

**UNIVERSIDAD EVANGELICA BOLIVIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**TRABAJO FINAL DE GRADO
TESIS DE LICENCIATURA**

**ESTRATEGIAS PARA CAPACITAR A LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO
DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR CON BASE AL PROGRAMA MADRE
CANGURO SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONES
ENERO – JUNIO 2016**

PREVIA OPCION AL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

SANTA CRUZ DE LA SIERRA - BOLIVIA

2018

NORAH LIJERON COCA



TRABAJO FINAL DE GRADO

TESIS DE LICENCIATURA

**ESTRATEGIAS PARA CAPACITAR A LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO
DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR CON BASE AL PROGRAMA MADRE
CANGURO SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONES
ENERO – JUNIO 2016**

PREVIA OPCION AL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

SANTA CRUZ DE LA SIERRA - BOLIVIA

2018

DEDICATORIA

A DIOS

Que en silencio me acompaña sin pedir nada a cambio, por levantarme en los momentos de agotamiento por consolarme en los momentos de tristeza por ser mi defensor, por todas las cosas, momentos maravillosos y ángeles que puso a mí alrededor. Por regalarme la alegría de ver realizado uno más de mis sueños

A MIS HIJOS

A quienes con el corazón lleno de tristeza tuve que robarles horas de convivencia, cuidados y juegos para poder terminar mi Carrera, agradeciéndoles que a cambio al verme, brille su mirada y corran con alegría hacia mi brindándome sonrisas y mil besos.

Para ustedes hijos que desde que nacieron son mi valentía, mi fuerza, mi alegría... la razón de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por darme la vida y sostenerme en todos estos años de mi formación académica, por haberme mantenido sana y en buenas condiciones por haberme dado de esa manera la posibilidad de estudiar esta bella y honrosa Carrera.

A LA UNIVERSIDAD EVANGÉLICA BOLIVIANA

Por darme la posibilidad de profundizar mis conocimientos.

A LOS DOCENTES

Por la dedicación que tuvieron para que yo me formase, especialmente a la Licenciada Albertina Zavala por todo el apoyo brindado a lo largo de mi carrera, por su asesoría, tiempo, motivación y conocimientos que me ha transmitido para realizar mi trabajo de grado.

RESUMEN

La presente investigación sobre estrategias para capacitar a las madres en el cuidado del niño prematuro en el hogar, con base al Programa Madre Canguro, fue realizado en el servicio de Neonatología del Hospital Universitario Japonés durante el periodo de enero a junio del 2016, con el objetivo de proponer un modelo de capacitación a las madres con base al Programa Madre Canguro para la prevención de las complicaciones del prematuro en el hogar.

La metodología es de tipo descriptivo, analítico y cuantitativo, cuyo universo estuvo compuesto por todas las madres de los niños prematuros que ingresaron al servicio de Neonatología del Hospital, se aplicó un test con preguntas cerradas relacionadas con todas las variables de la investigación.

Los resultados obtenidos fueron: 58% de los niños prematuros corresponden a prematuro moderado o tardío, 64% de los prematuros desarrollaron ictericia del prematuro, 35% de los niños prematuros tienen una madre de 15 años, 30% de las madres alcanzaron a estudiar solo la primaria. El 50% de las madres viven en unión libre, el 40% de las mamás tienen más de 6 hijos, el 35% se dedican al comercio, el 33% de los prematuros que volvieron como reingreso al hospital fue por hipotermia.

Se concluye mencionando que la edad de la madre influye en el nacimiento de los niños prematuros, los diagnósticos más frecuentes fueron la ictericia, apnea e hipoglicemia.

Las causas de reingresos fueron la hipotermia, neumonía, desnutrición y deshidratación, factores que están relacionados con la calidad del cuidado que brinda la madre en el hogar.

Capacitando a las madres sobre los cuidados del prematuro en el hogar se disminuirán los reingresos por complicaciones en los hospitales

Las palabras claves que se utilizaron fueron: Niño prematuro, Mamá Canguro y capacitación.

ABSTRACT

The present research on strategies to train mothers in the care of premature children in the home, based on the Kangaroo Mother Program, was carried out in the neonatology service of the Japanese University Hospital during the period from January to June 2016. With the objective of proposing a training model for mothers based on the Kangaroo Mother Program for the prevention of complications of prematurity in the home.

The methodology is descriptive, analytical and quantitative, whose universe was composed of all the mothers of premature children who entered the Neonatology service of the Hospital, a test with closed questions related to all the variables of the investigation was applied.

The results obtained were: 58% of premature children correspond to moderate or late preterm, 64% of premature children developed jaundice of prematurity, 35% of premature children have a mother of 15 years, 30% of mothers reached to study alone Elementary School. 50% of the mothers live in a free union, 40% of the mothers have more than 6 children, 35% are engaged in trade, 33% of the premature babies who returned to the hospital as re-entry was due to hypothermia.

It concludes by mentioning that the age of the mother influences the birth of premature children, the most frequent diagnoses were jaundice, apnea and hypoglycemia.

The causes of re-admission were hypothermia, pneumonia, malnutrition and dehydration, factors that are related to the quality of care provided by the mother in the home.

Training mothers on the care of premature babies in the home will reduce readmissions due to complications in hospitals

The key words that were used were: Premature child, Kangaroo mom and training.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPÍTULO I: COMPONENTES INTRODUCTORIOS	
1. Introducción	1
3. Pregunta de investigación	4
4. Hipótesis.....	4
5. Justificación	5
6. Objetivos de la investigación	6
CAPÍTULO II: COMPONENTES PRINCIPALES O DESARROLLO	
1. Balance del estado de cuestión.....	7
2. Marco Teórico.....	15
3. Marco conceptual	28
4. Marco referencial.....	29
5. Definición Operacional de las variables.....	30
6. Diseño metodológico de la investigación.....	33
7. Universo y muestra.....	33
8. Estrategias para obtener los datos	33
9. Técnica e instrumento de recolección de la información	34
10. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	34
11. Procedimientos para analizar datos	34
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
1. Conclusiones.....	61
2. Recomendaciones.....	62
CAPÍTULO IV: COMPONENTES COMPLEMENTARIOS	
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	63

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución de los Neonatos según edad gestacional, Servicio de Neonatología.....	35
Cuadro 2. Distribución de los Neonatos según su diagnóstico de ingreso, Servicio de Neonatología.	37
Cuadro 3. Distribución de los niños Prematuros según diagnóstico de reingreso, Servicio de Emergencia.	39
Cuadro 4. Tipo de alimentación que reciben los neonatos según las madres en el Servicio de Neonatología.	41
Cuadro 5. Nivel de conocimiento de las madres sobre frecuencia de alimentación de los Neonatos, Servicio de neonatología.....	43
Cuadro 6. Nivel de conocimiento de las mamás en relación a la frecuencia que debe bañar a su bebe, Servicio de Neonatología	45
Cuadro 7. Nivel de conocimiento de las mamás en relación al material básico y lugar adecuado para realizar el aseo corporal del Neonato	47
Cuadro 8. Distribución de los Neonatos según técnicas de aseo en genitales femeninos que realizan las mamás, Servicio de Neonatología.....	49
Cuadro 9. Distribución de los Neonatos según técnicas en el aseo genital masculino que realizan las mamás, Servicio de Neonatología	51
Cuadro 10. Distribución de las madres de niños Prematuros según edad y estado civil, Servicio de Neonatología.	53
Cuadro 11. Distribución de las madres de niños Prematuros según su grado de instrucción, Servicio de Neonatología.....	55
Cuadro 12. Distribución de las madres de los niños Prematuros según número de hijos, Servicio de Neonatología.....	57
Cuadro 13. Distribución de las madres de los niños Prematuros, Según su ocupación, servicio de Neonatología.	59

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de los Neonatos según edad gestacional, Servicio de Neonatología.....	36
Gráfico 2. Distribución de los Neonatos según su diagnóstico de ingreso, Servicio de Neonatología.	38
Gráfico 3. Distribución de los niños Prematuros según diagnóstico de reingreso, Servicio de Emergencia.	40
Gráfico 4. Tipo de alimentación que reciben los neonatos según las madres en el Servicio de Neonatología.	42
Gráfico 5. Nivel de conocimiento de las madres sobre frecuencia de alimentación de los Neonatos, Servicio de Neonatología	44
Gráfico 6. Nivel de conocimiento de las mamás en relación a la frecuencia que debe bañar a su bebe, Servicio de Neonatología	46
Gráfico 7. Nivel de conocimiento de las mamás en relación al material básico y lugar adecuado para realizar el aseo corporal del neonato.....	48
Gráfico 8. Distribución de los neonatos según técnicas de aseo en genitales Femeninos	50
Gráfico 9. Distribución de los Neonatos según técnicas en el aseo genital masculino que realizan las mamás, Servicio de Neonatología	52
Gráfico 10. Distribución de las madres de niños Prematuros según edad y estado civil, Servicio de Neonatología.	54
Gráfico 11. Distribución de las madres de niños Prematuros según su grado de instrucción, Servicio de Neonatología.	56
Gráfico 12. Distribución de las madres de niños Prematuros según número de hijos, Servicio de Neonatología.....	58
Gráfico 13. Distribución de las madres de niños prematuros según su ocupación, Servicio de Neonatología.....	60

CAPÍTULO I
COMPONENTES
INTRODUCTORIOS

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (Pablo Durán, 2015 OPS).

La gran mayoría de los recién nacidos prematuros por su inmadurez pulmonar requieren ser colocados en una incubadora para mantener una buena temperatura, corporal y estar protegido del ruido, de la luz y de muchos agentes infecciosos del medio ambiente externo (Sociedad Americana Torácica, 2012, Pág. 2).

Para el cuidado de los niños prematuros por las madres, en Colombia 1978 el Dr. Edgar Rey Sanabria creó el Programa Madre Canguro. Este Programa está basado en el contacto piel a piel, entre la madre y el niño, para lo cual el niño se coloca en posición de canguro en el pecho de la madre, manteniendo así el calor del niño, estimular la lactancia materna y lograr la salida temprana de la incubadora, en este programa la madre se constituye en el cuidador principal por lo que se requiere que el personal de salud capacite a la madre sobre el programa desde que el niño ingresa al servicio de neonatología y durante toda la estancia en el hospital (Castiblanco Col., 2011, Pág. 121).

Este trabajo tiene como propósito diseñar una propuesta para orientar a las madres durante la estancia del niño y la madre en el hospital; sobre el cuidado del prematuro en el hogar mediante el Programa Madre Canguro.

Para su realización, se revisó los libros de registro de ingreso de niños prematuros que nacieron en el periodo de enero a junio del año 2016 y el número de

reingresos por complicaciones a la sala de Neonatología del Hospital Universitario Japonés.

Para identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres en relación con el cuidado que deben brindar a los niños prematuros en el hogar, se aplicó una encuesta a 20 madres cuidadoras de los niños durante la hospitalización. Obtenida la información, se elaboró la propuesta con base a los lineamientos del Programa “Madre canguro” para capacitar a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar.

Para conocer el número de niños que reingresaron con complicaciones y los diagnósticos más frecuentes de reingreso de los prematuros se revisó los libros de registro del servicio de Emergencia.

Los resultados obtenidos demuestran que los diagnósticos con más alto porcentaje son: Ictericia con 21%, apnea del prematuro con un 17%, hipoglucemia con un 15%, síndrome de distres respiratorio con 12%.

En relación con la edad de las madres el 35% son adolescentes de 15 años, el 30% de las madres hicieron la primaria, y solo un 10% de las mamás son profesionales, un 35% son comerciantes y un 25% son amas de casa, dependiendo económicamente de su pareja. También se pudo conocer que el estado civil en unión libre representa un 50%, el 40% de las madres ha tenido más de 6 hijos.

Durante el periodo de estudio que es de enero a junio del 2016 según la edad gestacional de los prematuros el 58% son prematuros moderados (menores de 37 semanas de gestación), muy prematuro con un 34% (de 29 a 32 semanas de gestación). Un 30% de los pacientes volvieron a internarse con el diagnóstico de hipotermia, un 25% con neumonía, un 23% con desnutrición, y un 14% con deshidratación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) 2015, reportó que cada año cerca de 15 millones de niños prematuros nacen en todo el mundo, esta cifra está aumentando, más de 1 millón de estos prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto y posparto. Más de 3.000 niños mueren cada día por complicaciones de nacimiento prematuro, las complicaciones del nacimiento prematuro superan a todas las otras causas, siendo la principal causa de mortalidad infantil en el mundo (w.w.w.who.int.media.neus.index3).

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el año 2016, el 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. Existen grandes diferencias en las tasas de supervivencia de los bebés prematuros en función del lugar donde hayan nacido. Por ejemplo, más del 90% de los prematuros nacido en países de ingresos bajos muere en los primeros días de vida, sin embargo, en los países de ingresos altos muere menos del 10% (www.who.int.mediacentre.factsheets).

En América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile, 27.2 y 27 % respectivamente; Argentina, 26 %; Venezuela, 24.6%; Honduras y Paraguay, 24 y 23.9%; Colombia, 23.1%; Brasil, 21.9 %; Nicaragua, 20.6%; Ecuador y Perú, 19.7 y 19.6%; México, 18.5 %; Uruguay, 17.6%; El Salvador ,17.5%; Panamá, 15.9 %; Bolivia, 15.3%; y Guatemala, 1.2.6%.

En Bolivia, los índices de mortalidad neonatal son alarmantes, según datos del Ministerio de Salud cada año mueren en promedio 2.800 bebés prematuros, es decir 7 al día (la razón la paz 17 de noviembre del 2015).

El Hospital de la mujer Dr. Percy Boland anualmente recibe 9.000 niños, de estos el 40% son prematuros, que nacen antes de las 30 semanas de gestación, los índices de mortalidad son altos y solo sobrevive el 10%, siendo el sexo

femenino con más posibilidades de sobrevivencia (El mundo Santa Cruz de la Sierra, lunes 9 de octubre del 2017).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué estrategias se deben usar para capacitar a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar posterior al alta hospitalaria?

4. HIPÓTESIS

La aplicación del Programa Madre Canguro para el cuidado del niño prematuro en el hogar previene el reingreso al hospital y contribuye a disminuir las tasas de mortalidad neonatal.

5. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. La prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.

Según tasas de supervivencia, en contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco costosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, lactancia materna exclusiva, y cuidados oportunos para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive.

La capacidad de las madres para el cuidado correcto del niño prematuro en el hogar es un factor importante para disminuir la tasa de mortalidad infantil. Por esta razón es importante que durante los controles prenatales y la hospitalización se capacite a las madres para que puedan atender a los niños en forma oportuna y segura.

- **Relevancia científica**

Esta investigación aportará conocimientos científicos al personal de salud especialmente a las enfermeras, sobre la forma de orientar a las madres de los niños prematuros, para que realicen los cuidados correctos en el hogar.

- **Relevancia Social**

La aplicación del Programa Madre Canguro permitirá una mejor calidad de vida del niño realizando capacitaciones a las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro y disminuir la mortalidad neonatal.

- **Relevancia Personal**

Esta investigación es importante, porque permitirá generar información que será utilizada por los profesionales en salud para orientar a las madres sobre el cuidado del prematuro en el hogar.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Proponer un modelo de capacitación a las madres sobre el Programa Madre Canguro para la prevención de las complicaciones del prematuro en el hogar, de Enero a Junio del 2015 Hospital Universitario Japonés.

Objetivos Específicos:

1. Cuantificar la incidencia de niños prematuros que nacen en el Hospital Universitario Japonés.
2. Cuantificar el número de niños prematuros que ingresan por complicaciones a la sala de Neonatología.
3. Determinar las características socio - demográficas de las madres de los niños prematuros.
4. Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar.
5. Identificar las complicaciones más frecuentes que presentan los niños prematuros después de salir del Hospital.
6. Diseñar un modelo de capacitación a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar, utilizando el Programa Madre Canguro.

CAPÍTULO II

COMPONENTES PRINCIPALES O DESARROLLO

1. BALANCE DEL ESTADO DE CUESTIÓN

Existen diversos autores en diferentes países del mundo que han realizado investigaciones sobre modelo de capacitación a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar, para ser aplicado a los neonatos posterior a la alta hospitalaria, cada uno sobre diferentes perspectivas, a continuación se presenta una síntesis de cada uno en relación a los objetivos, conclusiones y resultados obtenidos de la temática.

Incidencia de nacimientos de niños prematuros

En mayo del 2013 Rosalinda Pérez, et al 2011 -2012 realizaron la investigación: “Incidencia de niños prematuros en el Hospital General de Irapuato Guanajuato México.”

Objetivo: Conocer la incidencia de la prematuridad en el Hospital.

Metodología: Se analizó los expedientes de los recién nacidos prematuros del año 2011 al 2012.

Resultados: Durante los 2 años en ese hospital ocurrieron 10.532 nacimientos; de estos, 736 fueron prematuros. También se pudo conocer que la incidencia de prematuros se incrementó de 6.5 % en 2011 a 7.4% en 2012, (www.Scielo.org.pe.pdf.rmh).

Silvia Etelvina Retureta, el año 2012; realizó una investigación sobre:

Factores de Riesgo de Partos Prematuros en gestantes del municipio Ciego de Ávila, en Cuba.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro.

Metodología: Se realizó un estudio analítico casos y controles, para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el periodo 2009 - 2012. Las variables a estudiar fueron: edad materna y factores de riesgo de parto.

Resultados: Los resultados demostraron que año 2012 fallecieron 65 niños, de los cuales 35 fueron nacidos prematuros; los factores que predominaron fueron: los antecedentes del parto prematuro y de abortos, anteriores, el peso materno bajo, la talla inferior a 150 cm., las ganancias de peso baja o altas durante el embarazo, hábito de fumar de la embarazada, infecciones vaginales, urinarias, embarazos múltiples en la embarazada y las afecciones del útero.

Conclusión: La práctica de abortos anteriores y los embarazos múltiples fueron, los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro, por lo tanto; para que ocurra un parto prematuro inciden múltiples factores (Medisur vol.13 nro. 4 Cienfuegos julio- agosto 2015).

Complicaciones por las que ingresan los niños prematuros a la sala de Neonatología

En el hospital General de Irapuato, Guanajuato México, el año 2013 Rosalinda Pérez, Carlos Rafael López y Arturo Rodríguez Barboza realizaron una investigación sobre Morbilidad y Mortalidad del recién nacido prematuro.

El parto pre término es el principal problema obstétrico en la actualidad, afecta entre el 5 y 12 % de todos los nacimientos., El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia de prematuros y las principales causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato, se revisaron y analizaron los expedientes de los recién nacidos prematuros del 2011 al 2012, registrando 736 nacimientos prematuros, de los cuales ingresaron a la sala de cuidados intensivos neonatales 472, las principales causas de ingreso fueron la enfermedad de membrana hialina con 248 casos, septicemia con 12 casos y asfixia con 43 casos ([www. Scielo.org.pe.pdf.rmh](http://www.Scielo.org.pe.pdf.rmh)).

El año 2015 en la Universidad de Valladolid sección Pediatría Pilar Albares Mingorance realizó una investigación sobre Morbilidad y Secuelas de los niños prematuros en edad escolar, en la que llego a la siguiente conclusión:

Los niños prematuros, especialmente los de muy bajo peso y más inmaduros presentaron patologías respiratorias en edad escolar. En niños muy prematuros el riesgo de patologías respiratorias en edad escolar fue mayor a mayor soporte respiratorio en el periodo neonatal inmediato (intubación, ventilación mecánica, más días de oxigenoterapia y administración de surfactante endotraqueal. La hipoacusia en niños recién nacidos muy prematuros también formo parte de las secuelas en la edad escolar los casos fueron graves y necesitaron prótesis auditivas. En los RNMBP o muy prematuros con antecedentes de retinopatía se presentaron las secuelas visuales (www.scielo.org.ve.scielo).

Características Socio demográficas en Madres de niños prematuros

En Nicaragua Mijaíl Adán Rivas Cruz y Ricardo Martin Solís Velásquez, realizaron una investigación sobre Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015, en la cual mencionan los factores sociodemográficos de las madres. Existe una asociación entre las edades maternas extremas, menores de 15 años y mayores de 35 años, el riesgo relativo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer en menores de 15 años de edad con respecto a las madres en edad optima reproductiva entre 20 y 35 años es 22 veces mayor. Este factor generalmente está asociado a otros factores como bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, soltería y con ausencia de controles prenatales. Además las adolescentes gestantes son más bajas, delgadas y no conocen buenos hábitos de salud. Estado Civil. Actualmente se da poca importancia a este punto, pero es notorio como las gestantes en unión libre son mayoría en relación con las casadas, aunque es sabido la necesidad espiritual y material de tener un compañero que sea capaz de darle apoyo emocional y económico durante el embarazo, parto y al futuro recién nacido. La escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuada lo cual se explica de que a mayor escolaridad y mejor ingreso económico hay menor porcentaje de recién nacidos

con bajo peso. La procedencia de la madre que es el lugar geográfico donde reside o habita tiene asociación con el bajo peso al nacer, si la madre vive en el área rural se ven afectadas por el bajo nivel económico escolar, pobre higiene en salubridad y la más importante, inaccesibilidad a los servicios de salud (www.scielo.br/pdf/rla.es_0104.11).

En el año 2015 Luis Álvaro Bolívar Montes realizó una investigación: Factores asociados a la incertidumbre en padres de recién nacidos pre términos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Los resultados del estudio develan el panorama de los padres y madres de RNPT hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

La experiencia de tener a su hijo hospitalizado significa para ellos sumergirse en un contexto desconocido y agresivo, por ser un espacio saturado de monitores, ventiladores mecánicos, alarmas tanto visuales como auditivas donde los profesionales trabajan al ritmo de los parámetros establecidos. En los participantes del presente estudio prevaleció la unión libre, la formación académica hasta el nivel secundario. El mayor grado de escolaridad permite desarrollar la habilidad potencial para que las madres y padres puedan interpretar la información que les brinden sobre el estado de sus hijos. En cuanto al nivel de incertidumbre se encontró que la mayoría de los padres y madres presentan un nivel de incertidumbre regular o alto, la experiencia de los padres por la enfermedad y hospitalización de sus hijos puede contener características de falta de información clara. La falta de claridad resulta de la falta de comprensión y está relacionada con la falta de información, esto ocurre cuando la información sobre el estado de su hijo se comparte a medias o en un lenguaje técnico especializado, además de que los padres presentan un bajo nivel educativo (190.242.62.234.jspui.bitstream.190).

Conocimiento de las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar

Grace Elizabeth Campo verde (Loja- Ecuador 2015), realizó una investigación sobre:

Título: Actitudes, Saberes y Destrezas sobre Cuidados y Estimulación de Prematuros.

Objetivo: Conocer las actitudes, saberes y destrezas que tienen las madres, sobre el cuidado y estimulación de prematuros.

Metodología: Estudio descriptivo con un universo de 22 madres a quienes se aplicó una encuesta.

Resultados: El 100% de las madres poseen actitud de tristeza frente al prematuro además de impotencia y angustia, el 70% de madres conocen sobre los cuidados del prematuro como ser; beneficios de la lactancia materna, signos de alarma e higiene de los genitales, en relación a saberes sobre estimulación al prematuro, la mayoría manifestó conocer la técnica de estimulación, más del 50% de las madres poseen destrezas adecuadas en el cuidado del bebé como: la higiene de los genitales, cuidado de la piel y el vestido, mientras que un alto porcentaje poseen destrezas inadecuadas en el baño, la alimentación, higiene de las fosas nasales y la higiene del cordón umbilical; en relación a las destrezas en la estimulación la mayor parte de madres realizan correctamente el masaje infantil, le cantan, le acarician y le hablan al bebé, sin embargo más del 75% no utilizan el Método Madre Canguro ni realizan tacto corporal con su bebé, (www.scielo.org.com.scielo).

María del Pilar Ureña (Colombia 2014), realizó una investigación en la sala de cuidados neonatales en el hospital de Cúcuta norte de Santander.

Título: Conocimientos de los padres para brindar cuidados en casa al recién nacido prematuro y/o bajo peso.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos de los padres para brindar cuidados en casa al recién nacido prematuro.

Metodología: El estudio de tipo cuantitativo contó con la participación de 77 padres, se utilizó un cuestionario diseñado por la autora del proyecto y validado por cinco expertos.

Resultados: Se encontró mayor representación del sexo femenino de 19 a 29 años de edad, con niveles socioeconómicos medio y bajo, en el estado civil se destacó la unión libre y casada, alrededor de la mitad se dedicaban al hogar, con nivel de escolaridad secundaria completa, residentes del área urbana, con antecedentes de tener más de un hijo. De manera general el nivel de conocimientos para brindar el cuidado del prematuro podría ser adecuado y aceptable solo una pequeña proporción contaron con un nivel deficiente, (www.scielo.org.co/scielo).

Modelos de capacitación a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar, utilizando el Programa Madre Canguro.

Sonia Araque Salazar et al (Tunja – Colombia 2014), realizaron una investigación. Título: Estrategia Educativa para el Cuidado Domiciliario de los bebés prematuros con la metodología del Programa Madre Canguro.

El objetivo: Diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre cuidados del prematuro en el hogar, con los componentes contacto piel con piel, posición canguro, lactancia materna exclusiva y temperatura ideal.

Método: Se evaluó el nivel de conocimiento del Programa Mamá Canguro a 10 madres. Se realizó una sesión educativa con demostraciones prácticas, permitiendo identificar conocimientos y capacidades para cuidar a sus hijos.

Resultados: Se encontró falta de conocimiento sobre los ítems básicos que son: Contacto piel a piel, alimentación, evaluación de la temperatura y respiración, signos de alarma y beneficios del Programa Madre Canguro.

Conclusiones: Se evidenció la necesidad de empoderar a las madres para que apliquen el cuidado a sus hijos prematuros en el hogar.

Se detectaron factores culturales y del sistema de salud como obstáculos para que las mamás asumieran el compromiso en el cuidado de los bebés prematuros.

El apoyo del personal de enfermería es fundamental para que las madres tengan la seguridad y autonomía dentro del hogar.

El diseño de la estrategia educativa debe ser flexible disponer de recursos humanos dedicados a capacitar a ambos padres, hacer visitas de monitoreo y evaluación familiar, ya que contribuyen a afianzar el apoyo, disipar dudas, temores y la correcta aplicación del Programa Madre Canguro (www.scielo.org.com).

Carolina Pava Laguna (Bogotá, Colombia 2014), realizó una investigación sobre:

Título “Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o de bajo peso que ofrecen las madres en el hogar.”

Objetivo: describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar, cuando son dados de alta de las unidades de cuidado neonatales.

Metodología: Es un estudio cualitativo, con método de etnoenfermería¹, La información fue recolectada a través de 21 entrevistas realizadas a 7 madres que cumplían los criterios de inclusión y por 5 enfermeras de las unidades neonatales. La recolección y el análisis se realizaron simultáneamente en el año 2013, del análisis surgieron dos temas:

1. Cuidar al prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos con tres patrones; la institución de salud, fuente de cuidado específico; la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé y la madre cuida al bebé.

¹ La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada.

La madre aprende de la enfermera a cuidar al bebe prematuro en el hogar con tres patrones:

- Evitar que se enferme para que crezca sano,
- Estimular al bebe es una forma de ayudar en su desarrollo y a fortalecerlo,
- Mantenerlo calentito en contacto piel a piel para ayudarle a crecer y fortalece el amor madre-hijo.

Las prácticas de cuidados con el recién nacido prematuro o de bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, están fundamentadas en patrones de conocimiento ético que se evidencian en los temas propuestos, en los que se describe la universalidad y diversidad del cuidado cultural (www.digital.unal.edu.com).

2. MARCO TEÓRICO

Recién Nacido Prematuro

Según la O.M.S. en noviembre del 2015 define como niño prematuro a todo recién nacido antes de haber completado las 37 semanas de gestación. Normalmente el embarazo dura 40 semanas.

Los niños prematuros se clasifican según las semanas de gestación en tres categorías:

Prematuro tardío a los nacidos entre las 32 y 36 semanas de gestación.

Muy prematuro aquellos nacidos entre las semanas 28 y 32 semanas de gestación.

Extremadamente prematuro aquellos nacidos antes de las 28 semanas.

Características y clasificación Físicas del prematuro

Existen algunas particularidades que distinguen a los bebés prematuros del resto de niños nacidos a término normal de gestación:

La cabeza parece muy grande en proporción al cuerpo, los brazos y las piernas largos en relación al tronco, bajo peso al nacer, es decir con menos de 2500 kg.

La piel lisa, delgada, brillante, casi translúcida y puede tener un color rojizo o violáceo, es transparente a través de la cual se pueden apreciar fácilmente algunas venas, también es pegajosa al tacto, puede amoratarse o cortarse con facilidad.

El cartílago de su oído es suave y flexible por eso están dobladas o pegadas a la cabeza, los párpados están fusionados, aunque poco a poco se irán abriendo, tiene poca grasa corporal lo que lo hace ver más delgado y pequeño, su tono muscular es bajo no se mueve igual que los niños nacidos a término, pues el

prematuro lleva a cabo una serie de movimientos bruscos ya que no ha perfeccionado el mecanismo de coordinación, los órganos sexuales están inmaduros, si es varón el pene es pequeño y sus testículos aún no han descendido, si es niña el clítoris parece agrandado porque aún no se ha desarrollado el resto del aparato genital, hay presencia de vello o lanugo en el cuerpo, tienen baja temperatura corporal, su frecuencia respiratoria es rápida, tienen llanto débil, como también su reflejo de succión y deglución.

Los prematuros necesitan cuidados especiales, porque no están totalmente preparados para la vida extrauterina, se enfrían con más facilidad, pueden tener problemas para respirar, pueden sufrir estrés por el ruido, el exceso de iluminación, la manipulación permanente del prematuro interrumpe los estados del sueño, hacen que utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a estos estímulos (Neonatología Tapia 3era edición 2015 pág. 267).

Complicaciones del prematuro.

Debido a su prematuridad los niños prematuros no tienen completamente desarrollados todos sus órganos y sistemas lo que los hace vulnerable ante cualquier estímulo externo e interno pudiendo presentar múltiples complicaciones como ser:

Hipotermia. El recién nacido por su condición de bajo peso, tiene una piel fina y transparente, sin tejido adiposo, hace que sufra pérdida de calor fácilmente con respecto al niño a término. También la baja humedad y la velocidad del aire circulante, aumenta las pérdidas de calor.

Enterocolitis necrotizante. Por la inmadurez del tubo digestivo que limita al prematuro para su alimentación adecuada, él bebe es capaz de digerir y absorber la leche materna y eliminar productos de desecho, pero el inicio de la lactancia debe ser cuidadosa, comenzando por pequeños volúmenes e incrementado según la tolerancia del prematuro. Si el aumento es brusco puede presentarse una

enterocolitis necrotizante por la presencia de factores predisponentes como hipoxia, hipoperfusión del intestino, alimentación precoz con volúmenes altos e invasión de la mucosa intestinal por gérmenes.

Híperbilirrubinemia. Es una enfermedad por la cual hay demasiada bilirrubina en la sangre, cuando los glóbulos rojos se descomponen se forma una sustancia llamada bilirrubina, los bebés no pueden deshacerse fácilmente de esta y puede acumularse en la sangre, tejidos y otros fluidos del cuerpo del bebe. Dado que la bilirrubina tiene un pigmento hace que la piel, ojos y otros tejidos del bebé se vean de color amarillento. Durante el embarazo la placenta quita la bilirrubina, cuando él bebe nace, el hígado del bebé debe quedarse a cargo de esta función

Estrés del prematuro. Para un bebé prematuro el estrés se ve presente desde un simple cambio de pañal, análisis de sangre, intubación o simple transporte, por lo que las circunstancias podrían influir en el desarrollo cerebral (Neonatología de Tapia 3era edición 2015 pag.352).

Hipoglucemia del prematuro. Es una complicación frecuente que se produce porque el alimento que recibe el niño es insuficiente, los bebés prematuros suelen dormir más y por lo tanto, mamar menos, la glucosa es imprescindible para generar energía fundamentalmente para favorecer el desarrollo y funciones cerebrales. Antes de que el pequeño nazca, la placenta es la que le sustenta de esta fuente de energía, cuando nace, es la leche materna que le aporta la mayor parte de glucosa que requieren los prematuros. En los recién nacidos, la hipoglucemia generalmente es asintomática y puede ser detectada mediante análisis de sangre, si presenta síntomas son desgano, problemas digestivos, convulsiones, bajada en la temperatura, palidez en la piel. La O.M.S. recomienda administrar glucosa o sacarosa al bebe si este puede beber, siempre bajo la supervisión de un especialista.

Apnea del prematuro. Bastante común en los bebes prematuros, la mayoría de los expertos definen la apnea del prematuro como, una afección en la cual los

bebés dejan de respirar durante 15 a 20 segundos mientras duermen y su frecuencia cardíaca cae a menos de 80 pulsaciones por minuto, esto hace que se vean pálidos o azulados, también se los puede ver sin fuerzas, estas anomalías se pueden presentar después de dos días del nacimiento y se extiende hasta 2 a 3 meses después, comenzaran a respirar por sí solos o pueden necesitar ayuda para volver a respirar.

Retinopatía del prematuro. Es una enfermedad ocular que se produce en un pequeño porcentaje de bebés prematuros, la cual causa el crecimiento de vasos sanguíneos anormales en la retina, la capa de células sensibles a la luz que recubre la parte posterior del ojo; esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en bebés con muy bajo peso al nacer o con edad gestacional más temprana como ser de 28 semanas, en algunos casos los vasos sanguíneos anormales pueden reducirse en tamaño y desaparecen sin tratamiento, en otros casos, los vasos pueden continuar desarrollándose lo que ocasionaría graves problemas de los ojos y la visión como ser : pérdida de la visión o ceguera, miopía, desprendimiento de la retina, y estrabismo (Manual de neonatología círculo Médico Zarate 2011 pág. 386).

Infecciones. Las infecciones graves son más frecuentes en los bebés prematuros. Su sistema inmunitario no está totalmente desarrollado y corren un mayor riesgo de morir.

Hemorragias cerebrales. Los bebés prematuros pueden sufrir hemorragias cerebrales durante el parto y en los días posteriores, debido a la falta de oxígeno en el cerebro, pueden provocar parálisis cerebral, retraso en el desarrollo y problemas de aprendizaje.

Distres respiratorio neonatal, conocido como membrana hialina consiste en una dificultad progresiva para respirar, respira más rápidamente (taquipnea) invirtiendo para ello mucho esfuerzo, ese esfuerzo se nota en la piel que se pega a las

costillas también llamado tiraje, hace un ruido especial que se llama quejido, para poder atrapar el aire abre las ventanas nasales.

El cuerpo del prematuro con distres respiratorio se tinte progresivamente de un tono más azulado, aunque le administren oxígeno. Este problema al igual que la mayoría de las complicaciones, la inmadurez del recién nacido, también los pulmones y la caja torácica son más débiles, él bebe prematuro no ha tenido tiempo de fabricar una sustancia llamada surfactante que es la que permite que los alveolos del pulmón se puedan llenar de aire durante la respiración. Si falta esta sustancia, cuando él bebe prematuro expulsa el aire, su alveolo se queda cerrado y ya no puede volver a abrirse, por eso se va quedando sin oxígeno progresivamente (Libro de Neonatología Gomella 7ma edición, 2011, pág. 430).

Cuidados que requiere el niño prematuro. Durante la hospitalización la adaptación del niño a su nueva situación se debe respetar su proceso dando lugar al reposo, sueño profundo, la oscuridad, la proximidad, la liberación del dolor y cuidado individualizado, con la participación activa de los padres.

Manejo de la iluminación. El sentido de la vista se desarrolla más lentamente que el oído y el tacto, a las 23 semanas de gestación el desarrollo de este sentido es, más rápido. Él bebe prematuro pasa periodos de tiempos cortos con los ojos abiertos y sin enfocar un objeto, la luz fuerte le molesta y puede cerrar los ojos, la luz suave le permite enfocar algún objeto aunque es incapaz de mover la cabeza, no puede ver, más allá de 25 cm de distancia y ve de una manera borrosa.

El comité de estudios foto neonatales el año 2015 mostró que las grandes academias de pediatría y neonatología recomiendan que los estímulos lumínicos muy intensos pudieran dañar el ojo inmaduro del prematuro, la disminución de la intensidad de la luz facilita el descanso y mejora el patrón de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, normaliza la frecuencia cardiaca aumenta, ganancia de peso. Para esto es aconsejable: Favorecer la utilización de la luz natural durante el día y por la noche utilizar luz

artificial suave, evitar los cambios súbitos en la iluminación ambiental y evitar el uso de luces brillantes e intensas. Colocación de cortinas o persianas para disminuir la exposición excesiva directa a la luz del sol.

Modulación del ruido. En el vientre materno no todo era silencio, hay sonidos que atenuados benefician su desarrollo como la voz de su madre, de su padre y música suave. Entre las 25 y 28 semanas de gestación, él bebe puede diferenciar y responder a los diferentes sonidos, a las 28 semanas ya puede oír sonidos con una intensidad como el habla normal. Él bebé prematuro se asusta con vos o ruidos fuertes.

A continuación se describen estrategias para el manejo del ruido ambiental:

Conversación normal y cuchicheo, disminuir el volumen de radios y utilizar música suave, disminuir volúmenes de teléfonos celulares, timbres, alarmas y monitores, responder con prontitud a las alarmas y al llanto del bebe, concientizar a padres, equipo de salud y servicio de limpieza sobre el impacto del ruido en él bebe (Sola, 2011 Cuidados neonatales pág. 302 y 308).

CUIDADOS DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR

El alta de un bebe prematuro es muy esperada por sus padres, quienes deben conocer los diferentes aspectos del cuidado correcto del niño, estos cuidados deben ser enseñados por el personal de salud, especialmente por el personal de enfermería, durante la hospitalización del niño para que los practiquen en el hogar.

Entre los aspectos que se deben enseñar a los padres están: El correcto lavado de manos como primera medida de protección hacia la salud de sus hijos, ya que es fundamental para el sano crecimiento y desarrollo del niño, para establecer la relación que le da al niño confianza y seguridad, además le permite desarrollar lazos emocionales saludables.

Algunas intervenciones favorecen el contacto positivo de los padres con sus hijos como primera medida de protección hacia la salud de sus hijos.

Es importante, brindar a los padres información sobre la forma correcta de interactuar con el niño prematuro, a reconocer los siguientes signos:

La respiración del bebe prematuro. La forma de respirar y el color de la piel de los niños nacidos de forma prematura pueden variar de forma brusca y repentina; debido a que sus pulmones no están completamente desarrollados.

Para detectar mejor cualquier problema y consultar al médico, los especialistas recomiendan observar al bebé para conocer su ritmo de respiración: esto incluye observar los movimientos del tórax, su número de respiraciones por minuto, así como los ruidos que hace al respirar.

Atender el llanto. Algunos bebés prematuros pueden llorar durante 6 e incluso más horas al día. Los padres deben aprender a interpretar su llanto (sueño, hambre, pañal sucio). Es el único modo de atender al niño de forma adecuada y reconfortarle, con mucho afecto y atención.

Pautas alimentarias de los prematuros. A los bebés prematuros se les deben hacer tomas más pequeñas en intervalos más continuados. Como sus músculos de succión son aún débiles, es posible que necesite más tiempo para alimentarse. En caso de la alimentación con biberón, puede utilizarse una tetina más blanda de lo habitual. Si su respiración para y cambia de color mientras se está alimentando, se debe parar la succión, incorporarle y estimularle con pequeños golpecitos en la espalda.

El Programa Madre Canguro como estrategia para ayudar al desarrollo de los niños prematuros

Es una metodología innovadora para el tratamiento y manejo ambulatorio de niños prematuros y de bajo peso al nacer. El calor, la lactancia materna exclusiva y la posición canguro, son los principios básicos de la Metodología. Pero, por encima de todo, es la relación amorosa y estrecha que se establece entre la madre y su hijo la que permite la supervivencia de esos pequeños. La importante y definitiva estimulación, tanto afectiva como orgánica, va a mejorar y a garantizar el patrón respiratorio y cardíaco. La voz de la madre, su arrullo, su entorno familiar, servirán de detonante enriquecedor desde el punto de vista neurológico y cognoscitivo. Es la madre, y no los médicos o el hospital, la actora principal y responsable del cuidado de su bebé.

Historia. El año 1978 el Dr. Edgar Rey Sanabria, Neonatología de la ciudad de Bogotá, vivió la experiencia trabajando en la sala de neonatología donde había gran cantidad de bebés, generando hacinamiento y alta mortalidad entre los recién nacidos de bajo peso, como en el hospital no había suficientes incubadoras se utilizaba una para varios niños lo que generaba un aumento de infecciones nosocomiales. Dada esta situación se propuso una nueva estrategia para el cuidado de los recién nacidos que ya habían superado la etapa crítica de adaptación a la vida extrauterina, la estrategia consistía en iniciar una interacción temprana entre la madre y el recién nacido, junto a un fuerte estímulo de lactancia materna y una pronta alta hospitalaria para continuar con la estrategia ambulatoriamente. Este Programa se inspiró en la observación de la forma como los canguros transportan a sus crías en el marsupio tras nacer prácticamente en un estado fetal y poco desarrollado hasta completar su desarrollo extrauterino. “Ideas Colombia innovación para el desarrollo y la Cooperación Sur” (www.ideoonline.org.)

Este Programa fue manejado durante un año por el Doctor Sanabria. En 1979 el Dr. Héctor Martínez se hizo cargo del programa. En 1982 este Programa Madre Canguro llamo la atención del gobierno colombiano. La oficina regional de la Organización de las naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), inicio el apoyo y difusión del método en distintos países de Latinoamérica.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S). Considera que el Programa Madre Canguro es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los recién nacidos a término.

Objetivo del Programa Madre Canguro.

Según Charpak y Col. (2015), propone humanización de la neonatología, mediante la promoción de un manejo de buena calidad para el recién nacido de alto riesgo, de manera humana, científica, eficiente y con la racionalización de costos y recursos, todo esto mediante el establecimiento de los objetivos fundamentales:

Suplir las insuficiencias de recursos materiales reemplazando las incubadoras por la madre, de esta manera el neonato puede continuar su crecimiento en el seno materno que le proporciona calor, amor, protección y leche materna.

Evitar la separación prolongada de la madre y su hijo para estimular el desarrollo físico y emocional del neonato hospitalizado y un egreso temprano de la unidad neonatal.

Privilegiar la lactancia materna exclusiva como única fuente de nutrición y protección en los primeros meses de vida. Favorecer una temprana vinculación afectiva entre la madre y su hijo.

Estrategias según la triada del Programa Madre Canguro

La triada está conformada por tres elementos que se relacionan entre el amor, calor y leche materna. Esta triada es parte de la metodología que garantiza la calidad del método.

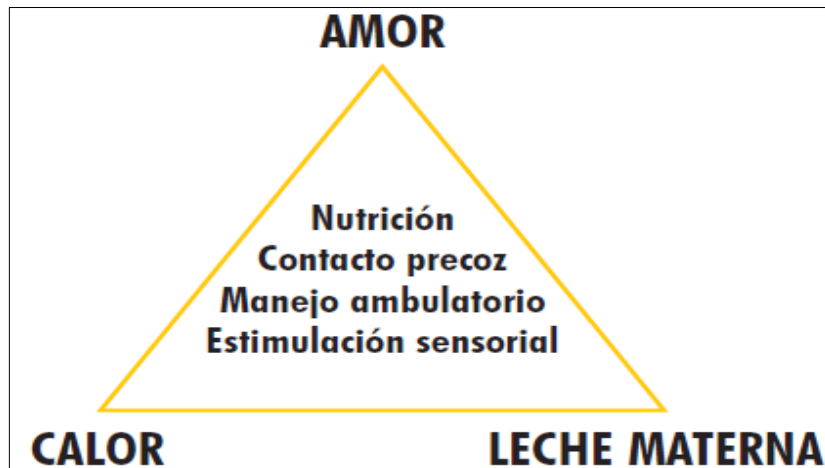


FIGURA 1. TRIADA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Fuente: (Torres y Col., 2015, pág., 7)

Beneficios del Programa Madre Canguro

Los beneficios de la posición madre - canguro se refieren a la madre y al niño. La posición vertical protege a los niños contra la bronco-aspiración, una de las causas comunes de morbilidad y muerte de los niños de bajo peso. También la constante proximidad al pecho de la madre estimula la producción de la leche, uno de los problemas habituales entre las madres y niños de bajo peso que están separados por largos períodos de tiempo. Los beneficios sociológicos por el contacto físico estrecho entre la madre y el niño se han asociado a una disminución en el problema de abandono (Whitelaw y Col., 2013, pág., 1206).

Beneficios emocionales.- Él bebé encuentra en su madre su habitud natural, donde encuentra refugio, amor y comida; el contacto piel con piel es vital para el pequeño. Le proporciona seguridad, tranquilidad, favorece el vínculo emocional del niño con su madre y padre, lo cual repercute en su desarrollo.

Beneficios neurológicos.- Él bebé que está en contacto con su madre regula mejor el estrés y se adapta mejor al medio y a los estímulos externos, incluso se ha comprobado que el método canguro ayuda a los prematuros a tolerar mejor el dolor de las intervenciones médicas.

Mejora las constantes vitales.- Al estar en contacto con el cuerpo de su madre él bebé obtiene una mejor regulación de la temperatura corporal. Se produce una especie de sincronización entre ambos haciendo que si él niño necesita calor, sube la temperatura corporal de la madre, pero si este tiene fiebre, la temperatura de la madre baja. Además, obtiene buen nivel de oxígeno, estabiliza la frecuencia respiratoria y cardiaca y coordina mejor la succión, deglución, lo cual contribuye a que gane peso más rápidamente.

Es económico.- No se necesitan grandes recursos para implementarlo. Es un método seguro, eficaz, natural, fácil de aplicar y económico.

El Programa Madre Canguro presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante relación costo-beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevivencia sino una mejor calidad de vida. Este Programa puede aplicarse tanto en los países desarrollados como en los países tecnológicamente menos desarrollados. Pero, sobre todo, el Programa Madre Canguro garantiza el fortalecimiento del nexo estrecho entre la madre y su hijo.

La metodología combina el tratamiento en el hospital, con el ambulatorio y en el hogar, y alcanza mejores resultados que la alternativa más costosa de una prolongada hospitalización.

Según la Organización Mundial para la Infancia (UNICEF). El costo estimado por día, en una unidad de cuidado intensivo para prematuros en los Estados Unidos, es aproximadamente de US\$3.000 a \$5.000 por día. El cuidado similar, en países en vías de desarrollo, como Bolivia se estima en US\$200 diarios, mientras que, en contraste con el programa tan solo cuesta US\$4,6 por encuentro con el hospital.

Beneficios para los padres.- A la vez los padres se sienten participes de la recuperación de su bebe, se sienten más confiados y con más fuerzas para sobrellevar la situación. Quienes han practicado el Programa Madre Canguro aseguran que es una experiencia embriagadora y placentera y desde luego el bienestar de los padres se refleja en él bebé.

Estrategias para capacitar a los padres para la aplicación del Programa Madre Canguro

El personal de salud debe enseñar sobre el Programa Madre Canguro y los cuidados del niño prematuro en el hogar a los padres de los niños internados en las salas de Neonatología.

Según la O.M.S. el 2014, para obtener una buena aplicación del modelo Madre canguro es necesario capacitar a la madre y el padre del niño mientras el niño este internado, siendo el lugar apropiado la sala de neonatología, aplicando las siguientes técnicas en el manejo del Programa Madre Canguro:

- La madre y el padre se situaran en un ambiente tranquilo e íntimo para las primeras sesiones, sintiéndose así más seguros al realizarlo y no sintiéndose observados o criticados. Esto es importante, ya que si ellos no están cómodos, transmitirán la inseguridad a su hijo y este estará incómodo.

- Se vestirá al bebé únicamente con un gorro, pañal y calcetines. La madre deberá llevar puesta una camiseta elástica y un poco amplia para poder albergar cómodamente al bebe en su pecho.
- Orientar a la madre que antes de colocar al recién nacido en la posición “Canguro” se quite el corpiño o sujetador de las mamas, ya que interfiere en el contacto piel a piel.
- La madre se colocara al bebé en el centro del pecho en posición de una ranita permitiendo sin ninguna dificultad la respiración del bebé y que también pueda alimentarse sin dificultad de cada uno de los pechos de la madre.
- Se colocará la faja alrededor de la madre y el hijo, procurando ejercer una presión adecuada, permitiéndole cierta amplitud de movimiento.
- Una vez colocado y asegurado que no hay peligro de que se caiga, la madre puede realizar cualquier actividad, ya que tiene las dos manos libres para ello.
- En las ocasiones en las que la madre quiera descansar, o no se encuentre en condiciones para realizarlo, el padre, la abuela, el abuelo, la tía o el tío pueden continuar con ello sin ningún problema siempre y cuando cuenten con la debida higiene corporal y el entrenamiento.
- Esta técnica se tiene que enseñar a los padres durante la hospitalización de sus hijos, también tienen que practicarlo e ir mejorándolo cada día hasta el alta hospitalaria. El personal de salud debe despejar cualquier duda que los padres tengan sobre los cuidados del niño prematuro.

3. MARCO CONCEPTUAL

1. Incidencia de nacimientos de niños prematuros. Es el número de casos nuevos de nacimientos prematuros en el servicio de ginecología del hospital Universitario Japonés de enero a junio del. 2016.

2. Complicaciones por las que ingresan los niños prematuros a la sala de neonatología.

Son las complicaciones que presentaron los prematuros después de haber nacido y fueron internados en la sala de Neonatología.

3. Características socio - demográficas de las madres de los niños prematuros.

Son las características sociales de las madres de niños prematuros internados en la sala de neonatología como ser edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad, situación económica y otras.

4. Conocimiento de las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar, es el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre cuidados del niño prematuro en el hogar de enero a junio del 2016.

5. Programa de capacitación a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar, utilizando el Programa Madre Canguro. Son estrategias que aplica el personal de salud para capacitar a los padres sobre el cuidado que deben brindar al niño en el hogar después del alta hospitalaria.

4. MARCO REFERENCIAL

Esta investigación fue realizada en el Hospital Universitario Japonés de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

El servicio de Pediatría cuenta con tres ambientes o áreas dos de ellas tienen 4 camas y una con 10 camas, también tienen una sala de Neonatología con 6 camas. Los niños prematuros bajan del servicio de Ginecología y también de la emergencia por complicaciones, estos son atendidos por los doctores, licenciadas y auxiliares de enfermería, con los cuidados y procedimientos adecuados que requiera el caso.

El tiempo de internación depende de la evolución del paciente que es valorado por el jefe de la sala de Neonatología. Los padres participan en la recuperación de sus hijos hablándoles, arrullándolos y practicando el método Madre Canguro el cual es el personal de salud el encargado de enseñar las técnicas del Programa cuando el niño está más estable y de forma individualizada; también se les enseña las técnicas correctas de lavado de manos, beneficios de lactancia materna, baño del prematuro, curación de ombligo y otros cuidados enfocados en el recién nacido prematuro. Después del egreso del hospital los padres tienen que traer al niño en fecha indicada para su control de niño sano, no se realizan visitas al hogar de los niños.

Cuando hay reingresos y son menores de 28 días son internados en la sala de Neonatología, si son mayor de 28 días se internan en sala de Pediatría.

5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

1. Cuantificar la incidencia de los niños prematuros que nacen en el Hospital Universitario Japonés.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Incidencia de niños prematuros que nacen en el Hospital Universitario Japonés	Es el número de niños clasificados con algún grado de prematuridad	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuro moderado • Muy prematuro • Extremadamente prematuro 	Cualicuantitativa

2. Cuantificar el número de niños prematuros que ingresan por complicaciones al servicio de Neonatología.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Número de niños prematuros que ingresan por complicaciones al servicio de Neonatología.	Es el número de niños prematuros que ingresan por complicaciones al servicio de Neonatología.	<ul style="list-style-type: none"> • Ictericia. • Síndrome de distres respiratorio. • Deshidratación. • Otros. 	Cualicuantitativa

3. Determinar las características socio-demográficas de las madres de los niños prematuros.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Características socio-demográficas de las madres de los niños prematuros	Son las características sociales, personales que diferencian a las madres de los niños prematuros	Edad: <ul style="list-style-type: none"> • 15 años • 16 – 20 • 21 – 25 • 26 – 35 • 31 – 35 • 36 	Cuantitativa
		Estado civil: <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión Libre 	Cuantitativa
		Nº de hijos <ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 2 • De 3 a 5 • Más de 6 	Cuantitativa
		Nivel de Instrucción: <ul style="list-style-type: none"> • Sin estudio • Primaria • Secundaria • Universitario • Profesional 	Cuantitativa
		Tipo de Ocupación: <ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Estudiante • Ama de casa • Comerciante 	Cuantitativa

4. Identificar las complicaciones que presentan los prematuros después del alta hospitalaria.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Complicaciones que presentan los prematuros después del alta hospitalaria	Son las causas por la que los niños prematuros reingresan al hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia • Neumonía • Desnutrición • Deshidratación 	Cualicuantitativa

5. Identificar tipo de alimentación y cuidados que brinda la madre al neonato.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Alimentación del neonato.	Alimentación que proporciona la energía y nutrientes apropiados para el recién nacido para mantenerse sanos y fuertes.	Tipo de alimentación <ul style="list-style-type: none"> • Leche materna exclusiva. • Agua de anís en polvo. 	Cualicuantitativa
Cuidados que la madre al neonato sobre el aseo.	Conocimientos de las madres sobre los cuidados al neonato al momento del aseo.	Cuidados del Neonato para su Higiene <ul style="list-style-type: none"> • Baño del neonato. • Aseo de los genitales Masculinos y femeninos. 	

6. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo, debido a que se utiliza resultados obtenidos para comprobar la hipótesis.

Diseño: Analítico y no experimental, porque no se manipulan las variables y los datos se recolectan aplicando el test de conocimiento de las madres en el manejo del neonato después de la alta hospitalaria.

Alcance: Exploratorio y descriptivo porque ubica las variables comunes en una población y las describe sobre las características sociodemográficos.

7. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está compuesto por todas las madres de los 300 niños prematuros que ingresaron por alguna complicación a la sala de Neonatología y los 110 prematuros que reingresaron al servicio de Emergencia del Hospital Universitario Japonés, de Enero a Junio del 2016.

La muestra está conformada por 20 madres de niños prematuros internados en el servicio de Neonatología el Hospital Universitario Japonés durante el periodo de Enero a Junio del 2016, que están con pre - alta en el servicio de Neonatología.

8. ESTRATEGIAS PARA OBTENER LOS DATOS

La Jefe de carrera mediante carta solicito autorización a las autoridades del Hospital, al servicio de Pediatría y Neonatología para realizar la investigación.

Se elaboró una carta para solicitar permiso dirigido a la jefa de enfermeras del servicio de Pediatría Internación. Se coordinó una reunión con el jefe de enfermería del servicio para aplicar el test a las madres. Se aplicó el test a 20 madres que acompañan a sus hijos prematuros.

9. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para recolectar la información de los niños prematuros se revisaron las historias clínicas y los libros de registro de niños hospitalizados en la sala de Neonatología del Hospital Universitario Japonés de Enero a Junio del 2017

Para capacitar a las madres sobre la aplicación del Programa Madre Canguro para el cuidado del niño prematuro en el hogar se utilizó el manual elaborado por la Lic. Rufina Mamani.

10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se tomó en cuenta los aspectos éticos para la investigación:

Respeto: Se les informó a las madres sobre el objetivo de la investigación para que ellas decidan si participan o no en forma voluntaria.

Proteger su privacidad: Se protegió la privacidad ya que los datos que se tomaron son anónimos.

11. PROCEDIMIENTOS PARA ANALIZAR DATOS

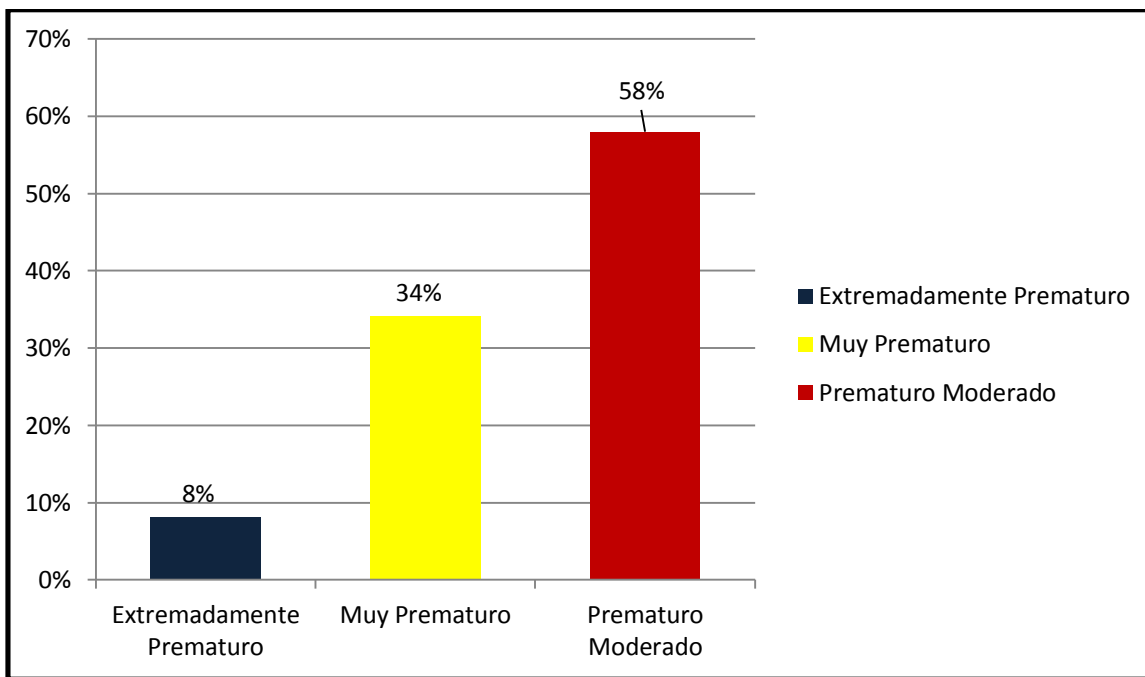
Luego de obtener los datos se procedió a consolidar en el programa Excel y la presentación de los resultados en cuadros y gráficos.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL,
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016

EDAD GESTACIONAL	TOTAL	
	N°	%
Extremadamente prematuro (<28 semanas)	23	8%
Muy prematuro (29 a 32 semanas)	103	34%
Prematuro moderado o tardío	174	58%
TOTAL	300	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL,
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 1

Análisis e interpretación de los resultados:

El 58% de neonatos son prematuros moderados de 32 a 36 semanas de gestación y un 8% extremadamente prematuro.

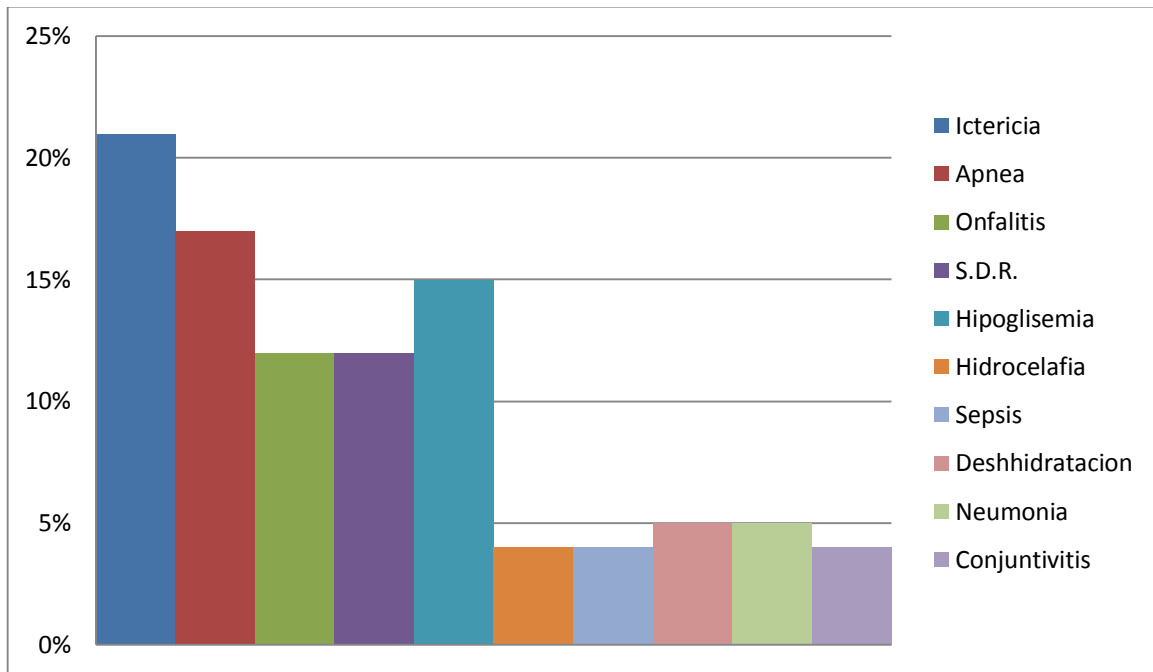
Cuanto más prematuro es un bebé, menos preparado está su organismo para enfrentarse al mundo exterior (Tapia-Neonatología 3era edición 2015 pag.185).

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN SU DIAGNÓSTICO DE
INGRESO, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016

DIAGNOSTICO DEL INGRESO	TOTAL	
	Nº	%
Ictericia	64	21%
Apnea	51	17%
Onfalitis	37	12%
Síndrome de Distres Respiratorio	37	12%
Hipoglicemia	45	15%
Hidrocefalia	13	4%
Sepsis	12	4%
Deshidratación	16	5%
Neumonía	14	5%
Conjuntivitis	11	4%
TOTAL	300	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN SU DIAGNÓSTICO DE
INGRESO, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 2

Análisis e interpretación de los resultados:

Los prematuros que ingresaron a sala de Neonatología presentaron las siguientes complicaciones: el 21% Ictericia, el 17% fue apnea del prematuro, el 15% hipoglicemia y el 12% onfalitis.

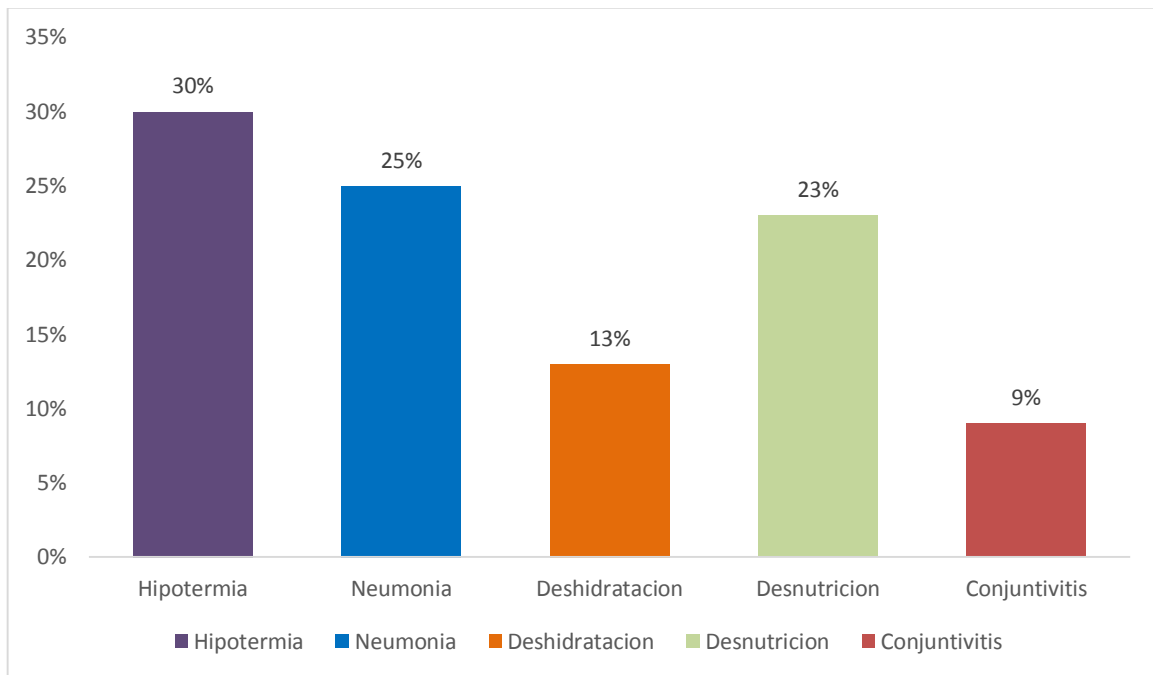
Todas las patologías representan riesgo para la vida de los prematuros, días de hospitalización y gastos económicos elevados para el hospital.

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS PREMATUROS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE
REINGRESO, SERVICIO DE EMERGENCIA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016

DIAGNÓSTICO DE REINGRESO	TOTAL	
	Nº	%
Hipotermia	33	30%
Neumonías	28	25%
Deshidratación	14	13%
Desnutrición	25	23%
Conjuntivitis	10	9%
TOTAL	110	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRÁFICO 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS PREMATUROS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE REINGRESO, SERVICIO DE EMERGENCIA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 3

Análisis e interpretación de los resultados:

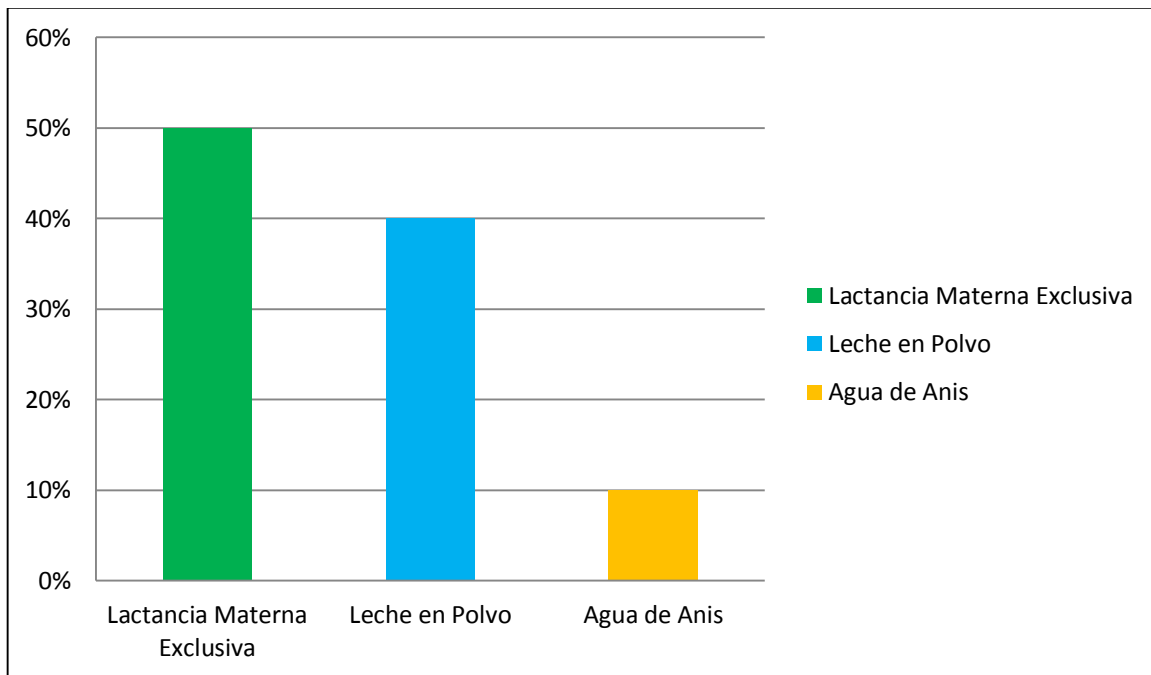
Entre los niveles más altos de reingreso de niños prematuros están: Hipotermia con el 30%, Neumonías con 25% y Desnutrición con 23%, seguidos por Deshidratación con 13% y Conjuntivitis con el 9%. Complicaciones que se presentan por el escaso nivel de conocimiento de las mamás sobre los cuidados del prematuro en el hogar.

CUADRO 4
TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBEN LOS NEONATOS SEGÚN LAS
MADRES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016

ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	TOTAL	
	Nº	%
Lactancia materna exclusiva	10	50%
Agua de anís	2	10%
Leche en polvo	8	40%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRÁFICO 4
TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBEN LOS NEONATOS SEGÚN LAS
MADRES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO - JUNIO, 2016



Fuente: Cuadro 4

Análisis e interpretación de los resultados:

Se puede ver que el 50% de las madres alimentan a su bebé con leche materna, el 40% con leche en polvo y un 10% con agua de anís, esta distribución de alimentación no es favorable para un neonato que necesita la mejor alimentación posible. La mejor alimentación para los bebés es la lactancia materna exclusiva.

CUADRO 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE LOS NEONATOS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016

CUANTAS VECES AL DÍA ALIMENTA A SU BEBE	TOTAL	
	N°	%
3 veces al día	2	10%
Cada 5 horas	2	10%
Cada 2 horas	4	20%
Cuando lo desee el R.N.	12	60%
TOTAL	20	100%

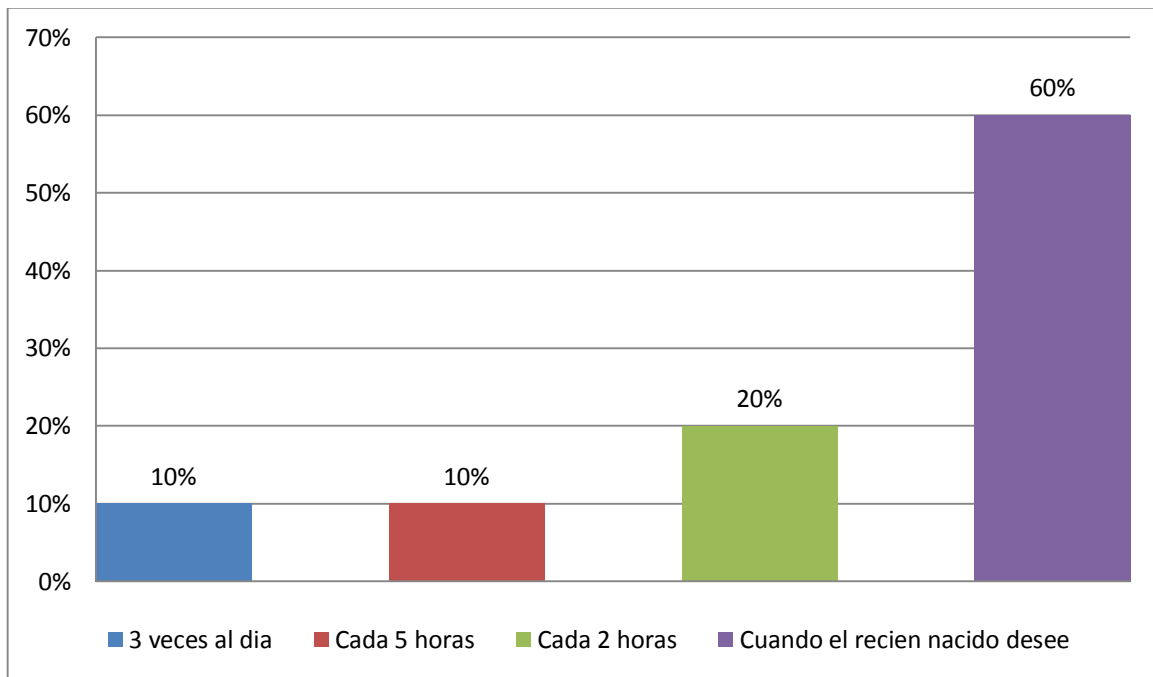
Fuente: Elaboración Propia.

GRÁFICO 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE LOS NEONATOS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 5

Análisis e interpretación de los resultados:

A la pregunta de cuantas veces debe alimentar a su bebé, el 60% de las madres indican que debe alimentar al bebé en cuanto desee, el 20% indican que cada 2 horas. La mayoría de las madres conocen la importancia de la lactancia materna exclusiva para los prematuros, pero hay un pequeño porcentaje que no sabe.

CUADRO 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MAMAS EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA QUE DEBE BAÑAR A SU BEBE, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

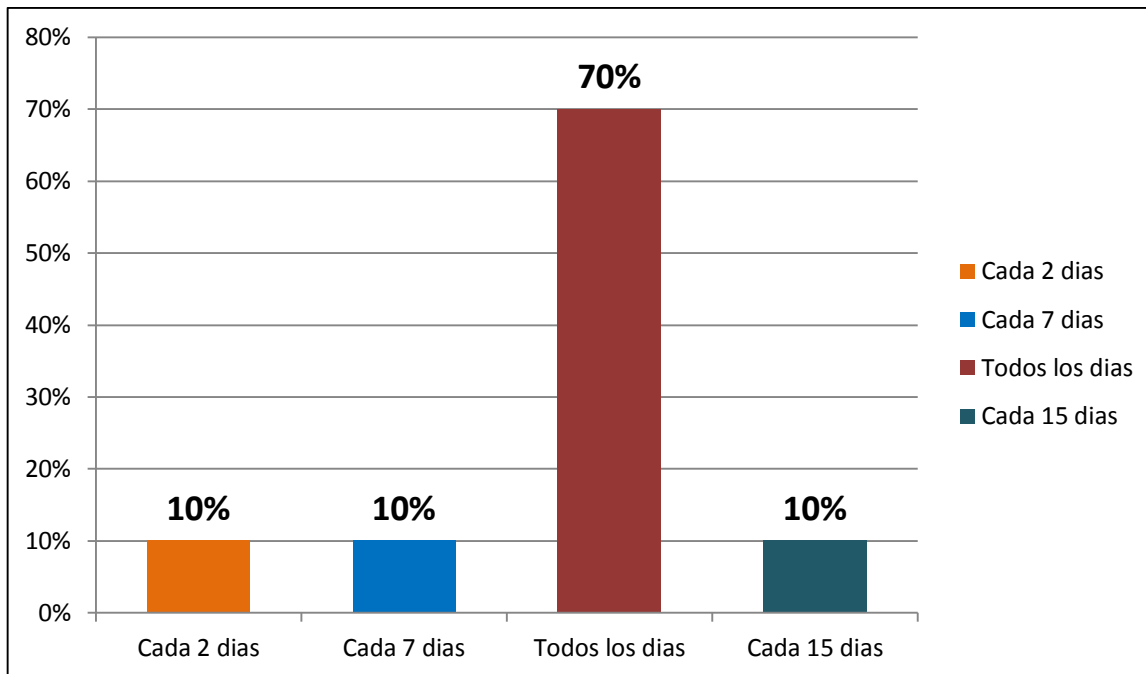
ENERO – JUNIO 2016

CON QUE FRECUENCIA DEBE BAÑAR A SU BEBE	TOTAL	
	Nº	%
Cada 2 días	2	10%
Cada 7 días	2	10%
Todos los días	14	70%
Cada 15 días	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 6
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MAMÁS EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA QUE DEBE BAÑAR A SU BEBÉ, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 6

Análisis e interpretación de los resultados:

El 70% de las mamás indican que se debe bañar a los bebés todos los días, 10% registraron que se bebé bañar cada 2 días, las mamás desconocen la frecuencia de bañar al prematuro. La frecuencia correcta, es de cada 2 días, de esta manera el bebé se mantiene limpio y no corre riesgo de enfriamiento por baños seguidos.

CUADRO 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MAMAS EN RELACIÓN AL MATERIAL BÁSICO Y LUGAR ADECUADO PARA REALIZAR EL ASEO CORPORAL DEL NEONATO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016

COMO REALIZAR EL BAÑO DEL BEBE	TOTAL	
	Nº	%
Con agua tibia, jabón neutro y en ambiente cerrado	14	70%
Con agua tibia en el patio con cualquier jaboncillo	6	30%
TOTAL	20	100%

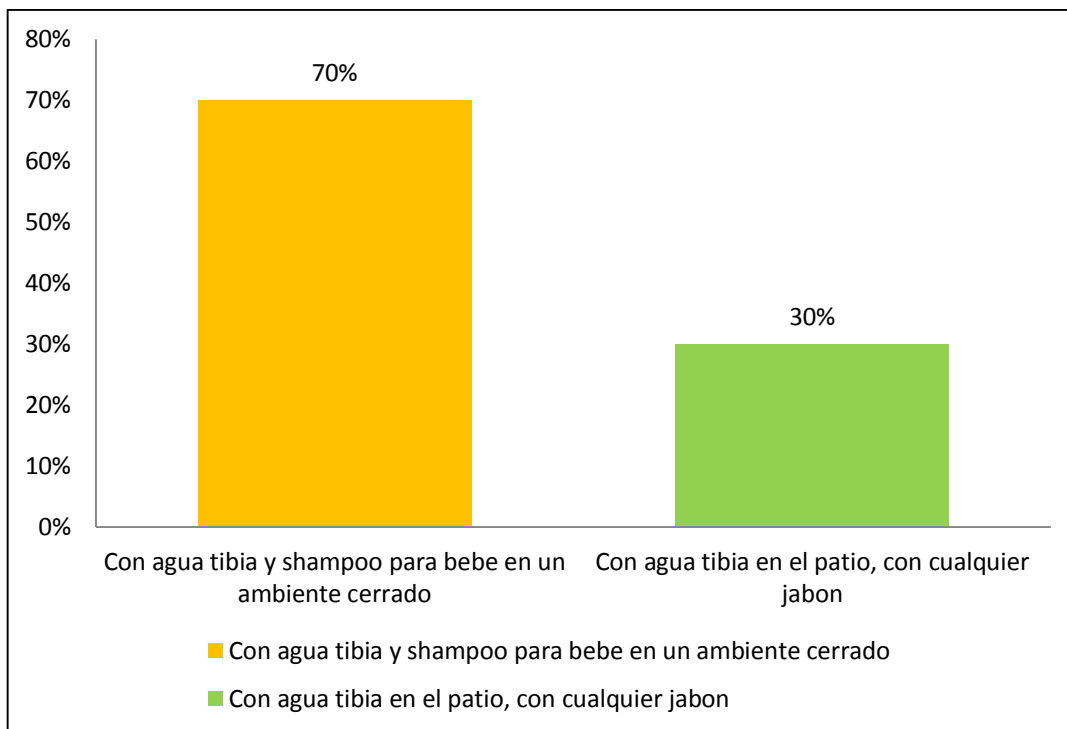
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MAMAS EN RELACIÓN AL MATERIAL BÁSICO Y LUGAR ADECUADO PARA REALIZAR EL ASEO CORPORAL DEL NEONATO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 7

Análisis e interpretación de los resultados:

En la pregunta como bañar a su bebé el 70% de las madres contestaron que los bañan con jabón neutro con agua tibia y en ambiente cerrado. El 30% registraron que lo bañan con agua tibia en el patio con cualquier jaboncillo. Se debe enseñar a este pequeño grupo para que realicen correctamente este cuidado, ya que la manera correcta es bañarlos en ambiente cerrado, con agua tibia, para evitar corrientes de aire y enfriamiento del bebé, con jabón neutro para evitar daños en la piel por químicos.

CUADRO 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN TÉCNICAS DE ASEO EN GENITALES FEMENINOS QUE REALIZAN LAS MAMAS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

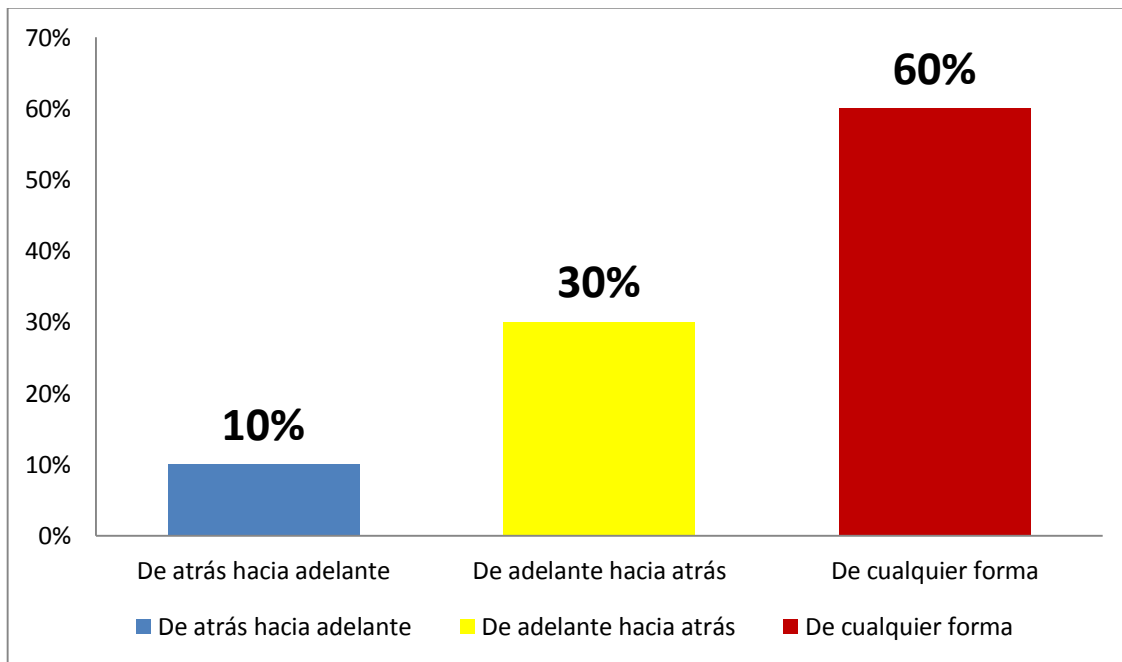
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016

HIGIENE GENITAL DEL R.N. DE SEXO FEMENINO	TOTAL	
	Nº	%
De atrás hacia adelante	2	10%
De adelante hacia atrás	6	30%
De cualquier forma	12	60%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 8
DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN TÉCNICAS DE ASEO EN
GENITALES FEMENINOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO - JUNIO, 2016



Fuente: Cuadro 8

Análisis e interpretación de los resultados:

El 60% de las personas entrevistadas refiere realizar el aseo de los genitales femeninos de su bebé de cualquier forma. El 30% de adelante hacia atrás, y un 10% de cualquier forma. La mayoría demuestra que no sabe realizar este cuidado, siendo la manera correcta de adelante hacia atrás, para evitar infecciones por residuos fecales.

CUADRO 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN TÉCNICAS EN EL ASEO GENITAL MASCULINO QUE REALIZAN LAS MAMAS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016

COMO REALIZA LA HIGIENE GENITAL DE SU BEBE (VARÓN)	TOTAL	
	Nº	%
Solo lavando el pene por encima	8	40%
Bajando cuidadosamente el prepucio y limpiar con cuidado	4	20%
De cualquier forma	8	40%
TOTAL	20	100%

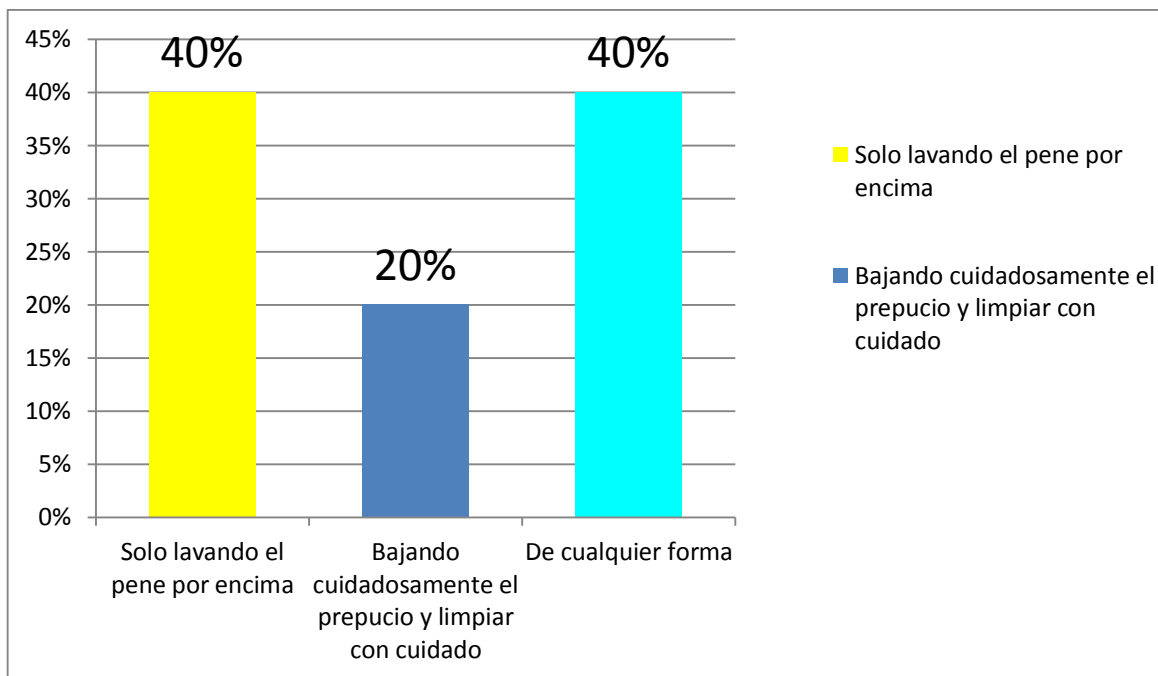
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN TÉCNICAS EN EL ASEO GENITAL MASCULINO QUE REALIZAN LAS MAMAS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 9

Análisis e interpretación de los resultados:

Se puede ver que el 40% de las madres realizan el aseo de los genitales masculinos de cualquier forma, el 40% lava el pene del bebe por encima, y el 20% lo realiza cuidadosamente limpiando el prepucio de forma circular.

CUADRO 10

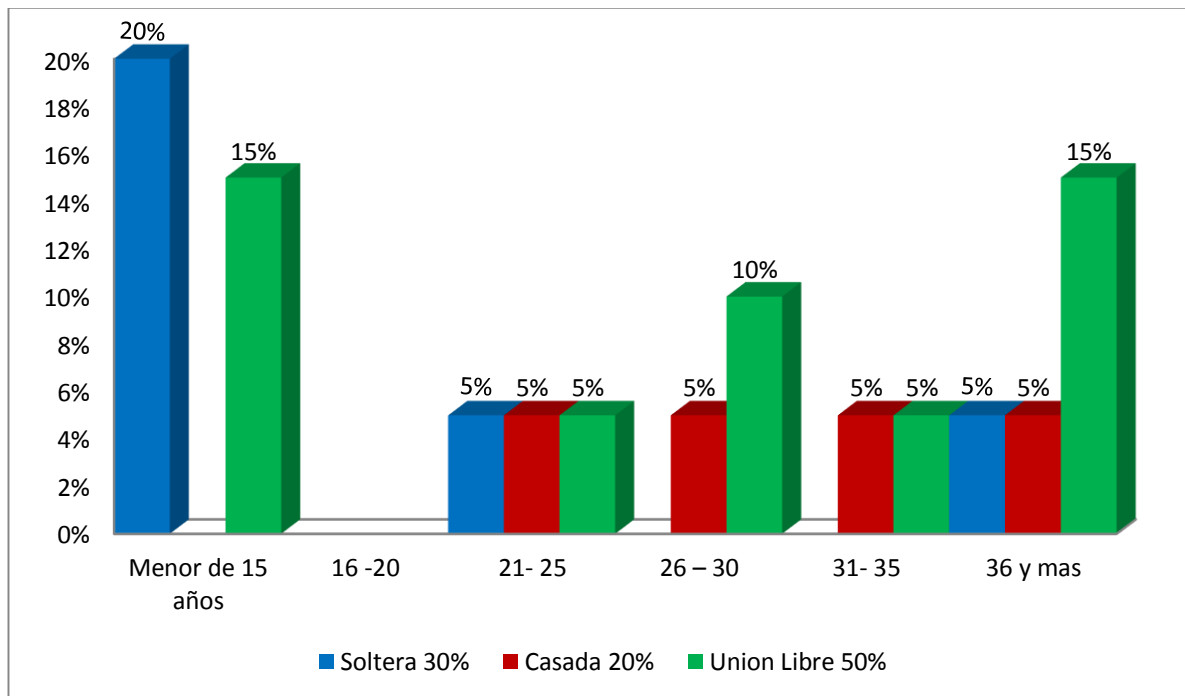
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS ENERO – JUNIO, 2016

EDAD DE LAS MADRES	Soltera		Casada		Unión libre		Total	
	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%
Menor de 15 años	4	20	0	0	3	15	7	35
16 -20	0	0	0	0	0	0	0	0
21- 25	1	5	1	5	1	5	3	15
26 – 30	0	0	1	5	2	10	3	15
31- 35	0	0	1	5	1	5	2	10
36 y mas	1	5	1	5	3	15	5	25
TOTAL	6	30%	4	20%	10	50%	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 10
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS SEGÚN EDAD Y
ESTADO CIVIL, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 10

Análisis e interpretación de los resultados:

El 35% son menores de 15 años de edad, el 50% de las madres viven en unión libre, el 30% son madres solteras.

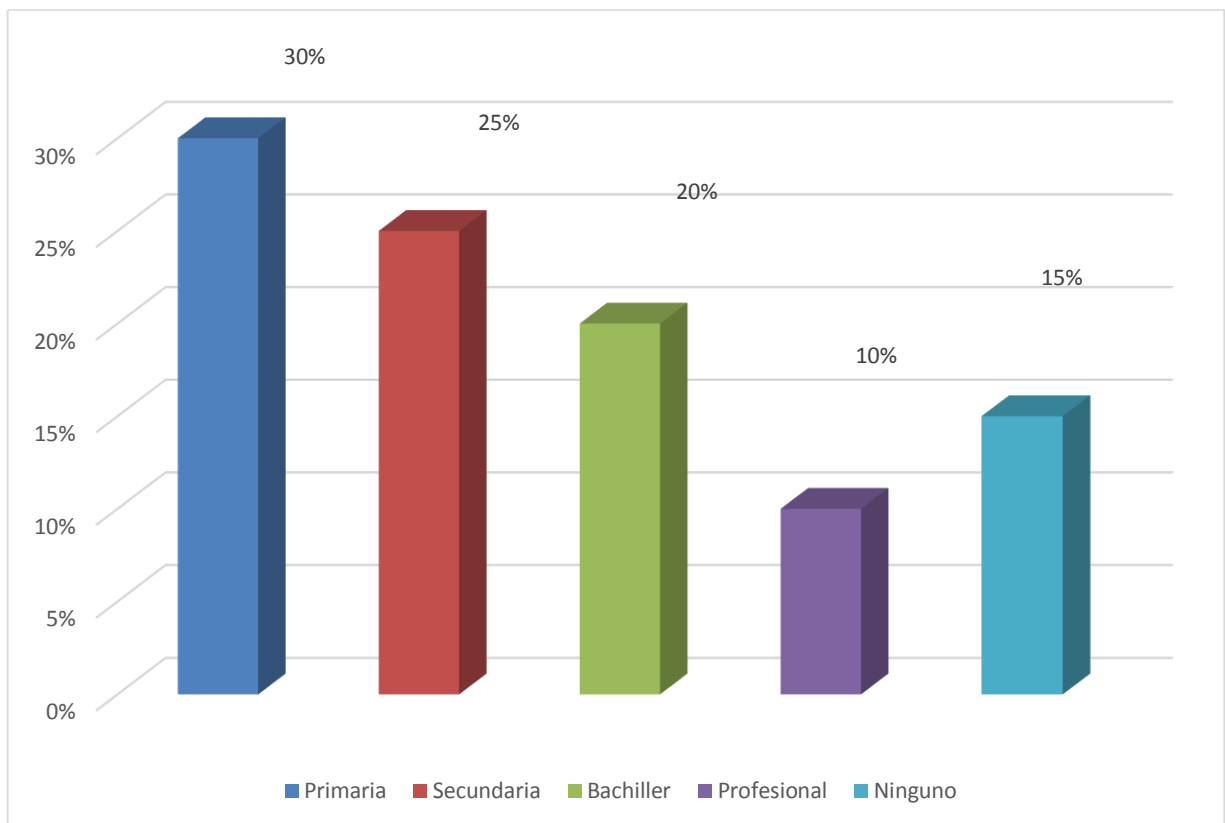
Madres menores de 15 años es una de las causas para un parto prematuro, las madres solteras, otra causa para parto prematuro, las que viven en unión libre inestabilidad e inseguridad en mantener la unidad familiar.

CUADRO 11
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS SEGÚN SU
GRADO DE INSTRUCCIÓN, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	
	Nº	%
Primaria	6	30%
Secundaria	5	25%
Bachiller	4	20%
Profesional	2	10%
Ninguno	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRÁFICO 11
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 11

Análisis e interpretación de los resultados:

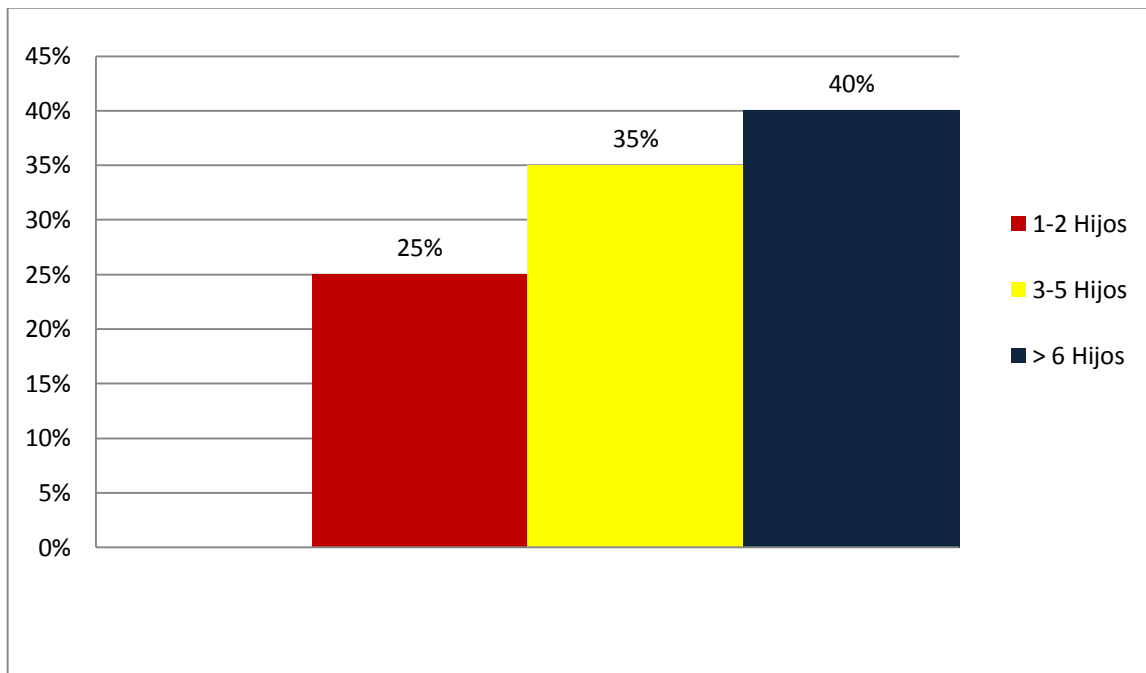
El 30% de las madres de los neonatos han realizado estudios primarios, el 10% son profesionales y el 15% no han realizado ningún estudio. La baja escolaridad de las madres influye sobre el conocimiento para que ellas puedan proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuada, si no hay estos cuidados se puede presentar un parto prematuro.

CUADRO 12
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS PREMATUROS SEGÚN
NÚMERO DE HIJOS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS.
ENERO – JUNIO 2016

NUMERO DE HIJOS	TOTAL	
	Nº	%
1 – 2 HIJOS	5	25%
3 – 5 HIJOS	7	35%
>6 HIJOS	8	40%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 12
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS SEGÚN
NÚMERO DE HIJOS, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO - JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 12

Análisis e interpretación de los resultados:

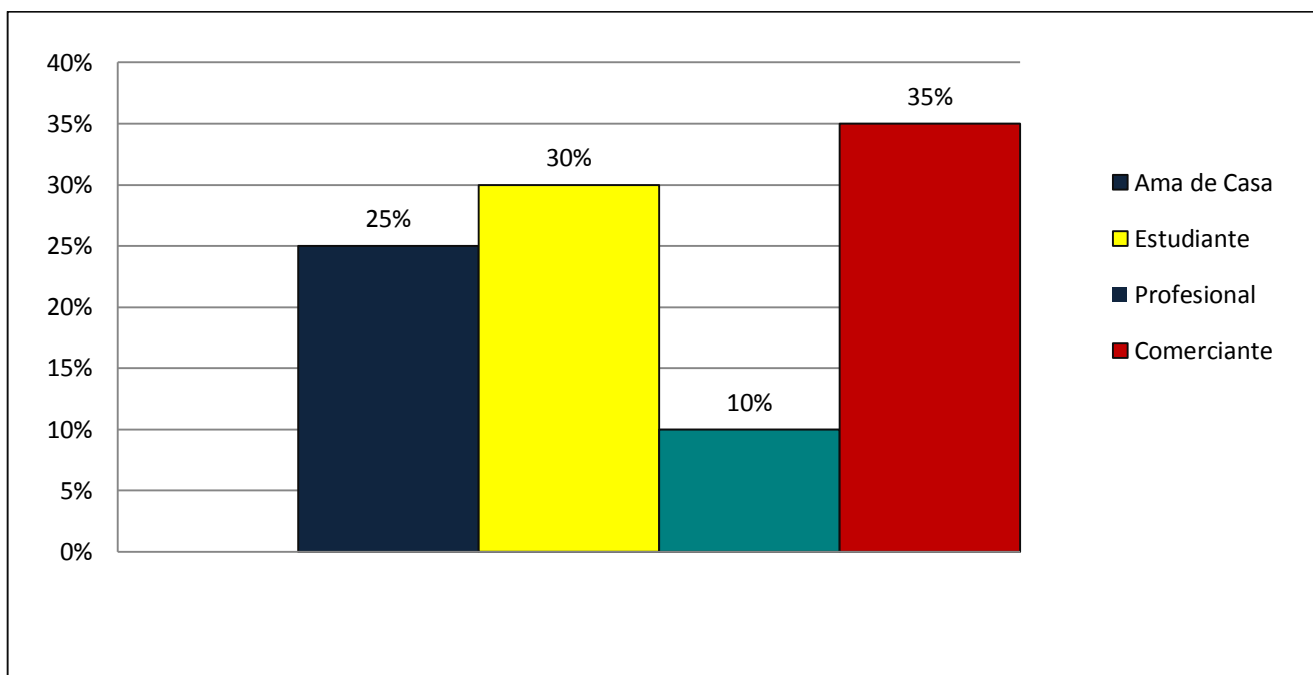
El 40% de las madres, tienen de 6 a más hijos, el 35% tienen de 3 a 5 hijos y el 25% de 1 a 2 hijos. Los embarazos múltiples pueden desencadenar en un parto prematuro.

CUADRO 13
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS PREMATUROS, SEGÚN SU
OCUPACIÓN, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016

OCUPACION	TOTAL	
	Nº	%
Profesional	2	10%
Estudiante	6	30%
Ama de casa	5	25%
Comerciante	7	35%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRÁFICO 13
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS SEGÚN SU
OCUPACIÓN, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS
ENERO – JUNIO 2016



Fuente: Cuadro 13

Análisis e interpretación de los resultados:

El 35% de madres de los neonatos son comerciantes, el 30% son estudiantes, el 25% son amas de casa y el 10% son profesionales, gran porcentaje son comerciantes y otros son estudiantes. Debido a sus diferentes ocupaciones hay un alto riesgo de que los prematuros reingresen al Hospital con alguna complicación.

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN,
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS
DE LOS RESULTADOS

1. CONCLUSIONES

En relación con los objetivos se plantean las siguientes conclusiones:

1. Se cuantificó la incidencia de niños prematuros que nacen en el Hospital Universitario Japonés, donde el total de prematuros de enero a junio del 2016 es de 300 que equivale al 100% de prematuros con edad gestacional menor a 36 semanas, siendo el más incidente de 33 a 36 semanas de edad que equivale al 58%.

De esta manera, debido a circunstancias de edad de las madres muy jóvenes y la multiparidad en algunas madres, se ve la mayor incidencia de nacimientos de niños prematuros.

2. Cuantificando el número de niños prematuros que ingresan por complicaciones al servicio de Neonatología, se identificó como complicaciones más incidentes de Enero a Junio del 2016 en orden de mayor a menor, la ictericia 21%, Apnea 17%, y 15%.hipoglicemia. Las causas se deben a la falta de control prenatal de la madre, donde se puede detectar a tiempo cualquier complicación y tratar de solucionar lo más pronto posible por eso el personal de salud recomienda a las madres en el hospital que deben realizarse los controles prenatales .
3. Se identificó el número de niños prematuros que reingresaron por complicaciones posteriores al alta hospitalaria en el servicio de Emergencias dando un total de 110 prematuros, las complicaciones con más alto porcentajes fueron, hipotermia 30%.
4. Se determinó las características socio-demográficas de las madres de los niños prematuros, el 35% son menores de 15 años, causa para nacimientos prematuros, el 50% está viviendo en unión libre, lo que causa en la mayoría de estas madres sentimientos de inseguridad con su pareja, el 40% tienen más de 6 hijos, otra de las causas para nacimientos prematuros, el 30% realizó estudios primarios y el 50% son amas de casa.

2. RECOMENDACIONES

a) A la Institución:

- Remitir los resultados a las instancias pertinentes para implementar programas de capacitación continua sobre el Programa Madre Canguro y pasantías en los hospitales con experiencias exitosas y líderes en este programa a nivel nacional e internacional para la preparación de las enfermeras, que contribuya a disminuir las tasas de mortalidad del prematuro, a bajo costo y con la activa participación de los padres.

b) Al personal de enfermería:

- Coordinar con los jefes de servicio, médicos y enfermeras para que el personal de Neonatología sea inducido con los programas vigentes dentro del servicio.
- Realizar un cronograma de actividades en Neonatología en la que esté incluida el Programa Madre Canguro.
- Deben asistir a los cursos de capacitación para profundizar y afirmar sus conocimientos técnicos con la parte teórica y científica del Programa Madre Canguro.

c) A los médicos:

Siendo el personal más capacitado teóricamente, también se incluya en la parte técnica operativa del Programa Madre Canguro.

CAPÍTULO IV
COMPONENTES
COMPLEMENTARIOS

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Alfaro, Refevre.

2012 Aplicación del proceso enfermero. Editorial Masson, 5ª Edición;
Barcelona España. Pág. 34.

Charpak, Nathalie; Cristo, Borrero Martha Emma; Barbosa, Rodriguez Sandra Milena; Matallana, Ana Milena y Figueroa de Calume, Zita.

2013 Influencia del Programa Madre Canguro sobre la familia y el entorno familiar del niño de bajo peso al nacer en Colombia. Editorial Fundación Madre Canguro, 1ª edición; Bogotá Colombia. Pág.24.

Chattas Guillermina

2015 Protocolo de cuidados de la piel del recién nacido: Protocolos de enfermería. Editorial Fundación Alberto J. Roemmers, 1ª edición; Buenos Aires Argentina. Pág.32.

Neonatología Tapia

2015 3ra Edición página 267, 352

Manual de neonatología

2011 Circulo medico Zarate. Página 386

Libro de neonatología

2011 De Gomella 7ma Edición. Página 430

Sola, Cuidados neonatales

2011 Tomo 1. Página 302-308

Torrez y col. Triada del método Madre Canguro

2015 Pagina 7

María del Pilar Ureña Molina

2014 Conocimientos de los padres para brindar cuidados en casa al Recién nacido prematuro y/o bebé de bajo peso. Sala de Cuidados Neonatales Hospital de Cúcuta – Norte de Santander.

Sonia Araque Salazar y Colaboradores

2014 Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros; madres usuarias del Programa Madre Canguro de Tunja – Colombia.

Carolina Pava laguna

2014 Practicas de cuidados con el Recién nacido prematuro o de bajo peso que ofrecen las madres en el hogar. Bogotá – Colombia.

Martin Castillo M, Alonso Benedi

2011 Cuidados del recién nacido en la sala de partos. Revista de enfermería.

Pérez Rodríguez, J. y Peralta Calvo, J.

2015 “Retinopatía de la prematuridad en la primera década del siglo XXI. Dos caras de la misma moneda” AnPediatr (Barc). Pág. 549. Nombrado en la Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente. Protocolos actualizados al año 2008.

Prats Cedó M.

2012 Fortalecer el vínculo madre – hijo en unidades neonatales: parámetros para su evaluación. Tesis doctoral. [Internet] Hospital universitario Valld´Hebron; 2012.

Rivera P.

2013 Importancia de enfermería en la UCIN: Práctica Clínica. Revista de desarrollo científico de enfermería. Pág. 85.

Taeush HW, Ballard RA.

2012 Tratado de Neonatología de Avery. Editorial Hacourt, 7ª edición, Madrid España. Pág. 23

Tello R.

2010 Cuidado de enfermería en el RN menor de 1,500 g. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Enfermería Neonata I. Cusco Perú.

Torres, J., Bonilla, M., y Martinez, A.

2014 Protocolo de atención psicológica dirigido a padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Clínica el Bosque. [Tesis de grado]. Universidad El Bosque; Bogotá Colombia. Pág.7.

Torrez J., Palencia D., Sánchez D. M., García J., Rey H., Echandía C. A.

2015 Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional, Colombia, Médica. Pág. 5.

Villanueva L.A, Contreras A K, Pichardo M, Rosales J.

2010 Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología Obstetricia México. Pág.23.

REVISTAS

Álvarez, Serra; Balaguer, A; Iriondo, Saez Martin; Ancel, Martin; Gómez, Roig María Dolores.

2010 Algoritmo para la asignación etiológica de la prematuridad. Anales de Pediatría, Publicado en la Revista de Pediatría, Volumen 71, Nº4, Agosto 26; Madrid España. Pág. 284.

Barros, Fernando; Victoria, Cesar; Vaughan, Patrick; Capellari, Marcia.

2015 El riesgo perinatal de ciudades del tercer mundo. Publicado en revista Scielo, Foro mundial de la salud 1985; Brasilia Brasil. Pág. 369.

Bello, Benavides Verónica Matrona.

2010 Memorias del Taller de técnicas de amamantamiento y beneficios de la Lactancia Materna. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Unidad de neonatología; Temuco Chile.

Castiblanco, N. y Muñoz, I.

2011 Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. En: Revista Avances en Enfermería. Vol. xxix. Nº1. (Ene. – jun., 2011); Pág. 121.

Delgado, Guerrero María

2015 El método canguro del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Departamento de Pediatría. Publicado Revista Avances Pediátricos, Volumen 29, Nº 1, Enero a Abril del 2005; Santa Cruz de Tenerife. Pág. 17.

González G, Silva LC. Cuba

2012 Factores de riesgo de la mortalidad infantil. Revista Cubana Médica Gen Integral 1988.

INVESTIGACIONES

- 2012 Silvia Etelvina Retureta Milán y Hermana
Factores de riesgo de partos prematuros en gestantes del municipio Ciego de Ávila.
- 2015 Pilar Alvares Mingorance
Morbilidad y secuelas de los niños prematuros en edad escolar.
- 2015 Mijaíl Rivas Cruz y Ricardo M. Solís.
Factores de Riesgo Asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el hospital Escuela Asunción de Juigalpa-Nicaragua.
- 2015 Luis A. Bolívar Montes
Factores asociados a la incertidumbre en padres de recién nacidos prematuros hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales- Cartagena
- Grace
2010 Campoverde Actitudes Saberes y Destrezas sobre cuidados y estimulación de prematuros que acuden al Hospital Universitario de Motupe- Ecuador.
- Martínez, MR
2010 Programa de Cuidado Madre Canguro. Dimensiones del cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Melgarejo, Solís Giannina Lissette.
2012Z Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado prematuro en el Servicio de Neonatología: Hospital Chancay - SBS, 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica; Lima Perú. Pág. 7.

Atehortua Arredondo, Sonia Isabel.

2005 La estimulación temprana del Neonato hospitalizado en la UCIN. Tesis para optar al título de Máster en Cuidado intensivos, Universidad de Antioquia; Medellín Colombia. Pág.12.

Torres, Bonilla, Gutiérrez, Juana Catalina y Bonilla, Mónica.

2005 Diseño y pilotaje de un protocolo de acompañamiento psicológico para padres y madres con neonatos prematuros fase II resumen

CORPORATIVOS

Comité de Estudios Feto neonatales.

2014 Subcomisión de recomendaciones. Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones para el control de la saturación de oxígeno optima en prematuros. Prensa archivos Argentinos de Pediatría SAP. Pág.32.

Ministerio de Salud.

2010 Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. Perú: Dirección general de salud de las personas.

Organización Mundial de la Salud.

2014

Organización Mundial de la Salud.

2013 «Galardonados con el Premio Sasakawa para la Salud». Consultado el 9 de noviembre de 2013.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

2010 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Pág. 19.

Anales Nestlé.

2015 Aspectos clave en relación con la prematuridad. Editorial Les Presses de la Venoge SA, 1ª edición; Ginebra Suiza. Pág.18.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

2012 Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa. Washington, DC: OPS/OMS, 1992.

<https://w.w.w.serpadres.es.bebe.articulo>).

2013 Bebé recién nacido, artículos, noticias y consejos.

<https://m.bebesymas.recien-nacidos>

2011 Características y orígenes del método Canguro

<https://m.bebesymas.recien-nacidos>

2012 Beneficios del método Madre Canguro para los bebés prematuros.

<https://m.bebesymas.recien-nacidos>

2012 Aplicación del método Madre Canguro.

Charpak, Nathalie;

Cristo, Borrero Martha Emma; Barbosa, Rodriguez Sandra Milena; Matallana, Ana Milena y Figueroa de Calume, Zita (2013). Influencia del Programa Madre Canguro sobre la familia y el entorno familiar del niño de bajo peso al nacer en Colombia. Editorial Fundación Madre canguro 1ª Edición; Bogotá Colombia Pág. 24.

Chattas Guillermina.

(2015). Protocolo de cuidados de la piel del recién nacido: Protocolos de enfermería. Editorial Fundación Alberto J. Roemmers, 1ª Edición; Buenos Aires Argentina, Pag.32

Domínguez Dieppa F., Cejas Pérez G., Roca Molina MC, Millan Cruz Y. (2010). Neurodesarrollo de primeros neonatos cubanos ventilados con alta frecuencia. Revista Cubana Pediatría.

Egan María Fernanda. (2015). Protocolo de intervención en bebés prematuros. Protocolos de enfermería. Editorial Fundación Alberto J. Roemmers. Pág. 4.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE SOLICITUD



**Universidad
Evangélica
Boliviana**

para marcar **la diferencia...**

FUNDADA EL 13 DE AGOSTO DE 1980

Santa Cruz, 05 de enero de 2016

Señor
Dr. Victor Hugo Zambrana
Director
HOSPITAL JAPONES
Presente

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO FINAL DE GRADO MODALIDAD TESIS

Distinguido Director:

La presente tiene como objetivo solicitarle su valiosa colaboración y autorización, permitiendo que la Universitaria de la Carrera de Enfermería de la Universidad Evangélica Boliviana NORAH LIJERON COCA, pueda ingresar al Hospital para concluir su trabajo final de grado modalidad Tesis, titulada "**Estrategias para capacitar a las madres sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar con base al programa de Madre Canguro Servicio de Neonatología Hospital Universitario Japonés**". De Enero a Junio del 2016.

Agradeciéndole su valioso aporte en beneficio de la formación de nuevos profesionales, deseándole éxito y bendiciones en tan importante trabajo que desempeña; me despido con las consideraciones del caso.


Dr. Victor Hugo Zambrana Barrón
DIRECTOR MÉDICO
HOSPITAL JAPONES
GOBIERNO AUTÓNOMO DEPTAL. - SANTA CRUZ

Cc/ Archivo


Mg. Viviana Morales de Vedia
COORD. CARRERA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD EVANGÉLICA BOLIVIANA

ANEXO 2 ENCUESTA

El objetivo de esta encuesta es de proponer un modelo de capacitación a las madres sobre el método Madre Canguro, para la prevención de las complicaciones del prematuro en el hogar. Los datos al recolectar son estrictamente confidenciales y solo serán para proporcionar recomendaciones.

Le agradezco de ante mano su colaboración.

1. ¿Qué edad tiene usted?

- | | | |
|---------------|------------|---------------|
| a) Menor a 15 | b) 16 a 20 | c) 21 a 25 |
| d) 26 a 30 | e) 31 a 35 | f) Mayor a 36 |

2. ¿Qué grado de instrucción tiene usted?

- | | | |
|--------------|----------------|---------------|
| a) Ninguno | b) Primaria | c) Secundaria |
| d) Bachiller | e) Profesional | |

3. ¿Cuál es su estado civil?

- | | | |
|------------|-----------|----------------|
| a) Soltera | b) Casada | c) Unión libre |
|------------|-----------|----------------|

4. ¿Qué ocupación tiene?

- | | | | |
|----------------|----------------|---------------|----------------|
| a) Ama de casa | b) Profesional | c) Estudiante | e) Comerciante |
|----------------|----------------|---------------|----------------|

5. ¿Cuántos hijos tiene?

- | | | |
|--------------|--------------|-------------------|
| a) 1-2 hijos | b) 3-5 hijos | c) Más de 6 hijos |
|--------------|--------------|-------------------|

6. Su recién nacido debe alimentarse de :

- | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------|
| a) Lactancia materna | b) Agua de anís | c) Leche en polvo |
|----------------------|-----------------|-------------------|

7. Su recién nacido que recibe lactancia materna exclusiva debe lactar:

- a) 3 veces al día
- b) Cada 5 horas
- c) Cada dos horas
- d) Cuando el recién nacido desee

8. La frecuencia con que debe bañar a su recién nacido es:

- a) Cada dos días
- b) Cada siete días
- c) Todos los días
- d) Cada 15 días

9. ¿Cómo realiza el baño del bebé?

- a) Con agua tibia y jabón neutro en un ambiente cerrado
- b) Con agua tibia en el patio, con cualquier jabón

10. La higiene de genitales del recién nacido (mujer) se hace de la siguiente forma:

- a) De atrás hacia adelante
- b) De adelante hacia atrás
- c) De cualquier forma

11. La higiene de genitales del recién nacido (hombre) se hace de la siguiente forma:

- a) Lavando el pene por encima
- b) Bajando cuidadosamente el prepucio y limpiar en forma circular
- c) De cualquier forma

ANEXO 3
PROGRAMA MADRE CANGURO

TALLER DE CAPACITACION PARA LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR



DIRIGIDO A LAS MADRES DE NIÑOS PREMATUROS INTERNADOS EN LA SALA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONÉS

AUTORA: NORAH LIJERON COCA

TUTORA: LIC. RUFINA MAMANI GUTIERREZ

SANTA CRUZ DE LA SIERRA – BOLIVIA

2016

INDICE

	Pág.
1. OBJETIVO.....	76
2. ACTIVIDADES	76
3. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	77
3.1 PROGRAMA MADRE CANGURO	77
3.1.1 TECNICAS ADECUADAS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO	78
3.1.2 OBJETIVO DEL PROGRAMA MADRE CANGURO	78
3.1.3 TRIADA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO	78
3.1.4 BENEFICIOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO	79
3.2 TECNICAS ESENCIALES DE BIOSEGURIDAD	80
3.2.1 LAVADO DE MANOS	80
3.2.2 ASEO PERSONAL DE LA MAMA.....	81
3.2.3 ASEO GENERAL DE LA CASA	82
3.2.4 CUIDADO EN LAS VISITAS DE LAS PERSONAS ENFERMAS.....	83
3.3 TECNICAS DE LOS CUIDADOS BASICOS DEL NEONATO	84
3.3.1 BAÑO DEL RECIEN NACIDO	85
3.3.2 CUIDADO DEL RECIEN NACIDO DEL AREA PERINEAL	86
3.3.3 AMAMANTAMIENTO EXCLUSIVO	87
3.3.4 CUIDADO DE LA TERMORREGULACION	88
3.3.5 RECONOCIMIENTOS DE SIGNOS DE ALARMA	89
4. RECOMENDACIONES.....	90
5. MATRIZ EDUCATIVA	91

1. OBJETIVO

Orientar a las madres sobre el cuidado concreto del niño prematuro en el hogar para prevenir las complicaciones y el reingreso al hospital.

Al concluir la capacitación las madres de los niños prematuros atendidas en el servicio de Neonatología del Hospital Universitario Japonés tendrán los conocimientos básicos y esenciales sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar.

2. ACTIVIDADES

A.- Programa Madre Canguro:

- Técnicas adecuadas del Programa Madre Canguro
- Objetivo del Programa Madre Canguro
- Triada del Programa Madre Canguro
- Beneficios del Programa Madre Canguro

B.- Enseñar las acciones o técnicas esenciales de Bioseguridad que protejan al recién nacido de elementos externos:

- Lavado de manos
- Aseo personal de la madre
- Aseo general de la casa
- Cuidados que se deben tomar en cuenta con las visitas en el hogar

C.- Demostrar las técnicas de los cuidados básicos como ser:

- Baño del recién nacido
- Cuidado del área personal en el Recién Nacido
- Amamantamiento exclusivo
- Cuidado de la termorregulación
- Reconocimientos de signos de alarma del RN prematuro
- Manejo correcto de posicionamiento canguro

3. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

3.1 PROGRAMA MADRE CANGURO:

Según la OMS, el, Programa Madre Canguro es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término.

3.1.1 TECNICAS ADECUADAS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

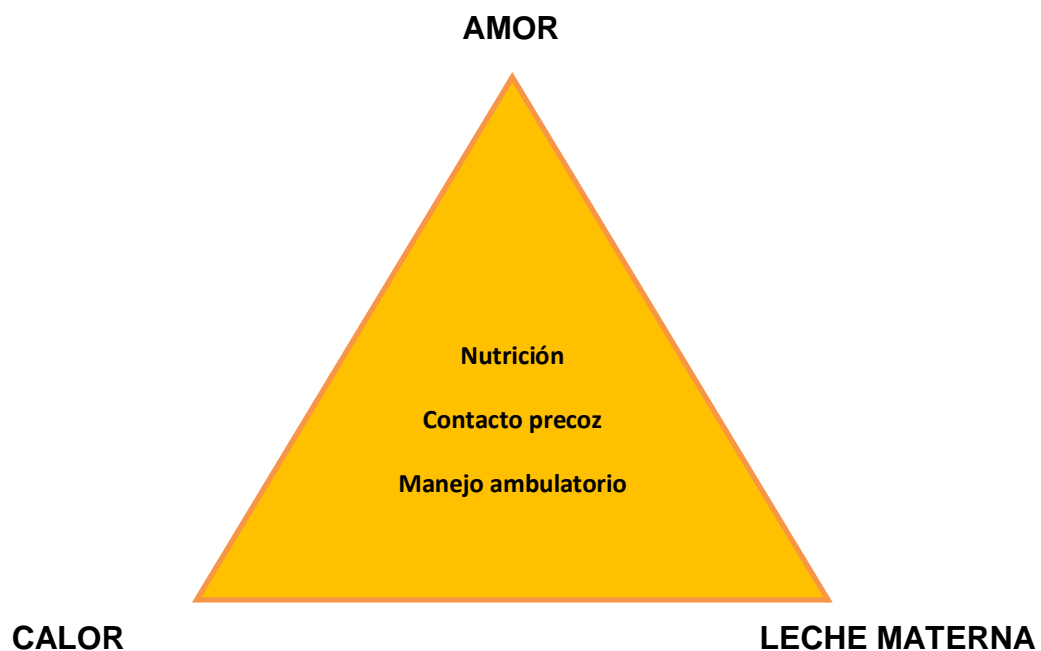
- Se debe usar ropa amplia que permita tener al bebé sin presiones pero con seguridad (blusones, camisetas o vestidos que de preferencia tengan la posibilidad de abrirse por delante o sean telas elásticas).
- Él bebé debe colocarse en medio de los senos en posición semisentada como una ranita
- Mantener una estrecha vigilancia de los movimientos, cambios de color y dificultad al respirar.
- Él bebé debe mantenerse solo en pañal
- Se debe facilitar al bebé la alimentación a libre demanda vigilando que no pasen periodos mayores de tres horas sin comer.
- El cambio del bebé de una persona a otra debe hacerse rápido, con cuidado y en áreas libres de corrientes de aire para evitar enfriamiento.
- El cambio de pañal se debe ejecutar evitando enfriamiento, en forma rápida y en lugares de preferencia con buena temperatura procurando evitar corrientes de aire.
- En caso de fatiga de la madre pasar al bebé a otros miembros de la familia que se encuentren entrenados en el Programa Madre Canguro.
- Los familiares que apoyen la técnica, deben ser personas sanas y con buenos hábitos de higiene.

3.1.2 OBJETIVO DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

- Reemplazar la incubadora por la madre, de esta manera el neonato puede continuar su crecimiento en el seno materno que le proporciona calor, alimento y protección.
- Evitar la separación prolongada de la madre y su hijo para estimular el desarrollo físico y emocional del neonato hospitalizado y un egreso temprano de la unidad neonatal.
- Privilegiar la lactancia materna exclusiva como única fuente de nutrición y protección en los primeros meses de vida.
- Favorecer una temprana vinculación efectiva entre la madre y su hijo.
- Efectuar el seguimiento del desarrollo del neonato.

3.1.3 TRIADA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

La triada del cuidado del niño prematuro con el modelo Madre Canguro está conformada por tres elementos que se relacionan entre si y son el amor, calor y leche materna.



3.1.4 BENEFICIOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Este Programa tiene beneficios tanto para la madre como para el RN. La posición vertical protege a los niños contra la bronco-aspiración, una de las causas comunes de morbilidad y muerte de los niños de bajo peso. También la constante proximidad al pecho de la madre estimula la producción de leche, uno de los problemas habituales entre las madres y niños de bajo peso que están separados por largos periodos de tiempo. Los beneficios sociológicos por el contacto físico estrecho entre la madre y el niño se han asociado a una disminución en el problema de abandono.

Beneficios emocionales.- Él bebé encuentra en su madre su habitud natural, donde encuentra refugio, amor y comida, el contacto piel con piel es vital para el pequeño. Le proporciona seguridad, tranquilidad, favorece el vínculo emocional del niño con su madre y padre, lo cual repercute en su desarrollo.

Beneficios neurológicos.- Él bebé que está en contacto con su madre, regula mejor el estrés y se adapta mejor al medio y a los estímulos externos, incluso se ha comprobado que el método canguro ayuda a los prematuros a tolerar mejor el dolor de las intervenciones médicas.

Mejora las constantes vitales.- Al estar en contacto con el cuerpo de su madre él bebé obtiene una mejor regulación de la temperatura corporal. Se produce una especie de sincronización entre ambos haciendo que si él bebé necesita calor, sube la temperatura corporal de la madre, pero si este tiene fiebre, la temperatura de la madre baja. Además, obtiene buen nivel de oxígeno, estabiliza la frecuencia respiratoria y cardíaca y coordina mejor la succión - deglución, lo cual contribuye a que gane peso más rápidamente.

Es económico.- No se necesitan grandes recursos para implementarlo. Es un método seguro, eficaz, natural, fácil de aplicar y económico. De hecho se le

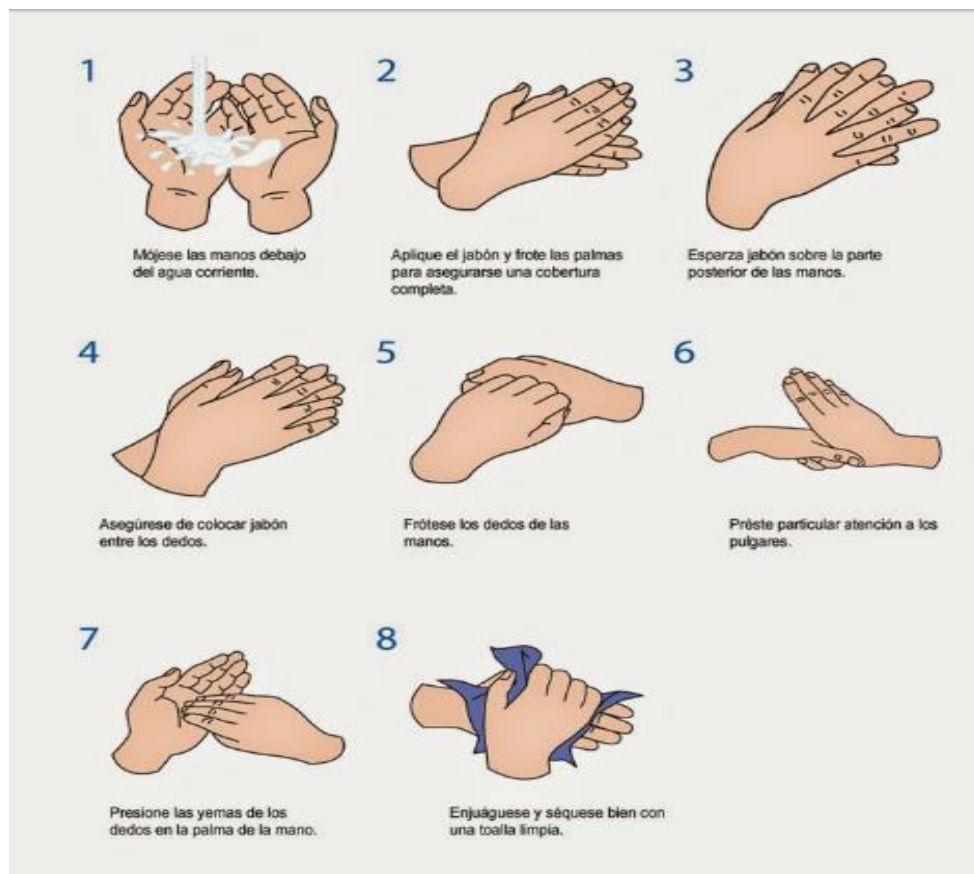
ocurrió utilizar este método a un neonatólogo colombiano como alternativa ante los escasos de incubadoras.

Beneficios para los padres.- A la vez los padres se sienten participes de la recuperación de su bebé, se sienten más confiados y con más fuerzas para sobrellevar la situación. Quienes han practicado el Programa Madre Canguro aseguran que es una experiencia embriagadora y placentera y desde luego el bienestar de los padres se refleja en él bebé.

3.2.- TECNICAS ESENCIALES DE BIOSEGURIDAD

3.1.2 LAVADO DE MANOS

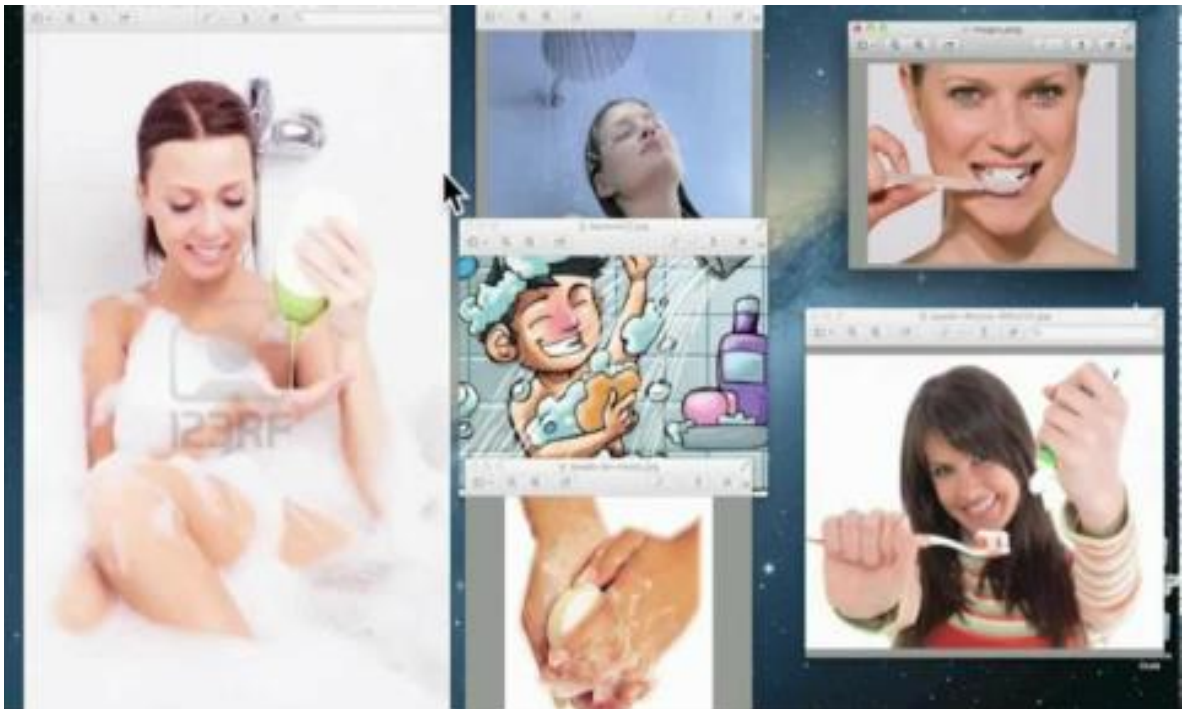
Duración de todo el procedimiento: 40 a 60 segundos



3.2.3 ASEO PERSONAL DE LA MAMA

- Lávese las manos con agua y jabón siempre, antes y después de usar el inodoro o letrina y sobre todo antes de tocar al bebé y después de cambiarle el pañal.
- No usar anillo ni relojes.
- Mantener las uñas recortadas y sin esmalte.
- Báñese diariamente con agua y jabón, si es posible con un jabón que no sea perfumado.
- Use ropa limpia y cómoda como se describe en este folleto.
- Use un desodorante no perfumado.
- No se aplique cremas ni perfumes.

Elimine el primer chorro de leche y límpiense con una toallita pequeña la zona de la areola.



3.3.4 ASEO GENERAL DE LA CASA

- La casa debe mantenerse limpia especialmente en el área del bebé y su alrededor.
- Durante el aseo mantener las puertas y ventanas abiertas para ventilar la casa y permitir que entren los rayos del sol.
- No permitir mascotas dentro de las casa.
- Evitar peluches cerca del niño.
- Tener un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.



3.3.5 CUIDADOS QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA CON LAS VISITAS EN EL HOGAR

- Se debe orientar a las visitas sobre el lavado de manos antes de ingresar al cuarto del bebé.
- No usar anillos, manillas ni relojes.
- Mantener las uñas recortadas y sin esmalte
- No usar perfumes irritantes
- Las visitas no deben estar con resfrió y si lo están deben usar barbijo
- La visita no debe tocar al niño en lo posible.
- La visita no debe besar al niño
- Las visitas no deben entrar en grupos



3.3.- TÉCNICAS DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL NEONATO

3.3.1 BAÑO DEL PREMATURO

MATERIALES

- Agua tibia
- Toalla
- Mitón
- Jabón líquido neutro
- Pañal

PREPARATIVOS

- Comprobar que tenemos todo el material que vamos a utilizar en el baño del bebé.
- Procurar que el ambiente térmico sea neutro, no es necesario que haga calor excesivo
- Preparar el agua a temperatura agradable, esto se puede controlar con la cara interna del brazo
- La habitación donde se realizara el baño debe estar cerrada para evitar corrientes de aire que pueden enfriar al bebé.

PASOS A SEGUIR

- Colocar la bañera en un lugar seguro
- Coloque agua tibia en la bañera
- Desnudar al bebé despacio y con mimos
- Antes de bañarlo revisemos si tiene el pañal sucio y limpiemos la zona genital para no contaminar el agua de la bañera
- Poner al bebé en la bañera sujetándole haciendo pasar el brazo por detrás de la espalda hasta sujetar su bracito por la axila, así la cabeza queda libre y el cuerpo bien sujetado

- Si llora , la madre tiene que calmarlo hablándole acariciándolo , cantándole e ir echando agua con la mano por todo su cuerpecito
- Lo primero que se debe lavar es la carita del bebé, con el mitón humedecido limpiar con mucha suavidad y ternura, luego ir a lavar la cabeza del bebé colocando una pizca de jabón líquido neutro, lavar en forma circular, luego enjuagar, seguir con el cuello, brazos, axilas, pecho, espalda, piernas, pies y por último los genitales.
- Enjuagarle echándole agua con la mano, eliminando todos los restos de espuma.
- Sacarlo del agua con cuidado y taparlo con una toalla suave.
- El secado debe ser preciso, sin frotar, haciendo pequeños toques con la toalla y prestando especial atención en las zonas de los pliegues (cuello, axilas y genitales), en las manos y en los pies.



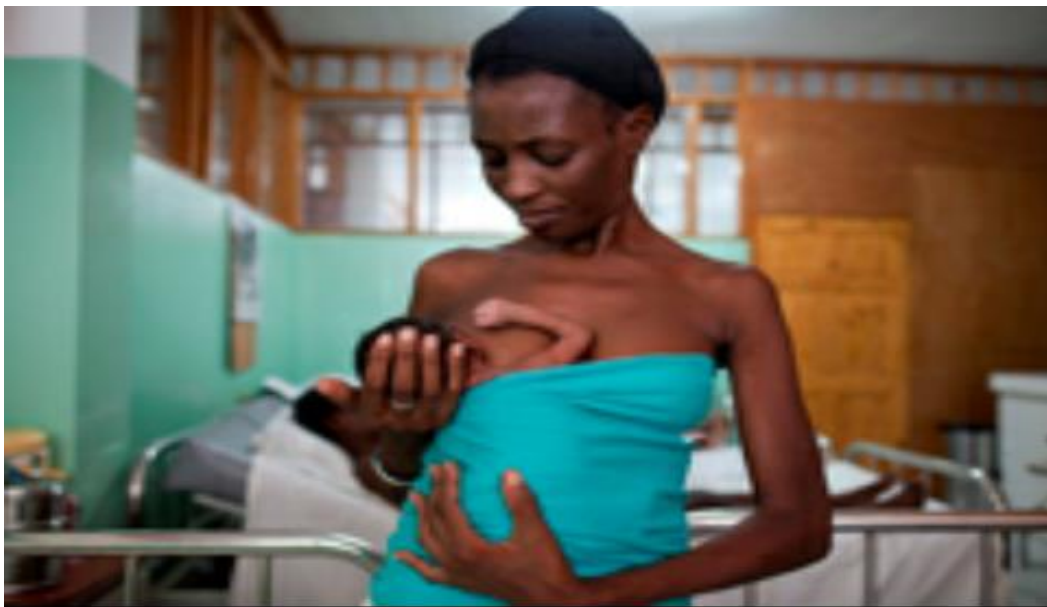
3.3.2. Cuidado del área perineal en el niño Prematuro

- Al realizar la limpieza del pañal se debe evitar dejar muy humedecida el área, y así evitar escaldaduras.
- Se puede utilizar paños húmedos pero neutros, sin olor ni perfumes.

- Limpiar de adelante hacia atrás.
- También puede utilizar bolitas de algodón humedecidas en agua tibia.

3.3.3. AMAMANTAMIENTO EXCLUSIVO

- La leche materna de las madres que dan a luz prematuramente se adapta perfectamente a las necesidades especiales del bebé prematuro.
- Es importante no olvidar el lavado de manos en cada procedimiento con el niño.
- El amamantamiento debe ser exclusivo y a libre demanda.
- Elimine el primer chorro de leche y límpiese con una toallita pequeña la zona de la areola.
- Para un prematuro, la leche materna contiene unas sustancias llamadas enzimas que son especialmente importantes para evitar daños al sistema digestivo inmaduro del bebé.
- La leche materna también contiene agentes anti-inflamatorios que ayudan a proteger los frágiles tejidos del intestino del bebé prematuro de la inflamación y el dolor. Esto reduce las posibilidades de crecimiento bacteriano perjudicial, estos agentes se cree que ayudan a defender al bebe frente a la enterocolitis necrosante (ECN) que es una complicación grave de los intestinos.



3.3.4. CUIDADO DE LA TERMOREGULACION

Es importante saber cómo mantener al prematuro con temperatura adecuada. El manejo de la temperatura depende del contacto con la madre y el lugar donde se encuentra el niño. Algunas de las cosas que tenemos que saber son:



- **Ambiente:** Debe estar cerrado y limpio, evitando la oscuridad y la humedad.
- **Confort:** Debe utilizar ropa de algodón liviana para que este en contacto piel con piel con la madre cuando aplique el método Madre Canguro. La temperatura de la madre ayudara a regular la temperatura adecuada para el niño prematuro.
- **Alimentación:** Debe consumir leche materna a libre demanda, para que aumente de peso, la leche materna protege al niño de infecciones y le brinda todos los nutrientes que él necesita para su buen desarrollo.

3.3.5. RECONOCIMIENTOS DE SIGNOS DE ALARMA.

El prematuro corre peligro cuando:

- Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncós.
- Respiración muy acelerada o muy lenta.
- Ataques de apnea frecuentes o prolongados.

- Él bebé está frío: La temperatura del bebé es baja pese a haber procedido al recalentamiento.
- Alimentación dificultosa: Él bebé deja de despertarse para la toma, deja de alimentarse o vomita.
- Convulsiones.
- Diarrea.
- Piel amarillenta.

Él bebé no correrá peligro si:

- Estornuda o tiene hipo.
- Evacua deposiciones blandas después de cada toma.
- No defeca en uno o dos días.

4. RECOMENDACIONES

Higiene: Es muy importante lavarse las manos siempre, antes de manipular al bebé prematuro y mantener muy limpia su habitación. Se debe cambiar de pañal cada 3 o 4 horas.

Ambiente: El baño del bebé no debe de ser diario, puede ser de dos a tres veces por semana.

Alimentación: La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a estos bebés porque, como en el caso de los RN a término, contribuirá a fortalecer su sistema inmunitario. Los prematuros necesitan alimentarse con mayor frecuencia (Unas 8 a 9 veces al día).

Vacunas: Los especialistas recomiendan que estos niños reciban las vacunas que les corresponden según su edad gestacional. En el caso de la vacuna antigripal, se debe administrar a los prematuros mayores de seis meses, sobre todo si han presentado complicaciones respiratorias o neurológicas, desnutrición severa, etc. También es conveniente que las personas que convivan con el niño se vacunen contra la gripe.

Sueño: Los recién nacidos suelen dormir entre 16 y 18 horas diarias, y los prematuros incluso más, pero se debe despertar al bebé para su alimentación.

Visitas: Es recomendable dosificar las visitas, sobre todo al principio y que no toquen demasiado al bebé ni le carguen en brazos. Mientras menos visitas, mejor.

Salidas y paseos: Si el tiempo lo permite, no hay nada malo en sacar al bebé a la calle, pero hay que evitar siempre acudir a lugares donde haya aglomeraciones de gente para evitar posibles contagios.

Consultar al médico: Hay que consultar con el médico siempre que se observe algo sospechoso o inhabitual en el estado o comportamiento del bebé, como por ejemplo:

- Dificultad para respirar
- Dificultad para despertarse
- Mal color de cara (Azulado o muy pálido)
- Fiebre o hipotermia
- Movimientos oculares anormales o ausencia de seguimiento visual
- Llora sin motivo y de forma prolongada
- No quiere comer o come menos

Es bueno estimular al bebé para facilitar el desarrollo y maduración de su sistema nervioso. Para eso, es fundamental el contacto del bebé con los padres, y que estos le hablen suavemente, le cojan en brazos y jueguen con él.

Seguimiento: Los bebés prematuros precisan de un seguimiento médico especial, sobre todo los nacidos con un peso inferior a 1500 gramos. Periódicamente se examina su vista y oído, y se controla el desarrollo de su sistema nervioso.

5. MATRIZ EDUCATIVA

Capacitación sobre cuidados del niño prematuro en el hogar

Dirigido: A las madres de niños prematuros internados en la sala de Neonatología del Hospital Universitario Japonés.

Fecha: 15 de Mayo del 2016

HORARIO	CONTENIDO	TECNICA	MATERIAL EDUCATIVO	RESPONSABLE
15:00	Palabras de bienvenida	Demostrativa	<ul style="list-style-type: none">• Muñeco• Manta• Licra	Norah Lijeron Coca
15:10	Definición del Programa Madre Canguro			
15:20	Técnicas esenciales de bioseguridad			
15:35	Técnicas de cuidados básicos del prematuro			
15:40	Recomendaciones			

LISTA DE PARTICIPANTES

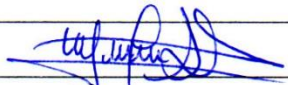



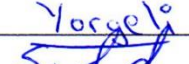


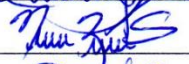


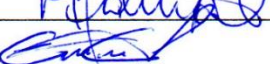
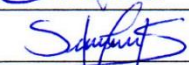




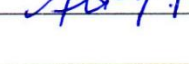

Capacitación sobre el cuidado del niño prematuro en el hogar:

Dirigido: A las madres de niños prematuros internados en la sala de Neonatología del Hospital Universitario Japonés.

Univ. Norah Lijeron

Tutora: Rufina Mamani

Fecha: 15 de Mayo del 2016

Numero	Nombre	Firma
1	YESICA LILIANA SANABRIA AQUINO	
2	Nieves Garcia Ortiz	
3	Geysa. CLAROS	
4	angela Rodrige Saaved	
5	Yorgeli Escalante Moran	Yorgeli
6	Fabiola Salvatierra Andrade	
7	Daniela Otalora Oliviera	
8	Lilian Añez	
9	Nancy Zelanya Zunzo	
10	Epihana Aquino	
11	Karina pla chariz	
12	Maria Estela Arduendo O.	
13	Ella Capbara	
14	Dusana Saavedra.	
15	Magdalena. Acha.	
16	Sergia Olimera Subita	
17	Gisela Miranda Mercado	
18	Mariela Moreno Jimenez	
19	Elsa Irene Mendez.	
20		

ANEXO 4

FOTOS DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA MADRE CANGURO

