuridad es un factor de alto riesgo, con sus repercusiones familiares y sociales, en este sentido los autores consideran que, el aspecto nutricional es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad en los recién nacidos prematuros, dentro de los beneficios que se proporcionan con los cuidados en el método madre canguro, los autores mencionan, la ventaja de tener una mejor maduración en la función intestinal, una influencia positiva en el desarrollo neurológico del recién nacido prematuro (que atraviesa un periodo muy sensible), cuando se introduce muy precozmente en las unidades de cuidados neonatales, protegiendo contra el retraso mental a los (RNP), de alto riesgo durante su primer año de vida, disminución de la concentración de bilirrubina, y con ello una mayor ganancia de peso ponderal y menor tiempo de hospitalización. Una vez que el recién nacido prematuro, ha logrado sobrevivir gracias a la tecnología, su cerebro debe continuar desarrollándose, y parece lógico que emular lo mejor posible el ambiente en el que se hallaba cuando estaba en el vientre materno es lo más óptimo para facilitar la maduración cerebral.^{70, 71, 72}

Por otra parte con los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a los (RNP), no se encontraron resultados significantes, lo que conlleva a precisar, a que el equipo multidisciplinario, se capacite continuamente, con el objetivo de que este a la vanguardia, y tengan una mayor eficacia y eficiencia, y actúen con un juicio clínico y crítico, al proporcionar el "cuidado", para que los (RNP), tengan una atención de calidad y calidez y con ello garantizar la seguridad del (RNP).^{73,74}

Al evaluarse el grado de confort que tiene el (RNP), en la unidad de cuidados neonatales, y en los cuidados proporcionados en el (MMC), se obtuvo el confort ponderado total en un 94.5 % para los (CE) y 96.4 % para el (MMC), en este tenor, no hubo asociación

significativa en los dos grupos de cuidados, los resultados arrojados fueron en la escala física que se proporcionó en los cuidados en él (MMC) que obtuvo el 98.4 ± 5.4 , donde hubo asociación significativa.⁷⁵

En este contexto fue primordial el contacto piel a piel, que tuvo la madre con su recién nacido, las caricias, el masaje y los ejercicios brindados sin duda influyen en el incremento de peso. Los autores comentan, que favorece a la regulación de la temperatura corporal, ya que los niños tienen una temperatura de 37° , a su vez se estabilizan los signos vitales y coordina mejor la succión y deglución, lo cual favorece que el (RNP) gane peso rápidamente.⁷⁶

En relación con los (CE) se obtuvo 89.6 ± 15 , fue la escala más baja que se obtuvo de confort físico, lo que conlleva a proporcionar capacitación en el personal de enfermería, con el objetivo de elevar la calidad de los cuidados.⁷⁷

Kolcaba menciona que el confort, es algo positivo y se puede brindar objetivamente, como subjetivamente. Se consigue con la ayuda de las enfermeras y el familiar del paciente, en algunos casos indica un estado de satisfacción de la persona que se le brinda el confort. Intuitivamente, se asocia con la actividad de cuidado. La enfermera está obligada a prestar atención a los detalles que influyen en el confort y la tranquilidad, de la persona.⁷⁸

Así mismo, no hay que ignorar ningún detalle, pues es el primer y último objetivo de la enfermera, hacer que las personas sientan confort y tener empatía con ellas, para brindarles confianza, para que al estar con sus (RNP), ellas brinden el "cuidado" en las cuatro escalas y comentarles a las madres de los (RNP), la importancia que conlleva que estén platicando constantemente con sus hijos y proporcionar un ambiente cálido y confortable.⁷⁸

Las intervenciones de enfermería, deben de estar encaminadas a aumentar el confort de las personas que atienden, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en la persona y familia, dando paso también a hospitales más humanos, donde las madres y sus hijos se sientan como en su hogar. Esto se logra

involucrando a las madres, al cuidado de sus hijos, para que sea un miembro activo, no solo un visitante pasivo que asista aprenda técnicas para que tome estrategias necesarias, para ayudar a su (RNP).⁷⁹

Al analizar este resultado sería importante, capacitar a las madres de los (RNP), antes de iniciar sus cuidados en el método madre canguro, sobre la necesidad de que al estar con su hijo es necesario hablarle en forma suave y afectuosa, sonreírle, decirle palabras de aliento.⁸⁰

En este tenor sería importante capacitar al personal de enfermería sobre la teoría del confort, con el objetivo de conocer cada una de las escalas y los cuidados que ayudan a incrementar a favorecer la ganancia de peso como: cambios de posición, masajes, gimnasia del (RNP) lubricación de la piel, comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal, proporcionar un ambiente agradable (evitar la luminosidad y ruido), así como respetar la ideología de cada persona, entre otros.^{80,81}

Para disminuir el impacto negativo de la hospitalización, pueden emplearse varias estrategias, en donde el binomio madre-hijo participen activamente durante su estancia hospitalaria, bajo un programa educativo, en este caso a las madres de los (RNP), ayudándolas a enfrentar la prematurez de su hijo, y las madres permanezcan más tiempo con su hijo/a y que le proporcione confort y preparándolas, para la salida posterior al hogar, cambiando el modelo biológico de la medicina, por un verdadero modelo familiar.⁸¹

Consecuentemente al proporcionar el cuidado en relación con ambos métodos, éste debe ser, un "Cuidado Cómodo", que debe ser eficiente, eficaz, holístico, individualista y gratificante, que involucra a la persona en un "todo". Con el fin de incrementar el grado de confort, y el recién nacido prematuro se reintegre con sus padres en su hogar.^{82, 83, 84}

X. Conclusiones

Hipótesis:

Considerando los estudios sobre los efectos de los cuidados de enfermería aunados al método madre canguro sobre la ganancia de peso en recién nacidos prematuros (RNP), suponemos que los RNP que reciban dichos cuidados mostrarán un incremento de peso significativamente mayor que los RNP que no reciban el método madre canguro.

Conclusiones:

- Los resultados arrojaron que los cuidados proporcionados en el método madre canguro, tiene influencia estadísticamente significativa, sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería.
- La experiencia del personal de enfermería y nivel académico influyó significativamente en los cuidados proporcionados a los (RNP) y en el método madre canguro.
- En los cuidados proporcionados en el método madre canguro, los (RNP) < de 33 semanas de gestación obtuvieron ganancia de peso en menor tiempo.
- Se observó diferencia significativa en cuanto a la ganancia de peso de los niños prematuros, con los días de estancia, con el método madre canguro.
- Se encontró una correlación positiva con las medidas de confort que se brindaron los dos grupos de cuidado, influyendo en el (MMC), para la ganancia de peso la escala física, y para el grupo de (CE) la escala física obtuvo el porcentaje más bajo.

XI. Perspectivas

- Es necesario proporcionar capacitación continua al personal de enfermería, que participa en la atención al (RNP).
- Es necesario realizar estudios cualitativos, ya que las madres de los (RNP), al estar resolviendo el cuestionario, tuvieron la necesidad de ser escuchadas por el personal de enfermería e implementar programas de atención al binomio madre-hijo.
- De igual manera es recomendable considerar para futuras investigaciones, porque en los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a los (RNP), tardan más tiempo en incrementar su peso y si es loable que la madre permanezca más tiempo con su hijo.
- Investigar exclusivamente los cuidados proporcionados por el personal de enfermería. El cuidado proporcionado a las personas, día a día, debe de ser de calidad y calidez, con el fin de satisfacer sus necesidades, es por ello la importancia de que el personal de enfermería esté capacitado y a la vanguardia, para que el método madre canguro se perfeccione y sea todavía más eficaz.
- Por tanto deben considerarse investigaciones longitudinales comparativas, de los (RNP) que se encuentren en su hogar y como se sigue llevando a cabo los "cuidados" y monitorear el incremento de peso.
- En el cuidado canguro, sería importante, que el personal de salud, interrelacione a los padres de los (RNP), con el fin de que haya un acercamiento más estrecho con sus hijos y puedan saber de estos cuidados prioritarios, y llevarlos y practicarlos en casa, ya que en particular en este servicio, no entraban los padres, y durante el desarrollo del estudio se observó, la participación estrecha de ellos con el personal de salud.

- Realizar investigaciones cualitativas en relación a las medidas de confort, ya que en el contexto físico de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería, los resultados arrojados fueron los más bajos.
- Sería importante innovar la teoría del confort, en los servicios neonatales, con el fin de satisfacer las necesidades de los individuos.
- Es necesario, realizar una investigación de los efectos de los cuidados con el método madre canguro, iniciado después del nacimiento los (RNP), sería importante hacer una triangulación a nivel cuantitativo y cualitativo.

XII. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/chapter5/es/index1.html>
2. Villanueva L. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Gineco Obstret Mex 2008; 76(9): 542-8.
3. Gómez M. Clasificación de los Recién Nacidos. Revista Mexicana de Pediatría, 2012; 79(1):32-39.
4. Zuluaga J. Embriología Funcional del Sistema Nervioso. En Neurodesarrollo y Estimulación. Ed. Panamericano. Bogotá – Colombia; 2007.
5. Amaya G. Cuidado de Enfermería al neonato crítico- Guías Acofaen. Biblioteca Las Casas 2005; Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/Ic0023.php>
6. Tello M. Cuidado al recién nacido pretérmino; un reto para enf. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo- Perú.2007.
7. International Network for Kangaroo Mother Care; 2001. Disponible en: <http://kangaroo.javeriana.edu.co/PMcesp.html>
8. Amiel T. C. Neurologie Perinatale. Paris; 2007 4(3).
9. Estimulación. Ed. Panamericana. Bogotá – Colombia.
10. Villamizar B. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Universidad Industrial de Santander, Colombia 2010.
11. Nascimento R. Enfermería en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatal. Editorial Panamericana 6ª ed. 2007 p 159-166.
12. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2012; 129(3):e827-e841.
13. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) Perinatal nursing.2007.
14. Lozoff B. The mother newborn relationship: Limits of adaptability. Journal of Pediatrics. 2007 91(1).
15. Doyle L. Kangaroo mother care. Revista The Lancet 1997; 350(9093):1721-2
16. Carpenito L. Diagnóstico de enfermería. Aplicación en la práctica clínica. Edit Lippincott. 7ª ed. Filadelfia. New York. 1997.
17. Kerouac S. el Pensamiento Enfermero. Barcelona: Mason; 2001. p 69
18. Marion B.J. diagnósticos enfermeros resultados e intervenciones. Barcelona: Hartcourt Mosby; 2002. p16
19. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermería. Edit. Elsevier. España 2010
20. Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Elsevier España, 5ª Edición 2009.
21. Mata M. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. Enferm Ins Mex Seguro Soc 2009; 17(1):45
22. Blackburn S. The Neonatal ICU: a high-risk environment. American Journal of Nursing; 82(2):2006. p 1708- 1712
23. Wyly M. Premature infants and their families. Revista pediatric 1995; 3: 35-51
24. Kolcaba K. Evolution of the midrange theory of comfort four outcomes research. Nursing Outlook.2003; 49 (2): 86-92

25. Kolcaba K. A. taxonomic Structure for the concept Comfort. Journal of Nursing Scholarship. 1991 23: 237-40
26. Kolcaba K. The comfort [online] 1997[cited 16 Mayo 2006]. Disponible en: www.uakron.edu/comfort/
27. Kolcaba K. Analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing 2003; 16: 1301-1310
28. Kolcaba K. A Theory of holistic confort for nursing. Journal of Advanced Nursing 1994; 19: 1178-84
29. Kolcaba K. Holistic perspective on comfort care as and avance directive. Critical Care Nursin Quartely 1999; 18 (4): 66-76
30. Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Rev. Neurol; 2010 9 (2):94-10
31. Kolcaba K. The art of comfort care. Image: Nursing Scholarship1995; 27(4):287-9
32. Kolcaba K. Holistic confort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Advances in Nursing Science.1992; 15: 1-10
33. Sthephens B. Techniques to comfort children during stressful procedures. Advances in Mind-Body .1999; 15: 49-15
34. Kolcaba K. Holistic Comfort Operationalizing the construct as a nurse- sensitive outcome. Advances in Nursing 1992; 15 (1): 1- 10
35. Grooper L. Promoting health by promoting comfort. Nursing Forum; 2007 1992; 27(2):5-8
36. Kolcaba K. Cognitive strategies to enhance comfort and decrease episodies. Holistic Nursing Practice 2000; 14 (2): 91- 102
37. Márquez ML. Medidas de Seguridad, protección y confort. Revista Pediátrica 1992; 85 (7): 19-52
38. Pérez MJ. Cuidados básicos en Enfermería [Tesis Posgrado].México 2005.
39. Marriner TA. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Interamericana; 2003. p. 430-442
40. Associattion Journal "Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals". Canadian Medical; 1994.
41. Amaya G, Suárez M, Villamizar B. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
42. Mendoza NV. Investigación Introducción a la Metodología. Facultad de Estudios Superiores UNAM, 2004.
43. Ley General de Salud: Reglamento de investigación México; Secretaría de Salud; 1983
44. Jasso G L. Neonatología Práctica. México: Manual moderno; 1995. p.19
45. Carrion G., García S., Castillo L., et. al. Nanda Nursing Diagnoses Identification and Validation in a Neonatal Unit. 1997. Pediatric Nursing 23(4), 351- 358
46. Wong L., Waley D. Enfermería pediátrica. Mosby - doymd libros. Santafé de Bogotá IV ed. 2004. p 200-214, p 190-196
47. Cloherty J., Star K. A. Manual de cuidados neonatales. Salvat Editoriales. Barcelona. 2011. p. 6, 67, 87, 88, 89, 311

48. Arellano J., Manual de Cuidados Intensivos en Pediatría Ed. Interamericana. 2009. p. 155,156, 271
49. Star K., Montes V., Fundación Cirena. Manual de protocolos de neonatología. 1º ed. 2006. Editorial Impresores.
50. García Flores-M. Beneficios derivados de la evaluación de calidad de enfermería. IV Reunión Nacional de Enfermería. 1º semana internacional de calidad en la salud. Hospital General de México. 9-10 de marzo de 2006. México, D.F, Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.ppt#257,2
51. Chantaroj S, Techasatid W. Effect of polyethylene bag to prevent heat loss in preterm infants at birth: A randomized controlled trial. J Med Assoc Thai. 2011; 94:S32-7
52. Agostoni CG. Buonocorez VP, Carnielli SM. Curtis JD, Darmaun T, Dees. Enteral Nutrient Supply for preterm Infants: Commentary From the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. JPGN 2010; 85 (1):85-91
53. Bombell S. McGuire W. Early Trophic feednig for very low birth weight inf. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8; (3) 000504
54. Bozzetti V, Tagliabue P. Metabolic Bone disease in preterm newborn: an update on nutritional issues. Italian Journal of Pediatrics. 2009; 35:20
55. Gustos-Lozano G. alimentación enteral del recién nacido pretérmino. Servicio de Neonatología Hospital Universitario 12 de octubre Madrid. Protocolos diagnósticos Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría; Neonatología 2008. 58-67
56. Gutiérrez MC, de Tapia BJ. Nutrición y crecimiento del recién nacido de riesgo. Vox Pediatrica 2007; 15 (1): 30-35
57. Cho SJ. Enteral nutrition of the premature infant. Korean J. Pediatr 2010; 53-7-13
58. I-Ching Ch, Haung-Isund K, Jeng-Sheng Ch, Shu-Fen W, Hsiao-Yuch, Bai-Hormg S, Hung-Chih L. Lack of Effects of oral Probiotics on Growth and Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Very Low Birth Weight Infants. Jour of Pediatr 2010; 156 (3): 393-396
59. Martin C, Brown Y, Ehrenkranz R, Oshea T, Alred E, Belfort M, e tal. Nutritional practices and Growth Velocity in the First Month of Life in Extremely Premature Infants. Pediatrics 2009; 124; 649-657
60. Metropole Pediatric Interest Group: Western Cape. Nutrition of the Premature And Low Birth Weight Infant. (on line). 2009 (citado 2010 octubre 22). Disponible en:[://www.adsa.org.zalcptmetropoleClinical20oquideline20Nutrition20of20the20Prem20and20LBW20Finalpdf](http://www.adsa.org.zalcptmetropoleClinical20oquideline20Nutrition20of20the20Prem20and20LBW20Finalpdf)
61. Mosqueda E, Sapiegiene L, Glynn L, Wilson-Costello D, Weiss M. The early use of minimal enteral nutrition in extremely low birth weight newborns. J Perinatol 2008; 28 (4): 264-9
62. Villalon UH, Miranda PJ Nutrición del Prematuro. Rev Med Clin Condes 2008; 19 (3): 261-269
63. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Reviews, 2011, Issue 3. Article No. CD002771. Disponible: [http:// www.10.1002/14651858.CD002771.pub2](http://www.10.1002/14651858.CD002771.pub2)

64. Almeida CM, Almeida AFN, Foiti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termos de baixo peso. Rev Bras Fisioter. 2007; 11(1):1-5
65. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. (Citado mar.-abr. 2010) Disponible en: <http://www.ead.eerp.usp.br/rlae/>
66. Rosell Juarte Ernesto, Domínguez Basulto Magaly, Casado Collado Alfonso, Ferrer Herrera Ismael. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. [Citado 2014 Jun 13]; 12(3): 270-274. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251996000300010&lng=es
67. Fauziah B, Diah R Hadiati, Tari T, Steve McDonald, Mohammad: / leche-maternizada diluida versus-sin-diluir-en-lactantes-de-bajo-peso-al-nacer-o-prematuros-alimentados-exclusivamente-con-leche-materniza. 2013 (citado noviembre 6) Disponible en: <http://es.summaries.cochrane.org/CD007263.dpu>
68. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 [citado 12 ene 2012]; 18(2): [aprox. 7 p]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf
69. Estrany Cuellar S, Fernández Lalueza C, Galdeno Escuder P. Situación actual del método canguro en España. Metas Enf. 2009 [citado 12 Sep 2011]; 12(3):50-70. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3001143>
70. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Silvan Scochi CG. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol Reprod Hum. 2010 [citado 12 Sep 2011]; 24(2)
71. Johnston CC, Fillion F, Campbell Yeo M, Goulet C. Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. J Perinatol. 2009 [citado 12 Sep 2011]; 29:51–56. Disponible en: <http://www.nature.com/jp/journal/v29/n1/abs/jp2008113a.html>
72. Kuhn KS, Kuhn MJ. Kangaroo care for your premature or sick baby. J Hum Lact. 2011 [citado 12 Sep 2011]; 27(66): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://jhl.sagepub.com/content/27/1/66.full.pdf>
73. Cong X, Ludington-Hoe SM, McCain M, Fu P. Kangaroo care noticies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: pilot study. Early Hum Dev. 2009[citado 12 Sep 2011]; 85(9):561
74. Charpak N, Ruiz JB, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z. Kangaroo mother care: 25 years atar. Acta Pediatr. 2005 95. Zakurai M, Itabashi K. Extrauterine growth restriction in preterm infants of gestational age \leq 32 weeks. Pediatrics International (2008) 50, 70–76.
75. Bertino E, Coscia A. Weigth growth of very low birth weight infants: rol of gender, gestacional age and major morbidities Early Human Devel 2009 85: 339-347
76. Morgan C, Badhawi I. Improving early protein intake for very preterm infants using a standardised concentrated parenteral nutrition formulation. The European e-journal of clinical nutricion and metabolism 4 (2009) e324 - e328
77. Rochow N, Fusch G. A nutritional program to improve outcome of very low birth weigth infants. Clinical Nutrition 31(2012) 124-131

79. Uhing R, Das G. Optimizing Growth in the Preterm Infant. *Clin Perinatol* 36 (2009) 165–176
80. Harding C. An evaluation of the benefits of non-nutritive sucking for premature infants as described in the literature. *Arch Dis Child* 2009; 94: 636-40
81. Kristoffersen L, Skogvoll E, Hafström M. Pain reduction on insertion of a feeding tube in preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2011; 127: e1449-54
82. Prados M. Aplicación del Método Madre Canguro para Enfermería. Aula Acreditada. Unidad de Matronas de Albacete. 2012. p. 3-21
83. Vieira M. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Revista Chile Pediatric* 2003; 74 (2): 197-2005.
84. Mendez, I. A. C., Trevizan, M. A. (1996). The evolution of nursing research in Brazil. In J. J. Fitzpatrick & J. Norbeck. *Annual Review of Nursing Research* (pp. 225-242). New York. Springer Publishing.
85. Kolcaba K, Fischer E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly* 1996; 18(4):66-76
86. López A. Intervenciones de Enfermería para la atención del Recién Nacido Prematuro G.P.C. Catalogo Maestro; 2013; Disponible en http://www.imss.gob.mx/profesionales/guias_clinicas/pages/guias.aspx
87. Conde A. Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer. 2002; vol.2 no. 2 [cited 11 Marzo 2006]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
88. Catlett A. Environmental stimulation of the acute ill premature infant: physiological effects and nursing implications. *Neonatal Network*: 2006 15(4) p 19-26
89. Torres, MD. Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Revista Colombia Médica* 2006; 37(2): 1657-9534
90. Cattaneo A. Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomised controlled trial in different settings. *Acta Paediatric Scand* 1998; 87(2): 976-985
91. Bergman N. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *Revista The Lancet* 2004; 93:779-785. [on line]2002; vol.2 no. 2 [cited 11 Marzo 2006]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
92. Tessier R. Kangaroo mother care and the bonding hipótesis. [On line].1998, vol.102, no2 [cited 24 octubre 2005],p1-17. Disponible: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=9685462
93. Ramanathan P V. Madre cuidado de canguro en bebés de bajo peso al nacer. [on line] 2001, vol. 68, no11[cited Noviembre 2001],p 1019-23. Disponible en: http://www.indegene.com/Ped/Jour/indJour_IJP_Sum_01-11-2001_1.asp
94. Kadam SB. El cuidado madre canguro en Mumbai. *J indio Pediatric*[serial online] 2005;7(2)[cited 5 Octubre 2006],p35-38. Disponible en:<http://www.ijppediatricsindia.org/article.asp?issn=00195456%3Byear=2005%3Bvolume=72%3Bissue=1%3Bspage=35%3Bepage=38%3Baulast=Kadam>

95. Charpak N. Ensayo controlado del cuidado de la madre canguro: resultados de la carta recordativa en 1 año de la edad corregida. [online]2001; 108 (5)[cited Marzo 2002],p1072 -1079. [Disponible en: http://mx.search.yahoo.com/language/translatedPage?tt=url&text=http%3a//www.guttmacher.org/pubs/journals/2800402.html&lp=en_es&intl=mx&fr=FP-tab-web-t340](http://mx.search.yahoo.com/language/translatedPage?tt=url&text=http%3a//www.guttmacher.org/pubs/journals/2800402.html&lp=en_es&intl=mx&fr=FP-tab-web-t340)
96. Charpark N. Kangaroo – mother programme: an alternative way of caring for low birth weighth infants. Revista Pediatrics 1994; 94: 804-810
97. Sloan N. Kangaroo mother meted: radomized controlled trial of alternative method of care for stabilised low–birthweighth infants. Revista The Lancet 1994; 344: 782 – 785.
98. Bergman NR. Mowbray Maternity Hospital; School of Child and Adolescent Health and Department of Obstetrics an Gynecology; Revista Pediatric 2004; 93: 779–785
99. Diaz R. Report of PAHO /WHO: early discharge / ambulatory care program for low birth weight infants (kangaroo method). Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP), Montevideo, 1985 (Internal document No. 2-85).
100. Linceto O. Impact of season and discharge weight on complications and growth of Kangaroo Mother Care treated low birthweight infants in Mozambique. Acta Pediatric1998; 87(4):433-9
101. Sayers S. Cuidados Neonatales para disminuir la mortalidad en niños prematuros. Pediatr Clin N Am 56 2009 1243–1261
102. Beyder S. Masoterapia Pediátrica. Pediatr Clin N Am54; 2009; 1295–1311
103. Pino P. Designing a hosting area as an advanced nursing care strategy in a pediatric nursing Ward.Medwave 2013; 13(5):5708

XIII. ANEXOS



ANEXO A
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERIA

CUESTIONARIO PARA LAS MADRES DE LOS
RECIEN NACIDOS PREMATUROS

Folio _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario, la primera parte corresponde a datos sociodemográficos y ginecobstétricos elementales para el estudio. La segunda parte corresponde a el método madre canguro y a los cuidados que proporciona el personal de enfermería, al recién nacido prematuro, coloque una X dentro del espacio correspondiente Sí/ No, según la respuesta que corresponda a su caso. Recuerde, que esto no es un examen y solo se pretende conocer su opinión, la cual será manejada confidencialmente.

Parte I. Antecedentes Sociodemográficos y Ginecobstétricos

MADRE

1. Edad _____ Escolaridad _____
2. Abortos _____ Cesáreas _____ Partos _____
3. Infecciones durante el embarazo _____
4. Tuvo control Prenatal _____

RECIÉN NACIDO PREMATURO

5. Semanas de gestación _____
6. Peso al nacimiento _____
7. Apgar al nacimiento _____
8. Peso al inicio del estudio _____
9. Ganancia de peso/día _____
10. Edad al alta _____
11. Peso al alta _____
12. Días de estancia _____
13. Ganancia de Peso total _____

PARTE II.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MÉTODO MADRE CANGURO

14. ¿Conozco el método madre canguro? SI_____ NO_____
15. ¿Recibí capacitación sobre este método? SI_____ NO_____
16. ¿Conozco los signos y síntomas de alarma que en ponen en riesgo del recién nacido prematuro?
SI_____ NO_____
17. ¿Tengo conocimientos de la alimentación alternativa, hasta que mi hijo/a, inicie la lactancia materna? SI_____ NO_____
18. ¿La madre del recién nacido prematuro, es la pieza fundamental, para la ganancia de peso de su hijo/a? SI_____ NO_____
19. ¿Conozco las condiciones que favorecen a que mi hijo/a, para que salga de la incubadora?
SI_____ NO_____
20. ¿Los cuidados que el personal de enfermería, le brinda al recién nacido prematuro, en incubadora, son mejores, que los que proporciona la madre? SI_____ NO_____
21. ¿Si la madre proporciona cuidados del método madre canguro, al recién nacido prematuro, éste ganará peso?
SI_____ NO_____
22. ¿La madre del recién nacido prematuro, está pendiente de la ganancia de peso, todos los días?
SI_____ NO_____
23. ¿Sé que la ganancia de peso del recién nacido prematuro, es indispensable, para integrarlo, a su entorno familiar? SI_____ NO_____
24. ¿Cuándo el recién nacido prematuro, se encuentra en contacto piel a piel, con la madre, se le toma el pulso, la respiración y temperatura, antes, durante y después, del procedimiento?
SI_____ NO_____

PARTE III. CUESTIONARIO GENERAL SOBRE MEDIDAS DE CONFORT SEGÚN KATHERINE KOLCABA.

Esfera Física		SI	NO
1.	¿Cuándo está en contacto piel a piel con su hijo/a, le hace ejercicios?		
2.	¿Cambia de posición a su hijo/a, y le proporciona masaje?		
3.	¿Cuándo su hijo/a permanece en contacto piel a piel con usted, duerme?		
4.	¿Cuándo alimenta a su hijo/a, le proporciona caricias?		
5.	¿Al brindarle a su hijo/a caricias, facilita que tenga atención hacia su rostro?		
Esfera Social			
6.	¿Cuándo está con su hijo/a, le habla con voz suave?		
7.	¿La enfermera se relaciona conmigo, sobre los cuidados que debo dar a mi hijo/a?		
8.	¿El personal de enfermería, me brinda apoyo y confianza, durante mi estancia en el servicio?		
9.	¿Cuándo estoy con mi hijo/a, le brindo musicoterapia?		
10.	¿Cuándo proporciono cuidados al recién nacido prematuro, acostumbro hablarle?		
Esfera Ambiental			
11.	¿Disminuye la iluminación, para que su hijo/a pueda abrir los ojos?		
12.	¿El lugar donde se brinda el método madre canguro, es agradable?		
13.	¿El ruido altera las actividades que se realizan en el servicio?		
14.	¿Considera que la incubadora es un lugar confortable para el recién nacido prematuro?		
15.	¿El servicio cuenta con reposet, para llevar a cabo el método madre canguro?		
Esfera Espiritual			

16.	¿La enfermera me proporciona esperanza, ante la recuperación de mi hijo/a?		
17.	¿Cuándo estoy con mi hijo (a), me encuentro relajada?		
18.	¿Tengo confianza en el personal de enfermería que cuidan a mi hijo/a?		
19.	¿Mis creencias me brindan la paz interior?		
20.	¿La enfermera me brinda ánimo y apoyo, durante mi estancia, en el servicio?		

FUENTE: KOLCABA, 1996 ⁸⁵

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



ANEXO B
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERIA

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Folio_____

Instrucciones: Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario, la primera parte corresponde a datos sociodemográficos elementales para el estudio.

La segunda parte corresponde a los cuidados que proporciona el personal de enfermería al recién nacido prematuro y a la madre en el método madre canguro, coloque una X dentro del espacio correspondiente Sí/ No, según la respuesta que corresponda a su caso. Recuerde, que esto no es un examen y solo se pretende conocer su opinión, la cual será manejada confidencialmente.

Parte I. Antecedentes Sociodemográficos

PARTE I

ENFERMERÍA:

1. Edad < ó = 35 años > ó = 36 años _____
2. Antigüedad laboral < ó = 15 años > ó = 16 años _____
3. Experiencia en la aplicación de la técnica madre canguro SI_____ NO_____
4. Antecedentes profesionales Licenciatura _____ Técnico_____

PARTE II

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MÉTODO MADRE CANGURO

5. ¿Conozco el MMC? SI_____ NO_____
6. ¿Recibí capacitación sobre este método? SI_____ NO_____
7. ¿Conozco los signos y síntomas de alarma que ponen en riesgo la vida del recién nacido prematuro?
SI_____ NO_____

8. ¿Tengo conocimientos de los cuidados que debo proporcionarle al RNP, hasta inicie la lactancia materna? SI_____ NO_____

9. ¿La madre del recién nacido prematuro, es la pieza fundamental, para la ganancia de peso de su hijo/a?

SI_____ NO_____

10. ¿Los cuidados que el personal de enfermería, le brinda al recién nacido prematuro, en incubadora, son mejores, que los que proporciona la madre? SI_____ NO_____

11. ¿Si la madre proporciona cuidados del método madre canguro, al recién nacido prematuro, éste ganará peso?

SI_____ NO_____

12. ¿La madre del recién nacido prematuro, está pendiente de la ganancia de peso, todos los días?

SI_____ NO_____

13. ¿Sé que la ganancia de peso del recién nacido prematuro, es indispensable, para integrarlo, a su entorno familiar? SI_____ NO_____

14. ¿Los Cuidados de Enfermería intervienen en el desarrollo del RNP y obtiene ganancia de peso? SI_____ NO_____

PARTE III. CUESTIONARIO GENERAL SOBRE MEDIDAS DE COMODIDAD SEGÚN KATHERINE KOLCABA.

Esfera Física		SI	NO
1.	¿Cuándo el recién nacido prematuro, se encuentra en contacto piel a piel con la mamá, se le toma el pulso, la respiración y temperatura, antes, durante y después del procedimiento?		
2.	¿Cambia de posición al recién nacido prematuro, y le proporciona masaje?		
3.	¿Cuándo le brinda terapia afectiva y táctil al recién nacido prematuro, duerme?		
4.	¿Cuándo alimenta al recién nacido prematuro, le proporciona caricias?		
5.	¿Al brindarle al recién nacido prematuro, caricias, facilita que tenga atención a su rostro?		
Esfera social			

6.	¿Cuándo está con el recién nacido prematuro, le habla con voz suave?		
7.	¿La enfermera se relaciona con la mamá, sobre los cuidados que debe dar a su hijo/a?		
8.	¿La enfermera, brinda apoyo y confianza a la madre del recién nacido prematuro, durante su estancia en el servicio?		
9.	¿Cuándo estoy con el recién nacido prematuro, le brindo musicoterapia?		
10.	¿Cuándo proporciono cuidados al recién nacido prematuro, acostumbro hablarle?		
Esfera ambiental			
11.	¿Cuándo proporciono cuidados al recién nacido prematuro disminuyo la iluminación, para que pueda abrir los ojos?		
12.	¿El lugar donde la enfermera brinda sus cuidados, es agradable?		
13.	¿El ruido altera las actividades que se realizan en el servicio?		
14.	¿Considera que la incubadora es un lugar confortable para el recién nacido prematuro?		
15.	¿Coloca nidos en la incubadora para ofrecer confort al RNP?		
Esfera Espiritual			
16.	¿La enfermera proporciona apoyo a la madre del recién nacido prematuro, ante su recuperación?		
17.	¿Respeto la ideología, cultura y creencias religiosas de las madres de los RNP?		
18.	¿La madre tiene confianza en las enfermeras que cuidan a su hijo/a?		
19.	¿Los cuidados que proporciono al RNP me satisfacen?		
20.	¿La enfermera brinda ánimo y apoyo a la madre, durante su estancia, en el servicio?		

FUENTE: KOLCABA, 1996 ⁸⁵

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

ANEXO C

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA APLICADA AL RECIEN NACIDO PREMATURO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 6 Termorregulación PATRON: 2 Nutricional metabólico Termorregulación ineficaz R/C inmadurez M/P frialdad de la piel, reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Regulación metabólica (I) RESULTADO: Termorregulación: recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad de la temperatura • Cambios de coloración cutánea • Glucemia inestable 	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderada 4 Leve 5 Ninguno	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico complejo (2) CLASE: Termorregulación (M)				
INTERVENCION: Regulación de la temperatura				
ACTIVIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia • Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido • Colocar al recién nacido en incubadora, si procede. 				

Figura III.1 Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados

Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. ⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 6 Termorregulación PATRON: 2 Nutricional metabólico Termorregulación ineficaz R/C inmadurez M/P frialdad de la piel, reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal	RESULTADO DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Regulación metabólica (I) RESULTADO: Termorregulación: recién nacido	INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad de la temperatura • Cambios de coloración cutánea • Glucemia inestable 	ESCALA DE MEDICION 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderada 4 Leve 5 Ninguno	PUNTUACION DIANA Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico complejo (2) CLASE: Termorregulación (M)				
INTERVENCION: Regulación de la temperatura				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia • Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido • Colocar al recién nacido en incubadora, si procede. 				

Figura III.2. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados
Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro.⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (<i>NANDA</i>)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (<i>NOC</i>)			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión PATRON: 2 Nutricional metabólico Deterioro de la deglución R/C prematuridad M/P incapacidad para vaciar la cavidad oral	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud fisiológica (II) CLASE: Nutrición (K) RESULTADO: Estado de deglución: fase oral	<ul style="list-style-type: none"> Mantiene la comida en la boca 	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (<i>NIC</i>)				
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)				
INTERVENCION: Alimentación enteral por sonda				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Insertar una sonda gástrica de acuerdo con el protocolo del centro Elevar la cabecera a 30° durante la alimentación Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal Utilizar una técnica higiénica en la administración de la alimentación Comprobar la existencia de residuo gástrico 				

Figura III.3. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados
Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro.⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión PATRON: 2 Nutricional metabólico Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C Prematuridad M/P Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Nutrición (K) RESULTADO: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria oral (Leche materna) • Ingestión alimentaria por sonda • Administración de líquidos con nutrición parenteral total • Administración de líquidos I.V. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)				
INTERVENCION: Alimentación enteral por sonda				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Insertar una sonda gástrica de acuerdo con el protocolo del centro • Elevar la cabecera a 30° durante la alimentación • Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal • Utilizar una técnica higiénica en la administración de la alimentación • Comprobar la existencia de residuo gástrico 				

Figura III.4. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados

Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. ⁸⁶

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: Fisiológico básico (1)	CLASE: Apoyo nutricional (D)
CAMPO: Familia(5)	CLASE: Cuidados de un nuevo bebe (W)
INTERVENCION: Administración de Nutrición Parenteral	INTERVENCION: Ayuda en la lactancia materna
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en la inserción de la línea central • Mantener la permeabilidad de la vía central • Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones NPT • Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT • Mantener un índice de flujo constante de la solución NPT • Evitar pasar rápidamente la solución NPT retrasada • Controlar ingesta y eliminaciones • Pesar de manera continua • Vigilar niveles de albumina, proteína total, electrolitos y glucosa en suero y perfil químico • Controlar signos vitales • Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados correspondientes • Mantener las precauciones universales. 	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el recién nacido para que de pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento. • Vigilar la capacidad del recién nacido para lactar. • Observar al recién nacido al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la sección y se percibe la deglución • Animar a la madre a que no limite el tiempo de lactar al recién nacido • Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar • Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del recién nacido • Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en el mismo. • Proporcionar formulas suplementarias solo en caso necesario • Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al recién nacido.

Figura III.5. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados

Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro.⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 13 Crecimiento/desarrollo CLASE: 2 Desarrollo PATRON: 4 Actividad/ ejercicio Riesgo de retraso en el desarrollo R/C prematuridad	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Crecimiento y desarrollo (B) RESULTADO: Desarrollo Infantil: 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> Reflejo de Moro Reflejo de Babinski Reflejo plantar Reflejo de succión 	1 Nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Familia (5) CLASE: Cuidados de crianza de un nuevo bebe (Z)				
INTERVENCION : Cuidados del desarrollo				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar un espacio para los padres en la unidad Evitar la sobrestimulación Cambiar de posición al recién nacido con frecuencia Controlar los estímulos (luz, ruido, procedimientos) del entorno del recién nacido y reducirlos según sea conveniente 				

Figura III.6. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados
Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. ⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 13 Crecimiento/desarrollo CLASE: 1 Crecimiento PATRON: 4 Actividad/ ejercicio Riesgo de crecimiento desproporcionado R/C prematuridad	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Crecimiento y desarrollo (B) RESULTADO: Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Percentil de peso por talla Percentil del peso por edad Percentil del perímetro craneal por edad 	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Familia (5) CLASE: Cuidados a un nuevo bebe (W)				
INTERVENCION: Cuidados del recién nacido		INTERVENCION : Monitorización del recién nacido		
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Pesar y medir al recién nacido Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada Medir el perímetro cefálico 		ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se establezca Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar Comprobar la capacidad de succión del recién nacido Vigilar el peso del recién nacido Mantener un registro preciso de ingesta y eliminaciones 		

Figura III.7. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados
Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. ⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico PATRON: 6 Cognitivo /perceptivo Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, químicos, biológicos y psicológicos M/P conducta expresiva, cambios en los signos vitales, conducta defensiva, observación de evidencias de dolor, trastornos del sueño.	RESULTADO DOMINIO: V salud percibida CLASE: U salud y calidad de vida RESULTADO: Estado de comodidad física	INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Control de síntomas • Bienestar físico • Relajación muscular • Posición cómoda 	ESCALA DE MEDICION 1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	PUNTUACION DIANA Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
PROBLEMA INTERDEPENDIENTE				
Dolor S/A procedimientos invasivos, estímulos táctiles excesivos M/P conducta expresiva, cambios en los signos vitales, conducta defensiva, observación de evidencias de dolor, trastornos del sueño.				
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico complejo (2) CLASE: Control de fármacos (H)				
INTERVENCION: Manejo del dolor				
ACTIVIDADES : <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, frecuencia, duración, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Observar claves no verbales de molestias • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos) • Seleccionar y desarrollar aquellas medidas farmacológicas y no farmacológicas que faciliten el alivio del dolor, si procede. 				

Figura III.8. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados
Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. ⁸⁶

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones CLASE: 2 Relaciones familiares PATRON: 8 Rol/Relaciones Riesgo de deterioro de la vinculación (Padres-Hijo) R/C niño prematuro	DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Interacción social (P) RESULTADO: Lazos afectivos padres-hijo	<ul style="list-style-type: none"> Mantienen al Recién Nacido cerca de ellos Tocan y acarician al Recién Nacido 	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)				
INTERVENCION: Cuidados canguro (recién nacido prematuro)				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Determinar la imagen que tiene la madre o el padre del prematuro Explicar los cuidados de canguro del niño prematuro y sus beneficios a la madre Determinar si el estado fisiológico del recién nacido cumple con las guías de participación en los cuidados de canguro Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes Asegurar que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante instruir a la madre o al padre acerca del traslado del recién nacido desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos, si procede Colocar al recién nacido con pañales en posición recta prona sobre el pecho de la madre o el padre. Pasar la ropa de la madre alrededor del recién nacido o colocar mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura del recién nacido Animar a la madre o al padre a que acaricie suavemente al recién nacido en la posición recta prona, si procede. Fomentar la estimulación auditiva del recién nacido, si procede. Apoyar a la madre en la alimentación y en los cuidados del recién nacido Aconsejar a la madre/padre a disminuir la actividad cuando el recién nacido muestre signos de estimulación excesiva Fomentar la alimentación al seno materno durante los cuidados de canguro del niño prematuro, si procede Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas cada vez de forma efectiva, si procede Monitorizar la reacción emocional de la madre o el padre en relación con los cuidados de canguro Monitorizar el estado fisiológico del recién nacido (Color, temperatura, frecuencia cardiaca y apnea) y suspender los cuidados de canguro si el recién nacido resulta fisiológicamente comprometido o agitado. 				

Figura III.9. Plan de cuidados que se brinda al neonato, en la unidad de cuidados especializados

Fuente: G.P.C. Intervenciones de enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. ⁸⁶

ANEXO D

Estudios relativos con los cuidados de enfermería y cuidados en el método madre canguro

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Conde, H. ⁸⁷ 2001	Brasil	1,362 Recién Nacidos	Neonatología	Determinar si existe evidencia, para respaldar el método madre canguro, como una alternativa a la atención neonatal, convencional, después del período inicial de estabilización, mediante la atención con los cuidados de enfermería.	comparativo	Se incluyeron 3 estudios clínicos, los hallazgos demostraron que el método madre canguro se asoció a la reducción de los siguientes riesgos: infección nosocomial a la edad gestacional (riesgo relativo: 0.49; intervalo de confianza del 95). Los recién nacidos que recibieron el cuidado del método madre canguro registraron un mayor aumento de peso por día al momento del alta (diferencia de medias ponderada: 16.6 grs/día, intervalo de confianza del 95% 0.8 a 6.4.) ³
Catlett A. 2006. ⁸⁸	Africa	2177 participantes (madre-hijo)	Neonatología	Evaluar los efectos de piel a piel temprano en la lactancia materna, la adaptación fisiológica y el comportamiento en las díadas madre-recién nacido.	Se incluyeron treinta y cuatro ensayos controlados aleatorios con 2177 participantes (díadas madre-hijo). Los datos de más de dos ensayos estuvieron disponibles para sólo ocho medidas de resultado	Para los resultados primarios, encontramos un efecto positivo estadísticamente significativo de piel a piel temprano sobre la lactancia materna en uno a cuatro meses después del nacimiento (13 ensayos, 702 participantes) (riesgo relativo (RR) 1,27, intervalo de confianza del 95% (IC) 1,06 a 1,53, y SSC mayor duración de la lactancia (siete ensayos, 324 participantes) (diferencia de medias (DM) 42,55 días; IC - 1,69 a 86,79 95%), pero el resultado no alcanzó significación estadística (P = 0,06) recién nacidos prematuros tardíos tenían mejor cardio-respiratoria. la estabilidad de piel a piel temprano (un ensayo; 31 participantes). (MD 2,88, IC 0,53-5,23 95%) de glucosa

en sangre de 75 a 90 minutos después del nacimiento fue significativamente mayor en los niños de CSS (dos ensayos, 94 neonatos) (MD 10,56 mg / dl, IC 8,40-12,72 95%).

La calidad metodológica general de los ensayos fue mixta, y hubo una alta heterogeneidad de algunos resultados.

Conclusiones de los autores
Las limitaciones incluyen la calidad metodológica, las variaciones de implementación de la intervención y los resultados. La intervención parece beneficiar los resultados de la lactancia materna y la estabilidad cardio-respiratoria y disminución llanto infantil, y no tiene efectos aparentes a corto o largo plazo negativos. Se recomienda una mayor investigación. Para facilitar el meta-análisis, la investigación futura debe hacerse utilizando medidas de resultado consistentes con los de los estudios incluidos aquí. Los informes publicados deben indicar claramente si la intervención era SSC con el tiempo de inicio y la duración e incluir medias, desviaciones estándar y los valores exactos de probabilidad.

Torres, G, Arges, L, Alberto M, Figueroa L. 2004.⁸⁹

Argentina

Se estudió un grupo de 100 Recién Nacidos Prematuros, se lo comparó con otro grupo similar en peso (n = 31) nacido

Neonatología

Examinar alimentar precozmente al Recién Nacido prematuro con (Nutrición Enteral Trófica) con

Estudio prospectivo con cohorte.

La alimentación precoz con leche humana (nutrición enteral trófica) y con fortificadores de leche humana mejoró la tolerancia enteral, y disminuyó los días en

		anteriormente y seleccionado al azar.		mayores volúmenes de leche humana y fortificada con fortificadores de leche humana podría mejorar el crecimiento postnatal y mantener la producción láctea de las madres.		recuperar el peso de nacimiento, los días de ayuno y también el tiempo en alcanzar el aporte enteral total, todos de manera significativa. Las extracciones frecuentes de leche humana aumentaron el volumen disponible para aportar a los recién nacidos y permitió volver a lactar. Luego del alta, las madres pudieron mantener una lactancia materna parcial con curvas de Crecimiento aceptables al año de edad corregida..
Cattaneo A. 1998. ⁹⁰	Colombia	Recién nacidos de 66 de bajo peso.	Neonatología	Evaluar a los niños seguidos desde la unidad neonatal hasta las 40 semanas de edad gestacional en el programa madre canguro	Estudio de cohorte.	La población fue compuesta por un total de 66 niños de bajo peso, 40 (60.6%) de niñas, y 26 (39.4%) de niños, con promedios (los rangos se dan entre paréntesis) de los siguientes datos al nacer: 32 semanas (27-38) de edad gestacional; 1,434 g (700-1,950) de peso; 41 cm (35-47) de talla; y 28 cm (22-41) de perímetro cefálico, respectivamente. Al egreso los datos correspondientes fueron: 34 semanas (31-39) de edad gestacional; 19 días (4-48) edad postconcepcional; y 1552 g (1,359-2,239) de 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. 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.
Bergman N. 2006. ⁹¹	África	Se estudiaron 76 niños	Neonatología	Comparar el efecto de los cuidados madre canguro y cuidados en incubadora en los recién nacidos prematuros	Comparativo	Los resultados demostraron que el contacto piel a piel, es una alternativa segura para el crecimiento, los niños prematuros aumentaron 20gr/peso/día.
Tessier y Cols. 2005. ⁹²	Canadá	La población la conformaron 488 bebés que pesaban <2001gr con 246 en el grupo de método madre canguro y 242 en el grupo de cuidado tradicional.	Neonatología	Investigar el comportamiento de las madres y niños prematuros en el método madre canguro y tradicional.	Comparativo	Los resultados mostraron que el estado de salud del prematuro, podría ser un factor más importante en explicar el comportamiento más sensible de una madre en el método tradicional, en el método madre canguro fue lo contrario, ya que las madres al encontrarse en contacto directo con los prematuros, mostraron un estado de ánimo más efectivo, se monitoreo el peso por día con una ganancia de 20 gr por día, obtenidos en el método madre canguro, concluyendo que se debe promocionar este método para disminuir la estancia en el hospital y animar a las madres a utilizarlo lo antes posible.
Ramanath. 2001. ⁹³	India	Un grupo experimental con 28 niños prematuros con un peso de 1500 gramos y el	Neonatología	Comparar el método madre canguro con un grupo asistido por el método tradicional.	Comparativo Radomizado	El grupo que recibió el método madre canguro, al menos 4 horas por día indicaban aumento de peso al menos de 10.6 gr por día, que el grupo de cuidado tradicional. Los prematuros fueron dados de alta

		<p>sistema cardiopulmonar estable, y el otro grupo experimental fueron 14 niños prematuros, el primero con el método madre canguro y el segundo para ser asistidos por el método tradicional.</p>			<p>hospitalaria 7.4 días más temprano que los prematuros que se encontraban en el grupo de método tradicional, obteniendo ganancia de peso de 15 a 20 gramos por día, durante tres días consecutivos manteniendo la temperatura sin la necesidad de incubadora, y el contacto directo con la madre formando el vínculo afectivo.</p>	
<p>Kadam. 2005.⁹⁴</p>	<p>India</p>	<p>Se estudiaron un total de 89 niños prematuros y 45 niños en el método tradicional</p>	<p>Neonatología</p>	<p>Determinar la viabilidad y aceptación del método madre canguro</p>	<p>Estudio comparativo</p>	<p>Se encontró que había reducción significativa en el método madre canguro, ya que se demostró que este método favoreció el vínculo afectivo madre-hijo, disminución de complicaciones como hipotermia y dificultad respiratoria, obteniéndose ganancia de peso, y menos días de estancia, contra el método tradicional, ya que en el primer grupo hubo hipotermia y saturación tomada con oxímetro, con parámetro menores del 90% y dificultad respiratoria. El 79% de las madres se sentían cómodas durante el método madre canguro, este cuidado es viable ya que hubo ganancia de peso de 18 a 20 gr de peso por día, cuando las madres ya están involucradas con su hijo, este método es una intervención simple, viable y aceptable para la mayoría de las madres ya que hay beneficios en relación con reducir el índice de la hipotermia e incrementar la ganancia de peso, la sepsis y apnea sin efectos adversos. Solamente un 14% de las madres de los niños prematuros prefirieron el</p>

Charpak 2001. ⁹⁵	Bogotá Colombia	En la Clínica de San Pedro se estudiaron 1084 prematuros que pesaron < 2001 gr y quienes eran nacidos entre septiembre de 1993 y 1994.	Neonatología	Observar las emociones y ganancias significativas de las madres y sus hijos prematuros, en dos grupos, un grupo con cuidado madre canguro y otro con cuidado tradicional.	Randomizado y controlado	método tradicional, incrementando en estos niños los días de estancia. Se concluye que el estado de salud del niño prematuro podría ser un factor más prominente en explicar el comportamiento más sensible de una madre que tiene a su hijo en el método tradicional, ya que se observó un efecto de resistencia por las emociones de tristeza contenidas, en relación a la que tiene a su hijo con el método madre canguro, que se observan más seguras. Estos resultados indican que el método madre canguro, debe ser promocionado activamente y que las madres deben ser animadas a usarlo. El entorno físico y social, tiene una influencia directa e indirecta en el desarrollo de los prematuros. La adaptación del recién nacido al ambiente diferente de la unidad, puede ser facilitada, se comprenden las necesidades para su desarrollo y se modifican las condiciones ambientales de acuerdo con ellas.
Charpark y cols. 2002. ⁹⁶	Colombia	Se seleccionaron 777 niños prematuros, para cuidarlos con el método canguro y método tradicional, los niños tenían un peso de 1,770 kg.	Neonatología	Comparar los días de estancia hospitalaria de los niños prematuros en ambos métodos.	Estudio de Cohorte	Los investigadores concluyeron que el cuidado de la madre del canguro puede reducir el número de las camas neonatales del hospital, sin efectos de salud negativos, ni complicaciones, mientras que los niños cuidados en el método tradicional tenían a los niños prematuros con una estancia de más días.

Sloan y Cols. 1994. ⁹⁷	Ecuador	Se estudiaron un total de 350 niños prematuros.	Neonatología	Comparar los índices de enfermedad grave en el método madre canguro y en el método tradicional.	Estudio radomizado	Este estudio reveló índices menores de enfermedad grave en los niños prematuros, que se encontraban con el método madre canguro en un (5%) demostrando que este método reduce el número de infecciones e incrementa la ganancia de peso, que en el grupo de niños prematuros tratados con el método tradicional en un (18%)
Bergman N.R. 2004. ⁹⁸	Zimbabwe	Niños prematuros de bajo peso de 1,500 kg. De un hospital en una misión donde no se disponen de incubadoras.	Neonatología	Investigar si el método madre canguro contribuye a reducir la mortalidad y morbilidad de los niños prematuros.	Estudio Observacional	El estudio reveló que el método madre canguro contribuiría a reducir la mortalidad y la morbilidad de los niños prematuros indicando un incremento en la supervivencia en el hospital de un 10% a un 50%, entre los niños de bajo peso, situado en 1,500 Kg., incrementando ganancia de peso, disminuyendo la morbilidad y mortalidad. Destacando la importancia de que los prematuros, estuvieran en contacto piel a piel las 24 horas del día 16.
Díaz y cols. 1985. ⁹⁹	Bogotá Colombia	Una muestra de 129 niños, 59 niñas, con pesos al nacer entre 990 gr. a 2200 gr., con una mediana de 1780 gr., y el promedio de la edad gestacional al nacer fue de 33.5 semanas	Neonatología	Demostrar la eficacia del método canguro.	Estudio longitudinal	En este estudio se encontró que al egreso del Hospital el peso promedio fue de 1250 gr., con una edad gestacional promedio de 30 semanas, estos prematuros recuperaron su peso al nacer en un promedio de 29 días de edad post-natal, reduciendo el número de infecciones y los días de estancia en el hospital, demostrando que el método canguro es ideal, ya que se debe concienciar a las madres de los niños de bajo peso a utilizarlo.

Linceto O. 1998. ¹⁰⁰	Mozambique	La población de estudio incluyó a 246 prematuros < 2000 gramos	Neonatología	Determinar el impacto de la temporada y el peso sobre el crecimiento y las complicaciones en prematuro	Estudio longitudinal	Logrando un peso con el método madre canguro hasta 2400 g y fue obtenido en 64 %. No había ninguna diferencia en cuanto a las estaciones del año, el aumento de peso y el riesgo de las complicaciones en prematuros, tratados con el método madre canguro, en el hospital. Durante la estación fría, el riesgo de las complicaciones eran serias, incluyendo la muerte, era más alto (1.96 de proporción de riesgo; = 0.02 de p) y más readmisiones ocurrieron (2.77 de proporción de riesgo; = 0.04 de p). En ninguno de los prematuros hubo complicaciones y no afectó la tasa de crecimiento, inclusive ganaron peso en 3 días consecutivos, sin considerar el peso verdadero, o si el peso después del parto. Se recomendó en la estación fría particularmente, más esfuerzos para asegurar el acatamiento del método madre canguro, y educar a madres sobre señales tempranas de las complicaciones como bronconeumonía y apoyar el cuidado en el momento oportuno. Ya que con este método de madre canguro, los prematuros pueden crecer suficientemente.
Sayers M. S. 2010. ¹⁰¹	Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Australia	La muestra fueron 6,425 recién nacidos prematuros	Neonatología	Demostrar la eficacia de los cuidados neonatales, para disminuir la mortalidad en los	Meta análisis	Los resultados demostraron que las intervenciones escogidas de asistencia neonatal precoz, como son: reanimación

Beyder S. 2009. ¹⁰²	Estados Unidos	Se investigaron a 5,00 niños de bajo peso al nacer	Neonatología	Demostrar los efectos prometedores de la Masoterapia en la Unidad de cuidados Neonatales.	Meta análisis	<p>recién nacidos prematuros y obtener ganancia de peso</p> <p>con aire ambiente. recomendada, en lugar de oxígeno al 100%, pero debe haber oxígeno suplementario disponible, para la mejora de la evolución neonatal, Envolver en plástico, piel con piel, cuna precalentada, ayuda a la reducción de pérdida de calor, el inicio de lactancia materna, ayuda a prevenir infecciones e incrementa la ganancia de peso, la posición supina en el recién nacido prematuro, evita el síndrome de muerte súbita.</p> <p>Los resultados que se obtuvieron sobre el masaje neonatal realizado por un cuidador debidamente formado a los frágiles neonatos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales demostró su factibilidad y seguridad, así como las mejorías cuantitativas y cualitativas para los niños prematuros y sus cuidadores. Los resultados indicaron que los cuidadores asignados aleatoriamente para administrar el toque/masaje neonatal informaron de su satisfacción al realizar esta técnica y mostraron una disminución de los síntomas depresivos. Además, el estudio demostró la seguridad del masaje neonatal, basada en la estabilidad fisiológica y la ausencia de cambios de la puntuación de la agitación o el dolor en los neonatos que recibieron Masoterapia tuvieron una mayor ganancia ponderal (5 g/día) y menor estancia hospitalaria (4-5 días).</p>
--------------------------------	----------------	--	--------------	---	---------------	--

Pino P. 2013. ¹⁰³	Santiago Chile	Se estudiaron 176 Recién nacidos prematuros	Neonatología	Implementar un modelo de cuidado a través de un espacio de acogida para satisfacer las necesidades de confort de los padres e hijos para su recuperación.	Estudio observacional	La participación activa de los padres sobre las intervenciones educativas proporcionadas por el personal de enfermería refleja en su hijo/a, aumento de la percepción del confort, aumento del estado de alerta y una vinculación afectiva con el personal de salud.
---------------------------------	-------------------	---	--------------	--	--------------------------	--