

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL
AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
MÍNIMO RIESGO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE
GUATEMALA, ACERCA DEL PROGRAMA MADRE
CANGURO”**

Estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal,
realizado en junio de 2021.

CELESTE NOEMÍ PÉREZ SALGUERO
Carné: 201119139

ASESORA: Licda. Ángela Yessenia Carrillo Flores.

REVISOR: Magíster Rafael Antonio Martínez Ruano.

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas – USAC –
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala.

Previo a optar el grado de Licenciada en enfermería

GUATEMALA, OCTUBRE 2, 2021



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail direccioneneg@gmail.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO**

**"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL
 SERVICIO DE MÍNIMO RIESGO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA,
 ACERCA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO"**

Presentado por la estudiante: Celeste Noemí Pérez Salguero
 Carné: 201119139

Trabajo Asesorado por: Licenciada Ángela Yessenia Carrillo Flores
 Y Revisado por: Magister Rafael Antonio Martínez Ruano

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la Ciudad de Guatemala a los cuatro días del mes de noviembre del año 2021.



[Handwritten signature]

Magister Enma Judith Porras Marroquín
 DIRECTORA

Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
 DECAÑO



Vo.Bo.
[Handwritten signature]
 Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
 DECAÑO



Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Ciencias Médicas
 Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
 Unidad de Tesis



Guatemala, 4 de noviembre de 2021.

Enfermera Profesional
 Celeste Noemí Pérez Salguero
 Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MÍNIMO RIESGO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA, ACERCA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO”

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

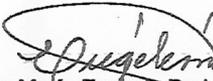
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”


 Licenciada Mara Carolina Aguilar Palma
 Coordinadora
 Unidad de Tesis



Vo. Bo.


 Licenciada Maria Eugenia De León Joaquín
 Sub Directora Escuela Nacional de Enfermeras



c.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 4 de noviembre de 2021

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

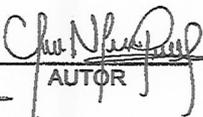
Se les informa que la Enfermera:

Celeste Noemí Pérez Salguero

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MÍNIMO RIESGO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA, ACERCA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO"

Del cual el autor se hace responsable por el contenido, el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


AUTOR



Licenciada Angela Yessenia Carrillo Flores
ASESOR


Magister Rafael Antonio Martínez Ruano
REVISOR

AGRADECIMIENTO

A DIOS: Por darme la vida, la fortaleza, las oportunidades para alcanzar este triunfo, escuchar mis oraciones y bendecirme con todas las personas que se involucraron durante la realización del estudio.

A MIS PADRES: Josefina Salguero, Justino Pérez, por ser el ejemplo de trabajo y humildad, base fundamental de mi formación, a ellos mi futuro, los amo, que Dios les bendiga.

A MIS HERMANOS: Alma Pérez, Gabriel Pérez, Rebeca Acevedo, Juan Pablo Pérez (+) por ser mi apoyo incondicional, con cariño, comparto con ellos mi triunfo.

A MI FAMILIA: A mi esposo Neri Morales e hijo Sebastián Morales, son lo más valioso que Dios me ha regalado y mi estímulo para salir adelante, gracias por estar siempre a mi lado, los amo mucho.

A ASESORA Y REVISOR: Licda. Yessenia Carrillo y Magíster Rafael Martínez, gracias por sus conocimientos, por el apoyo incondicional, por el tiempo y dedicación, por guiarme y permanecer conmigo en todo momento, pero sobre todo por la paciencia brindada a lo largo de este camino, que Dios les bendiga.

A LICENCIADAS: Licda. Carolina Aguilar, Licda. Gilda De Ponce, por su valiosa ayuda en la realización de esta tesis, que Dios las bendiga.

A LOS HOSPITALES: Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo IGSS y Hospital Roosevelt de Guatemala, por el apoyo en esta investigación.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA: Por ser ente formador de mi profesión.

A MIS AMIGAS: Lucia Morales, Graciela Subuyuj, por compartir su amistad conmigo, por todo el apoyo brindado y por esos momentos tan inolvidables que compartimos, y que nuestra amistad perdure siempre.

ÍNDICE

Contenido	Página
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	4
1. Antecedentes del problema	4
2. Definición del problema	11
3. Delimitación del problema	12
4. Planteamiento de problema	12
III. JUSTIFICACIÓN	13
IV. OBJETIVOS	16
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	17
1. CONOCIMIENTO	17
1.1. Elementos del conocimiento	17
1.2. Tipos de conocimiento	19
1.3. Fuentes de conocimiento	20
2. PRÁCTICA	22
2.1. Práctica profesional	23
2.2. Práctica social	23
2.3. Práctica cultural	23
2.4. Práctica de enfermería	24
3. ENFERMERÍA	25
4. RECIÉN NACIDO	26
4.1. Bajo peso al nacer del prematuro	27
4.2. Fisiopatología del recién nacido prematuro	29
4.3. Principales morbilidades en el recién nacido prematuro	34
5. PROGRAMA MADRE CANGURO	37
5.1. Principios fundamentales del Programa Madre Canguro	38
5.2. Objetivos del Programa Madre Canguro	38

5.3. Criterios para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro	39
5.3.1. Criterios maternos	39
5.3.2. Criterios neonatales	39
5.4. Signos de peligro	40
5.5. Características del Programa Madre Canguro	40
5.5.1. Posición canguro	41
5.5.2. Nutrición	43
5.5.3. Beneficios de la lactancia materna	44
5.5.4. Estimulación temprana	45
5.6. Fases del Programa Madre Canguro	46
5.6.1. Fase intrahospitalaria	46
5.6.2. Fase domiciliaria	47
5.6.3. Período de crecimiento estable	49
6. HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA	49
6.1 Servicio de Mínimo Riesgo	50
7. PATRICIA BENNER	52
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	54
1. Tipo de estudio	54
2. Unidad de análisis	54
3. Población y muestra	54
4. Definición y operacionalización de las variables	55
5. Descripción detallada de técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados	58
6. Alcances y límites de la investigación	58
7. Aspectos éticos de la investigación	59
VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	61
VIII. CONCLUSIONES	79
IX. RECOMENDACIONES	81
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	86

RESUMEN

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ha acompañado y apoyado el desarrollo del Programa Madre Canguro desde 1979, programa replicado en la mayoría de los países latinoamericanos. La presente investigación titulada "Conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro", es de tipo descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal; siendo objetivo general, describir los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo, la unidad de análisis estuvo conformada por 40 auxiliares de enfermería, el instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado por 18 preguntas de selección múltiple. Los hallazgos de la investigación permitieron concluir que la mayoría del personal auxiliar de enfermería tiene conocimiento sobre el programa, signos de peligro, criterios para ingresar y egresar de la unidad hospitalaria. En cuanto a los principios fundamentales del programa un 40% no los identifica, siendo los principios fundamento para garantizar un desarrollo sensoriomotriz y la capacidad afectiva de recién nacido prematuro. En relación a prácticas se pudo determinar que la mayoría del personal auxiliar de enfermería aplica de manera correcta las técnicas. La práctica correcta de todas estas acciones son fundamentales presentando un impacto positivo para el recién nacido prematuro del Programa Madre Canguro.

I. INTRODUCCIÓN

El Programa Madre Canguro es un método que permite que la madre y el recién nacido prematuro establezcan un mayor vínculo afectivo, acorta los períodos prolongados de hospitalización, disminuye los riesgos de infección intrahospitalaria, promueve y prolonga la lactancia materna, mantiene la termorregulación del prematuro y facilita la estimulación temprana. Este programa fue implementado en Guatemala por el Dr. Julio César Montenegro en la Unidad de Neonatología del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en mayo de 1987, en el Hospital Roosevelt por el Dr. Jorge Mario Rosales y el Dr. Gerardo Cabrera, y en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS por el Dr. Rolando Figueroa en el años 1988.

La investigación que se presenta a continuación se titula “Conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro”; el presente estudio de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal, luego de haber seleccionado el tema y de que este fuera aprobado por la Unidad de Tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala Universidad San Carlos de Guatemala, se procedió a elaborar el protocolo de investigación.

Contiene definición y análisis del problema, antecedentes, delimitación y planteamiento del problema, cuyo objetivo general es, describir los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, dentro los aspectos teóricos que sustentan el estudio se contempló temas como: Principios fundamentales del Programa Madre Canguro, signos de peligro, criterios para ingresar y egresar al prematuro del programa, lactancia materna, posición canguro.

Para recolectar la información se utilizó como instrumento un cuestionario de 18 preguntas de selección múltiple, donde cada participante tuvo que elegir y subrayar una respuesta, instrumento elaborado basado en los indicadores de las variables planteadas, se llevó a cabo un estudio piloto con auxiliares de enfermería del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por contar con características similares a las de la unidad de análisis de esta investigación.

Para la investigación se tomó como unidad de análisis el personal auxiliar de enfermería, conformado por 40 auxiliares que laboran en el servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt, se aplicaron aspectos éticos: beneficencia, respeto autonomía, justicia, además del consentimiento informado y la autorización de las autoridades de ambas instituciones.

Luego de recabados los datos se procedió a tabular la información y para la presentación de resultados se utilizó cuadros estadísticos, con su respectivo análisis, conclusiones y recomendaciones.

En cuanto a los hallazgos de la investigación se determinó que la mayoría del personal auxiliar de enfermería tiene conocimiento sobre el Programa Madre Canguro, signos de peligro que pueda presentar el prematuro durante la técnica, criterios para ingresar, criterios para egresar de la unidad hospitalaria, un 40% identificó como principios fundamentales amor, calor y lactancia materna, es preocupante que los principios fundamentales sean el aspecto más desconocido por el personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo, siendo estos principios elementales para garantizar un desarrollo sensoriomotriz en el recién nacido en riesgo y fortalecer la estrecha relación amorosa del vínculo madre-hijo.

En cuanto a las prácticas se determinó que el personal auxiliar de enfermería conoce los procedimientos apropiados sobre la posición correcta de la madre y el prematuro durante la técnica y la posición adecuada para dormir durante la técnica establecida en el Programa Madre Canguro, un 50% práctica la frecuencia en la que se debe cambiar la posición del prematuro durante la técnica, lo que representa una limitación para la práctica durante la aplicación del Programa Madre Canguro.

Se fundamenta el estudio con el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades de Patricia Benner, porque el modelo tiene como objetivo dejar claro que la enfermera inicia como aprendiz y va adquiriendo progresivamente experiencia y habilidad para afrontar diferentes situaciones, hasta convertirse en experta. Benner indica que la práctica de enfermería se va dando a través del tiempo y es de suma importancia para la profesión. El desempeño laboral en enfermería depende en gran parte de la práctica de la misma y del campo teórico.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del problema

‘Se considera prematuro, al niño nacido antes de las 37 semanas de gestación, con un peso generalmente inferior a 2.5 kilogramos y tiende a tener una piel fina, brillante y rosada. La cantidad de grasa subcutánea, pelo y cartílago auditivo externo suelen ser escasos, su actividad espontánea y tono son menores y las extremidades no mantienen su posición flexionada’.¹

Son muchos los factores que determinan la probabilidad de sobrevivir de un niño prematuro, tales como: el número de semanas con las que nace (edad gestacional), el peso, la presencia de problemas respiratorios, la existencia de anomalías congénitas e infecciones.

Los datos estadísticos del Hospital Roosevelt de Guatemala reportan en el servicio de Mínimo Riesgo, que “la tasa de nacimientos de recién nacidos prematuros es elevada ya que de 10,000 nacidos vivos, 200 son prematuros, durante enero a julio de 2020”.²

La prematurez en recién nacidos de bajo peso es un indicador importante de la mortalidad infantil por su asociación al riesgo de infecciones, complicaciones respiratorias y secuelas neurológicas.

“El Programa Madre Canguro es una alternativa para el cuidado del recién nacido prematuro de bajo peso al nacer, una vez superados los problemas de mayor adaptación a la vida extrauterina, que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles como también un establecimiento temprano del

¹ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). “El bebé prematuro”. (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 3

² “Historia servicio Mínimo Riesgo”. Departamento de estadística, Epidemiología Hospital Roosevelt de Guatemala. [2020, 2 agosto].

vínculo madre e hijo manteniendo al neonato en contacto piel con piel con la madre”.³

La técnica canguro se desarrolla integrando tres elementos indispensables para la supervivencia humana: amor, calor y lactancia materna, ayudando al recién nacido prematuro a la posibilidad de un egreso temprano, apoyando el apego madre e hijo, agilizando la rehabilitación del neonato, evitando complicaciones y su estadía prolongada.

“En 1978 el doctor Edgar Rey Sanabria, en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, desarrolló un método de manejo de pacientes prematuros o con bajo peso al nacer, facilitando el contacto temprano del prematuro con la madre y promoviendo la lactancia natural a través del manejo ambulatorio una vez superadas las circunstancias críticas de los recién nacidos. Dicho método a pesar de la resistencia de parte de las madres al principio, empezó a registrar una disminución en los índices de morbilidad y mortalidad, lo que animó al Dr. Rey a plantear una estrategia más amplia que se convertiría en lo que hoy conocemos como el Programa Canguro, esto con la ayuda del Dr. Héctor Martínez.

La idea de dicho método surgió por la necesidad de dar egreso temprano o alta precoz a los prematuros de un servicio de neonatología sobrepoblado con altos índices de morbilidad y mortalidad neonatal. Los recién nacidos prematuros o los de bajo peso al nacer, pasan a través de una fase crítica de cuidados intensivos, con esquemas de alimentación especial y mantenimiento artificial de la temperatura dentro de incubadoras, hecho que reducía el número de espacios disponibles en las unidades de neonatología y aumentaba de manera significativa los costos de operación”.⁴

³ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: “Método Madre Canguro”. Ginebra, Suiza. Pág. 2

⁴ VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) “Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”. Guatemala.

De 1979 a 1986 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá Colombia, se atendieron en el Programa Madre Canguro, a 1654 niños, por debajo de 2000 gramos de peso al nacer; 65% de los niños prematuros fueron dados de alta, durante los primeros 8 días de vida, siendo la mortalidad total de este grupo de niños de 6%. Actualmente aún en las unidades con mejores recursos tecnológicos, el método es adoptado por los beneficios que brinda en cuanto a mejorar la calidad de vida del prematuro, habiendo mejorado las supervivencia de 81.5% a 97.27% en recién nacidos de 1501 a 2000 gramos, de 27.3% a 89.04% en recién nacidos de 1001 a 1500 gramos y de 0% a 72.3% en recién nacidos de 501 a 1000 gramos, de acuerdo a lo publicado por los doctores Rey y Martínez.

Basados en la necesidad de egreso temprano de los infantes de bajo peso, para reducir los riesgos de infección intrahospitalaria, UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), promovió desde 1987 la implementación del programa en Guatemala. Con este objetivo los médicos guatemaltecos Julio César Montenegro Leiva, Jorge Mario Rosales, Gerardo Cabrera y Rolando Figueroa, viajaron a Colombia para conocer el método y evaluar las posibilidades de aplicarlo en Guatemala.

De esta manera en mayo de 1987 inicia el Programa Madre Canguro en Guatemala, implementado por el Dr. Julio César Montenegro en la Unidad de Neonatología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); en el Hospital Roosevelt por el Dr. Jorge Mario Rosales y el Dr. Gerardo Cabrera. En el año 1988 inicia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS por el Dr. Rolando Figueroa".⁵

⁵ VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) "Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Guatemala.

El personal de enfermería participa en el cuidado directo al recién nacido prematuro, integra a la madre y al padre en los cuidados, orientándolos y mostrándoles las técnicas de atención que le deberán dar en casa, pues de allí depende que logren alcanzar un peso adecuado y el desarrollo psicomotor necesario para vivir.

Los recién nacidos menores de 1,500 gramos son los que demandan la mayor parte de cuidado y esfuerzo del personal de enfermería, prematuros que deben ser sometidos al Programa Madre Canguro, con el objetivo de mejorar y rehabilitar su condición de vida, acortando la estancia hospitalaria.

En las revisiones bibliográficas realizadas, se encontró el estudio de CORNEJO María Angélica y CUADRA GARCÍA Swett Javiera (2011) Chile, titulado "Efectos de la estimulación temprana mediante el protocolo piloto Madre-Canguro en el peso del recién nacido prematuro y el estrés de su madre",⁶ cuyo objetivo fue determinar cambios en el peso, estrés de las madres y presencia de eventos adversos al aplicar estimulación temprana en los recién nacidos pretérmino, estudio de tipo descriptivo dirigido a personal auxiliar de enfermería, en el cual se concluyó que:

- Es importante contar con un equipo de salud consciente del estrés experimentado por las madres y capaz de identificar los factores que pueden aumentar sus niveles, a modo de proporcionar un tratamiento precoz que disminuya sus efectos negativos en el desarrollo del recién nacido pretérmino y en el agravamiento de los síntomas de la madre.

AGUSTÍN Telma (2011), titulado "Conocimientos que posee el personal de enfermería del servicio de recién nacidos de Hospital San Juan de Dios de

⁶ CORNEJO, M. & CUADRA, S. (2011). "Efectos de la estimulación temprana mediante el protocolo piloto Madre-Canguro en el peso del recién nacido prematuro y el estrés de su madre". Chile.

Amatitlán, Guatemala, sobre los cuidados al recién nacido prematuro”,⁷ tuvo como objetivo describir los conocimientos que posee el personal de enfermería del servicio de Recién Nacidos del Hospital Nacional San Juan de Dios Amatitlán sobre los cuidados al recién nacido prematuro, es un estudio de tipo descriptivo, la población en estudio estuvo conformada por personal de enfermería en el cual concluye que:

- El personal de enfermería del servicio del recién nacidos tiene los conocimientos sobre los cuidados de enfermería que se deben brindar a los recién nacidos prematuros, tales como: control de temperatura y sus parámetros, oxigenación, cuidados higiénicos, control de peso, apego materno, movilización, saturación de oxígeno y la importancia de la atención de enfermería.

El recién nacido es más vulnerable ante el ambiente por su delicada condición física y biológica en la primera etapa de su vida, por lo que debe ser tratado según su condición de neonato, considerando los aspectos psico-biosociales.

Es necesario brindar capacitación constantemente, actualizar el conocimiento sobre el Programa Madre Canguro, para que el personal de enfermería obtenga la capacidad y habilidad para realizar procedimientos y técnicas de enfermería.

LÓPEZ Marta Lidia (2012), realizó un estudio descriptivo titulado “Conocimientos relacionados con el cuidado directo que posee el personal auxiliar de enfermería en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito Petén, Guatemala”,⁸ cuyo objetivo fue determinar los conocimientos que posee el personal auxiliar de enfermería del Servicio de Neonatos, al brindar cuidados de

⁷ AGUSTÍN BARILLAS, Telma Yolanda. (2011). “Conocimientos que posee el personal de enfermería del servicio de recién nacidos de Hospital San Juan de Dios de Amatitlán, sobre los cuidados al recién nacido prematuro”. Guatemala.

⁸ LÓPEZ, Marta Lidia. (2012). “Conocimientos relacionados con el cuidado directo que posee el personal auxiliar de enfermería en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito Petén”. Guatemala.

enfermería al paciente con diagnóstico de prematuridad en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito Petén, estudio de tipo descriptivo dirigido a personal auxiliar de enfermería, del cual se extrae la siguiente conclusión:

- Se identifica que el personal auxiliar de enfermería del servicio de neonatos del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito Petén, conoce en un 100% el concepto de recién nacido prematuro, sus características, enfermedades comunes, peso ideal para darle egreso del servicio, sin embargo se hace necesario que se retroalimente y fortalezcan esos conocimientos, por las diferentes rotaciones que hace el personal y tomar en cuenta el ingreso de personal nuevo al servicio, para evitar cualquier riesgo para este tipo de pacientes.

GONZÁLEZ VELETZUY Eloiza Noemí (2014), realizó un estudio descriptivo titulado "Cuidados higiénicos y nutricionales que reciben los recién nacidos menores de 28 días por parte de las madres",⁹ el objetivo fue describir los cuidados higiénicos y nutricionales que reciben los recién nacidos menores de 28 días, por parte de las madres que asisten al Centro de Atención Permanente de San Pedro Jocopilas, Departamento del Quiché, Guatemala, durante mayo y junio del 2013, estudio de tipo descriptivo la población sujeta a estudio estuvo conformada por madres de recién nacidos y del cual se extrajo la siguiente conclusión:

- En relación a los cuidados nutricionales que las madres brindan a los recién nacidos menores de 28 días, las madres desconocen los beneficios del calostro y lactancia materna, las usuarias les proporcionan otros líquidos como agua pura a los recién nacidos, las madres no tienen horarios para proporcionar lactancia materna, estos conocimientos pueden ser brindados

⁹ GONZÁLEZ VELETZUY, Eloiza Noemí. (2014). "Cuidados higiénicos y nutricionales que reciben los recién nacidos menores de 28 días por parte de las madres". Quetzaltenango, Guatemala.

por el personal auxiliar de enfermería, orientando a las madres en la práctica de técnicas adecuadas.

De acuerdo con los estudios revisados los prematuros son más vulnerables a sufrir determinadas enfermedades y situaciones de riesgo, por lo que se debe mantener un ambiente seguro, libre de riesgos, con la permanencia de los padres, favoreciendo el óptimo desarrollo físico, psicológico y social del recién nacido, y así garantizar la calidad continua de la vida del neonato. Actualmente según datos estadísticos, no se ha registrado algún estudio elaborado para el personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala relacionado con el Programa Madre Canguro.

En Guatemala se encuentra el Hospital Roosevelt que pertenece al tercer nivel de atención, es un Hospital de referencia nacional que ofrece atención médica especializada y gratuita, se divide en cinco departamentos clínicos: El Departamento de Pediatría, Maternidad, Cirugía, Medicina y Consulta Externa".¹⁰

El servicio de Mínimo Riesgo pertenece al departamento de maternidad, ubicado en el segundo piso del edificio de maternidad. Al revisar libro de ingresos y egresos del servicio de Mínimo Riesgo en el último año se observó que "la tasa de nacimientos de recién nacidos prematuros es elevada ya que de 10,000 nacidos vivos, 200 son prematuros, durante enero a julio de 2020".¹¹ Sobrepasando la capacidad instalada del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt.

¹⁰ "Historia del Hospital Roosevelt". (2015). [En línea]. Guatemala. Disponible en: <http://wikiguate.com.gt/hospital-roosevelt/> [2020, 25 junio].

¹¹ "Historia servicio Mínimo Riesgo". Departamento de estadística, Epidemiología Hospital Roosevelt de Guatemala. [2020, 2 agosto].

1. Definición del problema

El servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, es un servicio que atiende a recién nacidos prematuros que requieren atención especializada y supervisada por parte del personal auxiliar de enfermería. Cuando los niños alcanzan las condiciones estables, se integra al niño y a los padres al Programa Madre Canguro.

A pesar de que se conocen las ventajas del Programa Madre Canguro, se observó que el personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo recibe poca preparación o capacitación acerca del Programa Madre Canguro, desarrollando sus actividades con base a los conocimientos que han adquirido del personal de enfermería con más años de antigüedad de laborar. La tasa de nacimientos de niños prematuros es elevada ya que de 10,000 nacidos vivos, 200 son prematuros, sobrepasando la capacidad instalada del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt, resultando insuficientes los recursos existentes, a pesar del interés de las autoridades y del personal de enfermería por brindar una mejor atención a los prematuros con mayor participación de los padres, observándose que el personal auxiliar de enfermería algunas veces solo se limitan a colocar al recién nacido en el pecho de la madre con poca o nada de explicaciones, brindan poca orientación o consejería a los padres de los recién nacidos de manera muy general, en algunos casos el personal reconoce las ventajas del método canguro para la sobrevivencia del prematuro.

El servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala cuenta con seis auxiliares de enfermería exclusivas para capacitar y brindar educación a las madres del Programa Madre Canguro¹². Lo que limita el aprendizaje para el resto del personal de enfermería dado que ellas también se involucran con la madre e hijo durante la ejecución de la técnica.

¹² LOPEZ. B. M. comunicación personal, (2 enero 2020)

El desarrollo del Programa Madre Canguro en el servicio permite que la madre y el recién nacido establezcan un mayor vínculo afectivo, acortando los períodos largos de hospitalización y riesgo de infección intrahospitalaria.

3. Delimitación del problema

Ámbito Geográfico: Guatemala
Ámbito Institucional: Hospital Roosevelt.
Ámbito Personal: Personal Auxiliar de Enfermería del servicio de Mínimo Riesgo.
Ámbito Temporal: Junio 2021.

4. Planteamiento de problema

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, durante junio de 2021?

III. JUSTIFICACIÓN

El Programa Madre Canguro es de gran importancia ya que surge como una alternativa para mejorar la sobrevivencia y calidad de vida de los niños prematuros con activa participación de los padres, donde el personal de enfermería lidera un rol fundamental, a través del cuidado contribuye a fortalecer la adaptación del recién nacido al medio, a disminuir los riesgos de complicaciones y a la reducción de altas tasas de morbilidad neonatal del país.

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, en el año 1987 promovió la implementación del programa en Guatemala, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ha implementado en dos de sus hospitales el Programa: Hospital de Gineco-Obstetricia Pamplona y el Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo zona 5, el Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD) y Hospital Roosevelt, cuentan cada uno de ellos con servicios de Pediatría en los cuales se encuentran las Unidades de Neonatología, donde promueven el apoyo del Programa Madre Canguro.

“Alrededor del 24 por ciento de los nacimientos que se registran en Guatemala son antes de término, teniendo solo un 30 por ciento de probabilidades de sobrevivir, por lo que la detección temprana es vital para asegurar esas vidas. En Guatemala dos de cada diez nacimientos que se registran son prematuros y requieren hospitalización”.¹³

En el servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt, se brinda atención a los recién nacidos prematuros que necesitan cuidados especiales, ya que por su

¹³OLA Lucia. (2019) “Las causas por las que los bebés prematuros nacidos en Guatemala tiene bajas probabilidades de sobrevivir” Prensa Libre. Disponible en: <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/las-causas-por-las-que-los-bebes-prematuros-nacidos-en-guatemala-ienen-sobrevivir#:~:text=Cuando%20un%20ni%C3%B1o%20nace%20antes,son%20prematuros%20y%20requieren%20hospitalizaci%C3%B3n.> [2021 2 junio].

prematurez desencadenan complicaciones como: displasia broncopulmonar, síndrome de dificultad respiratoria, retinopatía, sepsis, daños neurológicos, hipertensión broncopulmonar, enterocolitis necrotizante.

Este estudio será útil porque los resultados permitirán aumentar el conocimiento que fundamenta la práctica de enfermería. La importancia del estudio se basa en que la práctica de la enfermería neonatal, se caracteriza por ser individual y muy precisa, la dependencia total, tanto del neonato como de la familia, refleja una destreza del personal de enfermería, al mismo tiempo requiere de conocimientos y habilidades en cuanto al cuidado de enfermería y de esta manera lograr disminuir la morbimortalidad asociada a la prematurez, en este grupo de población. La información obtenida contribuirá al mejoramiento del Programa Madre Canguro debido a que fortalecerá el desarrollo de la técnica, logrando así un seguimiento integral del recién nacido y la madre.

La presente investigación es trascendente, pues de los resultados obtenidos se podrán diseñar estrategias que beneficien a los recién nacidos prematuros, los padres y el personal de enfermería; pretende suministrar al servicio de Mínimo Riesgo, las herramientas metodológicas necesarias para que el personal auxiliar de enfermería se desempeñe con un alto nivel de calidad y ejecute las acciones oportunas en la aplicación del Programa Madre Canguro, favoreciendo la práctica efectiva, acrecentando el cuerpo de conocimientos acerca de los cuidados del neonato prematuro o de bajo peso al nacer y fortalecer la capacidad del hospital para continuar con el programa de manera integral, con énfasis en el constante seguimiento interdisciplinario al infante con el fin de garantizar su adecuado desarrollo y el empoderamiento a los padres del prematuro en el óptimo cuidado y protección para su recién nacido.

La factibilidad del estudio está determinada por la disponibilidad de las autoridades de la institución al permitir el acceso a la fuente primaria, en este caso es el

personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo, lo que hace posible la realización del estudio.

Novedoso porque no se ha realizado una investigación en el servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala y porque va aportar elementos a las nuevas investigaciones.

Se fundamenta el estudio con el modelo adquisición y desarrollo de habilidades de Patricia Benner, porque ella estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermería. Benner indica que la práctica de enfermería se va dando a través del tiempo y es de suma importancia para la profesión. Definió cinco modalidades de experiencia: Principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto¹⁴.

¹⁴ ALLIGOOD Martha (2018). "Modelos y teorías de enfermería". (9ª. Ed.). España. Pág. 108

IV. OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Describir los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, sobre el Programa Madre Canguro.

- **Objetivos específicos**

Analizar los conocimientos que poseen los auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro.

Identificar las prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, respecto al Programa Madre Canguro.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. CONOCIMIENTO

“Es la captación que el entendimiento humano efectúa de los fenómenos que lo circundan. Dicha cognición se utiliza para transformar el mundo y subordinar la naturaleza a las necesidades del hombre. El conocimiento y la transformación de la naturaleza y de la sociedad constituyen caras de una misma moneda que se influyen recíprocamente. El conocimiento debe revisarse y perfeccionarse, acrecentarse y no sólo acumularse o conservarse”.¹⁵

“El conocimiento es un proceso mediante el cual el hombre construye y reconstruye en su conciencia la realidad en donde se encuentra inmerso, lo que le permite la posibilidad de explicarla y/o comprenderla, y controlarla o transformarla, transformándose, en esta interacción dialéctica, a sí mismo”.¹⁶

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o la observación; es la posesión de múltiples datos por la percepción sensorial. En enfermería se ha conformado un cuerpo de conocimientos y habilidades que se han construido a partir de la práctica en el ámbito hospitalario, desarrollando conocimientos por medio de la intervención de enfermería dirigida al individuo familia y comunidad.

1.1. Elementos del conocimiento

a) Sujeto

“El sujeto o persona que se conoce. Es el individuo que asume el papel de investigador, es la persona humana que practica la enfermería, es la enfermera misma que se adentra en el conocimiento, comprensión y estudio de los objetos, fenómenos y procesos de la naturaleza y de la sociedad”.¹⁷

¹⁵ ELIZONDO, Arturo. (2002). "Metodología de la investigación contable". (3ª. Ed.), México. Pág. 4

¹⁶ MOYA, Patricia. (2013). "El conocimiento: nuestro acceso al mundo". (1ª. Ed.), Chile. Pág. 50

¹⁷ Ibid. Pág. 56

b) Objeto

“El objeto del conocimiento es el aspecto, hecho o fenómeno de la realidad que se pretende conocer. Es el estudio del cuidado humano, lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto”.¹⁸

c) Operación Cognoscitiva

“Es donde surge el pensamiento acerca del objeto, es un proceso psicofisiológico necesario para que el sujeto que se encuentre con un objeto, tenga algún pensamiento sobre él. La relación que se establece entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido.

El sujeto posee el objeto conocido en el acto de conocer, interactúa de manera permanente con la realidad para generar algún tipo de conocimiento que le permita adaptarse al entorno.

d) Pensamiento

Es un contenido intramental referido a un objeto, ya que es la representación del sujeto del objeto que está percibiendo. No funciona como una fotografía que captura al objeto, sino que es una construcción mental representando al objeto”.¹⁹

Es la expresión mental del objeto conocido, es una marca interna cada vez que se conozca un objeto, esa marca en la memoria proporciona una serie de pensamientos que se evocan cada vez que vislumbra el objeto.

En enfermería el pensamiento se basa en principios de la ciencia y métodos científicos, es una parte esencial en el método de solución de problemas y toma de decisiones.

¹⁸ MOYA, Patricia. (2013). “El conocimiento: nuestro acceso al mundo”. (1ª. Ed.). Chile. Pág. 54

¹⁹ Ibid. Pág. 58

1.2. Tipos de conocimiento

a) Conocimiento empírico

“Basado en la experiencia y especialmente en la percepción. Es constante y se adquiere gracias a los cambios y situaciones vividas por cada persona”.²⁰

Conocimiento empírico es la manera de conocer, de forma superficial o aparente las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que la enfermera aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

b) Conocimiento científico

“Utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Sus resultados están fundamentados en la realidad y en las investigaciones. Va más allá de lo empírico, por medio de él se conocen las causas y las leyes que rigen los fenómenos”.²¹

Es aquel que se obtiene mediante procedimientos válidos, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se definan a los objetos.

c) Conocimiento teórico

“Aristóteles lo define como contemplación desinteresada, entendiéndose como una aprehensión de la realidad en la que no solo descubrimos como es, sino también entendemos por qué es así. Describe y explica la realidad, averiguando las causas que permiten determinar por qué esa realidad es así.

d) Conocimiento práctico

Orientado a la producción de resultados o la ejecución de una acción, su objetivo va más allá de confirmación teórica, pretende actuar eficazmente sobre las personas y las cosas”.²²

²⁰ SANTILLAN, Montserrat. (2010). “Gestión del conocimiento”. (1ª.Ed.). España, pág. 30

²¹Ibid. Pág. 30

²²Ibid. Pág. 31

En enfermería el conocimiento práctico se analiza y se corrobora en la práctica humana; ampliando el conocimiento práctico mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico, es un conocimiento racional.

1.3. Fuentes de conocimiento

La búsqueda de nuevos conocimientos es fundamental para el desarrollo de la profesión de enfermería, para poder aplicar cuidados basados en la evidencia, estos conocimientos se transmiten por medio de las siguientes fuentes.

a) La tradición

“Comprenden verdades o creencias que están basadas en costumbres o tendencias, las tradiciones de enfermería han sido transferidas al presente por vía oral o escrita y con el modelado de roles continúan influyéndose en el ejercicio de la profesión”.²³

Son costumbres heredadas que están arraigadas como parte del legado de la población y son aceptadas generalmente sin discusión.

b) Autoridad

“Una persona con autoridad es aquella que tiene experiencia, poder y que es capaz de influir con su opinión y creencias. El conocimiento adquirido de alguien con autoridad se ve cuando una persona da crédito a otra como fuente de información”.²⁴

Son personas con conocimientos especializados y con experiencia en el área de enfermería y representan una autoridad en el tema.

²³ BURNS, N. & GROVE, K. S. (2004). “Investigación en Enfermería”. (3ª. Ed.). Madrid, España. pág. 15

²⁴ *Ibid.* Pág. 15

c) Préstamos

“Los préstamos de enfermería se refieren a la apropiación y el uso de conocimientos de otros campos o disciplinas que puedan servir en la praxis de enfermera. Algunas enfermeras las han aplicado directamente en su ejercicio profesional utilizan avances tecnológicos para especializarse y centrarse en la detección y tratamiento de la enfermedad”.²⁵

En la práctica de enfermería se requiere conocimientos obtenidos de varias ciencias y se obtienen a través del desempeño de las cuatro áreas del ejercicio profesional: cuidado directo, docencia, investigación y administración.

d) Ensayo y error

“Comprende con frecuencia documentación no formal de actividades de enfermería eficaces y no eficaces, obteniendo conocimiento a partir de la experiencia, pero a menudo no se comparte con los demás.

Es una manera práctica de obtener conocimiento, es engañosa e ineficiente y poco sistemático, este método está muy ligado a la experiencia.

e) Experiencia personal

Se trata de la obtención de conocimiento por el hecho de estar personalmente involucrado en un acontecimiento, una situación o circunstancia. La experiencia personal permite a la enfermera mejorar en las habilidades y experiencia, al tiempo que proporciona cuidados a los pacientes y a los familiares en los ámbitos clínicos”.²⁶

La suma de experiencias personales permite el aprendizaje por medio de lo que sucede y en enfermería permite agrupar ideas de un todo significado.

²⁵ BURNS, N. & GROVE, K. S. (2004). “Investigación en Enfermería”. (3ª. Ed.). Madrid, España. pág. 16

²⁶ *Ibíd.* Pág.17

f) Modelado de Roles

“Consiste en aprender imitando las conductas de un experto. En enfermería el modelado de roles, capacita a la enfermera principiante a aprender mediante interacciones o ejemplos con las enfermeras competentes y expertas. El ser humano tiene la capacidad de construir conocimientos por medio del aprendizaje, el rol que adopte determina su calidad de desempeño.

g) Intuición

La intuición es un tipo de conocimiento que parece venir espontáneamente, también puede ser definido como un “instinto visceral” o una “corazonada”. Como la intuición no puede ser explicada científicamente con facilidad, muchas personas no se sienten cómodas con ella”.²⁷

El personal de enfermería posee diferentes niveles de habilidad y su función principal es tomar decisiones para mejorar la calidad del cuidado.

h) Razonamiento

“Es el procesamiento y organización de las ideas para poder sacar conclusiones. A través del razonamiento, las personas son capaces de dar sentido a sus pensamientos y experiencias”.²⁸

Es la explicación que una persona realiza sobre una situación, es su entendimiento y su comprensión.

2. PRÁCTICA

“Se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como

²⁷ BURNS, N. & GROVE, K. S. (2004). “Investigación en Enfermería”. Madrid, España. Pág. 18

²⁸ Ibid. pág. 19

ambién toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto".²⁹

La práctica es el ejercicio de una capacidad, habilidad, conocimiento, en este caso, del personal de enfermería en el cuidado al paciente, surgiendo experiencias y fenómenos por medio de las intervenciones de enfermería aplicado al paciente, familia y comunidad.

2.1. Práctica profesional

‘Es un entrenamiento o un ejercicio que se lleva a cabo para mejorar ciertas habilidades, consiste en el ejercicio temporal de una profesión bajo la tutela de algún tipo de entrenador o maestro, suele constituirse como el primer paso de un estudiante o de un recién graduado en el mercado laboral’.³⁰

2.2. Práctica social

‘Es el conjunto de costumbres, actividades y procedimientos que las personas de una determinada sociedad llevan a cabo de forma repetida, cotidiana y constante; es el grupo de normas no escritas que los individuos de un conjunto social comparten; están vinculadas con el tiempo histórico y con la tradición y son las formas que una sociedad determinada tiene de hacer las cosas

Es una manera de integración a la sociedad, y esta dictada por la cultura, la religión, o la lengua, entre otros factores.

2.3. Práctica cultural

Las prácticas culturales son actividades y rituales vinculados a las tradiciones de una comunidad. Se trata de una manifestación de la cultura de un pueblo.

²⁹ OPS. (2003). "Escuelas promotoras de la salud. Estrategias y líneas de acción". Serie promoción de la salud No. 4

³⁰ PAROLA, Ruth. (2007). "Pensando la práctica profesional desde Pierre Bourdieu". Argentina. Pág. 112

Conjunto coherente de elementos cotidianos, a la vez, dados por la tradición y puestos al día mediante comportamientos que traduce en una visibilidad social fragmentos de una distribución cultural, de la misma manera que la enunciación traduce en el habla fragmentos del discurso”.³¹

2.4. Práctica de enfermería

“La enfermera tiene oportunidad de ejercer en diversos entornos, con muchos roles dentro de esos entornos. Debido a que la enfermería es a la vez arte y ciencia, la práctica enfermera requiere una combinación del conocimiento y los estándares de la práctica más actuales, con un acercamiento profundo y compasivo al cuidado del paciente”.³²

“La práctica requiere un método sistemático centrado en el paciente y los trabajos teóricos proporcionan solo las perspectivas del paciente. La filosofía de la enfermería, los modelos conceptuales de enfermería, las grandes teorías, guían el pensamiento y la acciones de la enfermera a la hora de procesar datos y actuar en la práctica enfermera. Nightingale entendió claramente que solo se realiza una buena práctica con una buena formación. La formación consiste en capacitar a una enfermera para que actué del mejor modo posible, como un ser inteligente y responsable. Esta formación: (instrucciones de principios científicos y experiencia práctica para perfeccionar habilidades)”.³³

En el pasado la autonomía del profesional de enfermería era limitada. Las prácticas de enfermería han evolucionado, especialmente cuando se refiere al cuidado directo con el paciente, enfermería ha asumido mayores responsabilidades, aumentando su conocimiento y superándose profesionalmente.

³¹ RAMÍREZ, Elsa. (2005). “Las prácticas sociales de lectura”. (1ª. Ed.). México. Pág. 102

³² POTTER, P. & PERRY, G. (2015). “Fundamentos de enfermería”. (8ª. Ed.). España. Pág. 6

³³ MARRINER, A. & RAILE, M. (2007). “Modelos y teorías de enfermería”. (6.ta. Ed.). España. pág. 79

3. ENFERMERÍA

“Enfermería es una disciplina profesional dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Se ha considerado a la enfermería como arte, ciencia y profesión. Como arte porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina”.³⁴

“Florence Nightingale sentó las bases de la enfermería profesional; el objetivo fundamental de su filosofía es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.³⁵

Enfermería es un conjunto de conocimientos y acciones necesarias para brindar atención de enfermería a las personas que lo requieran en actividades de promoción de la salud, diagnóstico de enfermería, tratamiento y rehabilitación, esto propone atención directa, investigación, docencia y administración.

Enfermería es una profesión de servicio, que satisface una necesidad social, que requiere de planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería, para ayudar al paciente a recuperar su salud, integrarse al núcleo familiar o laboral y en algunos casos a ayudarle a morir dignamente.

³⁴ LEDESMA, María. (2004). “Fundamentos de enfermería”. (1ª. Ed.). México. Editorial Limusa. S.A. Pág.13-14

³⁵ MARRINER, A. & RAILE, M. (2007). “Modelos y teorías de enfermería”. (6.ta. Ed.). España. pág. 80

“El auxiliar de enfermería es la persona que presta asistencia sanitaria al paciente, parte integral de los equipos de salud y cuya labor va dirigida al cuidado del individuo, la familia y la comunidad. Su principal objetivo es suministrar los cuidados básicos de enfermería necesarios para mejorar el bienestar del paciente, familia y comunidad; colaborar en la prevención y promoción de la salud, realizan tareas de enfermería delegadas, bajo la supervisión de una enfermera.

Colaboran con las enfermeras en la atención del enfermo en unidades de hospitalización o en unidades de diagnóstico y tratamiento. Tiene la finalidad de apoyar y colaborar en los cuidados de enfermería al paciente y familia, mediante la atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte”.³⁶

El personal auxiliar de enfermería, es el responsable de prestar al paciente y a su familia cuidados básicos, directos e integrales, que requieren conocimientos y destrezas generales, menos complejas que las de la enfermera, pero que exigen también competencia técnica como aptitudes en materia de relaciones humanas. Además mantiene un contacto humano y profesional con el paciente.

4. RECIÉN NACIDO

a) Recién nacido a término

“El recién nacido a término o recién nacido normal, es el nombre que recibe el bebé nacido con 37 semanas de gestación, sin complicaciones, ni patologías. Más de 42 semanas se clasifica como posttérmino, que siempre tiene riesgos particulares”.³⁷

Es el recién nacido a término, entre 37 y 42 semanas de edad gestacional, de peso adecuado entre 2,500 y 4,000 gramos.

³⁶ SORRENTOS., REMMERT, L., GOREK, B. (2012). “Fundamentos de enfermería práctica”. (4ª. Ed.). España. Pág. 6

³⁷ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). “El bebé prematuro”. (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 3

b) Recién nacido prematuro

“La prematuridad es el nacimiento antes de las 37 semanas completas de gestación.

Tres grupos que clasifican la prematuridad:

- a) Prematuro: incluye niños nacidos entre 33 y 36 semanas de gestación.
- b) Gran prematuro: entre 32 y 29 semanas de gestación.
- c) Prematuro extremo: niños de menos de 29 semanas de gestación”.³⁸

Un niño es prematuro cuando nace antes de haberse completado las 37 semanas de gestación, la inmadurez fisiológica y anatómica de los prematuros está condicionada por el tiempo de gestación y peso de nacimiento.

4.1. Bajo peso al nacer del prematuro

“El bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 gramos al nacer; esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida. Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino”.³⁹

Recién nacido prematuro de bajo peso al nacer es el que pesa menos de 2,500 gramos. Son muy delgados, con tejido adiposo escaso y su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo. Los recién nacidos que nacen con bajo peso pueden tener graves problemas de salud durante los primeros meses de vida y su riesgo de sufrir incapacidades a largo plazo es mayor.

a) El bajo peso al nacer puede dividirse en 3 grupos

- a) “Los niños que nacen con un peso entre 2500-1501 gramos, son de bajo peso al nacer.

³⁸ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). “El bebé prematuro”. (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 3

³⁹ AGUILAR, María. (2003). “Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos”. (1ª. Ed.). España. Pág. 112

- b) Los niños que nacen pesando entre 1500-1001 gramos, son niños de muy bajo peso.
- c) Y los niños que nacen pesando menos de 1000 gramos, son de extremado bajo peso".⁴⁰

b) El bajo peso al nacer puede estar determinado por dos razones principales

a) "Nacimiento prematuro:

A los recién nacidos antes de finalizadas las 37 semanas de embarazo se les denomina prematuros. Cuanto antes nace un recién nacido, menor será su peso. Algunos recién nacidos prematuros que nacen casi a término no tienen bajo peso al nacer y es posible que sólo experimenten problemas de salud leves, o ninguno, durante sus primeras semanas de vida.

b) Crecimiento limitado del feto:

Estos recién nacidos se conocen como de crecimiento limitado, pequeños para su edad gestacional o con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Estos recién nacidos pueden nacer a término pero su peso es inferior al normal. Algunos de ellos son saludables, aunque sean pequeños. Pueden ser pequeños simplemente porque sus padres son más pequeños que lo normal. Otros nacen con bajo peso porque algo retrasó o detuvo su crecimiento intraútero".⁴¹

Recién nacido con bajo peso al nacer se le denomina a los que nacen con un peso menor de 2500 gramos. Los recién nacidos con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal, son muy delgados, con tejido adiposo escaso, son más vulnerables a las infecciones.

⁴⁰ AGUILAR, María. (2003). "Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos". (1ª. Ed.). España. Pág. 113

⁴¹ NISWANDER, K. (2000). "Obstetricia, práctica clínica". (1ª. Ed.). España: Editorial Reverte S.A. Pág. 261

4.2. Fisiopatología del recién nacido prematuro

“El recién nacido pretérmino tiene una adaptación extrauterina dificultosa relacionada a su inmadurez fisiológica.

a) Termorregulación del prematuro

La termorregulación del recién nacido es un aspecto importante del cuidado neonatal. Para el recién nacido es difícil mantener la temperatura corporal, debido a la elevada relación entre la superficie corporal y peso, a los bajos depósitos de grasa parda y al escaso glucógeno entre otros factores; todo ello lo hace particularmente susceptible a la hipotermia, ocasionándole hipoglicemia, apnea y acidosis metabólica.

Este tipo de pacientes requieren de cuidados específicos, uno de ellos es el mantenimiento de la termorregulación, ya que la capacidad del recién nacido por producir y conservar la temperatura normal del cuerpo no está funcionando adecuadamente, ni los mecanismos fisiológicos que aumentan la producción de calor”.⁴²

“Existen cuatro formas por las cuales el recién nacido prematuro puede perder calor: radiación (pérdida de calor con un objeto más frío), conducción (pérdida de calor por contacto con una superficie), convección (pérdida de calor con aire circulante) y evaporación (pérdida de calor por disipación de agua).

Cuando ocurre hipotermia se agotan los depósitos de grasa parda, el enfriamiento aumenta los requerimientos de glucosa y oxígeno, se inhibe la producción de surfactante, aumenta la bilirrubina en sangre y compromete la circulación periférica. Por lo anterior después del restablecimiento de la respiración, la

⁴² CLOHERTY, J., EICHENWALD, E., STARH, A. (2005). “Manual de cuidados neonatales”. (4ª. Ed.). España. Pág. 167

regulación térmica constituye el factor más crítico para la supervivencia del recién nacido prematuro”.⁴³

La capacidad termogénica del recién nacido a término es baja en las primeras horas de vida, pero mejora en transcurso de horas y días; en recién nacidos prematuros la respuesta termogénica es menor.

b) Inmadurez digestiva

“En el prematuro hay una capacidad gástrica limitada, frecuencia de reflejo gastroesofágico, motilidad intestinal disminuida, durante las primeras horas de vida, inmadurez en las enzimas digestivas, jugos gástricos y de la mucosa intestinal. Como norma general, se requiere que antes de iniciarla se haya logrado la estabilización de funciones básicas como son el estado respiratorio, cardiocirculatorio y la termorregulación.

La mayoría de los niños menores de 34 semanas y de peso inferior a 1,800 gramos, tienen una función de succión y deglución inmaduras y requieren ser alimentados por sonda nasogástrica. Como criterio general, mientras más prematuro un niño se debe ser más cuidadoso en el inicio de la alimentación y en su técnica. Comenzando con volúmenes pequeños fraccionados en 1 a 3 horas, según el caso, y evitando aumentos bruscos en el volumen administrado. Esto último se ha asociado a enterocolitis necrotizante”.⁴⁴

Los recién nacidos pretérmino pueden tener dificultades para recibir su alimentación. La succión y la deglución, los músculos de la boca son inmaduros y la motilidad intestinal insuficiente; con frecuencia padecen de hipoglicemia e hiperglicemia debido a la inmadurez hepática.

⁴³ TAPIA, J. & VENTURA, P. “Manual de neonatología”. (2ª.Ed.). Chile. Pág.142

⁴⁴ Ibid. Pág. 143

c) Inmadurez neurológica

“Debido a la falta de regulación del flujo cerebral a nivel capilar y de la fragilidad de la estructura de los vasos capilares que irrigan el parénquima cerebral se producen hemorragias intraventriculares con frecuencia en el recién nacido prematuro, las paredes de los vasos y microvasos de la matriz germinal no tienen capa muscular, presentan inmadurez de las uniones interendoteliales y la lámina basal que produce menor soporte extravascular”.⁴⁵

La inmadurez fisiológica y factores externos alteran la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral pueden provocar hemorragia intraventricular.

d) Inmadurez respiratoria

“La formación del árbol bronquial en el feto es dada en este proceso aproximadamente a las 26 semanas, los bronquios terminan rápidamente en bronquiolos y no tiene desarrollados los sacos alveolares. Las apneas son fundamentalmente por la inmadurez del sistema nervioso central. Los recién nacidos pre término, tiene una respiración irregular llamada respiración periódica que es aquella que se acelera en forma progresiva y sobreviene una pausa corta comenzando a respirar nuevamente, esto se debe a la inmadurez de los que regulan la respiración y es causa de apneas primarias”.⁴⁶

La respiración del neonato es rápida, irregular, superficial y presenta con frecuencia alteraciones como taquipnea, apnea y respiración periódica, debido a la inmadurez del sistema respiratorio.

e) Inmadurez dérmica

“Cuando la piel se encuentra intacta sirve como protección de los órganos internos, como barrera protectora, provee protección táctil, facilita la regulación de

⁴⁵ CLOHERTY, J., EICHENWALD, E., STARH, A. (2005). “Manual de cuidados neonatales”. (4ª. Ed.). España. Pág. 200

⁴⁶ Ibid. Pág. 201

la temperatura, regula los cambios electrolíticos y la pérdida de agua, en relación madre e hijo es el instrumento de acercamiento inicial entre el recién nacido y su madre. La piel del prematuro es una barrera ineficaz durante las primeras semanas de vida debido a que la epidermis es fina por lo que hay una capacidad limitada para resistir las partículas, así la piel del prematuro es más susceptible a infecciones e irritación".⁴⁷

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, sus funciones incluyen la protección de órganos internos, la facilitación de la termorregulación, barrera y mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico. La piel es un órgano sensorial capaz de detectar dolor, presión, sensible al tacto y temperatura.

f) Inmadurez inmunológica

"La transmisión de los anticuerpos maternos se producen durante las últimas semanas del embarazo, por lo que el prematuro está en desventaja, además sus fagocitosis no son eficientes, de ahí su sistema inmunológico no pueda responder tan eficazmente como el de un bebe a término".⁴⁸

La inmunidad del recién nacido prematuro es deficiente ya que los anticuerpos son transferidos desde la madre por medio de la placenta en el tercer trimestre de la gestación.

g) Inmadurez hepática

- a) "Hiperbilirrubinemia: se ocasiona por la incapacidad del hígado de producir albumina en suficiente cantidad para unirse a la bilirrubina y así poder metabolizarse, situación que se ve agravada por el comienzo tardío de la alimentación enteral donde el desarrollo demorado de la flora bacteriana

⁴⁷ CLOHERTY, J., EICHENWALD, E., STARH, A. (2005). "Manual de cuidados neonatales". (4ª. Ed.). España. Pág. 203

⁴⁸ *Ibíd.* Pág. 204

intestinal y la disminución de la motilidad intestinal no permiten la degradación de la bilirrubina.

- b) Trastornos de la coagulación: están relacionados a la inmadurez hepática y a la deficiencia de vitamina k en el recién nacido pre término”.⁴⁹

El recién nacido prematuro presenta un hígado inmaduro con déficit de vitamina k, lo que representa un riesgo para poder prevenir un síndrome hemorrágico por deficiencia de vitamina k.

h) Alteraciones metabólicas

- a) “Glucosa: durante el tercer trimestre de embarazo se depositan las fuentes de energía, que serán utilizadas durante la vida neonatal ya que la glucosa es fundamental para las necesidades energéticas del cerebro.
- b) Calcio: es necesario para el intercambio celular, especialmente en el músculo, cartílago, el tejido cerebral y muscular, su disminución podría ocasionar arritmias cardíacas, convulsiones y apneas.
- c) Sodio: la hiponatremia causa hipotonía, apnea e hiporreflexia”.⁵⁰

En recién nacidos prematuros se pierde la conexión a la madre que aseguraba un aporte de nutrientes y la regulación metabólica placentaria, lo que representa que el neonato es inmaduro y debe hacerse autosuficiente en situaciones o patologías, por lo que es frecuente la aparición de trastornos metabólicos como la hiperglicemia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, hipermagnesemia.

i) Inmadurez renal

“La regulación renal del equilibrio ácido básico en neonatos es inmadura, existe un menor umbral de reabsorción de bicarbonato en el túbulo proximal, con la

⁴⁹ CLOHERTY, J., EICHENWALD, E., STARH, A. (2005). “Manual de cuidados neonatales”. (4ª. Ed.). España. Pág. 206

⁵⁰ Ibid. Pág. 207

consecuente o pérdida excesiva de bicarbonato en la orina y la elevación del pH urinario; de igual manera tiene una menor capacidad de secreción de protones, debido a una menor capacidad de producción de amonio y a una reducida disponibilidad de ácidos, especialmente fosfatos, lo cual se manifiesta como una incapacidad para acidificar la orina; también presenta una reducida habilidad para eliminar ácidos orgánicos. Todo lo anterior determina que en recién nacido, y en especial el prematuro manifieste frecuentemente algún grado de acidosis metabólica durante la primera semana de vida. El riñón debe controlar los ingresos y egresos de electrolitos, es decir tener el equilibrio hidroelectrolítico. En el prematuro se presentan las siguientes etapas urológicas:

- a) Primera etapa: durante las primeras horas de vida hay oliguria y baja excreción fisiológica de sodio.
- b) Segunda etapa: en el segundo y tercer día de vida existe un aumento de la diuresis.
- c) Tercera etapa: a partir del cuarto día la diuresis se relaciona con el aporte de agua y sodio⁵¹.

En el recién nacido la velocidad del filtrado glomerular es proporcional a la edad gestacional, en los recién nacidos prematuros los riñones y las estructuras urinarias son inmaduras, no concentran bien la orina y presentan déficit en la excreción.

4.3. Principales morbilidades en el recién nacido prematuro

a) Infecciones

“Los recién nacidos prematuros son más susceptibles a infecciones y adquieren rasgos de mayor severidad, las respuestas inmunológicas primarias y secundarias están disminuidas, los prematuros sufren de más procedimientos invasivos. La alta

⁵¹ CLOHERTY, J., EICHENWALD, E., STARH, A. (2005). “Manual de cuidados neonatales”. (4ª. Ed.). España. Pág. 210

incidencia de infecciones en los prematuros evoluciona con rapidez hacia una generalización con carácter de septicemia”.⁵²

Los recién nacidos pretérmino o de bajo peso al nacer que se encuentran hospitalizados, corren un mayor riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias, debido a los tratamientos y procedimientos invasivos a los que son sometidos. Las infecciones postnatales se ubican entre las primeras causas de mortalidad del recién nacido prematuro.

b) Hemorragia intraventricular

“Las hemorragias intraventricular y periventricular surgen con frecuencia en los recién nacidos prematuros, las paredes de los vasos y microvasos de la matriz germinal no tienen capa muscular, presentan inmadurez de las uniones interendoteliales y la lámina basal que produce menor soporte extravascular. La inmadurez fisiológica y factores externos alteran la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral pueden provocar hemorragia intraventricular. Las hemorragias de grados III y IV suelen complicarse con hidrocefalia y representan un alto riesgo de mortalidad o estructuración de secuencias graves del desarrollo, ya sea motoras, cognitivas o sensoriales”.⁵³

Las complicaciones de las hemorragias intraventriculares se consideran a corto plazo: se relaciona con la aparición de hidrocefalia pos hemorrágico y presenta una elevada mortalidad. Las alteraciones a largo plazo se relacionan con el grado de lesión parenquimatosa, que a veces se acompaña de trastornos de neurodesarrollo y se desencadenan secuelas motoras, mentales o ambas.

⁵² SÁNCHEZ, M., AREVALO, M., FIGUEROA, M., & NÁJERA, R. (2014). “Atención del neonato prematuro en la UCIN, centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo”. (1ª. Ed.). México: Editorial El Manual Moderno. Pág. 15

⁵³ Ibid. Pág. 16

c) Hiperbilirrubinemia

“Es el incremento de las concentraciones de bilirrubina que pueden ocurrir en forma fisiológica o como manifestación de un proceso patológico. Durante la etapa fetal, la bilirrubina se depura y excreta por la placenta y tras el nacimiento induce la activación del sistema de conjugación hepática. En la primera semana de vida extrauterina, en la mayoría de prematuros se observa un incremento de las concentraciones séricas de bilirrubina originado por destrucción eritrocitaria acelerada, disminución del metabolismo por insuficiencia hepática transitoria e incremento de la absorción de la circulación enterohepática”.⁵⁴

La hiperbilirrubinemia se manifiesta por la coloración amarilla de la piel y las mucosas debido a la acumulación de bilirrubina en la sangre. En la hiperbilirrubinemia a largo plazo pueden sobrevenir secuelas neurológicas como atetosis y pérdida auditiva.

d) Enfermedades respiratorias

“El recién nacido prematuro es incapaz de producir cantidades suficientes de surfactante, lo que provoca colapso alveolar con elevación de la presión de inspiración necesaria para la expansión pulmonar, los alveolos colapsados dificultan el intercambio de oxígeno y la expulsión del dióxido de carbono, lo que produce hipoxia e insuficiencia del flujo sanguíneo pulmonar. Las deficiencias respiratorias en el prematuro pueden causar afectaciones de diversos grados; la enfermedad de membrana hialina y la broncodisplasia pulmonar son dos causas de morbilidad frecuente en estos niños”.⁵⁵

En el recién nacido prematuro los movimientos respiratorios son rápidos, superficiales e irregulares, llamada respiración periódica, caracterizada por breves

⁵⁴ SÁNCHEZ, M., AREVALO, M., FIGUEROA, M., & NÁJERA, R. (2014). "Atención del neonato prematuro en la UCIN, centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo". (1ª. Ed.). México: Editorial El Manual Moderno. Pág. 16

⁵⁵ Ibid. Pág. 18

periodos de apnea. Es muy frecuente el déficit de surfactante y la debilidad de los músculos respiratorios y la caja torácica provoca un retraso en la vida extrauterina.

5. PROGRAMA MADRE CANGURO

“El término Madre Canguro se usa actualmente para identificar el método para el cuidado de neonatos con bajo peso al nacer o producto de parto pretérmino. Adoptó su nombre de la especie de los marsupiales en donde las crías nacen antes de completar su gestación. La naturaleza brindó a los canguros hembras una bolsa en donde se completa el tiempo de gestación; allí las crías se calientan y alimentan hasta fortalecerse adecuadamente”.⁵⁶

“Es un método para el cuidado de neonatos con bajo peso al nacer o producto de parto pretérmino. De manera análoga el método consiste en que la madre mantenga a su hijo sin vestiduras, únicamente con gorro y pañal desechable, manteniendo un contacto piel a piel, entre sus senos facilitando así la lactancia materna y manteniendo al recién nacido en una posición vertical para evitar el reflujo y la broncoaspiración”.⁵⁷

El Programa Madre Canguro es un conjunto de actividades que se realizan para el recién nacidos prematuros, permitiendo el contacto de madre e hijo piel a piel, durante la técnica la madre brinda protección, estimulación y alimentación.

“Es un conjunto de acciones e intervenciones definidas, organizadas, planeadas para el cuidado del prematuro utilizando el contacto piel a piel. Técnica Canguro es una alternativa para el cuidado del recién nacido prematuro de bajo peso al nacer, una vez superados los problemas de mayor adaptación a la vida extrauterina, que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos

⁵⁶ ZEPEDA MEJÍA Edwin Giovanni. (1996) “Mamá canguro método seguro que favorece el egreso temprano del recién nacido de bajo peso”. Guatemala.

⁵⁷ REYES, Nohemí. (2000). “Observación de Bebés Canguros”. (1ª. Ed.). México. Pág. 15

disponibles como también un establecimiento temprano del vínculo madre e hijo manteniendo al neonato en contacto piel con piel con la madre”.⁵⁸

El Programa Madre Canguro es una técnica fácil y natural, donde se integra los tres elementos indispensables para la supervivencia humana: amor, calor y lactancia materna, acelerando la posibilidad de un egreso temprano del prematuro, apoyando el apego madre e hijo.

5.1. Principios fundamentales del Programa Madre Canguro

Los principios fundamentales utilizados durante la técnica canguro son los siguientes:

- a) “Calor: Generado y transmitido por la madre a través del contacto piel a piel con el bebé. Es uno de los fundamentos principales de la neonatología, mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutro, ya que es primordial para la estabilización metabólica.
- b) Amor: estimula al bebé por medio de caricias, arrullos, la voz y latidos cardíacos maternos y hace más intenso y prolongado el apego materno, que no puede dar ninguna incubadora.
- c) Lactancia Materna: la que le proporciona al recién nacido nutrición y protección inmunológica, con una duración prolongada”.⁵⁹

5.2. Objetivos del Programa Madre Canguro

Los objetivos utilizados durante la técnica canguro son:

- a) “Estimular a la madre para una estrecha relación con su hijo.
- b) Por medio de la comunicación, lograr la participación materna en el manejo integral del neonato prematuro.
- c) Por medio del egreso temprano, prevenir infecciones nosocomiales debidas al hacinamiento intrahospitalario.

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: “Método Madre Canguro”. Ginebra, Suiza. Pág. 2

⁵⁹ *Ibid.* Pág. 3

- d) Motivar a la madre y a la familia para continuar con los cuidados extra hospitalarios, tanto en el hogar como en la clínica de seguimiento de crecimiento y desarrollo”.⁶⁰

5.3. Criterios para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro

5.3.1. Criterios maternos

- a) “Aceptación de la madre a la experiencia, la mamá debe ser consciente de todos los componentes del programa ya que el tiempo de ella va estar limitado, tendrá que dedicar un tiempo extra al cuidado de su recién nacido, en tanto que no deberá separarse de él ni de día ni de noche. Debe contar además con la colaboración de otra persona para que cumpla su papel en algunos momentos como el de aseo personal.
- b) No debe presentar enfermedades infecto contagiosas ya que ponen en peligro el bienestar del recién nacido y no es conveniente.
- c) No debe presentar síntomas de farmacodependencia ni alcoholismo.
- d) No debe presentar alteración neurológica severa.
- e) Capacidad física y mental para alimentar, mantener temperatura y manejar al recién nacido adecuadamente.
- f) Con conocimientos sobre alimentación exclusiva al seno, posición canguro, vigilancia de las condiciones del niño.

5.3.2. Criterios neonatales

- a) Estar en buenas condiciones clínicas, sin signos de dificultad respiratoria, infección, problemas neurológicos o metabólicos.
- b) Peso menor de 2500 gramos, con buena respuesta a estímulos y adecuados reflejos según su edad.
- c) Con capacidad de mantener estable su temperatura. Con un peso entre 1500 y 2000 gramos.

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: “Método Madre Canguro”. Ginebra, Suiza. Pág. 5

- d) Haber superado cualquier patología existente.
- e) Tener una ganancia de peso en la incubadora o cuna mínimo en 2 pesadas consecutivas (para los niños mayores de 8 días).
- f) Tener una buena coordinación succión-deglución (especialmente los menores de 34 semanas de edad gestacional en alojamiento conjunto).
- g) Tener una madre o familiar capaz de cumplir las indicaciones de la técnica Canguro.
- h) Haber tenido una adaptación intrahospitalaria exitosa, autorregular temperatura.
- i) Tener valores de hemoglobina y hematocrito recientes que descarten anemia (para los niños de más de 15 días de hospitalización).⁶¹

5.4. Signos de peligro

“Los signos de peligro que pueden presentarse durante la técnica canguro son: Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncós, respiración muy acelerada o muy lenta, ataques de apnea frecuentes o prolongados, el recién nacido está frío: la temperatura corporal es baja pese a haber procedido al recalentamiento, alimentación dificultosa el recién nacido deja de despertarse para la toma, deja de alimentarse o vomita, convulsiones, diarrea, piel amarillenta”.⁶²

5.5. Características del Programa Madre Canguro

Las características utilizadas durante la técnica canguro son: posición canguro, alimentación y estimulación temprana. La práctica de estas características establece la eficacia y seguridad de la técnica canguro.

⁶¹VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) “Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”. Guatemala.

⁶²Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: “Método Madre Canguro”. Ginebra, Suiza. Pág. 8

3.5.1. Posición canguro

Contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día. Colocando en estricta posición vertical (semisentado) o posición de ranita, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Se utiliza un soporte elástico de tela de algodón o de fibra sintética elástica (bolsa canguro) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura en posición canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por cambios de posición (por ejemplo: flexión o hiperextensión del cuello) asegurando la respiración adecuada del recién nacido, lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales. El recién nacido puede ser alimentado en cualquier momento permaneciendo en contacto piel a piel.

La madre debe dormir en posición semisentada, para así mantener la posición adecuada del niño, el prematuro deberá colocarse sobre el lado izquierdo de la madre, los latidos cardiacos son considerados como elementos importantes en la estimulación de la respiración del niño, evitándose así las apneas. En caso de requerir un tiempo para su aseo personal u otras circunstancias, cualquier otro miembro de la familia puede tomar el lugar de la madre. La posición canguro se mantendrá hasta que el recién nacido ya no la tolere más, y la regulación apropiada de la temperatura se logre”.⁶³

“La duración total de dicho contacto suele prolongarse hasta alcanzarse el plazo normal del parto a término (edad gestacional de entorno a las 40 semanas) o alcanzados los 2500 gramos de peso. Alrededor de éste plazo, el recién nacido ha crecido hasta tal punto que la posición canguro deja de ser necesaria. Al recién

⁶³ “Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro”. (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

recién nacido prematuro se le debe cambiar de posición cada dos o tres horas, durante el día.

En caso de que el recién nacido prematuro presente apneas se debe sacar inmediatamente de la bolsa canguro, estimulándole por medio de golpecitos en la planta de los pies y estimulación cutánea, si él bebe no responde ante esto se debe administrar oxígeno por cánula binasal a 1 o 2 litros por minuto mientras el médico lo evalúa”.⁶⁴

“Sólo es preciso interrumpir los contactos piel a piel para: el cambio de pañales y el baño. La evaluación clínica, conforme a la planificación del hospital o cuando resulte necesaria. Durante el día la madre que lleve a un recién nacido en posición canguro puede hacer diferentes actividades que no impliquen grandes esfuerzos y peligros para él bebe, entre ellas: caminar, permanecer de pie, sentarse o participar en diferentes actividades recreativas, educativas”.⁶⁵

El propósito de la posición canguro es que el niño encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación sensorial, manteniendo la vía aérea permeable. La posición estimula y favorece la lactancia materna. Además, el contacto íntimo y prolongado entre la madre y el neonato busca establecer o reforzar el vínculo biológico y afectivo sano que debe existir entre todo recién nacido y la madre, el cual se ve dificultado por la prematurez y enfermedad del niño que llevan a una separación física madre-hijo.

“Es importante mantener la temperatura corporal adecuada del prematuro, asegurándola por medio del contacto ininterrumpido, piel a piel madre e hijo, ya que la pérdida de calor puede provocar dificultad respiratoria, hipoglicemia,

⁶⁴ “Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro”. (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

⁶⁵ REYES, Nohemí. (2000). “Observación de Bebes Canguros”. (1ª. Ed.). México Pág. 12

ianosis y apneas, representando complicaciones durante la técnica canguro. Además el recién nacido canguro podría tener un retraso en la ganancia de peso".⁶⁶

3.5.2. Nutrición

La nutrición es el proceso biológico mediante el cual los organismos asimilan los líquidos necesarios para el funcionamiento, mantenimiento y el crecimiento de sus funciones vitales, la nutrición en el recién nacido contribuye a disminuir la morbimortalidad y a mejorar su desarrollo somático y psicomotor en este período crítico.

La alimentación se basa en leche materna de la propia madre para aprovechar al máximo las ventajas de la leche humana no modificada, especialmente sus propiedades inmunológicas, el aporte balanceado de nutrientes esenciales y su perfil de seguridad con respecto al riesgo de enterocolitis. La meta de crecimiento es obtener una ganancia de peso al menos como la del desarrollo intrauterino (15 g/kg/día hasta el término). La lactancia se administra inicialmente a intervalos fijos, no por demanda, para asegurar un aporte mínimo apropiado".⁶⁷

La alimentación en el recién nacido prematuro va a dotar al organismo de sustancia nutritivas como los carbohidratos, proteínas, grasas, lípidos, vitaminas, minerales, y el agua. Sustancias que son vitales para el mantenimiento de la vida, garantizando el crecimiento y desarrollo físico del neonato.

- Fuente de alimentación: La fuente fundamental de la nutrición del niño es la lactancia materna, y se utilizará siempre que sea posible. Además siempre se suplementa la leche materna con vitaminas liposolubles hasta que el niño llega a término La leche materna puede ser fortificada o suplementada cuando sea necesario.

⁶⁶ REYES, Noemí. (2000). "Observación de Bebes Canguros". (1ª. Ed.). México Pág. 12.

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza. Pág. 31

- Vía de alimentación: La lactancia materna se puede realizar por succión directa o por administración de la leche de su madre previamente extraída, que puede suministrarse vía oral en infusión o gravedad intermitente.

La posición canguro es ideal para la lactancia materna. El recién nacido con un peso mayor de 3 libras y con buena tolerancia gástrica, debe ser alimentado todo el tiempo que desee. Los recién nacidos precisan ser alimentados con frecuencia, cada 2 o 3 horas. Es importante observar durante la lactancia materna la respiración y coloración del prematuro y que el recién nacido tenga un buen agarre del pezón de la madre, asegurando una succión eficiente”.⁶⁸

5.5.3. Beneficios de la lactancia materna

La leche materna tiene ventajas innumerables tales como nutricionales, inmunológicas y psicológicas, el recién nacido de bajo peso al nacer debe recibir leche materna exclusiva lo más pronto posible a libre demanda; la succión del seno de la madre estimula la producción de leche materna y acelera la maduración del prematuro; si este es menor de 34 semanas de gestación, sino tiene reflejo de succión y deglución adecuada se inicia la alimentación con sonda orogástrica, jeringa o gotero; dentro de los beneficios de la lactancia materna se encuentran:

- Posee nutrientes perfectos.
- Fácil digestión
- Protege contra las infecciones.
- Es gratis.
- Esta lista en el momento en el que el bebé la necesite.
- Favorece el vínculo afectivo y el desarrollo.

⁶⁸ "Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro". (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

- Protege la salud de la madre”.⁶⁹

5.4. Estimulación temprana

Todos los recién nacidos necesitan amor y cariño, pero los bebés prematuros precisan más atención para poder desarrollarse normalmente, dado que no han tenido ocasión de permanecer varias semanas o incluso varios meses más en el entorno intrauterino ideal.

En lugar de ello se le ha expuesto a un exceso de luz, ruido o estímulos dolorosos durante las primeras atenciones. Es el desarrollo y fortalecimiento del vínculo madre-hijo a través del contacto dinámico entre ellos, y mediante masajes proporcionados por la madre y/o el profesional de enfermería.

La proximidad con la madre sus caricias, su voz, sus latidos cardíacos son considerados como elementos importantes en la estimulación de la respiración del niño, evitándose así las apneas. El contacto piel a piel provoca el desarrollo de un lazo emocional estrecho entre la madre y el hijo. El masaje y estimulación del recién nacido cuando está en el pecho de la madre es una actividad con el propósito de ayudar al progreso y la confianza de las madres en la habilidad para alzar a sus hijos.

La estimulación temprana permite que el neonato gane más peso, mejore su madurez motora, su tono muscular y que sus ejecuciones motoras integradas también progresen. El amor estimula afectivamente al niño a través de caricias, tacto, voz, el arrullo y el latido cardíaco de los padres. La estimulación temprana se clasifica en tipo visual, auditiva, táctil”.⁷⁰

El Programa Madre Canguro constituye un método ideal, dado que la madre o el padre pueden cargar y abrazar a su hijo mientras este escucha su voz, siente los

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza. Pág. 31

⁷⁰ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). "Él bebe prematuro". (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 44

atidos cardiacos, permite el reconocimiento lo que poco a poco fortalecerá el vínculo afectivo. El masaje hacia el recién nacido por parte de la madre, es una de las técnicas que permite aumentar la confianza en sí misma durante el cuidado de su hijo.

Este se realizará con aceite de manera cefalocaudal con movimientos circulares, siempre cuidando que sea dentro de un ambiente cálido donde la piel del neonato y su madre se encuentren en contacto directo. Es importante que el personal de enfermería motive a las madres y a los padres a que expresen su amor, cariño y emociones hacia su hijo.

5.6. Fases del Programa Madre Canguro

5.6.1. Fase intrahospitalaria

“La fase intrahospitalaria es donde el recién nacido ha superado ya el estado crítico, permitirá a la madre colocarse al niño piel con piel en posición vertical (para evitar el reflujo y la broncoaspiración) con una supervisión estrecha de respiración, coloración de la piel y temperatura corporal, lo cual se hará a intervalos progresivos de tiempo de acuerdo a la tolerancia individual del niño. En esta etapa es en la cual se inicia la información y educación a ambos padres del Programa Madre Canguro, lactancia materna y estimulación temprana de parte del personal de salud o de otras madres que ya vivieron la experiencia. Una vez que la madre ha sido capacitada y su hijo se encuentra clínicamente estable, con capacidad de succión y deglución, se solicita a la madre su estancia hospitalaria por 6 a 8 horas continuas diariamente por un periodo entre 5 y 8 días para que permanezca en contacto piel a piel todo el tiempo. Cuando la madre no puede amamantar directamente a su hijo, se extrae manualmente su leche para proporcionársela por gotero o biberón. Además se promoverá en la madre la lactancia materna, los hábitos higiénicos y el lavado de manos, asimismo se

“forzará la técnica del método y uso apropiado del vestido”.⁷¹ Dentro de los criterios para dar egreso hospitalario al prematuro se deben considerar:

- “Que el estado general de la salud del recién nacido sea bueno y que no se hayan presentado enfermedades como la apnea o una infección.
- Que se esté alimentando correctamente y que dicha alimentación provenga exclusiva o mayoritariamente de la lactancia materna.
- Que esté adquiriendo peso (al menos de 15 gramos/ kg/ día durante un mínimo de tres días consecutivo).
- Que su temperatura se mantenga estable en la posición canguro (dentro de los valores normales durante un mínimo de tres días consecutivos).
- Que la madre se muestre confiada en sus posibilidades de cuidar del bebé y pueda efectuar con regularidad las visitas de seguimiento”.⁷²

Como requisito de la Organización Mundial de la Salud deberá quedar garantizado que la madre sepa, lo siguiente: Como aplicar el contacto piel a piel hasta que el prematuro de muestras de sentirse incómodo, cómo vestir al bebé cuando éste no se halle en posición canguro, con el fin de mantenerlo caliente en el hogar, cómo bañar al recién nacido y mantenerlo caliente después del baño, cómo dar respuesta a las necesidades del recién nacido”.⁷³

5.6.2. Fase domiciliaria

“Una vez en casa el niño es colocado junto al seno materno, en contacto piel con piel, y en posición vertical para evitar el reflujo y la broncoaspiración. Allí, bajo la ropa materna deberá permanecer las 24 horas del día. En esta posición no solo recibe el amor y el calor de la madre, sino tiene allí mismo su alimento con la frecuencia que lo desee, evitando el inconveniente de no poder mamar en forma

⁷¹ VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) “Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”. Guatemala.

⁷² CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). “Él bebe prematuro”. (1ª. Ed.). Colombia. Pág 46

⁷³ *Ibid.* Pág. 48

prolongada cada vez, ya que una succión prolongada incurre en un gasto calórico. Cuando por cualquier razón no es suficiente la lactancia materna, se complementará la alimentación con un licuado especial, que reúna las necesidades proteico-calóricas específicas para el recién nacido. No se recomienda la administración de leches maternizadas. La experiencia recabada hasta hoy indica que el niño abandona por sí mismo el método entre 30 a 40 días post egreso hospitalario, etapa en la cual ya el peso del niño y su edad permiten darle un cuidado rutinario como a otro recién nacido a término, continuando la lactancia materna exclusiva como un método de salud óptimo para su sobrevivencia.

• Seguimiento

La consulta se controla 1 vez por semana hasta que cumple 40 semanas de edad gestacional (término). Después del término, el niño se controla a 1 mes y medio, 3 meses, 4 meses y medio, 6 meses, 9 meses y 12 meses de edad corregida. A los niños de riesgo específico, se les practica un examen oftalmológico (a partir de las 4 semanas de vida) y de audiología.

• Vigilancia de la ganancia de peso intrahospitalaria

Se deberá pesar a los recién nacidos pequeños diariamente y controlar el aumento de peso con el fin de evaluar en primer lugar la adecuación de la ingesta de líquido y, posteriormente, el crecimiento. En un inicio, los bebés pequeños pierden peso tras el parto: Las pérdidas de hasta un 10% de peso durante los primeros días de vida se consideran tolerables. Tras la pérdida de peso inicial, los neonatos recobran lentamente su peso al nacer, generalmente entre 7 y 14 días después del parto. Posteriormente, los bebés deberían seguir ganando peso, lentamente al principio y más rápidamente después. Una vez transcurrido este periodo inicial no se admiten pérdidas de peso. Un aumento de peso adecuado se considera un signo de buena salud, un aumento de peso escaso constituye por el contrario un motivo de seria preocupación. La meta de crecimiento es obtener una

anancia de peso al menos como la del desarrollo intra-uterino (15 gr/kg/día hasta el término).

6.3. Período de crecimiento estable

El período de "crecimiento estable, empieza cuando se completa la transición y se extiende hasta que el prematuro llega al término. Esta etapa equivale para el nacido prematuro al período de crecimiento intrauterino que hubiese ocurrido si el neonato hubiese podido llegar al término y en el cual ya suele ser apropiado usar formas de alimentación enteral, predominantemente la vía oral. Estos niños que completan la transición y se han adaptado exitosamente a la posición canguro (elegibles para egreso de la unidad de recién nacidos mientras continúan en posición canguro) están en una etapa de su vida extrauterina en la que idealmente no solo deberían crecer al ritmo al que hubieran crecido si hubiesen continuado en el útero sino que deben empezar a recuperar las deficiencias acumuladas durante el período de transición".⁷⁴

6. HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA

"El Instituto de Asuntos Interamericanos, celebró el 14 de agosto de 1942 con el Gobierno de Guatemala por medio de la subsidiaria el 8 "Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud Pública (SCISP). De esta manera se escogió el lugar adecuado para construir el nuevo hospital. El proyecto se ubicó en los terrenos de la antigua finca "La Esperanza", lo que ahora es la zona 11 de esta ciudad capital y se inicia el proyecto. La construcción del Hospital Roosevelt se inició a finales de 1944.

La nueva Junta Revolucionaria de Gobierno suscribe con el "Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud Pública" (SCISP) un nuevo convenio, por medio del

⁷⁴ VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) "Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Guatemala.

cuando el cupo del Hospital Roosevelt, se elevó a 1,000 camas, considerando las necesidades hospitalarias del país. El Hospital Roosevelt contaba, con un edificio principal de cuatro pisos, edificios anexos para maternidad y pediatría, edificios para mantenimiento, lavandería y transportes. El 15 de diciembre de 1955 quedó inaugurada oficialmente la primera sección concluida de esta magna obra; la Maternidad con una capacidad 150 camas.

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que pertenece al tercer nivel de atención, es de referencia nacional, ofrece servicios médicos y hospitalarios gratuitos en Consultas Externas: Medicina Interna, Cirugías, Salud Mental, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Proctología, Urología, Dermatología, Neurocirugía, Estomatología, Neurología, Pediatría, Gineco Obstetricia, Clínicas Bioinfecciosas, Sub especialidades y Emergencias, también atiende a pacientes en Medicina Nuclear, Diagnóstico por imágenes y Laboratorios Clínicos. Tiene más de 2 mil 800 colaboradores distribuidos entre personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería, técnico en Radiología, Nutrición, Trabajo Social, atención al usuario y usuaria, personal de seguridad, intendencia y personal administrativo.

Se divide en cinco departamentos: El departamento de Pediatría, Maternidad, Cirugía, Medicina y Consulta Externa; los servicios de encamamientos se dividen en: Hombres: Medicina A, B, C, Cirugía A, B, C, y E, y Neurocirugía. Mujeres: Medicina E y D, Cirugía A, D, y E, y Neurocirugía".⁷⁵

6.1 Servicio de Mínimo Riesgo

“El servicio está ubicado en el segundo nivel del Hospital Roosevelt en el área de la maternidad, cuenta con una capacidad instalada de cien módulos térmicos, incubadoras o bacinetes, para el cuidado y tratamiento médico de neonatos en

⁷⁵ “Historia del Hospital Roosevelt”. (2015). [En línea]. Guatemala. Disponible en: <http://wikiguate.com.gt/hospital-roosevelt/> [2020, 25 junio].

estado grave, trasladados de la propia unidad o de otras unidades. El servicio de Mínimo Riesgo pertenece al área de maternidad, se encuentra clasificado por:

- a) El área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCINE), utilizada para recién nacido con diferentes patologías, anomalías congénitas, a los cuales se les cumple con algún tratamiento antibiótico, con una capacidad instalada de 15 espacios, utilizando incubadoras, modulo térmico o bacinetes.
- b) Área de Alto Riesgo II: Es un espacio para recién nacidos en estado de gravedad que necesitan ventilación invasiva o no invasiva, con una capacidad instalada de 20 espacios, utilizando bacinetes o incubadoras.
- c) Área de aislamiento: Específicamente para recién nacidos infectados con algún tipo de virus o bacteria, que necesitan ser aislados para su tratamiento. Con capacidad instalada de 10 espacios, utilizando módulo térmico, bacinetes o incubadoras.
- d) Área de Canguros: Utilizado exclusivamente para recién nacidos prematuros con diferentes patologías o complicaciones, con capacidad instalada de 30 espacios, utilizando incubadoras y bacinetes.
- e) Área de Neonatos utilizada para recién nacido con diferentes patologías, pacientes que requieran ventilación no invasiva, con una capacidad instalada de 25 espacios, utilizando bacinetes, algunas veces incubadoras.

En el segundo piso del Hospital Roosevelt se encuentra el servicio de Lactancia Materna: encargado de promover el apego materno por medio de la lactancia materna y la técnica canguro. En el año 1988 surge el programa llamado "Madre Canguro" sometiendo a los recién nacidos prematuros que se encuentren en

condiciones aptas, con el objetivo de agilizar la rehabilitación del neonato, evitar complicaciones y su estadía prolongada dentro del servicio".⁷⁶

5. PATRICIA BENNER

La enfermera Patricia Benner Nació en Hampton (Virginia) y paso su infancia en California, donde empezó a estudiar enfermería. En 1964 se licenció en Enfermería en el Pasade College, en 1970 realizó una maestría especializada en enfermería medico quirúrgica en la escuela de Enfermería de San Francisco de la Universidad de California, en 1982 obtuvo doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la Universidad de Berkely California, en 1970 como enfermera investigadora post graduada en la escuela de Enfermería de la Universidad de California. En 2002 se traslada al departamento de ciencias sociales y conductuales de la misma Universidad como profesora y primera ocupante del Thelma Shobe Cook Endowed Chair in Ethics and Spirituality. Luego de esto siguió siendo profesora en cursos de doctorado y en maestrías".⁷⁷

Se fundamenta la investigación con el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades de Patricia Benner, porque Benner estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica de enfermería. Una de las primeras distinciones teóricas que Benner estableció fue la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico. Benner afirmo que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica consiste en ampliar el conocimiento práctico mediante investigaciones científicas basadas en la teoría. Considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos, y que la falta de estudio de nuestras prácticas y las observaciones clínicas provoca que la teoría enfermera carezca de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta, Benner sostiene que el

⁷⁶ LOPEZ. B. M. comunicación personal, (2 enero 2020)

⁷⁷ ALLIGOOD Martha (2018). "Modelos y teorías de enfermería". (9ª. Ed.). España. Pág. 109

Conocimiento práctico puede ampliar la teoría o desarrollarse antes que las fórmulas científicas.

Definió así las modalidades de experiencia:

- a) Principiante. Persona con conocimiento pero sin experiencia previa para enfrentarse a situaciones.
- b) Principiante avanzado: Es la persona que ha adquirido una mínima experiencia en la práctica y que puede enfrentar situaciones reales de manera aceptable. Esta práctica podría haber sido adquirida por la observación de un tutor experto.
- c) Competente: Tanto por la experiencia adquirida como por la imitación de los demás, es capaz de planificar deliberadamente cómo enfrentará diversas situaciones y llevarlo a la práctica. También es capaz de determinar prioridades reconociendo qué situaciones son más urgentes que otras.
- d) Eficiente: Es capaz de intuir situaciones a pesar de contar con escasos conocimientos de las mismas. Es un profesional seguro de sí mismo y se implica con los enfermos y sus familias.
- e) Experto: Posee un dominio total de las situaciones que afronta siendo capaz de identificar el problema y encontrar la solución de manera eficaz sin perder el tiempo buscando alternativas⁷⁸.

⁷⁸ ALLIGOOD Martha (2018). "Modelos y teorías de enfermería". (9ª. Ed.). España. Pág. 110

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptiva, porque permitió describir los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, con enfoque cuantitativo porque los datos recabados fueron agrupados por indicadores a través del uso de la estadística descriptiva; es de corte transversal porque el estudio se realizó en un tiempo determinado, durante Junio de 2021.

2. Unidad de análisis

Personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala.

3. Población y muestra

3.1 Población

Personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt. Conformado por 40 auxiliares de enfermería, por tratarse de una población finita por lo que, no fue necesario recurrir a la muestra ya que se trabajó con el 100% de la población.

“Población es el conjunto total o agrupación completa de los elementos, objetos, cosas o valores que integran la totalidad de observaciones posibles o valores de interés de un evento o suceso objeto de estudio. Dependiendo de la cantidad de elementos que conforman una población, esta puede ser finita o infinita.

Población finita cuando está constituido por un número delimitado o conocido de unidades o elementos”.⁷⁹

⁷⁹ COHEN, N. & GOMEZ, G. (2008). “Metodología de la investigación” Argentina. Pág. 109

4. Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Ítems
<p>Conocimientos del personal auxiliar de enfermería del Servicio de Mínimo Riesgo con relación al Programa Madre Canguro.</p>	<p>Conjunto de saberes, hechos o información adquirida y almacenada mediante la experiencia y/o aprendizaje del individuo que le facilita la comprensión intencional y física del entorno que le rodea.</p>	<p>Respuestas que brindan los auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt en relación al Programa Madre Canguro.</p>	<p>Conocimientos sobre el Programa Madre Canguro. Criterios para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro y signos de peligro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué consiste el Programa Madre Canguro? 2. ¿Cuáles son los principios fundamentales del Programa Madre Canguro? 3. ¿Cuáles son los criterios neonatales para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro? 4. ¿Cuáles son los signos de peligro que podría presentar el prematuro durante la técnica canguro?
			<p>Posición y termorregulación del prematuro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. ¿Indique cuál es la posición adecuada de la madre y el prematuro para dormir, establecida en el Programa Madre Canguro? 6. ¿Cuál es la importancia de mantener la temperatura corporal adecuada del prematuro bajo técnica canguro?
			<p>Beneficios de la lactancia materna</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna, al prematuro bajo técnica canguro.

	Prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio Mínimo Riesgo sobre el Programa Madre Canguro	Conjunto de actividades que se desarrollan con la aplicación de conocimientos a través de la experiencia guiada por principios, objetivos, procedimientos apropiados, determinados	Acciones que realiza el personal auxiliar de enfermería del servicio Mínimo Riesgo acerca del Programa Madre Canguro	<p>Y contacto precoz.</p> <p>Criterios para el egreso al Programa Madre Canguro.</p>	<p>durante el proceso de alimentación?</p> <p>8. ¿Cómo favorece el contacto precoz, al vínculo madre-hijo con la aplicación del Programa Madre Canguro?</p> <p>9. ¿Cuáles son los criterios principales establecidos por el Programa Madre Canguro, que debe cumplir el prematuro para egresar de la unidad hospitalaria?</p> <p>10. ¿Qué conocimientos indispensables se le debe brindar a la madre del prematuro acerca del Programa Madre Canguro?</p> <p>11. ¿Indique en qué posición se debe colocar al prematuro durante la técnica canguro?</p> <p>12. ¿Con qué frecuencia se debe cambiar la posición del prematuro durante la técnica canguro?</p> <p>13. ¿Qué acciones deben realizarse, en caso que él prematuro presente una apnea, durante la técnica canguro?</p> <p>14. ¿En qué momento se debe interrumpir el contacto piel a piel entre madre e hijo, durante la</p>
--	--	--	--	--	---

5. Descripción detallada de técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados

El primer paso para esta investigación consistió en la selección del tema, que fue probada por la Unidad de Tesis; se procedió a elaborar el protocolo de investigación utilizando bibliografías de libros, páginas de internet, entrevistas; posteriormente se realizó la solicitud de aprobación de Protocolo a la Unidad de Tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala; se solicitó la autorización del Hospital Roosevelt, para realizar el Trabajo de campo.

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario conformado por 8 preguntas de selección múltiple, las cuales pretenden dar respuesta a los objetivos y se encuentran fundamentadas en el marco teórico, las preguntas pretenden medir las variables a estudiar, el instrumento fue realizado por la investigadora con el visto bueno del Asesor y Revisor nombrados por la Escuela Nacional de Enfermería y para la validación del instrumento fue necesario realizar un estudio piloto el cual se realizó en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ya que la población posee características similares a los sujetos de estudio y por ser un servicio que cuenta con Programa Madre Canguro.

En el estudio piloto no se evidenció ninguna dificultad en cuanto al instrumento utilizado, el proceso metodológico se consideró adecuado y el tiempo utilizado para responder cada instrumento fue de 20 a 25 minutos, por lo que no fue necesario ninguna modificación.

6. Alcances y límites de la investigación

6.1 Criterios de inclusión

Auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de Mínimo Riesgo Hospital Roosevelt de Guatemala, que acepten participar en el estudio.

2 Criterios de exclusión

personal auxiliar de enfermería que se encontró de vacaciones.

personal que no aceptó participar en el estudio.

personal que se encontró suspendido de sus labores.

3 Aspectos éticos de la investigación

a) Respeto

Basado en el principio ético de respeto, a todos los participantes se les trató con respeto, reconociendo a la persona como ser único y con la capacidad de tomar sus propias decisiones.

b) Autonomía

Se informó a todos los participantes que tienen el derecho a decidir si participaban o no en el estudio, se les dio a conocer el objetivo de la investigación y que podían abandonar el estudio cuando así lo desearán, se les brindó una carta de consentimiento informado.

c) Confidencialidad

Tomando como base el derecho a la intimidad se les informó que su nombre no sería revelado y que la información que proporcionaron es confidencial.

d) Justicia

Basado en el principio ético de justicia a todos los participantes se les garantizó y brindó trato igualitario y equitativo.

e) Beneficencia

Los resultados de la investigación serán utilizados en beneficio del personal de enfermería y especialmente de los recién nacido prematuros de la institución, porque se buscará el mayor bienestar posible de los recién nacidos.

Consentimiento informado

Se elaboró una carta de consentimiento informado la que fue leída, analizada, firmada y autorizada por cada sujeto de estudio para que fuera parte de la investigación, informando que podían retirarse de la misma en el momento que lo desearán y que la investigadora es la responsable del estudio.

h) Autorización institucional

Para la validación del instrumento fue necesario gestionar el permiso con las autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Dr. Juan José Arévalo Bermejo y para la realización del estudio de campo, se gestionó el permiso con las autoridades del Hospital Roosevelt de Guatemala.

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro No.1

¿En qué consiste el Programa Madre Canguro?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Conjunto de acciones para el cuidado del prematuro utilizando el contacto piel a piel con la madre, facilitando la lactancia materna, utilizando a la madre como fuente de calor.	34	85%
b	Es una alternativa para el cuidado del recién nacido de bajo peso al nacer, la cual se utiliza para evitar que el prematuro se enferme frecuentemente.	6	15%
c	Técnica que se inicia en el hospital y puede continuarse en el hogar, para que los padres se hagan responsables del cuidado del prematuro.	0	0%
Total		40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

De las 40 auxiliares de enfermería, el 85% conoce en que consiste el Programa Madre Canguro, lo cual es alentador ya que un alto porcentaje de los sujetos de estudio responde de manera correcta, asegurando una mejor calidad de atención. Sin embargo existe un 15% que no tienen claridad en que consiste el Programa Madre Canguro ya que únicamente identifica que el programa se refiere a una alternativa de cuidado en los recién nacidos de bajo peso.

El Programa Madre Canguro "es un conjunto de acciones e intervenciones definidas, organizadas, planeadas para el cuidado del prematuro utilizando el contacto piel a piel, que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles como también un establecimiento temprano del vínculo madre e hijo manteniendo al neonato en contacto piel con piel con la madre".⁸⁰

⁸⁰ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza. Pág. 2

Cuadro No.2

¿Cuáles son los principios fundamentales del Programa Madre Canguro?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Lactancia materna, calor y ganancia de peso.	23	57%
b	Lactancia materna, rehabilitación y recuperación.	1	3%
c	Calor, amor y lactancia materna.	16	40%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca al Programa Madre Canguro, junio 2021.

Únicamente el 40% de los participantes responde correctamente sobre cuáles son los principios fundamentales del Programa Madre Canguro, un 60% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas no conoce los principios, lo cual es realmente preocupante porque estos principios son base para garantizar un desarrollo sensoriomotriz y la capacidad afectiva de los recién nacidos prematuros.

Los principios fundamentales utilizados durante el Programa Madre Canguro son:
Calor: Generado y transmitido por la madre a través del contacto piel a piel con el recién nacido, es uno de los fundamentos principales de la neonatología, mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutro, ya que es primordial para la estabilización metabólica, **amor:** estimula al prematuro por medio de caricias, arrullos, la voz y latidos cardíacos maternos y hace más intenso y prolongado el apego materno, que no puede dar ninguna incubadora y **lactancia materna:** la que le proporciona al recién nacido nutrición y protección inmunológica, con una duración prolongada⁸¹.

⁸¹Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza. Pág. 8

Cuadro No.3

¿Cuáles son los criterios neonatales para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Condición clínica estable, peso menor 2500 gr. autorregular temperatura.	21	52%
b	Condición clínica estable, peso mínimo 2 libras, capacidad para succionar.	14	35%
c	Condición clínica estable, peso mínimo de 3 kilogramos.	5	13%
	Total	40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

En la tabla que antecede se puede visualizar que un 52% del personal auxiliar de enfermería posee los conocimientos sobre cuáles son los criterios para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro, sin embargo un 48% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas no lo identifica, es necesario fortalecer o ampliar los conocimientos sobre estos criterios, ya que estos beneficiarán al recién nacido y los padres dentro del programa.

Los criterios para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro son: "Condición clínica estable, capacidad para succionar, con peso menor 2500 gramos, adecuada respuesta a estímulos y reflejos adecuados según la edad, autorregular temperatura."⁸²

⁸² VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) "Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Guatemala.

Cuadro No.4

¿Cuáles son los signos de peligro que podría presentar el prematuro durante la técnica canguro?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Prematuro no se adapta a la técnica canguro, presentando sudoración excesiva.	0	0%
b	Prematuro no regula temperatura, dificultad respiratoria, apneas, cianosis.	34	85%
c	El prematuro se muestra incómodo durante la técnica, presentando periodos de irritabilidad.	6	15%
Total		40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

El 85% del personal auxiliar de enfermería responde acertadamente sobre los signos de peligro, lo cual es alentador ya que este conocimiento es indispensable para brindar cuidados de enfermería oportunos ante cualquier signo de peligro que podría presentar el prematuro durante la técnica canguro. Sin embargo un 15% no posee este conocimiento y por consiguiente tampoco valora su importancia.

Los signos de peligro que pueden presentarse durante el Programa Madre Canguro son: "Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncós, respiración muy acelerada o muy lenta, ataques de apnea frecuentes o prolongados, el recién nacido está frío: La temperatura corporal es baja pese a haber procedido al recalentamiento, alimentación dificultosa el bebé deja de despertarse para la toma, deja de alimentarse o vomita, convulsiones, diarrea, piel amarillenta."⁸³

⁸³ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza. Pág. 2

Cuadro No.5

¿Indique cuál es la posición adecuada de la madre y el prematuro para dormir, establecida en el Programa Madre Canguro?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Madre acostada y el prematuro en posición semisentado.	1	2%
b	Madre en posición semisentada y el prematuro sobre el lado izquierdo de la madre.	27	68%
c	Madre en posición decúbito supino y prematuro semisentado.	12	30%
	Total	40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

En respuesta a la pregunta sobre la posición adecuada de la madre y el prematuro para dormir, establecida en el Programa Madre Canguro, el 68% de los participantes responde apropiadamente, lo cual demuestra que el personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo tiene el conocimiento sobre esta característica, lo que es de gran importancia para la sobrevivencia del prematuro.

Sin embargo el 32% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas, no identifica la posición adecuada, representando una limitación para el programa “la posición adecuada de la madre y el prematuro para dormir, establecida en el Programa Madre Canguro: La madre debe dormir en posición semisentada, para así mantener la posición adecuada del recién nacido, el prematuro deberá colocarse sobre el lado izquierdo de la madre, los latidos cardiacos son considerados como elementos importantes en la estimulación de la respiración del prematuro, evitándose así las apneas”.⁸⁴

⁸⁴ “Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro”. (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

Cuadro No.6

¿Cuál es la importancia de mantener la temperatura corporal adecuada del prematuro bajo técnica canguro?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Evitar la hipertermia que provoque cambios vasomotores al prematuro.	2	5%
b	Evitar la pérdida de calor que provoque dificultad respiratoria, hipoglicemia, cianosis y apnea.	26	65%
c	Evitar el enfriamiento para que el prematuro no presente hipoactividad.	12	30%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca el Programa Madre Canguro, junio 2021.

El 65% del personal auxiliar de enfermería responde acertadamente sobre la importancia mantener la temperatura corporal adecuada del prematuro bajo técnica canguro, lo que representa una ventaja ya que este conocimiento favorecerá la práctica efectiva de la técnica, ya que la finalidad es proporcionar un ambiente térmico adecuado. Sin embargo es preocupante que el 35% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas, no considera de vital importancia mantener la temperatura corporal del prematuro, siendo la temperatura un elemento importante y es considerado uno de los enemigos mortales de todo recién nacido.

Es importante mantener la temperatura corporal adecuada del prematuro, asegurándola por medio del contacto ininterrumpido, piel a piel madre e hijo, ya que la pérdida de calor puede provocar dificultad respiratoria, hipoglicemia, cianosis y apneas, representando complicaciones durante la técnica canguro. Además el bebe canguro podría tener un retraso en la ganancia de peso”.⁸⁵

⁸⁵ REYES, Nohemí. (2000). "Observación de Bebes Canguros". (1ª. Ed.). México Pág. 12.

Cuadro No.7

Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna, al prematuro bajo técnica canguro, durante el proceso de alimentación?

Literales	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Aumenta de peso al prematuro, inmunidad pasiva, facilita la digestión	40	100%
b	Permite que el prematuro duerma mejor.	0	0%
c	Permite el contacto piel a piel intermitente.	0	0%
Total		40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca el Programa Madre Canguro, junio 2021.

La totalidad del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo responde de manera correcta, sobre los beneficios que brinda la lactancia materna, al prematuro bajo técnica canguro, durante el proceso de alimentación, este proceso natural fortalecerá el vínculo afectivo madre-hijo, favorece el desarrollo y ganancia de peso sostenida para el recién nacido prematuro, garantizando la calidad de vida, aún fuera del medio hospitalario.

Beneficios de la lactancia materna al prematuro durante el Programa Madre Canguro: "Posee nutrientes perfectos, fácil digestión, protege contra las infecciones, es gratis, esta lista en el momento en el que el bebé la necesite, favorece el vínculo afectivo y el desarrollo, protege la salud de la madre".⁸⁶

⁸⁶ Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza. Pág. 31

Cuadro No.8

¿Cómo favorece el contacto precoz, al vínculo madre-hijo con la aplicación del Programa Madre Canguro?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Estimula el apego del padre con la madre del prematuro, al verlo más frágil y dependiente de los monitores.	0	0%
b	Estimula la confianza de los padres con su hijo prematuro, al sentirse en capacidad de cuidarlo.	7	17%
c	Permite que el prematuro gane peso, mejore su madurez motora y tono muscular para un rápido egreso de la unidad.	33	83%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

En relación a la pregunta, cómo favorece el contacto precoz, al vínculo madre-hijo con la aplicación del Programa Madre Canguro, el 83% del personal responde correctamente, lo cual es alentador ya que un alto porcentaje de los sujetos de estudio identifica los beneficios de esta característica, siendo el personal de enfermería fundamental para el acompañamiento en la educación y aplicación de la técnica. Sin embargo existe un 17% que no tiene claridad sobre los beneficios del contacto precoz y por ende no valora su importancia.

La estimulación temprana “permite que el neonato gane más peso, mejore su madurez motora, su tono muscular y que sus ejecuciones motoras integradas también progresen. El amor estimula afectivamente al prematuro a través de caricias, tacto, voz, el arrullo y el latido cardiaco de los padres. La estimulación temprana se clasifica en tipo visual, auditiva, táctil”.⁸⁷

⁸⁷ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). “Él bebe prematuro”. (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 44

Cuadro No.9

¿Cuáles son los criterios principales establecidos por el Programa Madre Canguro, que debe cumplir el prematuro para egresar de la unidad hospitalaria?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Mantener la temperatura corporal, ganancia sostenida de peso, alimentación correcta (succión y deglución).	40	100%
b	Que el prematuro no presente ninguna enfermedad.	0	0%
c	Que el prematuro sea alimentado exclusivamente con lactancia materna.	0	0%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca el Programa Madre Canguro, junio 2021.

El 100% de la población en estudio respondió acertadamente sobre los criterios que debe cumplir el prematuro para egresar de la unidad hospitalaria, con este resultado se asegura una técnica adecuada donde se garantiza la calidad de vida del recién nacido, aun fuera del medio hospitalario el cual involucra a la madre y familia en el hogar.

El prematuro dentro del Programa Madre Canguro puede recibir el alta del hospital cuando cumpla con los siguientes criterios: "Que el estado general de la salud del recién nacido sea bueno y que no se hayan presentado enfermedades como la apnea o una infección, que se esté alimentando correctamente y que dicha alimentación provenga exclusiva o mayoritariamente de la lactancia materna, que esté adquiriendo peso (al menos de 15 gramos/ kg/ día durante un mínimo de tres días consecutivo), que su temperatura se mantenga estable en la posición canguro,"⁸⁸

⁸⁸ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). "Él bebe prematuro". (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 46

Cuadro No.10

¿Qué conocimientos indispensables se le debe brindar a la madre del prematuro acerca del Programa Madre Canguro?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Cómo reconocer los signos de peligro, evitando que el prematuro sea sacado de la bolsa canguro.	15	37%
b	Cómo aplicar el contacto piel a piel aunque el prematuro se muestre incómodo, cómo dar respuesta a las necesidades del prematuro en caso de hipotermia distal, cómo bañar al neonato y mantenerlo caliente después del baño.	25	63%
c	La importancia de no sacar al prematuro de la bolsa canguro bajo ninguna circunstancia.	0	0%
Total		40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

De las 40 auxiliares de enfermería, el 63% responde correctamente sobre los conocimientos indispensables que se brindan a la madre sobre el programa, lo que representa la aplicación de una técnica efectiva y segura para el cuidado del recién nacido en casa. Un 37% no tiene claridad sobre estos conocimientos, es necesario fortalecerlos, ya que estos beneficiarán al recién nacido y los padres.

Como requisito de la Organización Mundial de la Salud deberá quedar garantizado que la madre sepa, lo siguiente: "Como aplicar el contacto piel a piel hasta que el prematuro de muestras de sentirse incómodo, cómo vestir al bebé cuando éste no se halle en posición canguro, con el fin de mantenerlo caliente en el hogar, cómo bañar al recién nacido y mantenerlo caliente después del baño, cómo dar respuesta a las necesidades del recién nacido."⁸⁹

⁸⁹ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). "Él bebe prematuro". (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 48

Cuadro No.11

¿Indique en qué posición se debe colocar al prematuro durante la técnica canguro?

Literales	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Estrictamente semisentado.	1	2%
b	Semisentado o posición de ranita.	37	93%
c	Sobre el lado izquierdo de la madre.	2	5%
	Total	40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

El 93% del personal auxiliar de enfermería aplica de manera apropiada las técnicas para colocar en posición correcta al prematuro dentro de la bolsa canguro, lo cual resulta positivo ya que todas las acciones de enfermería realizadas correctamente tienen un impacto positivo para el recién nacido prematuro dentro del Programa Madre Canguro. Sin embargo un 7% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas, no identifica la posición correcta establecida dentro del programa.

Posición correcta del recién nacido durante el Programa Madre Canguro “se debe colocar en posición vertical (semisentado) o posición de ranita, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Se utiliza un soporte elástico de tela de algodón o de fibra sintética elástica (bolsa canguro) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el prematuro se mantiene permanentemente y de forma segura en posición canguro”.⁹⁰

⁹⁰ “Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro”. (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

Cuadro No.12

¿Con qué frecuencia se debe cambiar la posición del prematuro durante la técnica canguro?

Literales	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Cada media hora.	15	37%
b	Cada dos o tres horas.	20	50%
c	No lo movilizo durante la técnica canguro.	5	13%
Total		40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

Con los resultados obtenidos, en relación a la pregunta, con qué frecuencia, se debe cambiar la posición del prematuro durante la técnica canguro, el 50% del personal responde acertadamente. El otro 50% que representa la suma del resto de las respuestas obtenidas, no identifica el cambio de posición del prematuro y por ende tampoco valora su importancia, lo que representa una limitación en la práctica.

La duración total de dicho contacto suele prolongarse hasta alcanzarse el plazo normal del parto a término (edad gestacional de en torno a las 40 semanas) o alcanzados los 2500 gramos de peso. Alrededor de éste plazo, el recién nacido ha crecido hasta tal punto que la posición canguro deja de ser necesaria. Al prematuro se le debe cambiar de posición cada dos o tres horas, durante el día".⁹¹

⁹¹ "Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro". (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

Cuadro No.13

¿Qué acciones deben realizarse, en caso que el prematuro presente una apnea, durante la técnica canguro?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Administro oxígeno por cánula binasal.	7	17%
b	Inicio maniobras de resucitación.	0	0%
c	Saco al prematuro de la bolsa canguro, le brindo estimulación cutánea y golpecitos en la planta de los pies	33	83%
	Total	40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca al Programa Madre Canguro, junio 2021.

La mayor parte del personal auxiliar de enfermería representado por un 83%, responde correctamente sobre las acciones a realizar en caso que el recién nacido prematuro presente una apnea, lo que hace que la práctica del Programa Madre Canguro sea eficaz, lo que contribuye a mejorar la sobrevivencia del recién nacido, adaptando técnicas pertinentes en el cuidado del prematuro en el ambiente hospitalario y posteriormente en el hogar.

El 17% no tiene claridad en las acciones a realizar, siendo estas acciones prontas y oportunas que sobre guardan la vida del prematuro. Las acciones a realizar en caso que el prematuro presente apneas durante la técnica canguro: "se debe sacar inmediatamente de la bolsa canguro, estimulándole por medio de golpecitos en la planta de los pies y estimulación cutánea, si él bebe no responde ante esto se debe administrar oxígeno por cánula binasal a 1 o 2 litros por minuto mientras el medico lo evalúa".⁹²

⁹² "Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro". (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

Cuadro No.14

¿En qué momento se debe interrumpir el contacto piel a piel entre madre e hijo, durante la técnica canguro?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Para cambio de pañales y el baño del prematuro.	29	72%
b	Cuando la madre necesite ir al baño.	6	15%
c	Al momento de brindarle lactancia materna al prematuro.	5	13%
	Total	40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

Del personal de enfermería que responde al cuestionario, un 72% practica correctamente los momentos de interrupción del contacto piel a piel entre la madre y el hijo, resultado prometedor ya que la mayoría del personal auxiliar de enfermería realiza la técnica adecuadamente, lo cual favorecerá la práctica efectiva de la técnica.

El 28% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas, no practica correctamente los momentos de interrupción del contacto piel a piel, sin embargo la teoría fundamenta que: "Sólo es preciso interrumpir los contactos piel a piel entre madre e hijo, durante la técnica canguro para: el cambio de pañales y el baño, la evaluación clínica, conforme a la planificación del hospital o cuando resulte necesaria, durante el día la madre que lleve a un bebé en posición canguro puede hacer diferentes actividades que no impliquen grandes esfuerzos y peligros para él bebe, entre ellas: caminar, permanecer de pie, sentarse o participar en diferentes actividades recreativas, educativas".⁹³

⁹³ REYES, Nohemí. (2000). "Observación de Bebes Canguros". (1ª. Ed.). México Pág. 12

Cuadro No.15

¿Cómo se debe asegurar que el prematuro mantenga la temperatura corporal y no se enfríe, dentro de la bolsa canguero?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Manteniendo el contacto ininterrumpido, piel a piel madre e hijo.	34	84%
b	Controlo periódicamente la temperatura del prematuro.	3	8%
c	Cambio el pañal del prematuro frecuentemente.	3	8%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguero, junio 2021.

Los resultados evidencian que la mayoría del personal, un 84% conoce los procedimientos apropiados para que el prematuro mantenga la temperatura corporal y no se enfríe, este resultado es beneficioso para asegurar una técnica donde la ganancia de peso sea a un ritmo uniforme y sostenido.

El 16% que representa la suma del resto de respuestas obtenidas, no conoce los procedimientos apropiado, sin embargo “es importante mantener la temperatura corporal adecuada del prematuro, asegurándola por medio del contacto ininterrumpido, piel a piel madre e hijo, ya que la pérdida de calor puede provocar dificultad respiratoria, hipoglicemia, cianosis y apneas, representando complicaciones durante la técnica canguero. Además el bebé canguero podría tener un retraso en la ganancia de peso”.⁹⁴

⁹⁴ REYES, Nohemí. (2000). “Observación de Bebes Canguros”. (1ª. Ed.). México Pág. 12

Cuadro No.16

¿Explique con que vestimenta se debe colocar al prematuro en la bolsa canguro de la madre?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Estrictamente sin vestiduras.	0	0%
b	Gorro y pañal desechable.	21	53%
c	Únicamente pañal desechable.	19	47%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca el Programa Madre Canguro, junio 2021.

En el cuadro anterior se evidencia que un 53% del personal auxiliar de enfermería conoce los procedimientos apropiados sobre la vestimenta del prematuro dentro de la bolsa canguro. Preocupante que el 47% no tiene claridad sobre la vestimenta del prematuro y por ende tampoco valoran su importancia, representando una desventaja para la ejecución de la técnica ya que el factor pérdida de calor para el recién nacido, interfiere en la ganancia de peso.

El Programa Madre Canguro es una técnica que consiste “en que la madre mantenga a su hijo sin vestiduras, únicamente con gorro y pañal desechable, manteniendo un contacto piel a piel, entre sus senos facilitando así la lactancia materna y manteniendo al recién nacido en una posición vertical para evitar el reflujo y la broncoaspiración”.⁹⁵

⁹⁵ REYES, Nohemí. (2000). "Observación de Bebés Canguros". (1ª. Ed.). México. Pág. 15

Cuadro No.17

¿Qué indicaciones le brinda a la madre, sobre la técnica de lactancia materna?

Literal	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Se debe explicar a la madre como sacar al prematuro de la bolsa canguro, para que pueda amamantarlo.	0	0%
b	Explico a la madre que: Debe observar la respiración y coloración del prematuro mientras le brinda lactancia materna y la importancia de asegurar que él bebe tenga un buen agarre del pezón, mientras succiona.	34	85%
c	Explico a la madre que: Debe colocar al prematuro en posición horizontal durante la lactancia materna para evitar el reflujo y broncoaspiración.	6	15%
	Total	40	100%

fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca el Programa Madre Canguro, junio 2021.

Un 85% del personal auxiliar de enfermería brinda a la madre las indicaciones oportunas, sobre la técnica de lactancia materna, este resultado es satisfactorio para asegurar una técnica correcta, favoreciendo la producción de leche, la duración de amamantamiento y minimizar riesgo de complicaciones.

El 15% del personal no brinda las indicaciones oportunas, lo que representa una limitación para la práctica durante la aplicación del Programa Madre Canguro. "Es importante observar durante la lactancia materna la respiración y coloración del prematuro y que él bebe tenga un buen agarre del pezón de la madre, asegurando una succión eficiente."⁹⁶

⁹⁶ "Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro". (2009). Colombia. [en línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2020, 25 Junio].

Cuadro No.18

¿Qué actividades deben realizar los padres, para estimular al prematuro durante la técnica canguro?

Líteral	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a	Se debe mirar y acariciar al prematuro para estimularlo.	30	75%
b	No se debe estimular al prematuro para no interrumpir la técnica.	0	0%
c	Se debe crear un ambiente sereno, tranquilo, libre de ruidos.	10	25%
Total		40	100%

Fuente: Cuestionario a Auxiliares de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro, junio 2021.

En la tabla que antecede se puede visualizar que la mayor parte del personal auxiliar de enfermería representado por un 75%, conoce los procedimientos apropiados sobre las actividades que realizan los padres para estimular al prematuro, este resultado es favorable para asegurar una técnica donde se fortalecerá el vínculo madre-hijo y el desarrollo del recién nacido prematuro a través del contacto dinámico entre ellos.

El 25% no identifica las actividades que deben realizar los padres para estimular al recién nacido, sin embargo la teoría fundamenta que: "La estimulación temprana permite que el neonato gane más peso, mejore su madurez motora, su tono muscular y que sus ejecuciones motoras integradas también progresen. El amor estimula afectivamente al niño a través de caricias, tacto, voz, el arrullo y el latido cardiaco de los padres. La estimulación temprana se clasifica en tipo visual, auditiva, táctil".⁹⁷

⁹⁷ CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). "Él bebe prematuro". (1ª. Ed.). Colombia. Pág. 44

VIII. CONCLUSIONES

1. En relación a los beneficios que brinda la lactancia materna, al prematuro durante el proceso de alimentación en la técnica canguro, el 100%, del personal auxiliar de enfermería demostró que tiene los conocimientos esenciales sobre este indicador.
2. En cuanto a los resultados obtenidos se identifica que el 85% del personal auxiliar de enfermería sí tiene conocimiento del Programa Madre Canguro.
3. Se identifica deficiencia en cuanto a los conocimientos que tienen sobre los principios fundamentales del Programa Madre Canguro ya que únicamente un 40% los identifica, es preocupante que este sea el aspecto más desconocido del programa, porque los principios son base para garantizar un desarrollo sensoriomotriz y la capacidad afectiva de los recién nacidos prematuros.
4. Se determina que el 93% del personal auxiliar de enfermería aplica de manera apropiada las técnicas para colocar en posición correcta al prematuro dentro de la bolsa canguro, sin embargo un 50% del personal práctica la frecuencia en la que se debe cambiar la posición del prematuro durante la técnica, lo que representa una limitación para la práctica durante la aplicación del Programa Madre Canguro.
5. Se concluye que el 84% del personal auxiliar de enfermería conoce los procedimientos apropiados sobre las técnicas para asegurar la temperatura corporal del recién nacido prematuro dentro de la bolsa canguro, sin embargo un 53% reconoce como vestimenta para el prematuro dentro de la bolsa canguro, gorro y pañal desechable, es imprescindible que el personal

ejecute las prácticas correctamente sobre la vestimenta correcta del recién nacido canguro y la importancia de evitar la pérdida de temperatura.

IX. RECOMENDACIONES

1. Socializar los resultados de la presente investigación con la Subdirectora de Enfermería, Supervisora de Enfermería del Departamento Clínico de Maternidad, jefe de servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala.
2. Que Enfermera jefe del servicio de Mínimo Riesgo, con el apoyo de Subdirección de enfermería del Hospital Roosevelt, implemente un programa de motivación de reconocimiento al personal auxiliar de enfermería con un día libre, una vez al año, para reconocer el esfuerzo que demuestra al brindar cuidado al recién nacido prematuro, con amor, cariño e interés por mantener un buen desempeño y ser proactivo.
3. Ampliar el Programa de fortalecimiento de capacitación docente al personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo, a través del Departamento de Educación Continua del Hospital Roosevelt, reforzando temas importantes, como los principios fundamentales del Programa Madre Canguro, fortaleciendo al personal para mejorar el cuidado del prematuro, con el objetivo de brindar cuidados oportunos y satisfactorios para el binomio madre-hijo.
4. Que la jefe de servicio con el apoyo de las subjefes de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt, implementen el uso de un reloj giratorio que indique al personal auxiliar de enfermería, la frecuencia de cambio de posiciones del prematuro durante la técnica canguro, por medio de colores, con períodos de tiempo de movilidad, de cada dos a tres horas durante el día, minimizando el riesgo de que se presenten complicaciones, con el propósito de fortalecer y mejorar el Programa Madre Canguro.

5. Que la jefe de servicio coordine con las autoridades encargadas del banco de leche y con la administración del Hospital Roosevelt, la autorización para la impresión de material didáctico visual que facilite la comprensión y fijación en el personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt sobre la vestimenta que debe utilizar el prematuro dentro de la bolsa canguro.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILAR, María. (2003). "Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos". (1ª.Ed.). España.
2. AGUSTÍN BARILLAS, Telma Yolanda. (2011). "Conocimientos que posee el personal de enfermería del servicio de recién nacidos de Hospital San Juan de Dios de Amatitlán, sobre los cuidados al recién nacido prematuro". Guatemala.
3. ALLIGOOD Martha. (2018). "Modelos y teorías de enfermería". (9ª. Ed.). España.
4. BURNS, N. & GROVE, K, S. (2004). "Investigación en Enfermería". (3ª.Ed.). Madrid, España.
5. CHARPAK, N. & FIGUEROA, Z. (2011). "El bebé prematuro". (1ª.Ed.). Colombia.
6. CLOHERTY, J., EICHENWALD, E., STARH, A. (2005). "Manual de cuidados neonatales". (4ª. Ed.). España.
7. CORNEJO, M. & CUADRA, S. (2011). "Efectos de la estimulación temprana mediante el protocolo piloto Madre-Canguro en el peso del recién nacido prematuro y el estrés de su madre". Chile.
8. ELIZONDO, Arturo. (2002). "Metodología de la investigación contable". (3ª. Ed.). México.
9. GONZÁLEZ VELETZUY, Eloiza Noemí. (2014). "Cuidados higiénicos y nutricionales que reciben los recién nacidos menores de 28 días por parte de las madres". Quetzaltenango, Guatemala.
10. "Historia servicio Mínimo Riesgo". Departamento de estadística, Epidemiología, Hospital Roosevelt de Guatemala. [2020, 2 agosto].
11. LEDESMA, María. (2004). "Fundamentos de enfermería". (1ª.Ed.). México. Editorial Limusa. S.A.
12. LOPEZ. B. M. comunicación personal, (2 enero 2020).

13. LÓPEZ, Marta Lidia. (2012). "Conocimientos relacionados con el cuidado directo que posee el personal auxiliar de enfermería en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos del Hospital Regional Dr. Antonio Penados de Barrio, San Benito Petén". Guatemala.
14. MARRINER, A. & RAILE, M. (2007). "Modelos y teorías de enfermería". (6.ta. Ed.). España.
15. MOYA, Patricia. (2013). "El conocimiento: nuestro acceso al mundo". (1ª.Ed.). Chile.
16. COHEN, N. & GOMEZ, G. (2008). "Metodología de la investigación" Argentina.
17. NISWANDER, K. (2000). "Obstetricia, práctica clínica". (1ª.Ed.). España: Editorial Reverte S.A.
18. OPS. (2003). "Escuelas promotoras de la salud. Estrategias y líneas de acción". Serie promoción de la salud No. 4
19. Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía Práctica: "Método Madre Canguro". Ginebra, Suiza.
20. PAROLA, Ruth. (2007). "Pensando la práctica profesional desde Pierre Bourdieu". Argentina.
21. POTTER, P. & PERRY, G. A. (2015). "Fundamentos de enfermería". (8ª. Ed.). España.
22. RAMÍREZ, Elsa. (2005). "Las prácticas sociales de lectura". (1ª. Ed.). México.
23. REYES, Nohemí. (2000). "Observación de Bebes Canguros". (1ª. Ed.). México.
24. SÁNCHEZ, M., AREVALO, M., FIGUEROA, M., & NÁJERA, R. (2014). "Atención del neonato prematuro en la UCIN, centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo". (1ª.Ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
25. SANTILLAN, Montserrat. (2010). "Gestión del conocimiento". (1ª.Ed.). España.

26. SORRENTO, S., REMMERT, L., GOREK, B., (2012). "Fundamentos de enfermería práctica". (4ª.Ed.). España.
27. TAPIA, J. & VENTURA, P. "Manual de neonatología". (2ª.Ed.). Chile.
28. VILLAFUERTE SIERRA, Evelyn Julissa. (1996) "Morbimortalidad durante el primer año de vida, en niños egresados del programa Madre Canguro del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Guatemala.
29. ZEPEDA MEJÍA Edwin Giovanni. (1996) "Mamá canguro método seguro que favorece el egreso temprano del recién nacido de bajo peso". Guatemala.

E grafía

1. OLA Lucia. (2019) "Las causas por las que los bebés prematuros nacidos en Guatemala tienen bajas probabilidades de sobrevivir" Prensa Libre. Disponible en: <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/las-causas-por-las-que-los-bebes-prematuros-nacidos-en-guatemala-tienen-bajas-probabilidades-de-sobrevivir#:~:text=Cuando%20un%20ni%C3%B1o%20nace%20antes,son%20prematuros%20y%20requieren%20hospitalizaci%C3%B3n.> [2021, 2 junio].
2. "Historia del Hospital Roosevelt". (2015). [en línea]. Guatemala. Disponible en: <http://wikiguate.com.gt/hospital-roosevelt/> [2021, 2 Febrero].
3. "Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro". (2009). Colombia. [En línea]. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20programas%20Madre%20Canguro.pdf> [2021, 2 Enero].

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
INVESTIGADORA E.P. CELESTE NOEMÍ PÉREZ SALGUERO

Fecha _____

Código _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento doy mi autorización para participar en el estudio titulado: "conocimientos y prácticas que del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro". El cual es realizado por la enfermera Celeste Noemí Pérez Salguero, estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

Estoy enterada de que mi participación en el trabajo de investigación será contestar un cuestionario relacionado al tema, que la información que aporte será utilizada únicamente para esta investigación y estrictamente confidencial. De igual manera se me ha informado, que si participo o no, o si rehúso contestar alguna pregunta no me verá afectada. Reconozco la importancia de la veracidad de la respuesta que brindo y no comentarlo con otras personas que pueden ser candidatas a participar en el estudio.

(f) _____
Firma de participante

(f) _____
Celeste Noemí Pérez Salguero
Estudiante de Licenciatura en Enfermería

Fecha _____

Código _____

CUESTIONARIO

Objetivo: Describir los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería del servicio de Mínimo Riesgo del Hospital Roosevelt de Guatemala, acerca del Programa Madre Canguro.

Instrucciones: Lea detenidamente las siguientes preguntas y subraye la respuesta correcta.

Sección I

1. ¿En qué consiste el Programa Madre Canguro?

- a) Conjunto de acciones para el cuidado del prematuro utilizando el contacto piel a piel con la madre, facilitando la lactancia materna, utilizando a la madre como fuente de calor.
- b) Es una alternativa para el cuidado del recién nacido de bajo peso al nacer, la cual se utiliza para evitar que el prematuro se enferme frecuentemente.
- c) Técnica que se inicia en el hospital y puede continuarse en el hogar, para que los padres se hagan responsables del cuidado del prematuro.

2. ¿Cuáles son los principios fundamentales del Programa Madre Canguro?

- a) Lactancia materna, calor y ganancia de peso.
- b) Lactancia materna, rehabilitación y recuperación.
- c) Calor, amor y lactancia materna.

3. ¿Cuáles son los criterios neonatales para ingresar al prematuro al Programa Madre Canguro?

- a) Condición clínica estable, peso menor 2,500 gr. autorregular temperatura.
- b) Condición clínica estable, peso mínimo 2 libras, capacidad para succionar.
- c) Condición clínica estable, peso mínimo de 3 kilogramos.

4. ¿Cuáles son los signos de peligro que podría presentar el prematuro durante la técnica canguro?

- a) Prematuro no se adapta a la técnica canguro, presentando sudoración excesiva.