

Guía de cuidado de enfermería en la adaptación canguro

Enfermería basada en la evidencia (EBE)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA

Alcalde Mayor de Bogotá

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Alberto Bustamante García

**Subsecretario de Servicios
de Salud y Aseguramiento**

Helver Guiovanni Rubiano García

**Jefe de la Oficina Asesora
de Comunicaciones en Salud**

Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación

Juan Carlos Vera

© Secretaría Distrital de Salud

ISBN: 978-958-8313-69-6

Documento controlado de Provisión
de Servicios de Salud

Impresión

Imprenta Distrital DDDI

Equipo técnico

**Dirección de Provisión
de Servicios de Salud**

Elsa Graciela Martínez Echeverry

**Coordinación del Grupo
Materno-Perinatal**

Martha Lucía Mora Moreno (2008-2014)

Marta Lucía Hincapié Molina (2014-2015)

Amanda Siachoque Rodríguez (2015)

**Apoyo Administrativo
al Grupo Materno-Perinatal**

Tatiana Valentina Cabrera Sierra
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Coordinación del proceso de
elaboración de las guías
de cuidado de enfermería**

Nubia Castiblanco López
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Revisión de las guías de cuidado
de enfermería**

Elizabeth Echandía Daza
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Declaración de intencionalidad

Los autores y los colaboradores de la *Guía de Adaptación Canguro-Enfermería Basada en Evidencia* declaran, en lo referente a neutralidad y fiabilidad, que no tienen ningún tipo de conflicto de interés.

Derechos de autor

Nubia Castiblanco López

Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Profesional especializada, SDS. Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia.

Camilo Arboleda.

Antropólogo. Pontificia Universidad Javeriana.

Martha Becerra

Enfermera epidemióloga. Candidata a magíster en salud pública. Profesional especializada, Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Paula Andrea Castañeda

Enfermera, Sanitas.

Verónica Bejarano Aguirre

Enfermera especialista en docencia universitaria. Coordinadora, Promoción y Prevención, Saludcoop Regional Bogotá.

Martha Torres Cabezas

Enfermera, Unidad de Recién Nacidos, Hospital Simón Bolívar.

Luz Mireya Castañeda Orjuela

Especialista en auditoría de garantía de la calidad en salud, con énfasis en epidemiología. Especialista en docencia universitaria. Enfermera, Hospital Militar Central.

Consuelo Castro Bonilla

Enfermera, Programa Madre Canguro, Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Rosiris Cogollo Mestra

Especialista en epidemiología. Enfermera, Hospital La Victoria.

Vilma Fandiño Osorio

Especialista en gerencia educativa. Magíster en enfermería con énfasis en cuidado materno-infantil. Profesora, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA).

Ana Celia García

Enfermera, Programa Canguro, Hospital La Victoria.

Rosalía Janneth del Pilar Garzón

Enfermera. Especialista en gerencia de la salud pública y magíster en educación. Docente, Pontificia Universidad Javeriana.

Brunhilde Goethe Sánchez

Enfermera perinatóloga. Docente asistente, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera especialista, Hospital Simón Bolívar.

Elizabeth Gómez Quiroga

Enfermera, Programa Madre Canguro Integral, Hospital Universitario San Ignacio-Fundación Canguro.

Flor Ángela Gómez Mora

Enfermera, Programa Madre Canguro Integral, Hospital Infantil Universitario San José-Fundación Canguro.

Rosa Yolanda Munévar Torres

Especialista en enfermería perinatal. Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente, Universidad Nacional de Colombia.

Gloria Inés Muñoz

Enfermera, Hospital Occidente de Kennedy.

Norma Noguera Ortiz

Especialista en enfermería materno-perinatal con énfasis en apoyo familiar. Candidata a magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente instructora, Pontificia Universidad Javeriana.

Dilia Constanza Lozada Neira

Enfermera epidemióloga, Cafesalud EPS CAFI Kennedy.

Gladys Patricia Lozano Aguirre

Enfermera, Programa Canguro Saludcoop.

Ivonne Puerto

Enfermera epidemióloga. Profesora Fundación Universitaria del Área Andina.

Ana Luisa Pulido Moreno

Especialista en gerencia en servicios de salud. Enfermera, Hospital de San José sede Centro.

Isabel Rodríguez

Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente, Unisanitas.

María Cristina Sandoval Maldonado

Enfermera, Programa Canguro, Hospital de Suba.

María Teresa Suárez

Enfermera, Programa Canguro, Hospital Simón Bolívar.

Colaboradores

Elizabeth Elvira Echandía Daza. Enfermera auditora, epidemióloga, Profesional especializado, Grupo Materno-perinatal de la SDS.

Aida Milena Cabrera. Psicóloga, Hospital de Suba.

Rocío Montes. Enfermera. Estudiante de Especialización cuidado de Enfermería Materno-perinatal, Universidad Nacional de Colombia.

Nini Yohanna Ospina. Estudiante de último semestre de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

Myriam Andrea Pérez Romero. Estudiante de VII semestre de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

Aida Piñeros. Enfermera. Estudiante de Especialización cuidado de Enfermería Materno-perinatal, Universidad Nacional de Colombia.

Yadira Poveda Caicedo. Estudiante de último semestre de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

Ligia Maritza Rincón Coca. Estudiante de último semestre, Fundación Universitaria del Área Andina.

Yina Johana Sánchez Polanco. Estudiante de VII semestre, Fundación Universitaria del Área Andina.

Vilma Sarmiento. Enfermera. Profesional especializada, SDS.

Consuelo Simbaqueba Moreno. Enfermera, Programa Madre Canguro, Hospital Occidente de Kennedy.

Mabel Katherine Triana Castillo. Estudiante de VII semestre de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

Consumidores de la Guía

La guía deberá dirigirse a los profesionales que hacen parte del equipo de salud de las diversas instituciones, tanto públicas como privadas; también, a los estudiantes y a los docentes universitarios del área de la salud y afines, y a grupos de investigación de enfermería materno-perinatal.

Revisores pares

Nancy Lucia Bejarano Beltrán. Enfermera especialista en enfermería materno-perinatal, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en docencia universitaria, con experiencia en el manejo de gestantes y de neonatos, y en el Programa Madre Canguro. Integrante de la Red Materno-perinatal de la SDS.

Josefina Manosalva Murillo. Profesora, Universidad Nacional de Colombia.

Revisión

Octavio Henao Orrego. Médico, Universidad Nacional de Colombia. Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Clínico, Universidad Complutense, Madrid, España. Asesor del Despacho y de la Dirección de Desarrollo de Servicios, SDS.

Niveles de evidencia científica cualitativa y cuantitativa

Nivel 1: *Estudios generalizables:* revisiones sistemáticas cualitativas, metasíntesis y estudios cualitativos que incluyan saturación, varios grupos de comparación, análisis cualitativo-cuantitativos, investigación exhaustiva del tema y grado de generalización de los resultados.

Nivel 2: *Estudios conceptuales:* estudios que puedan guiar la selección de la muestra. Los estudios incluyen características metodológicas de estudios cuantitativos y cualitativos, como selección-reclutamiento apropiados de los participantes, que demuestren la diversidad de la población, el control de sesgos del investigador y la recolección de datos. Son descritas también las limitaciones del estudio.

Nivel 3: *Estudios descriptivos:* se enfocan en seleccionar un grupo específico de pacientes dentro de un contexto particular. Estudios que describen, simplemente, las experiencias o los puntos de vista de los participantes. Se enfocan en citar textualmente los datos antes de analizarlos junto con sus causas. Contienen sesgos de selección de participantes.

Nivel 4: *Estudios de caso:* entrevistas con una persona o un número muy pequeño de personas. Los textos resultantes proveen conocimiento acerca de un tema no explorado.

Grados de recomendación

- A:** Por lo menos, un metaanálisis; revisión sistemática, o un volumen de evidencia científica, compuesto por estudios clasificados como 1, y que sean directamente aplicables a la población diana de la guía.
- B:** Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2, y que sean directamente aplicables a la población diana de la guía.
- C:** Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 3, y que sean directamente aplicables a la población diana de la guía.
- D:** Evidencia científica de nivel 3 o 4.

Grado de recomendación por capítulos

Capítulo 1. Interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro	
Grado	Recomendaciones
A	Usar la interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro, a madres, padres o cuidadores del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer.

Capítulo 2. Cuidado de enfermería en la adaptación materna	
Grado	Recomendaciones
A	Identificar las necesidades de las madres canguro, con el fin de hacer más exitosa su adaptación.
A	Realizar intervenciones orientadas a responder a las necesidades de las madres, tales como descanso, sueño y confort, que puedan contribuir a mitigar los problemas de dolor de espalda, miedo, mucho cansancio y alteraciones en el sueño, tristeza, angustia y depresión, cuando las madres se ven abocadas a cuidar en sus hogares a un recién nacido prematuro.
A	Obtener conocimiento del saber y la cultura de la madre, lo que le facilita al profesional de enfermería ofrecerle un cuidado apropiado a esta, y, por consiguiente, hacer menos complicado el cuidado en el hogar del recién nacido prematuro.
A	Involucrar a la familia en la adaptación canguro del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer.

1. Identificar las necesidades maternas, con el fin de hacer más exitosa la adaptación materna. (R: A).
2. Llevar a cabo intervenciones orientadas a responder a las necesidades de las madres, tales como descanso, sueño y confort, que puedan contribuir a mitigar los problemas de dolor de espalda, miedo, mucho cansancio, alteraciones en el sueño, tristeza y angustia, cuando las madres se ven enfrentadas a cuidar en el hogar a un recién nacido prematuro. (R: A).
3. Obtener conocimiento del saber y de la cultura de la madre le facilita a la enfermera ofrecer un cuidado apropiado a la madre, y, por consiguiente, hace menos complicado el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar. (R: A).
4. Involucrar a la familia en la adaptación canguro. (R: A).

Capítulo 3. Entendiendo a las madres con recién nacidos canguro hospitalizados	
Grado	Recomendaciones
A	Promover la participación de los padres en el cuidado del recién nacido durante la hospitalización; permitir la entrada de la madre, sin horarios de visita.
A	El profesional de enfermería debe mantener una actitud positiva y producir en las madres un efecto tranquilizador y menos estresante, que ayude en el proceso de adaptación a la hospitalización de su hijo. La suavidad y el afecto con los que los padres ven que se cuida a sus hijos son fundamentales para crear un ambiente que favorezca la interacción con el personal de enfermería.
A	Interactuar positivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos como a personas sensibles, escucharlos, hacer contacto, "ponerse en la piel de ellos", generar confianza una demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen para hacerlo bien desde el principio son detalles que hacen de la comunicación asertiva una categoría muy importante y la convierten en herramienta del cuidado de enfermería.
A	Ejercer el papel propio de la enfermería y orientado al trabajo en familia, o en redes de apoyo que posibiliten a la madre y a su hijo establecer vínculos adecuados.

1. Se recomienda promover la participación de los padres en el cuidado del recién nacido durante la hospitalización, y permitirle la entrada de la madre sin horarios de visita. (R: A).
2. El profesional de enfermería debe mantener una actitud positiva, para producir en las madres un efecto tranquilizador y menos estresante, que ayude en el proceso de adaptación a la hospitalización de su hijo. La suavidad y el afecto con los que los padres ven cómo se cuida a sus hijos son fundamentales para crear un ambiente que favorezca la interacción de los padres con el personal de enfermería. (R: A).

3. Interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos como personas, escucharlos, hacer contacto, ponerse en la piel de ellos y generar una confianza, demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen para hacerlo bien desde el principio, hacen de la comunicación asertiva una categoría muy importante y la convierten en herramienta del cuidado de enfermería. (R: A).
4. Ejercer el papel de enfermería orientado a lo que es el trabajo en familia o en redes de apoyo, que posibiliten a la madre y a su hijo establecer el vínculo y el comportamiento adecuados en este proceso de conocimiento. (R: A).

Capítulo 4. El masaje del bebé prematuro o de bajo peso al nacer

Grado	Recomendaciones
B	El profesional de enfermería debe capacitarse en el masaje del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer.
B	El profesional de enfermería debe enseñar a la madre, al padre o al cuidador del recién nacido prematuro el masaje como parte de la adaptación canguro (anexo 1).
B	Permitir que los cuidadores hagan el masaje al bebé prematuro.

1. Se debe capacitar al profesional de enfermería en el masaje del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer. (R: B).
2. El profesional de enfermería debe enseñar a la madre, al padre o al cuidador del recién nacido prematuro el masaje, como parte de la adaptación canguro (anexo 1). (R: B).
3. Se debe permitir que los cuidadores hagan el masaje al bebé prematuro. (R: B).

Capítulo 5. La cultura inmersa en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer

Grado	Recomendaciones
A	Los cuidados de enfermería estarán orientados a comprender más cómo se está sintiendo la madre, y así entender cómo ella cuida al niño en el hogar.
A	Conocer las creencias, los mitos y las tradiciones que están inmersos en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, para ofrecer cuidados, y así lograr una mayor participación en este y disminuir las complicaciones derivadas de las prácticas que requieren reestructuración y negociación conductual.
A	Para enfermería es un reto diseñar y ejecutar planes de cuidado que verdaderamente respondan a las necesidades de la madre cuidadora del recién nacido prematuro en el hogar. Se recomienda usar la teoría de Madeleine Leininger.

Contenido

Siglas y acrónimos	9
Introducción	10
Justificación	10
Objetivos	13
Capítulo 1. Interrelación NANDA, NIC Y NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro	20
Capítulo 2. Cuidado de enfermería en la adaptación materna	27
Capítulo 3. Entendiendo a las madres con recién nacidos canguro hospitalizados	33
Capítulo 4 El masaje del bebé prematuro o de bajo peso al nacer	41
Capítulo 5 La cultura inmersa en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer	43
Glosario	46
Referencias	47
Anexos	50

Siglas y acrónimos

EBE	Enfermería basada en la evidencia.
ECV	Enfermedad cardiovascular.
INS	Instituto Nacional de Salud
LDL	Low density lipoprotein.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).
NE	Nivel de evidencia.
NIC	Nursing Interventions Classification (Clasificación de las intervenciones de enfermería).
NOC	Nursing Outcomes Classification (Clasificación de los resultados de enfermería).
OMS	Organización Mundial de la Salud
R: A	Grado de recomendación A.
R: B	Grado de recomendación B.
R: C	Grado de recomendación C.
SDS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
SM	Síndrome metabólico.
ZEFP	Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the UniverSity Hospital in Zurich.

Introducción

La gestación es un proceso natural que requiere de 40 semanas para que el hijo por nacer adquiera el crecimiento y desarrollo necesarios para iniciar su vida extrauterina.

En el momento de la gestación, el niño empieza a desarrollarse para llegar al mundo exterior con la mayoría de sus sentidos aptos, para soportar lo que le espera por fuera de la *matriz*. Por eso es necesario un lapso de nueve meses, para que el desarrollo físico esté completo a la hora de nacer.

Pero, ¿qué ocurre cuando el tiempo de gestación es interrumpido y los niños nacen a los seis, a los siete o a los ocho meses? Por lo general, dichos bebés vienen todavía inmaduros, y sus condiciones no son las mejores para poder adaptarse a los contextos ambientales fuera del útero: sus pulmones, por ejemplo, no han adquirido la madurez necesaria, así que su respiración no es muy buena; su cuerpo no puede adaptarse al clima, así que la temperatura de los neonatos está por debajo de lo normal y pueden llegar a sufrir de hipotermia. Esto, por nombrar solo algunas de las situaciones que se pueden presentar en los niños prematuros.

Pero estos pequeños no son los únicos que sufren. Quienes nacen a los nueve meses, pero con un peso por debajo de lo normal, estimado en 2500 gramos, también sufren alteraciones a la hora de acoplarse a la vida extrauterina (1).

Por esta razón, tan pronto como un RN pretérmino o de bajo peso ha superado los problemas relacionados con la adaptación a la vida extrauterina, regula normalmente su temperatura corporal y cuando tenga la habilidad de mamar, chupar y respirar coordinadamente, es elegible al Programa Madre Canguro (PMC). Si la familia está de acuerdo, el niño sale del hospital, al programa en su fase ambulatoria, independientemente de su peso o de su edad posconcepcional, después de haber tenido una adaptación intrahospitalaria exitosa.

Justificación

El PMC surgió como una respuesta a la limitada cantidad de recursos de alta tecnología, a la situación crítica de hacinamiento, a las infecciones cruzadas y a los altos índices de mortalidad en las unidades de neonatología durante los años setenta. Con el programa, un niño pretérmino o de bajo peso al nacer deja el hospital para ir con su mamá tan pronto como logra su estabilidad clínica.

En 1990, durante el Primer Encuentro Internacional de representantes de organizaciones a nivel mundial que desarrollaban el programa de niños y niñas canguro, se encontró que el tiempo de permanencia en el hospital de dichos niños y niñas era muy variable; podía alcanzar periodos hasta de tres meses, lo que ocasionaba, en muchos

casos, el abandono de estos niños y la consiguiente falta de manifestaciones afectivas por parte de sus familiares.

Otro aspecto que contribuyó a implementar el programa fue la escasa disponibilidad de incubadoras frente al alto número de recién nacidos de bajo peso, lo cual obligaba al hacinamiento y facilitaba la proliferación de infecciones (especialmente, gastrointestinales), que conducían a la septicemia y a la muerte a muchos de estos neonatos (2).

Rey Sanabria vislumbró la posibilidad de dar un manejo diferente a esos bebés al facilitar el contacto temprano del prematuro con la mamá, a la vez que se promovía la lactancia materna natural a través del manejo ambulatorio, una vez superadas las situaciones críticas de los RN.

A pesar de las resistencias encontradas por el acceso de las madres a sitios restringidos y al manejo ambulatorio de estos prematuros, se empezó a observar una disminución de los índices de la morbilidad y la mortalidad neonatales, lo que motivó a Rey Sanabria a crear una estrategia más amplia, que se convirtió en lo que hoy es el Programa Madre Canguro (PMC)(3).

El contacto piel a piel fue una estrategia importante que surgió de la observación de los marsupiales y sus crías. El programa imita dicho comportamiento, y una vez el bebé sale de la institución hospitalaria es puesto dentro de la ropa que lleva puesta la mamá, para así favorecer este contacto, semejante al observado en los canguros, y que, igualmente, hace las veces del soporte térmico dado por las incubadoras. Por otra parte, el bebé es estimulado permanentemente por los latidos cardiacos de la madre, lo que fortalece los lazos afectivos entre madre e hijo, además de promover la lactancia materna.

Los elementos del PMC que han suscitado un mayor interés han sido la posición canguro y el énfasis en la lactancia materna exclusiva, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera ideal la leche materna para el niño pretérmino, por cuanto esta provee todos los nutrientes específicos para el prematuro y componentes inmunológicos igualmente específicos y que permiten la adaptación necesaria de los órganos digestivos.

John Speyrer, de Sudáfrica, “nos reta a enfrentar los hechos y devolver a los recién nacidos al lugar que les pertenece: EL PECHO DE SUS MADRES. Este contacto tiene efectos extraordinarios. El amamantamiento es esencial para el bebé desde la primera hora de vida y en adelante. NUNCA HAY QUE SEPARAR A LA MADRE Y AL RECIÉN NACIDO” (4).

El PMC, aclamado por sus notables efectos clínicos, significa el contacto piel a piel entre madre y bebé; el bebé no debe ser separado de la madre en ningún momento. Bergman (5) da su opinión al respecto al aseverar que si el recién nacido es puesto sobre el pecho de la madre, él se arrastrará hacia el pecho en tan solo una hora, para encontrar el pezón y empezar a mamar.

Uno de los problemas actuales es la separación innecesaria de la madre y el bebé al nacer, lo que ocasiona una respuesta negativa por parte de este, manifestada con una actitud de protesta y desesperación tan pronto como es separado de la madre, y utilizando dicho comportamiento como mecanismo de supervivencia para atraer a su madre de regreso. Desgraciadamente, si nada de eso funciona y la madre no aparece, el bebé se siente demasiado agotado de llorar y se rinde por cansancio, lo cual también es una actitud para conservar su energía y sobrevivir.

La leche de la madre cambia constantemente, como respuesta a los fluctuantes requerimientos del bebé, y se ajusta a sus necesidades específicas; en particular, a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, y para incluir la protección contra enfermedades.

El calostro es absolutamente necesario para el desarrollo del RN. Ninguna fórmula artificial podría lograr jamás lo que se necesita para el crecimiento óptimo del bebé en desarrollo.

En el Instituto Materno infantil de Bogotá, se utilizó el jugo de guayaba como complemento de la leche materna, y se administraba a los neonatos un licuado que contenía cantidades precisas de carnes, granos, cereales, leguminosas, verduras verdes y amarillas, y aceite (actualmente no se usa). En 1992, luego de análisis realizados en el Instituto Nacional de Salud (INS), se suspendió la administración del licuado y del jugo de guayaba en el PMC. Respecto al licuado, se encontró que, aún con la variedad de sus componentes, no tenía la cantidad de nutrientes necesarios; el jugo de guayaba, por su parte, presentaba problemas de fermentación.

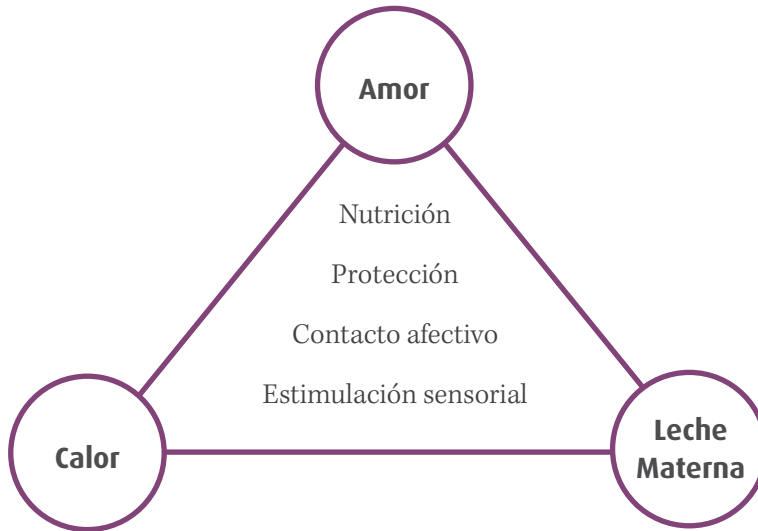
Otros estudios llevaron a utilizar la metoclopramida para evitar el reflujo gastroesofágico. También se utilizó la vitamina E.

El contacto piel a piel y la posición vertical, para evitar el reflujo y la broncoaspiración, se mantenían durante las 24 horas del día. Por la noche, la madre duerme en posición semisentada; su voz, sus caricias y los latidos de su corazón son elementos esenciales para evitar las apneas, además de estrechar vínculos afectivos entre el bebé y la madre.

Por lo anterior, según la Fundación Canguro, el programa se define como “el conjunto de actividades organizadas, destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención madre canguro, con un equipo de personas de atención en salud, debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida” (6)

Igualmente, se puede describir como un sistema de cuidados del niño prematuro o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado, basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre, y que busca empoderarla (incluyendo al padre o al cuidador) y transferirles gradualmente la capacidad y la responsabilidad de ser los cuidadores primarios de su hijo satisfaciéndole sus necesidades físicas y emocionales.

Fundamentos esenciales del programa madre canguro



Objetivos

Objetivo general

Establecer recomendaciones y responsabilidades precisas para brindar cuidado de enfermería en el proceso de adaptación canguro de las madres, los padres o los cuidadores de recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer, para ayudar a disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatales, y fortalecer la humanización de la atención en los servicios relacionados con el neonato.

Objetivos específicos

1. Diseñar la interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería, en la adaptación canguro.
2. Establecer recomendaciones sobre el cuidado de enfermería, en la adaptación materna al cuidado de niños prematuros o de bajo peso al nacer.
3. Definir estrategias comunicativas teniendo en cuenta la percepción de las madres con RN hospitalizados.
4. Abordar el tema del masaje del bebé prematuro o de bajo peso al nacer.
5. Comprender la importancia de la cultura inmersa en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer.
6. Educar sobre los beneficios de una estrecha relación entre el niño y la madre, tan pronto como sea posible, después del nacimiento.
7. Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros.
8. Animar y educar a la familia gestante para que ofrezca a su hijo los mejores cuidados posibles en el hogar.

Métodos

Se empleó el consenso de expertos.

Composición del grupo

Fue conformado por invitación de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, así se procedió a convocar a enfermeras con amplia experiencia en la asistencia (tanto en el ámbito público como en el privado), la docencia y la investigación, y a representantes de asociaciones de enfermería como Acofaen (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería) y ANEC (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia), con el fin de participar en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal, basadas en evidencia. Ante la recomendación de adaptar guías nacionales e internacionales antes de desarrollar nuevas guías, se realizó la búsqueda encontrando evidencia en enfermería en otros idiomas como el inglés y que sirve de insumo para la elaboración de las presentes guías.

Por tanto, en una primera reunión, todos los participantes estuvieron de acuerdo con las fases de la metodología para seguir en el proceso de elaboración de Guías de Enfermería para el Cuidado Materno Perinatal, Enfermería Basada en Evidencia (EBE). Allí se aprobaron las fases de la metodología por seguir:

1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas.
2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces.
3. Incorporación de la evidencia del usuario (en este caso, el usuario se refiere a las madres con recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer [menos de 2500 gr] que cuidan a recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer en el hogar). Las encuestas se aplicaron simultáneamente con la revisión de la literatura y con categorías que, en lo posible, vale la pena considerar e incluir en el desarrollo de la guía.
4. Búsqueda y síntesis de la evidencia disponible: identificación de los estudios.
5. Desarrollo del contenido de la guía, recomendaciones y bibliografía.
6. Incorporación de la evidencia de los consumidores.

Selección y priorización de temas

Luego de una discusión sobre las guías por desarrollar, se concluyó que es esencial construir la *Guía de Cuidado de Enfermería en la adaptación canguro, Enfermería Basada en Evidencia (EBE)*; por lo tanto, dicha guía fue seleccionada y priorizada como una de las más necesarias para la práctica de enfermería.

Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces

Para la elaboración de preguntas y la determinación de desenlaces correspondientes a la *Guía de Cuidado de Enfermería en la adaptación canguro, Enfermería Basada en Evidencia (EBE)*, se desarrolló una encuesta inicial de once preguntas. Al final de dicho proceso se obtuvieron cinco preguntas. Para la formulación se utilizó la estrategia PICO. Esta consiste en determinar la población objeto de estudio a la cual va dirigida la guía (P), las intervenciones (I), los comparadores (C) y los desenlaces (O, por la palabra inglesa *outcomes*).

Incorporación de la evidencia del usuario

La incorporación se hizo a través de encuestas a los cuidadores de recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer que asisten al PMC ambulatorio. Con todas las participantes en la *Guía de Cuidado de Enfermería en la adaptación canguro, Enfermería Basada en Evidencia (EBE)* se elaboró la encuesta definitiva y se aplicó a 47 cuidadores de recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer. La encuesta fue llevada a cabo por profesionales de enfermería que laboran en los PMC ambulatorios de Bogotá, y pertenecientes a los regímenes de seguridad social contributivo y subsidiado (anexo 2).

Las encuestas fueron contestadas por 37 madres, 9 padres y una tía materna. Por otra parte, 17 de los bebés involucrados continuaban con manejo médico con oxígeno domiciliario.

Las respuestas al cuestionario fueron:

1. ¿Cómo se enteró del Programa Madre Canguro (PMC)?
 - a. En la unidad de recién nacidos: 25.
 - b. Durante la hospitalización en piso: 8.
 - c. En Urgencias: 2.
 - d. Por otra familia canguro: 1.
 - e. Por antecedente de madre canguro: 3.
 - f. Por el personal de salud: 7. (¿Cuál?: Enfermera: 5; Ginecólogo: 1; Pediatra: 1).
 - g. Otro: 1. (¿Cuál?: Vecina).

2. ¿Recibió entrenamiento para el manejo y el cuidado del bebé?

Sí: 44

No: 3

¿Por qué?: “Nunca me informaron que era necesario”; “Estaba hospitalizada”; “No sabíamos que no se debía vestir y pegárselo a la madre”.

Si la respuesta es afirmativa, ¿a los cuántos días de nacido el bebé inició el entrenamiento?

- | | |
|---------------------|----------------------|
| a. Un día: 10 | c. De 6-10 días: 9 |
| b. De 2-5 días : 21 | d. Más de 11 días: 4 |

3. ¿Cómo se sintió cuando puso a su bebé en contacto piel a piel por primera vez?
- Bien: 46
 - Mal: 1
- ¿Por qué?: *“Porque la madre piensa que si el niño nació antes de tiempo fue por culpa de ella; lo ve frágil”.*
4. ¿Qué le han enseñado respecto al cuidado del bebé?
- Posición: 7
 - Alimentación: 9
 - Ropa: 2
 - Higiene (cuidados del ombligo ...alcohol blanco): 3
 - Masaje: 5
 - Solterapia: 3
 - Signos de alarma: 5
 - Oxigenoterapia, si la requiere: 17
 - Medicamentos: 4
 - Vacunación: 7
 - Todos los anteriores : 22
5. ¿Qué le han enseñado respecto al cuidado de la madre?
- Signos de alarma: 7
 - Lactancia, extracción manual y conservación: 9
 - Nutrición: 7
 - Manejo de la ansiedad, de los nervios, del llanto: 8
 - Higiene: 7
 - Momentos de descanso y de relajación: 7
 - Participación del padre o de los familiares: 5
 - Todos los anteriores: 29

Dos madres responden que *“nada les enseñaron respecto al cuidado de la madre”, “porque solo hablaban del bebé”.*

6. ¿Tiene quien le ayude en la casa?
- Sí: 44
- ¿Quién?: Abuela: 8; Hermana: 10; Papá: 19; Mamá: 12; Niñera: 1; Hija:1; Suegra: 2.
- No: 3
- ¿Por qué?: *“Porque la familia vive en otra ciudad”* fue una de las respuestas; y las otras dos, *“porque el papá del bebé trabaja”.*
7. ¿Le realizaron consulta a la madre luego de tener al bebé?
- No: 28
- Sí: 19
- ¿Cuándo? (a los 8 días: 2; a los 11 días:1; a los 12 días: 2; a los 13 días: 1; a los 19 días: 1; a los 30 días: 1; no responden: 11).
- ¿Quién? (Enfermera: 7; Médico: 11; Ginecoobstetra: 1).

- 8.** ¿Le han hecho visita domiciliaria a la mamá y al bebé?
 Sí: 6
 ¿Cuándo? (Al mes: 1; a los 20 días: 2).
 ¿Quién? (Salud a su Hogar: 4; jefe: 1).
 No: 41
- 9.** ¿Considera usted que otras personas diferentes de la mamá pueden cuidar al bebé canguro?
 Sí: 26
 No: 21
 ¿Por qué? (No están entrenadas: 9; Por la leche materna: 6; No responden: 6).
- 10.** ¿Usted ha podido expresar sus creencias y sus tradiciones sobre el cuidado de la dieta y el cuidado de los prematuros?
 No: 36
 Sí: 11
 Ejemplo: Permitirle uso de la camiseta roja de bayetilla: 1; No salirme desabrigada: 4; Uso de gorro: 1; Dieta: 3; Alimentación: 3.
- 11.** ¿Qué trabajador de la salud considera usted que debe hacer el entrenamiento canguro a la mamá y a la familia?
 Enfermera: 35
 ¿Por qué? (Explica mejor: 5; sabe del tema: 17; es amable: 6; analiza la situación: 1; son las expertas: 1; es fácil entenderles: 1; tienen paciencia: 1; por su dedicación: 1; me ayudó desde la unidad de neonatos: 1; están más pendientes: 1).
- Pediatra: 10
 ¿Por qué? (Porque tienen las bases, porque tienen conocimiento sobre recién nacidos: 8.
 No contestan: 2.

Análisis de los resultados obtenidos

Se determinó que las categorías identificadas con las perspectivas de los cuidadores de niños prematuros o de bajo peso al nacer que asisten al PMC encuestados fueron:

1. Los principales cuidadores de los niños canguro son las madres. Sin embargo, se les presta poca atención, lo cual se ve reflejado en la falta de consulta para la madre después de tener el bebé, como lo demuestran los resultados: 28 madres (el 60 % de los casos) no tuvieron control posparto. Otras 19 tuvieron consulta después de tener el bebé, de las cuales 7 asistieron con la enfermera. Se demuestra también la falta de seguimiento en las actividades de detección temprana.

2. A la pregunta sobre qué les han enseñado respecto al cuidado de la madre, se encontró que 29 madres (62 %) recibieron enseñanza sobre todos los temas. No obstante, el 38 % no recibieron esta enseñanza.
3. De igual forma, 35 cuidadores de estos niños (74,5 %), consideran que los profesionales de enfermería son los trabajadores de la salud que deben hacer el entrenamiento canguro a la mamá y a la familia. Por consiguiente, es necesario incluir en la guía esta categoría, con el fin de dar recomendaciones que contribuyan a mejorar el cuidado de enfermería a las madres de niños prematuros o de bajo peso al nacer.
4. Otra categoría por tener en cuenta para la elaboración de esta guía es el hecho de que no se ofrece un cuidado de enfermería congruente con la cultura. Ello se ve traducido en el caso de las 36 madres (77 %) que no han podido expresar sus creencias ni sus tradiciones sobre el cuidado de la dieta y el cuidado de los prematuros, y solo el 23 % lo hicieron manifestando costumbres y tradiciones arraigadas en su cultura, como el uso de las camisetas rojas de bayetilla, el uso del gorro durante la dieta, cuidarse del sereno y de las bajas temperaturas, y evitar los alimentos fríos.

En este orden de ideas, es necesario abordar en la guía cómo la cultura está inmersa en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer. Y en la medida en que el profesional de enfermería conozca y comprenda el saber de las madres podrá, así mismo, llegar a ofrecer un cuidado congruente.

Búsqueda y síntesis de evidencia disponible

Identificación de los estudios

Después se hizo una búsqueda de la literatura, para identificar y resumir los estudios relacionados con el cuidado de enfermería en la adaptación canguro, enfermería basada en evidencia (EBE).

Las fuentes de datos empleadas fueron: Cuiden, Medline, Lilacs, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Google Scholar y bibliotecas de universidades. Se incluyeron artículos en español y en portugués. Esta literatura fue identificada, analizada y evaluada con los formatos del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), con el fin de evaluar su calidad y otorgar los niveles de evidencia sobre los cuales se generaron las recomendaciones, utilizando los términos clave de búsqueda relacionada con el cuidado de enfermería en el recién nacido canguro.

Adicionalmente a la revisión de literatura, la guía se complementa con la construcción de la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) correspondiente al cuidado de enfermería en la adaptación canguro, enfermería basada en evidencia (EBE).

Desarrollo del contenido de la guía

Se desarrolló el contenido por capítulos; se plantearon las recomendaciones y se referenció la bibliografía.

Cabe resaltar la participación activa de las enfermeras que laboran en los diferentes programas Canguro de la ciudad de Bogotá, y cuyos aportes fueron de gran utilidad en la elaboración de la guía.

De la revisión de la literatura surgen los siguientes temas, cada uno expuesto en un capítulo.

- Interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro
- Cuidado de enfermería en la adaptación materna del bebé canguro.
- Entendiendo a las madres con recién nacidos canguro hospitalizados.
- El masaje del bebé prematuro o de bajo peso al nacer.
- La cultura inmersa en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer.

Capítulo 1

Interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro

Müller-Staub et al. (7) hallaron en una revisión sistemática que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería; a saber: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP), la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF), North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the UniverSity Hospital in Zurich (ZEFP).

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más comunes derivados de la valoración integral.

Esta revisión sistemática verificó la validez, la confiabilidad con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería.

El primero dictamina que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y el área sobre la cual se desarrolla la práctica de enfermería. El segundo determina la pertenencia a un concepto central. El tercero establece que cada diagnóstico debe tener una descripción y un criterio diagnóstico, y estar relacionado con la etiología.

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayor parte de los criterios de evaluación para diferentes tipos de pacientes (7). (NE1)

Bulechek et al., autoras del NIC (Nursing Interventions Classification), describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes, de las intervenciones tanto independientes como en colaboración, y de los cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, el tratamiento y la prevención de la enfermedad, e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12 000 actividades (8). (NE 1)

Moorhead, et al. (9) presentan los resultados del trabajo de un equipo de investigación de la Universidad de Iowa para identificar los resultados y las medidas relacionadas con el nivel del individuo, la familia y la comunidad, y que puede utilizarse para evaluar los cuidados de enfermería en diversos ámbitos; para ello, utiliza indicadores con escalas de medición. (NE 1)

En este orden de ideas, se presenta la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, por sus siglas en inglés, o Asociación Norteamericana de Diag-

nósticos de Enfermería), NIC (Nursing Intervention Classification, por sus siglas en inglés, o Clasificación de las Intervenciones de Enfermería) y NOC (Nursing Outcomes Classification, por sus siglas en inglés, o Clasificación de los Resultados de Enfermería), que se podría usar en la *Guía de Cuidado de Enfermería en la adaptación canguro, Enfermería Basada en Evidencia (EBE)*.

Interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro. Esquema NANDA-NIC-NOC

NANDA: Cansancio del papel de cuidador (000061)

Dominio 7: Papel / relaciones

Clase 1: Papeles de cuidador

Definición: Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia

Evidenciado por:

Actividades del cuidador

- Inquietud por la salud futura del receptor de los cuidados.
- Inquietud por la habilidad futura del cuidador para proporcionar cuidados.
- Dificultad para completar las tareas requeridas.
- Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas.
- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.
- Preocupación por los cuidados habituales.

Estado de salud del cuidador

Física

- ECV.
- Diabetes.
- Fatiga.
- Cefaleas.
- Hipertensión.
- Cambios ponderales.

Emocional

- Nerviosismo creciente.
- Somatización.
- Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.
- Afrontamiento individual deteriorado.
- Frustración.

Socioeconómicos

- Cambios en las actividades de tiempo libre.
- Rechazo de promociones profesionales.
- No participación en la vida social.

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados

- Duelo sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados.
- Incertidumbre sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados.

Procesos familiares

- Conflicto familiar.
- Preocupación por los miembros de la familia.

Relacionados con el estado de salud del receptor de los cuidados

- Salud inestable del receptor de los cuidados.

Actividades del cuidador

- Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas.
- Cantidad de actividades.
- Complejidad de las actividades.
- Cambio continuo de actividades.
- Imposibilidad para predecir la situación de cuidados.
- Recursos económicos insuficientes.
- Falta de tiempo.
- Falta de intimidad del cuidador.
- Falta de soporte.
- Energía física.

Socioeconómicos

- Aislamientos de otros (10).

NIC: Cuidados canguro (del niño prematuro) (6840)

Definición: Fomentar la intimidad entre madre / padre y bebé prematuro y fisiológicamente estable, mediante la preparación de los padres y preparando un ambiente de contacto piel a piel.

Actividades:

- Discutir la reacción de la madre ante el nacimiento prematuro del bebé.
- Determinar la imagen que tienen la madre o el padre del bebé prematuro.
- Determinar y monitorizar el nivel de confianza de la madre o del padre en los cuidados del bebé.
- Explicar los cuidados canguro del niño prematuro y sus beneficios en la madre.
- Determinar si el estado fisiológico del bebé cumple con los criterios de las guías de participación en los cuidados canguro.
- Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes de aire.
- Proporcionar a la madre un sillón reclinable o una mecedora.
- Conseguir que la madre lleve ropas cómodas, abiertas por delante.
- Instruir a la madre o al padre acerca del traslado del bebé desde la incubadora, la cama calentadora o la cuna, y sobre el manejo del equipo y de los tubos, si procede.
- Colocar al bebé con pañales en posición recta prona, sobre el pecho de la madre o del padre.
- Pasar la ropa de la madre alrededor del bebé, o poner mantas sobre él, para mantener la posición y temperatura del bebé.
- Animar a la madre a que se centre en el bebé, y no en los equipos de tecnología avanzada.
- Animar a la madre a que acaricie suavemente al bebé, en la posición recta prona (boca abajo), si procede.
- Animar a la madre a que acune suavemente al bebé en la posición recta prona, si procede.
- Fomentar la estimulación auditiva del bebé, si procede.
- Reforzar el contacto visual con el bebé, si procede.
- Apoyar a la madre en la alimentación y en los cuidados del bebé.
- Animar a la madre o al padre a que coja al bebé con las manos extendidas.
- Animar a la madre a que identifique las claves de conducta del bebé.
- Señalar a la madre o al padre los cambios de estado del bebé.
- Aconsejar a la madre / padre disminuir la actividad cuando el bebé muestre signos de estimulación excesiva, molestias o rechazo.
- Aconsejar a la madre / padre que deje dormir al bebé durante los cuidados de canguro.
- Fomentar la lactancia materna durante los cuidados de canguro del niño prematuro, si procede.
- Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas, cada vez de forma efectiva, si procede.
- Animar a las madres después del parto a que cambien de posición y se levanten cada 90 minutos, para evitar enfermedades trombolíticas.
- Monitorizar la reacción emocional de la madre o del padre en relación con los cuidados de canguro.
- Monitorizar el estado fisiológico del bebé (color, temperatura, frecuencia cardíaca y apnea), y suspender los cuidados de canguro si el bebé resulta fisiológicamente comprometido o agitado.

NIC: Apoyo al cuidador principal (7040)

Definición: Suministro de la información necesaria, de recomendaciones y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente, por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.
- Determinar la aceptación, por parte del cuidador, de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Admitir las dificultades del papel del cuidador principal.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Hacer afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del recién nacido prematuro.
- Enseñar al cuidador la terapia del recién nacido de acuerdo con las preferencias del recién nacido prematuro.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del recién nacido prematuro.
- Proporcionar ayuda de seguimiento al cuidador, mediante llamadas por teléfono o cuidados comunitarios de enfermería.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del recién nacido prematuro.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Explorar con el cuidador principal cómo está afrontando su papel.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre los procesos de quejas.
- Apoyar al cuidador en los procesos de quejas.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Promover una red social de cuidadores.
- Identificar fuentes de cuidados prolongados.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador, si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Informar al personal/centro de servicios de emergencia sobre la estancia del recién nacido prematuro en casa, su estado de salud y las tecnologías utilizadas, con el consentimiento de la familia.
- Comentar con el familiar los límites del cuidador.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo (8).

NOC: Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino (1840)

Dominio: Dominio y conducta de salud (IV).

Clase: Conocimientos sobre salud (S).

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre los cuidados de un recién nacido pretérmino nacido a las 24-37 semanas (a término) de gestación.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
184001	Causa y factores que contribuyen a la prematuridad.				
184002	Características del lactante prematuro.				
184003	Hitos mayores del desarrollo.				
184004	Posición adecuada del lactante.				
184005	Patrón sueño-vigilancia del lactante.				
184006	Necesidades respiratorias.				
184007	Necesidades de termorregulación.				
184008	Necesidades de cuidados cutáneos.				
184009	Necesidades de monitorización fisiológica.				
184010	Necesidades de monitorización de la hidratación.				
184011	Necesidades de monitorización de la glucosa.				

NOC: Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)

Dominio: Salud familiar (VI).

Clase: Ejecución del cuidador familiar (w).

Definición: Gravedad de las alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia, debido a su papel de cuidador.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
220315	Trastorno de la rutina.				
220317	Trastorno de la dinámica familiar.				
220318	Trastorno del entorno vital.				
220319	Cargas económicas a causa del papel de cuidador.				
	Resultados	/20	/20	/20	
	Escala de evaluación: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno				
220310	Responsabilidades del papel.				
220302	Realización del papel.				
220320	Sueño.				
220303	Flexibilidad del rol.				
220304	Oportunidades para la intimidad.				
220305	Relaciones con otros miembros de la familia.				
220306	Interacciones sociales.				
220307	Apoyo social.				
220308	Actividades de ocio.				
220312	Relación con los amigos.				

220313	Relación con mascotas.				
220309	Productividad laboral.				
Resultados		/60	/60	/60	
Escala de evaluación:					
1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido-N/A (no aplica)					

NANDA: Riesgo de deterioro parenteral (0057)

Dominio: 7 (papel/relaciones).

Clase: 1 (papeles del cuidador).

Definición: El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y el desarrollo óptimos del niño.

Factores de riesgo:

Lactante o niño:

- Alteración de las capacidades perceptuales.
- Trastorno de déficit de atención, por hiperactividad.
- Retraso del desarrollo.
- Temperamento difícil.
- Situación de minusvalía.
- Enfermedad.
- Múltiples nacimientos.
- Sexo distinto del deseado.
- Prolongada separación de los padres.
- Conflictos entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres.

Conocimientos:

- Falta de conocimiento sobre el desarrollo del niño.
- Falta de conocimiento sobre el mantenimiento de la salud del niño.
- Falta de conocimiento sobre las habilidades parenterales.
- Incapacidad para responder a las claves del niño.
- Falta de disponibilidad cognitiva para la maternidad o la paternidad.
- Funcionamiento cognitivo precario.
- Bajo nivel educacional.
- Habilidades de comunicación pobres.
- Preferencia por los castigos físicos.
- Expectativas poco realistas sobre el niño.

Fisiológicos:

- Enfermedad física.

Psicológicos:

- Embarazos muy seguidos.
- Depresión.
- Proceso de nacimiento difícil.
- Discapacidad.
- Gran número de embarazos.
- Antecedentes de trastorno mental.
- Antecedentes de abuso de sustancias.
- Deprivación del sueño.
- Alteración del sueño.
- Juventud de los padres.

Sociales:

- Cambios en la unidad familiar.
- Baja autoestima, crónica.
- Falta de implicación del padre del niño.
- Dificultades económicas.
- Antecedentes de haber sufrido malos tratos.
- Antecedentes de haber cometido malos tratos.
- Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño.
- Problemas laborales.
- Falta de acceso a los recursos.
- Falta de cohesión familiar.
- Falta de modelo de papel parenteral.
- Falta de cuidados prenatales.
- Falta de recursos.
- Falta de redes de apoyo social.
- Falta de medios de transporte.
- Desvalorización de la paternidad o de la maternidad.
- Cuidados prenatales tardíos.

- Dificultades legales.
- Clase socioeconómica baja.
- Estrategias de afrontamiento desadaptadas.
- Conflicto marital.
- Falta de implicación de la madre del niño.
- Separación de los padres y el niño.
- Entorno doméstico pobre.
- Modelo precario del papel parenteral.
- Habilidades precarias para la solución de problemas.
- Pobreza.
- Tensión en el desempeño del papel.
- Familia monoparental.
- Baja autoestima situacional.
- Aislamiento social.
- Estrés.
- Desplazamiento en el territorio a la institución de salud o a la vivienda.
- Desempleo.
- Embarazo no planeado.
- Embarazo no deseado.

NIC: Apoyo a la familia (7140)

NOC Adaptación del cuidador principal al ingreso del neonato en un centro sanitario (2200)

Dominio: Salud familiar (VI).

Clase: Ejecución del cuidador familiar (W).

Definición: Respuesta adaptativa del cuidado familiar cuando el destinatario de los cuidados ingresa en un centro de salud.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
220001	Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia.				
220002	Mantenimiento del control deseado sobre los cuidados.				
220003	Participación en los cuidados, cuando se desea.				
220004	Mantenimiento de la relación entre el receptor de los cuidados y el cuidador familiar.				
220006	Expresión, por parte del cuidador familiar, de sentimientos sobre el cambio.				
220007	Resolución de la culpa del cuidador familiar.				
220008	Resolución de la ira del cuidador familiar.				
220009	Uso, por parte del cuidador familiar, de estrategias para la resolución de conflictos.				
220011	Disponibilidad del cuidador familiar para consentir con los tratamientos.				
220012	Recolección, por parte del cuidador familiar, de información sobre la rutina del neonato.				
220013	Recolección, por parte del cuidador familiar, de aspectos sobre la comodidad del neonato.				
220014	Comunicación, por parte del cuidador familiar, de las necesidades no expresadas del receptor de los cuidados.				
220016	Colaboración con un profesional sanitario para determinar los cuidados.				
220017	Expresa comodidad con la transición de papeles.				
Resultados:		/70	/70	/70	

Escala de evaluación: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. A menudo demostrado. 5. Siempre demostrado. 6. N/A (no aplica).

Elaborado por el grupo de enfermeras que hacen las guías de enfermería de la SDS.

Recomendación

1. Usar la interrelación NANDA-NIC-NOC en el cuidado de enfermería en la adaptación canguro a las madres, los padres o los cuidadores del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer (R: A).

Capítulo 2

Cuidado de enfermería en la adaptación materna

En un estudio cualitativo con 13 madres de bebés prematuros de bajo peso, Arivabene y Rubio Tyrrell (11) encontraron que la edad de las madres varió entre los 18 y los 40 años, con una media de 33 años; y que los neonatos fueron asistidos durante las tres etapas (primera etapa: unidad de cuidado intensivo neonatal y unidad de cuidado intermedio; segunda etapa: alojamiento conjunto canguro; tercera etapa: canguro domiciliario).

Las madres afirmaron, y lo destacaron, que la adhesión al método se debió a la supervivencia y la recuperación del bebé. Se destaca que la adhesión materna al Método Madre Canguro (MMC) está acompañado de miedo, ansiedad y sensación de culpa, sentimientos que pueden dificultar el proceso del método, así como las relaciones sociales de esa madre con otros participantes en el MMC. Algunos testimonios al respecto fueron:

“El bebé se desarrolla mejor y recupera peso más rápido”.

“Él tiene la necesidad de amor, afecto, contacto conmigo”.

Según las madres, la adhesión al método fue una sugerencia de los profesionales del equipo de salud (asistente social, enfermera, médico), y para una de las madres la sugerencia partió del esposo.

En este proceso se observa que no existe una declaración única sobre la participación del equipo de salud en las declaraciones de las madres, quienes se refieren de forma aislada a los profesionales de enfermería. Se destaca que no todas las madres participaron de forma consensual del MMC, pese a que se adhirieron por causa de los beneficios al bebé; además, cinco madres afirmaron tener muchas dificultades; sin embargo, se adhirieron al método, también por los beneficios al bebé.

Otra situación que debe ser considerada es el abordaje del profesional de enfermería y otros miembros del equipo de salud sobre la adhesión al método.

Algunos testimonios fueron: “Desarrollar, crecer, ganar peso, cuando agarramos al bebé, lo que más queremos es que el recupere el peso, porque si no recupera el peso, no puede salir”.

“¡Ah!, ¡usted lo tiene que hacer por causa de su hija, para que ella tenga más peso!”.

“Use el método, que su hija se va a desarrollar más rápido”.

El PMC modificó el día a día de las madres, ellas aseguraron no medir esfuerzos para atender las necesidades de los bebés. Manifiestan, además, la aflicción experimentada por muchas de ellas al abandonar a sus otros hijos, al marido, su empleo o sus estudio, para dedicarse, casi exclusivamente, a los cuidados del bebé prematuro.

Algunos testimonios en tal sentido fueron: “Yo vivía exclusivamente para él”; “Fue muy difícil; sin embargo, valió la pena”.

Algunas madres relataron que cuando los niños estaban hospitalizados, en su ausencia no eran bien atendidos y ellas no recibían las informaciones de forma completa y correcta, lo que dificultaba la relación con el equipo profesional:

“Pensaba: ¡Mi Dios del Cielo, ¡a la chiquitita no le han cambiado ni los pañales!; ella quedaba toda encharcada, así yo llegaba a casa, yo no quería hacer nada, yo solo quería llorar”.

La valoración de la afectividad entre familiares se caracterizó por la mejoría de la convivencia, la afectividad y la comprensión, lo que sucede cuando hay una participación efectiva de los familiares en el PMC.

La relación directa entre madre e hijo evidencia que el contacto piel a piel con el bebé prematuro puede interferir positivamente en la relación de ese bebé con el mundo.

Algunos testimonios fueron: “Tuve colaboración de toda la familia, de mi marido, de mi madre, de mi familia; mucha fuerza, mucho apoyo, mucha caricia, mucho cariño fue lo que me ayudó”.

“Ellos se quedan bien agarraditos con nosotros”; “Son niños que no quieren quedarse dentro de la cuna, solo quieren estar con nosotros, dormir con nosotros”.

Con la perspectiva de las contribuciones, en términos asistenciales se enfatiza la dimensión educativa y sociocultural de los cuidados ofrecidos a los familiares (del recién nacido con bajo peso al nacer —RNBP—), asegurando a esta población, el derecho constitucional a la salud del ciudadano. Esa contribución es extensiva a los profesionales de la salud (y, en especial, a los de enfermería), lo cual garantiza la calidad en la relación del profesional cuidador para con la persona cuidada. (NE1)

Martins y Santos (12) hicieron un estudio descriptivo de abordaje cualitativo, con cinco madres de entre 17 y 34 años de edad, de las cuales 2 eran solteras, y 3, casadas. Solo 2 tenían a otros niños además de los bebés canguro.

El artículo “Viviendo en el otro lado del método canguro: la experiencia maternal” de Martins y Santos (12) muestra las dificultades que se han identificado en las palabras de las entrevistadas:

“Me habló de lo que yo tenía que hacer [...] dijo que tenía que ponerlo en mi pecho y obtener tanto como sea posible, estas cosas [...]”.

“Sentí muchas dificultades al principio. Siempre le pregunté a la enfermera para que me ayudara, pero ahora la incertidumbre se ha ido”.

“No recibí ninguna orientación sobre el canguro, solo vino a mí y me dijo que al día siguiente me iría al método canguro”.

Por otra parte, vivir como canguro es una experiencia de intensa interferencia en las relaciones familiares. Se observó que la ausencia de la madre en la casa cambió la dinámica familiar, tanto en el desempeño de los papeles sociales como en las demás relaciones. El niño hospitalizado puede causar una ruptura familiar, debido a que la madre deja sus actividades domésticas para quedarse con el recién nacido, y ello interfiere en el cuidado de los otros familiares.

“Mi marido a veces se pone estresado; él dice que no puedo olvidar que tengo un marido, su otra hija, una casa para cuidar. Puedo entenderlo, porque yo estoy aquí casi un mes consecutivo”.

Otra queja de las madres entrevistadas es acerca de la larga hospitalización y de la situación de estrés resultante. Utilizaron distintas formas para aliviar la tensión y así continuar con eficacia el método canguro.

“Cuando me golpea el estrés, llamo a mi madre y todo lo vuelco en ella, y me siento aliviada”.

“Mi marido me ha apoyado mucho, y me da mucha fuerza. Él viene a verme y siempre me anima”.

“He oído que es bueno para el bebé, y por eso acepto ser canguro. Dicen que el bebé se recupera rápidamente teniendo a su madre todo el tiempo”.

Es muy importante el papel de los profesionales de la salud (y, sobre todo, el del personal de enfermería), interpretado por las madres como tutores y facilitadores del método en la práctica ayudándoles a superar los obstáculos encontrados (12). (NE 1)

En un estudio cualitativo etnográfico basado en la teoría de la universalidad y diversidad de Madeleine Leininger, Castiblanco y Muñoz (13), contando con una muestra de 23 entrevistas a profundidad en el hogar, a 8 madres de recién nacidos prematuros que asistieron al PMC de un hospital de Bogotá (Colombia), hallaron que para las madres el cuidado básico encierra actividades que no pueden dejar de hacer cuando simultáneamente cuidan a su recién nacido prematuro en el hogar.

Un testimonio fue: “Pues cuidado básico es tenerlo en mi pecho, consentirlo, hacerle masaje con aceite, estar pendiente de la comida cada hora, cada hora y media”.

El cuidado esencial se diferencia del cuidado básico por la higiene. Las madres saben que el prematuro tiene las defensas bajas, y que por su bajo peso no puede ser vacunado.

El cuidado especial encierra actividades que son exclusivas para cuidar un recién nacido por su condición de ser prematuro, pequeño y frágil.

El cuidado extremo lleva a la madre a cuidar el bebé de una manera muy meticulosa y a dejar de hacer muchas actividades de la vida cotidiana. Este cuidado se ve marcado aún más en los niños que requieren suplementos de oxígeno domiciliario. El cuidado extremo se caracteriza por tener al niño en el pecho para que esté calientico, estar pendiente del oxígeno y llevar el bebé a control todos los días.

Otro hallazgo en la investigación mencionada fue el camino hacia la adaptación materna.

Los cuidados maternos se caracterizan por alimentarse bien y estar acompañada. Las necesidades maternas constan de tres aspectos: las noches difíciles, los sentimientos maternos y la adaptación materna.

Las autoras concluyen que las madres buscan un camino hacia la adaptación materna con una meta muy clara y precisa: cuidar de su recién nacido prematuro en el hogar, o, en lenguaje de las madres, “criar mi niño”, y describen la adaptación materna como “el acostumbrarse”.

Un testimonio fue: “Adaptarse es acostumbrarse; él aprende de mi forma de ser, de mi voz, y yo, con respecto a él; es adaptarme a su tiempo, que es cuando él quiera de comer, toca darle. No sé así sea en el bus, la calle, darle comida. Entonces eso, para mí, es adaptarse. Es como una costumbre, es relacionarnos los dos”.

Cuidar a los recién nacidos prematuros en el hogar trasciende al cuidado de la madre y a identificar unas necesidades maternas.

Los cuidados maternos están dirigidos a que las mamás se alimenten bien, para producir más leche materna y lograr que el bebé prematuro aumente de peso. Por otra parte, ellas buscan estar acompañadas, confían en las abuelas, creen en la experiencia de las hermanas, consideran importantes el apoyo del compañero y el apoyo institucional.

Las noches difíciles representan para las madres una de las necesidades que requieren especial atención, por cuanto desarrollan dolor de espalda, miedo, mucho cansancio y alteraciones del sueño. Las madres expresaron sentimientos de miedo, tristeza, angustia y depresión cuando se vieron enfrentadas a cuidar en el hogar a un recién nacido prematuro. Eso también se constituye en una de las necesidades maternas prioritarias para tener en cuenta en el cuidado de enfermería.

Las madres que atraviesan dicho periodo de estreno del nuevo papel de mamás prematuras y de verse abocadas a cuidar a un recién nacido prematuro en el hogar se sienten solas, pero aseguran que son las únicas personas que sí saben cuidar el niño en la casa.

Sentimientos contradictorios de felicidad y de tristeza también son comunes en las madres, dado que cuidar a un recién nacido prematuro en casa implica una situación nueva, y, como tal, produce, a veces, mucho miedo y angustia.

La adaptación materna se basa en *acostumbrarse*; es hacer de unas actividades diarias una rutina, es retomar creencias y mitos de las abuelas, es repetir historias de vida y querer criar a los hijos como lo hizo la mamá. Además, es adaptarse prematuramente al papel maternal, y ello se caracteriza por el conocimiento que la madre tiene de sí misma, de su hijo y de su entorno, para llegar a ser una buena mamá.

Para las madres, tener un bebé prematuro significa lo más maravilloso del mundo, y aunque el cuidado no es fácil, ellas lo asimilan con mucha paciencia, valentía y fortaleza, y están convencidas de que la recuperación de su hijo prematuro es más rápida en sus propios hogares.

Durante el transcurso de la presente investigación, las madres dejaron conocer sus creencias, sus valores, sus tradiciones, sus mitos y sus estilos de vida, le asignaron un significado al cuidado del recién nacido prematuro en el hogar. “Criar el niño/a”.

Obtener conocimiento del saber y de la cultura de la madre le facilita al profesional de enfermería ofrecer un cuidado apropiado a la madre, y, por consiguiente, hacer menos complicado el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar.

La visión de las madres frente al cuidado del recién nacido prematuro en el hogar encierra todos los aspectos del ser humano y trasciende la importancia del cuidado de la madre, pues se conecta con el cuidado directo del recién nacido prematuro. En la medida en que la madre se sienta cuidada, el cuidado del niño prematuro será más fácil y exitoso.

Finalmente, esta investigación plasma lo que ha sido el continuo trabajo de enfermería en el PMC, lo cual es reconocido por las madres como “las enfermeras me enseñan”. También con esta investigación, las madres de los recién nacidos demostraron un alto conocimiento en cuanto al cuidado del recién nacido prematuro en el hogar, conocimiento que ha sido adquirido por las enfermeras, por el personal de salud del PMC y por el personal de enfermería de las unidades de cuidado neonatal (14). (NE 1)

Castiblanco (15) publicó el artículo “El *cangurear* otorga la certeza de transmitir amor”. Surge dicha publicación a partir de un estudio cualitativo etnográfico focalizado, mediante el método de investigación propuesto por Leininger para obtener las ideas, las creencias y las prácticas de cuidado de la gente y compararlas más tarde con el conocimiento de las enfermeras (16), y donde las informantes en el estudio fueron ocho madres de recién nacidos prematuros que asistieron a control del PMC Integral Hospi-

tal Universitario San Ignacio, en Bogotá, Colombia, entre noviembre de 2007 y mayo de 2008, a quienes se les hicieron 23 encuestas basadas en el análisis etnográfico de James Spradley.

Este artículo da a conocer que la palabra “cangurear” surge del lenguaje cotidiano de las madres con hijos prematuros, como un verbo que significa poner al niño pecho con pecho todo el tiempo. En esta parte, la autora cita un testimonio:

“Cangurear es una forma de transmitir amor al bebé por la cercanía, cariño y protección que le brinda la madre a su hijo y a su vez consigue que el bebé esté cómodo”.

En el estudio se encontró, además, que para las madres la razón de cangurear es darle calor al niño con unas características muy especiales, como un calor esencial, fuerte y saludable, que le permita al niño mantener el mismo calor que le proporciona una incubadora. Y dicen que cargar el bebé no solo es tarea de la madre, sino también, del padre y de la familia.

Un testimonio al respecto fue: “en el plan canguro no sueltan el calor de uno, la bebé siente la cercanía de la mamá, el papá, el cariño. De cierta manera por la piel se transmiten muchas cosas. Sí, el roce de la mamá-hijo, el roce del papá-hijo, es un roce que además de calor le transmite cariño, tranquilidad hacia el bebé, protección del que está cuidado.” (15) (NE1)

Recomendaciones

1. Identificar las necesidades maternas, con el fin de hacer más exitosa la adaptación materna (R: A).
2. Llevar a cabo intervenciones orientadas a responder a las necesidades de las madres, tales como descanso, sueño y confort, que puedan contribuir a mitigar los problemas de dolor de espalda, miedo, mucho cansancio, alteraciones en el sueño, tristeza y angustia, cuando las madres se ven enfrentadas a cuidar en el hogar a un recién nacido prematuro (R: A).
3. Obtener conocimiento del saber y de la cultura de la madre le facilita a la enfermera ofrecer un cuidado apropiado a la madre, y, por consiguiente, hace menos complicado el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar. (R: A).
4. Involucrar a la familia en la adaptación canguro. (R: A).

Capítulo 3

Entendiendo a las madres con recién nacidos canguro hospitalizados

Rodríguez Holguín y Muñoz (17) hicieron una investigación cualitativa con abordaje teoría fundamentada, con la perspectiva metodológica del interaccionismo simbólico de madres con recién nacidos hospitalizados, en una Unidad Neonatal de Bogotá, durante el periodo enero-junio de 2007, con datos obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas a diez madres. Acorde con el análisis de datos, se sugieren tres categorías: exploración, apoyo y adaptación.

1. Exploración: La madre hospitaliza a su recién nacido y tiene contacto inicial con una nueva y desconocida situación, así como con equipos y con personas en la unidad neonatal.

Surgen sentimientos como el de negar la situación del niño, lo que la hace rehusarse a comprender y aceptar la información que le suministran, al igual que sentimientos de inferioridad, depresión, hostilidad, frustración, culpa o ira.

Sus comportamientos se pueden caracterizar por encomendar a Dios la decisión sobre la salud de su hijo, o dejar de comer o de trabajar en solidaridad con su hijo.

Las madres expresan ante la hospitalización de su hijo

- **Evento inesperado**, incluso si el evento de salud del hijo fue una urgencia.
- **Desacuerdo** con las normas hospitalarias que la separan de su hijo; expresa su disgusto, pero en la medida en que el tiempo transcurre acepta y comprende la razón de dichas medidas.
- **Desinformación** sobre las razones de la hospitalización, las normas institucionales, los procedimientos médicos y de enfermería, y sobre la situación de salud de su hijo; desconfianza en los estudiantes de enfermería, que son imprudentes en sus comentarios, pero son la mejor fuente de información.
- **Temor**, que aparece claramente cuando hay experiencias previas con consecuencias desagradables. El temor aparece en la madre porque se siente incapaz de brindar cuidados a su hijo en casa, y se relaciona con la no participación en el cuidado durante la hospitalización y con la calidad de la explicación por parte del personal de salud para continuar con el cuidado en casa, e identificar tempranamente complicaciones.
- **Confianza** en las enfermeras; la madre la expresa cuando está satisfecha con el cuidado brindado a su hijo por las profesionales, pero desea una mejor comunicación con ellas, en cuanto a la condición de salud de su bebé.
- **La fe y las creencias religiosas** de la madre le permiten canalizar sus esperanzas, le brindan tranquilidad y confianza en la evolución de su hijo, con una mayor fuerza que la que le ofrece la simple información recibida.

- Valora constantemente la situación y el contexto. La condición de salud del hijo se relaciona con la tecnología, la movilidad del equipo, las reacciones, las actividades y las expresiones del equipo; dependiendo de su percepción, las reacciones son positivas o negativas.
- 2. Apoyo:** Las condiciones de apoyo con las que cuenta la madre definen la dificultad para adaptarse al proceso, e implican:
- **Apoyo formal:** se lo ofrece el equipo de salud, mediante la comunicación, por parte de las enfermeras, con actitud positiva, alegre, que estén atentas a sus reacciones y las de su hijo, y produzcan así un efecto tranquilizador y menos estresante, que ayuda en el proceso de adaptarse a la hospitalización de su hijo y adoptar una actitud positiva.
 - **Apoyo informal:** es el apoyo materno, como recurso protector que le permite un reajuste a su nuevo papel en la hospitalización del hijo (Díaz Morales, 1990, citado por Rodríguez y Muñoz [17]).
 - **La espiritualidad** como apoyo emocional: dada por las creencias religiosas, le genera a la madre fortaleza, tranquilidad y seguridad; incluso, ante información médica desalentadora.
 - **Apoyo del compañero:** incrementa el bienestar emocional y físico; la madre lo siente como algo intransferible y que es una compañía real.
 - **Apoyo informacional:** cuando se le solucionan a la madre las dudas, los comentarios, las decisiones y las conductas por seguir con su hijo, de forma que le permitan tranquilizarse, comprender la información y participar en la recuperación.
 - **Apoyo social interferido:** cuando la madre siente que está recibiendo una comunicación deficiente, que le genera resentimiento, preocupación o ansiedad, que es unidireccional, en la medida en que ella pregunta y el equipo de salud no le responde; además, se centra en la hospitalización, y no en sus razonamientos.
 - **Apoyo social** provisto (acciones que algunos hacen para proveer asistencia al otro): se ve afectado cuando la madre siente minusvalía al cometer errores en medio del cumplimiento de la norma institucional.
- 3. Adaptación:** Inicia desde el momento en que la madre es informada de la necesidad de hospitalización del hijo, y finaliza cuando la madre es capaz de adaptarse a esta situación.
- Durante todo el proceso la madre dispondrá de herramientas que le facilitarán vencer los obstáculos que se generaron al inicio de la hospitalización, participará en la recuperación de su hijo, proyectará el egreso, y este evidenciará cómo ella ha transitado por las etapas de exploración y apoyo. Así, si la adaptación es efectiva, la madre se sentirá lista para el nuevo evento: el egreso del bebé. Si no lo es, estará temerosa; incluso, no querrá llevar a casa a su hijo, pues no se sentirá preparada para asumir su cuidado en el hogar.
 - Los códigos que conforman la adaptación fueron analizados según la teoría de Calixta Roy, en tanto se tuvieron en cuenta los indicadores de adaptación positiva, tales como autoconcepto, desempeño de papeles, e interdependencia, y que, a su vez, constituyen la adaptación psicosocial. Los códigos de esta categoría son: prepararse, experiencias previas, implicaciones familiares, aprender y aceptar.

- En el autoconcepto, la madre evidencia un adecuado funcionamiento de la autoestima, de la utilización de estrategias efectivas de enfrentamiento, del aprovechamiento de la fe, de la conformidad y de la fuerza emocional que la llevan a mantener el equilibrio emocional y la integridad psíquica durante la hospitalización del niño.
- En cuanto al desempeño de papeles, la madre muestra interés por conocer las prácticas y los comportamientos de promoción de la salud que fortalecen su adherencia al tratamiento indicado para el hijo.
- La interdependencia se evidencia en la disponibilidad del contexto afectivo, con mayor proximidad al compañero.

Sin embargo la investigadora identificó situaciones que no favorecieron la adaptación positiva, como las experiencias previas negativas, el desconocimiento de la norma institucional, la falta de conocimiento y de entrenamiento en las tecnologías y la falta de apoyo familiar. Las consecuencias se relacionaron con la adaptación negativa, evidenciada por el aislamiento, la negación, la culpa y la desesperación, que pueden afectar la relación terapéutica madre-hijo- equipo de salud, y, a su vez, impactar en la recuperación del hijo (17). (NE 1)

En una tesis cualitativa con padres y madres que tuvieron hospitalizados a sus hijos en una unidad de cuidado intensivo neonatal, en promedio, durante un mes y medio, y que vivieron el proceso de hospitalización y recibieron información por parte del personal de enfermería, Gutiérrez y Saldarriaga (18) recogieron datos de una muestra conformada por un padre y siete madres.

En este trabajo se encontró que los padres de neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, pasan por cuatro etapas durante el proceso, y que los padres denominaron: *shock*; límites; lazos de amistad, y salida. En cada una de ellas hay dudas, preguntas e inquietudes, las cuales se esperan resolver partiendo de algunas fuentes de información, las cuales pueden ser verbales (de manera presencial o telefónica) y no verbales, que incluyen la observación y la revisión de la historia clínica. Todas ellas traen respuestas y generan en los padres diversos significados.

En cuanto a las fuentes de información, los padres obtienen de manera verbal la información del personal de salud, ya sea porque ellos mismos pregunten, o bien, porque el personal les da explicaciones respecto al estado de sus hijos.

Algunos padres pueden pasar directamente del *shock* a la salida, otros pasan por el *shock*, los límites y la salida, y otros pasan por todas las etapas. En cada una de ellas, las necesidades de información cambian, y según estas, los padres dan un significado diferente a la información que reciben.

- 1. Etapa de *shock*:** La primera etapa; corresponde al momento del ingreso del bebé a la unidad de cuidados intensivos. Los padres durante dicha etapa necesitan saber si el niño va a morir o se va a salvar.

- 2. Etapa de límites:** En esta, la información se centra en los obstáculos o las posibles complicaciones que puedan alargar la estadía del bebé en la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN). Los padres siguen con las dudas iniciales y quieren saber si el niño come, si respira bien, si ha ganado peso y si responde al tratamiento con medicamentos. Además, les inquieta saber si algunas de las cosas que ven en los niños son normales.
- 3. Etapa de lazos de amistad:** Siguiendo el proceso, los padres entran en la etapa de lazos de amistad, a la cual solo llegan quienes han vivido un periodo de hospitalización largo, y que además de obtener la información, al verificarla la aceptan.
- 4. Etapa de salida:** Es la última etapa; se caracteriza porque el bebé ya no necesita cuidados con equipos de alta tecnología. Puede irse a su casa con un cuidado directo de sus padres, o con estos ayudados por el Plan Canguro. También puede suceder que la salida se dé por el fallecimiento del bebé. En el primer caso, las preguntas surgen en torno a qué hacer; la información que reciben son órdenes basadas en miedos sobre la posibilidad de muerte o de futuras hospitalizaciones (18). (NE1)

En un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio con siete madres y dos padres de los neonatos hospitalizados en la UCIN, observaron que el cuidado de enfermería es un cuidado individualizado, especializado, interdisciplinario, con un enfoque holístico. Las enfermeras están pendientes de los cambios del neonato y la satisfacción de sus necesidades básicas, las cuales son fundamentales a la hora de determinar los procedimientos que se les deben hacer a los neonatos, y la oportunidad de estos.

La participación de los padres en los cuidados de enfermería depende de la individualidad de cada uno de ellos, según su cultura, su nivel educativo, su disposición y su capacidad de adaptarse a la hospitalización de su hijo y al ambiente de la unidad de neonatos.

Surgieron varias categorías, en las que están involucradas ampliamente las enfermeras:

- **Comunicación asertiva:** Interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos como a personas, escucharlos, hacer contacto, ponerse en la piel de ellos, generar una confianza demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen para hacerlo bien desde el principio; todo ello hace de la comunicación asertiva una categoría de suma importancia y la convierte en herramienta indispensable del cuidado de enfermería.

La enfermera estará dispuesta a reconocer que por medio de la comunicación asertiva se puede hacer que los padres aprendan sobre el cuidado de sus hijos, y viceversa. La comunicación asertiva hace de esta categoría un recurso que le da importancia y trascendencia al cuidado de enfermería.

Categorías

- Satisfacción de la comunicación con las enfermeras.
- Apoyo emocional.
- Apoyo espiritual.
- Interferencia en la comunicación con las enfermeras.

Testimonio: “[...] *Y entonces ellas también han tenido una palabra de aliento para la mamá, o para el papá, en el caso de mi esposo, que también ha venido acá, entonces ellas [se refiere a las enfermeras] siempre tratan de animarlo a uno mucho, darle mucha moral, de darle mucho ánimo, para uno continuar con la lucha, que no es fácil [...]*”.

Durante la hospitalización del neonato, los padres vivencian dificultades para el desempeño de su papel, y la evolución de su hijo depende, en gran parte, del tipo de comunicación que se establezca entre ellos y la enfermería. A su vez, todo ese entorno incide en el aprendizaje que puedan lograr los padres sobre el cuidado de sus hijos.

Estas son las categorías

- Disposición de la madre para aprender.
- Aprendizaje sobre el cuidado del neonato.
- Suavidad y afecto de la enfermera.
- Cuidado canguro.
- Lactancia materna.
- Diferencias de criterio en cuanto a la participación de los padres.

Testimonio: “[...] *a la final es como bonito venir y aprender tantas cosas aquí*”; “[...] *he aprendido a conocerlos más [...]*”; “[...] *cosas que de pronto no había podido aprender con el otro bebé*”; “[...] *como más medido, o sea como con más atención hacia ellos*”.

La suavidad y el afecto con los cuales los padres ven que se cuida a sus hijos son fundamentales para crear un ambiente que favorece la interacción de los padres con el personal de enfermería.

La necesidad de tener una comunicación oportuna, clara y asertiva con el equipo de salud y con enfermeras en particular es muy importante para los padres de los neonatos (18). (NE 2)

En una tesis descriptiva exploratoria con un grupo de 30 madres asistentes al PMC, en un hospital del Seguro Social de tercer nivel de atención en Monterrey, México, Cantu (19) obtuvo información para hacer el estudio, que se obtuvo aplicando a las madres una entrevista en cuatro periodos diferentes.

Las madres, en su totalidad (19), refirieron que les interesaba saber durante todo el periodo de hospitalización cuál iba siendo la evolución de sus hijos.

Con los resultados obtenidos, se concluyó que el comportamiento materno se relaciona con el vínculo que establecen una madre y su hijo durante la hospitalización. Además, tal comportamiento evolucionó influenciado por una serie de situaciones y de circunstancias que tuvo que vivir cada una de las madres de los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Dicho comportamiento fue variando, desde el miedo hasta llegar a la aceptación y la ansiedad de las madres, al finalizar el estudio.

Para aclarar el comportamiento de miedo, es importante mencionar cómo las situaciones que produjeron en mayor cantidad dicha conducta en las madres al iniciar el estudio fueron:

- Saber que sus hijos se encontraban hospitalizados, en las unidades de cuidado neonatal, ya fuera intensivo o intermedio.
- La instrumentalización a la que estaba siendo sometido su hijo en la unidad.
- La comunicación de la existencia de secuelas en su hijo, por parte de algún integrante del equipo de salud de la unidad.

El comportamiento que asumieron las madres durante el transcurso del estudio permitió establecer la estrecha relación que perciben ellas entre el comportamiento asumido y el vínculo establecido entre una madre y su hijo. Por ende, todos los resultados obtenidos en esta investigación permitirán ejercer el papel de enfermería orientado a lo que es el trabajo en familia o redes de apoyo que les posibiliten a la madre y a su hijo establecer el vínculo y el comportamiento adecuados en este proceso de conocimiento y sensibilización del uno con el otro.

En relación con las proyecciones que derivan de esta investigación, se menciona, ante todo, la vital importancia que tienen los profesionales de enfermería en el logro de cada una de estas proyecciones, lo cual puede complementarse por el grado de compromiso que cada una de las enfermeras asume con la población y la profesión, como también la cabida que les otorguen a las nuevas investigaciones relacionadas con un tema que deben manejar diariamente en la unidad de neonatología.

Proyecciones

- Conocer el perfil de las madres cuyos hijos son hospitalizados al momento de nacer por su prematuridad y su bajo peso.
- Tener conocimiento de cuáles son las situaciones que producen mayor estrés y cambios en el comportamiento de las madres.
- Lograr que las madres se sientan más seguras y apoyadas por el equipo de salud de la unidad.
- Fomentar comportamientos y vínculos afectivos cada vez más sólidos en la diada entre madre e hijo.
- Entregar una atención en salud más planificada, que involucre a la familia o a las redes de apoyo y que esté basada en evidencias reales de madres del siglo XXI.

- Trabajar en conjunto la enfermera y cada una de las madres de los recién nacidos, según las carencias afectivas, comportamentales y vinculares que tenga cada uno de los integrantes de la díada madre-hijo.
- Establecer una comunicación entre la enfermera y cada una de las madres de los recién nacidos, no solo de cortesía, sino también basada en sentimientos y emociones.
- Lograr un crecimiento y un desarrollo adecuados de los recién nacidos, gracias al comportamiento y al vínculo establecidos con su madre.
- Mantener a cada una de las madres involucradas e informadas; sobre todo, sobre lo que les esté sucediendo específicamente a sus hijos, con el fin de prevenir futuros abandonos, el maltrato infantil y reingresos hospitalarios causados por comportamientos negativos de las madres respecto a sus hijos.
- Aumentar el recurso humano a cargo de los recién nacidos, con el fin de entregar mayor dedicación, y una atención más personalizada a cada uno de ellos y sus madres.
- Fomentar la realización de nuevas investigaciones que ayuden a establecer más redes de apoyo entre las enfermeras y las madres de los recién nacidos.
- Otorgar mayor seguridad a cada una de las madres al verse estas enfrentadas al alta hospitalaria de sus hijos, y también en relación con sus capacidades para sacar adelante a su hijo dentro de la sociedad.
- Establecer una coordinación con los consultorios y las atenciones externas del recién nacido y su madre, para continuar el seguimiento no solo del niño, sino también, de la madre prematura que tiene una serie de comportamientos frente a esta situación que la hacen cada vez más vulnerable dentro de la sociedad y le exigen un comportamiento maternal.
- Fomentar el desarrollo normal del recién nacido en el ámbito psicomotor.
- Cantu describió las emociones y los conocimientos expresados por madres de niños prematuros con un peso < 1500 g, durante la hospitalización de sus hijos, mediante encuesta voluntaria, abierta, personalizada y anónima.

Fueron encuestadas 40 madres; el 25 % de ellas eran primigestantes, y el 60 %, menores de 30 años. El peso promedio de nacimiento de sus hijos fue de 1068 ± 353 g, con $29 \pm 0,8$ semanas de gestación.

El recuerdo del embarazo y el parto produjo angustia, rabia y frustración en el 77 % de las madres estudiadas; incluso, más allá de las cuatro semanas del proceso. La hospitalización generó temor (en especial, a la muerte), pero con el tiempo las madres se tornaban optimistas y alegres, aunque con gran incertidumbre por el futuro de sus hijos (manifestado por el 80 % de ellas). La experiencia más reconfortante fue participar activamente en el cuidado de su hijo (79 %).

En conclusión, el anterior estudio describe que el conocimiento de la carga emocional de estas madres obliga al equipo de salud a intervenir e idear estrategias de apoyo parental, como fomentar la participación activa en el cuidado de sus hijos, ya que ellas necesitan disminuir sus culpas y el dolor, así como mejorar su autoestima y disfrutar la maternidad.

Los vínculos afectivos siguen entorpecándose, dada la inmadurez neurológica de los bebés prematuros, al no poder girarse, abrir sus ojos o sonreír frente a los estímulos de sus padres, lo cual les crea a estos la sensación de no ser correspondidos y genera en las madres sentimientos de tristeza y de soledad; especialmente, durante la primera semana de vida (75 %). Si a lo anterior se agrega un entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el bebé, es posible entender por qué solo el 44 % de las madres se sienten agradecidas y felices de poder interactuar con su hijo durante la primera semana de vida.

Otro problema que enfrentan los padres de niños prematuros es la falta de comunicación (20). (NE2) En su estudio fenomenológico hermenéutico, realizado con madres, Wigert Helena (21) concluyó que durante el posparto la interrelación entre la mujer y el hijo se desarrolla: ella prepara su maternidad e imagina cómo debería ser ese primer encuentro con su hijo.

Cuando el recién nacido necesita ser trasladado a la unidad de recién nacidos, la nueva madre se deprime y se llena de sentimientos como miedo, culpa, ansiedad, soledad y sensación de no pertenencia; todo ello, debido tan solo a la separación. Tal sentimiento de ser excluida evoluciona cuando la madre no es vista como parte del cuidado del recién nacido y no se le permite el vínculo tempranamente. Por el contrario, cuando la madre está cercana y hace parte del cuidado del bebé, se fortalece su participación, y ella se siente como una persona única y como *la madre de ese bebé* (21). (NE1)

Recomendaciones

1. Se recomienda promover la participación de los padres en el cuidado del recién nacido durante la hospitalización, y permitirle la entrada de la madre sin horarios de visita. (R: A).
2. El profesional de enfermería debe mantener una actitud positiva, para producir en las madres un efecto tranquilizador y menos estresante, que ayude en el proceso de adaptación a la hospitalización de su hijo. La suavidad y el afecto con los que los padres ven cómo se cuida a sus hijos son fundamentales para crear un ambiente que favorezca la interacción de los padres con el personal de enfermería. (R: A).
3. Interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos como personas, escucharlos, hacer contacto, ponerse en la piel de ellos y generar una confianza, demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen para hacerlo bien desde el principio, hacen de la comunicación asertiva una categoría muy importante y la convierten en herramienta del cuidado de enfermería. (R: A).
4. Ejercer el papel de enfermería orientado a lo que es el trabajo en familia o en redes de apoyo, que posibiliten a la madre y a su hijo establecer el vínculo y el comportamiento adecuados en este proceso de conocimiento. (R: A).

Capítulo 4

El masaje del bebé prematuro o de bajo peso al nacer

En un estudio cualitativo etnográfico, con 23 entrevistas a profundidad, Castiblanco y Muñoz (13) hicieron un análisis a 8 madres, con sus recién nacidos prematuros en el hogar.

Respecto al dominio del masaje al niño, según se evidenció, las madres manifiestan que el masaje le sirve al niño para estimularlo, para que mueva sus brazos, para favorecer su desarrollo motor y para hidratarle la piel, y ayuda a tranquilizar al recién nacido prematuro. La madre ve dichos efectos reflejados en un bebé que duerme bien, que se relaja, que disfruta del masaje y así lo demuestra.

La mayoría de las madres prefieren el aceite de girasol para masajear al recién nacido prematuro, porque es vegetal y genera más calor que otros aceites. Otras mamás prefieren el aceite de almendras o el aceite de aloe vera, porque ambos tienen vitamina A y son perfumados, pero, además, calientan menos que el aceite de girasol.

Un testimonio en tal sentido fue: “el aceite de girasol, bueno a decir verdad desde hace unos días empecé a aplicarle aceite con vitamina y aloe vera. Pues la verdad yo he notado que el aceite de girasol es más caliente, pues yo asumo que es más caliente”.

No obstante lo anterior, algunas madres no se atreven a masajear el recién nacido prematuro porque no saben hacerlo. A causa de esto, ellas expresan la necesidad de que las enfermeras les enseñen cómo hacer el masaje al niño.

Un testimonio fue: “no le hago masajes, porque precisamente estaba preguntando en el Pan Canguro a ver si me enseñaban a hacer el masaje, porque si me parece importante porque ellos están en una sola posición, o cambiarlo de posición. Ponerlo bocabajo, me da muchísimos nervios y no le hago masaje por desconocimiento”.

El estudio recomienda a las enfermeras y al personal de salud prestar más atención a las necesidades de las madres y buscar posibles soluciones conjuntamente con la familia, para obtener resultados más positivos en el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar (14). (NE1)

En un ensayo clínico de casos y controles que incluyó al azar a 40 niños menores de 37 semanas de edad gestacional con peso al nacer < 1700 g, en el Servicio de Neonatología del Hospital San José durante el periodo 2006-2007, Rugiero, et al. (22) concluyeron que los niños masajeados aumentaron su peso corporal, en promedio, 14 g diarios más que el grupo control ($p = 0,0001$) y permanecieron hospitalizados 15 días menos ($p = 0,0169$).

El masaje *shiatsu* produjo una más rápida ganancia en el desarrollo psicomotor e hizo aumentar de peso a los niños prematuros (22). (NE2)

En un estudio randomizado, con un total de 224 bebés (112 de ellos prematuros, y 112 a término), distribuidos en tres grupos (38 de ellos masajeados con aceite de coco; 37, con aceite mineral, y 37, con placebo), Sankaranarayanan, et al. (23) reportaron que el masaje con aceite de coco contribuyó en la velocidad de ganancia de peso y de talla, comparado con el aceite mineral y el placebo, en el grupo de los bebés prematuros. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al desarrollo neurológico entre los tres grupos, tanto en los niños prematuros como en los niños a término (23). (NE 2)

En un estudio prospectivo randomizado con diez recién nacidos prematuros del Lis Maternity Hospital, de Tel Aviv, Israel, Lahat, et al. (24) encontraron que la energía gastada fue significativamente menor en los niños después de cinco días con masaje, en comparación con el periodo durante el cual no recibieron masaje. Esta disminución de energía puede ser la responsable del aumento de crecimiento causada por la terapia del masaje (24). (NE2)

En un estudio randomizado con 52 niños en el grupo de masaje y 52 niños en el grupo control, Livingston, et al. (25) encontraron que las enfermeras de la unidad participantes en el programa de masaje indicaron entre moderados y altos niveles de satisfacción; mientras, todos los cuidadores participantes en el grupo de masaje reportaron altos niveles de satisfacción, y al mes siguiente demostraron el impacto del programa de masajes en la relación con sus hijos (25). (NE2)

Recomendaciones

1. Se debe capacitar al profesional de enfermería en el masaje del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer. (R: B).
2. El profesional de enfermería debe enseñar a la madre, al padre o al cuidador del recién nacido prematuro el masaje, como parte de la adaptación canguro (anexo 1). (R: B).
3. Se debe permitir que los cuidadores hagan el masaje al bebé prematuro. (R: B).

Capítulo 5

La cultura inmersa en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer

Collados Gómez (26) hizo un estudio cuantitativo con 51 neonatos, donde se evaluó la eficacia del cuidado canguro en la reducción del estrés del neonato de 24-34 semanas de edad postmestrua. Los datos fueron recogidos por enfermeras especialistas en neonatología.

El cuidado canguro está relacionado con la disminución de la aparición de variables de estrés del neonato, ayudándole le ayuda a organizar sus sistemas motor y fisiológico para alcanzar un estado de tranquilidad en cuanto a su cultura (el 50 % de los prematuros estarían estresados).

Este artículo da a conocer cómo aunque sean seres indefensos, los bebés prematuros también sienten el estrés que muchas veces agobia a los adultos de su entorno (26).

En un estudio cualitativo con tres grupos focales (dos urbanos y uno rural), y con 40 entrevistas al personal de la salud, cuidadores primarios encargados del cuidado de la atención de los recién nacidos (22 semiestructuradas y 8 en profundidad, sobre enfermedades culturales de la mujer embarazada y del recién nacido; 10 de las semiestructuradas, fueron grabadas en video, y las 8 entrevistas en profundidad, grabadas en audio), Delgado, et al. (27) recolectaron información, tras obtener consentimiento informado individual, e hicieron los siguientes hallazgos en relación con el cuidado cultural al recién nacido:

- **Lactancia materna:** Desde el momento del nacimiento, la madre prepara sus senos para iniciar la alimentación del recién nacido; los limpia cuidadosamente con agua y alcohol. Anteriormente se consideraba que el calostro, o “primera leche”, era perjudicial para la salud del recién nacido, pues, según se decía, al estar retenida tantos meses, dicha sustancia generaría en el niño algunas enfermedades. Mientras la parturienta desechaba esa leche amarilla y esperaba un cambio en su textura y su color, recurría a la colaboración de otra mujer que estuviese amamantando, para que alimentara al recién nacido por dos o tres días.
- **Cuidado de la piel:** Después de tres días del nacimiento se le da el primer baño al recién nacido, práctica en la que se emplea agua de lluvia tibia y mezclada con alcohol. Se acostumbra dar el baño en horas de la mañana, en lugares donde se eviten corrientes de aire; la limpieza del bebé se hace por todo el cuerpo, incluyendo la cabeza y la cara, sobándolo con la ayuda de un trapo suave, y siempre teniendo la precaución de no lastimar el área del ombligo. Al terminar el baño, se procede a secar al niño y se unge su cuerpo con aceite mineral para humectarle la piel, evitarle la resequedad y prevenir la aparición de brotes; posteriormente, le ponen el pañal y lo visten.

- Respecto al uso de los pañales se debe tener un cuidado especial; culturalmente, se considera que si quedan mal lavados, se “lloviznan” o se “serenan”, se le puede producir al recién nacido una enfermedad conocida con el nombre de “sereno”. Un niño con sereno se reconoce por hacer deposiciones verdosas, con pintas amarillas, y en algunos casos aparecen brotes sobre la piel en el área del pañal. Para tratar el sereno, las madres le dan a beber al niño, constantemente, leche materna mezclada con agua de comino, hasta cuando la deposición adquiera su color natural. Cuando se determina que la causa del brote es el calor, la madre cubre la zona afectada con talcos y deja al niño libre de prendas.
- Si el origen de las deposiciones verdosas es desconocido y los brotes no disminuyen con emplastos de hierbas o baños con aguas, y si, además, segregan pus, la madre deja a un lado los remedios caseros y va directamente donde la promotora de salud, quien le indica el camino por seguir.
- **Recién nacido de bajo peso:** En la mayoría de casos, estos niños deben permanecer bajo vigilancia continua del personal médico, y, dadas las condiciones precarias de los grupos familiares, es imposible trasladarlos de la zona rural a la urbana, pues, además de las limitaciones económicas, se corre el peligro de que los niños afectados fallezcan en el camino: el transporte fluvial y la distancia entre algunas veredas y la cabecera municipal dificultan su traslado.
- **Problemas respiratorios del recién nacido:** En el municipio donde fue realizada la investigación, existe una práctica cultural que consiste en darle a beber al niño, unos días después de su nacimiento, una cucharadita de aceite de ricino, de almendras o de cocina, lo cual es considerado perjudicial por la medicina alopática, pues produce problemas respiratorios graves como la broncoaspiración; esta práctica tiene el propósito de “curarle el estómago”; es decir, que el niño sea capaz de consumir cualquier otro alimento cuando esté más grande, sin que le haga daño. (NE1)

En otro estudio, Arboleda (28), en su trabajo *Programa Madre Canguro Conocimientos en Disputa: Una Aproximación Etnográfica*, a través de una investigación cualitativa etnográfica entabla conversaciones con las madres, abuelas y personal que trabaja en el Programa Madre Canguro de un hospital de Bogotá, Colombia, hizo entrevistas estructuradas, con base en los conceptos de capital cultural, y de *habitus*.

En dicho estudio se concluyó que la distancia entre el conocimiento común y el conocimiento experto en medicina parece aumentar en la medida en que se toman nuevos lugares para ver la disputa entre ellos; además, parecen existir formas diametralmente opuestas de ver la salud, la maternidad y los cuidados, y donde del lado del conocimiento común se instrumentaliza el conocimiento experto; es decir, se acerca a todos los frentes en los cuales se piensa que es útil el conocimiento experto, se lo pone a ser útil en ellos. (NE1)

En su tesis para optar al título de magíster en enfermería con énfasis en el cuidado materno-perinatal, Castiblanco (14) describe los cuidados, las acciones y las decisiones involucrados en el cuidado de enfermería con las tres perspectivas planteadas por Madeleine Leininger: Mantener, negociar y reorientar.

Dentro de las prácticas que podrían *mantenerse* en las madres está el uso de las camisetitas rojas de bayetilla, por cuanto es una tradición que ha pasado de generación en generación y no afecta la salud del niño; se trata de una práctica usada por muchas mujeres para que su hijo no se enferme de los bronquios, y así ella se sienta más segura a la hora de evitar que le pase algo malo al bebé.

Otra de las prácticas que la enfermera debe estimular y reforzar es dar amor al niño como un pilar en su cuidado. Dar amor significa para las madres cangrear, dar leche materna, hablarle al bebé, apapuchar y cuchichear el bebé. Todo esto las lleva a considerar que tener a un bebé es lo más maravilloso.

La adaptación o la negociación

Frente al uso de chaquiras en los niños, la enfermera debe explicar a las madres el riesgo que representa esta práctica: es importante que las madres no le pongan chaquiras al bebé, pero sí pueden colgarlas en la habitación del bebé teniendo cuidado de que el niño no las pueda coger.

Una de las prácticas que se deben *reorientar* es la de la leche envenenada: según se cree, la leche materna “sale envenenada” cuando la madre llora o está de mal genio; entonces, la madre considera que si lacta le puede hacer daño al niño. Es un mito relacionado con el estado de ánimo de la madre y que puede influir en la disminución de su producción de leche, y no con el hecho de cambiar los nutrientes de la leche materna.

Por lo anterior, los cuidados de enfermería estarían orientados a comprender más cómo se está sintiendo la madre, y así entender cómo ella cuida al niño en el hogar (14).

Recomendaciones

1. Los cuidados de enfermería estarían orientados a comprender más como se está sintiendo la madre, y así entender cómo ella cuida al niño en el hogar. (R: A).
2. Conocer las creencias, los mitos y las tradiciones que están inmersos en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, para ofrecer un cuidado que garantice una mayor participación en el cuidado y en la disminución de las complicaciones derivadas de las prácticas que requieren reestructuración y negociación. (R: A).
3. Para enfermería, es un reto diseñar y ejecutar planes de cuidado que verdaderamente respondan a las necesidades de la madre cuidadora del recién nacido prematuro en el hogar. Se recomienda usar la teoría de Madeleine Leininger. (R: A).

Glosario

Cuidado de enfermería: El cuidado profesional es entendido como la esencia de la disciplina de enfermería y tiene como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científicos y humanísticos para conservación y mantenimiento de la vida (29).

Enfermería basada en la evidencia (EBE): Uso de la investigación cuantitativa y cualitativa que permite buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación (qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados).

Prematuridad: Estado que se define por nacer antes de la semana 37 de la gestación, e independientemente del peso.

Bajo peso al nacer: Nacer con un peso < 2500 g, independientemente de la edad gestacional.

Edad gestacional al nacer: Duración de la gestación estimada por métodos obstétricos (fecha de última regla, evaluación ecográfica de la implantación, etc.) o mediante escalas pediátricas que evalúan el aspecto y la madurez del niño a lo largo de las primeras 72 horas de vida.

Edad cronológica (edad posnatal): Edad calculada a partir del nacimiento.

Edad corregida: Medición utilizada en bebés prematuros después de llegar al término, es la edad cronológica a la cual se le sustrae el número de semanas que faltaron para haber nacido a las 40 semanas. Con el ejemplo anterior, cuando este mismo niño cumple 3 meses de edad cronológica apenas tiene un mes de edad corregida.

Adaptación canguro: Periodo de adaptación a los diferentes componentes del MMC, y durante el cual se transfieren gradualmente las responsabilidades a la persona proveedora de la posición canguro para el logro de los objetivos del MMC.

Egreso en posición canguro: Salida hospitalaria sin tener en cuenta el peso o la edad gestacionales, con el niño en posición canguro para regular su temperatura, y después de una adaptación canguro exitosa.

Referencias

1. Martínez Lozano CL, Rodríguez Soacha M. Vivencias de las madres adolescentes del programa Madre canguro integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal durante el segundo periodo de 2008. [tesis]. [Bogotá]: Universidad Javeriana; 2008.
2. Primer Encuentro Internacional, Programa Madre Canguro. Bogotá: Editorial Gente Nueva; 1990.
3. Rey Sanabria. E. Programa Madre Canguro (PMC). Bogotá; 1978.
4. Speyrer J, Torngren P. Reseña del video VHS-Método Madre Canguro. Disponible en: <http://home.mweb.co.za/to/torngren/kmc-es.htm>
5. Bergman N. Método Madre Canguro (Cuidados Madre Canguro), Restaurando el paradigma original del cuidado del bebé y del amamantamiento. Pinelands, Suráfrica; 2000.
6. Ruiz JG, Charpak N, et al. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación canguro y Departamento de epidemiología clínica y bioestadística facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana [internet]. 2005-2007. [citado 2012 jul. 10]. Disponible en: http://www.queenoos-separen.info/articulos/documentacion/documentos/Guia_Met.Canguro_Prematuros.pdf
7. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, et al. Meeting the criteria of a Nursing Diagnosis Classification: Evaluation of ICNP, ICF, Nanda and ZEPF. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:102-713.
8. Bulechek GM, Dochterman JM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Versión en español de la quinta edición de la obra original en inglés: *Nursing Interventions Classification*. España: Elsevier; 2009.
9. Moorhead S, Johnoson M, Maas M, et al. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). Versión en español de la cuarta edición de la obra original en inglés *Nursing Outcomes Classification*. España: Elsevier; 2009.
10. North American Nursing Diagnos NANDA International. Diagnósticos enfermería: definiciones y clasificacion 2009-2011. España: Elsevier; 2011.
11. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Rev.Latino-Am.Enfermagem.* 2010;18:1-7.

- 12** Martins AJVS, Santos IMM. Viviendo do outro lado do método do canguro: a experiencia materna. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10:703-10.
- 13** Castiblanco N, Muñoz L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Av Enferm.* 2011;29:120-9.
- 14** Castiblanco N, Muñoz L. El significado que tiene para las madres cuidar el recién nacido prematuro en el hogar, desde el contexto cultural [tesis de Magíster]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia. 2009.
- 15** Castiblanco N. El cangrear, otorga la certeza de transmitir amor. *Cuidar de la vida.* 2010;5:10-4.
- 16** Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. *Colomb Méd.* 2003;34: 164-7.
- 17** Rodríguez Holguín YA, Muñoz de Rodríguez L. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. *Rev. Actualizac Enferm.* 2009;12:12-8.
- 18** Gutiérrez N, Saldarriaga B. Significado que dan los padres de niños hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal a la información que reciben del personal de enfermería 2006-2007 [tesis de especialización]. [Medellín]: Universidad de Antioquia, 2007.
- 19** Cantu GN. Satisfacción con el cuidado de enfermería en las usuarias del Programa Madre Canguro [trabajo de grado]. [Nuevo León, México]: Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002.
- 20** Rossel CK, Carreño T, Maldonado ME. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [internet]. 2002 [citado 2012 sep 26]; 73:15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062002000100004.
- 21** Wigert H, Johansson R, Berg M, et al. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Car Sci.* 2006;20:35-41.
- 22** Rugiero E, Walton R, Prieto F, et al. Efecto del masaje terapéutico en prematuros del servicio de neonatología del hospital san José. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73:257-62.
- 23** Sankaranarayanan K, Mondkar JA, Chauhan MM, et al. Oil massage in neonates: An open randomized controlled study of coconut versus mineral oil. *Indian Pediatrics.* 2005;42:877-84.

- 24 Lahat S, Mimouni FB, Ashbel G, et al. Energy expenditure in growing preterm infants receiving massage therapy. *J Am Coll Nutr.* 2007;26:356-9.
- 25 Livingston K, Beider S, Kant AJ, et al. Touch and massage for medically fragile infants. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2009;6:473-82.
- 26 Collados Gómez L. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. Madrid: Hospital Universitario Gregorio Marañón; 2010.
- 27 Delgado MF, Calvache JA, Del Cairo Silva C, et al. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la Costa Pacífica caucana. *Antípoda.* 2006;3:227-54.
- 28 Arboleda C. Programa madre canguro conocimientos en disputa: una aproximación etnográfica [trabajo de grado]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, 2010.
- 29 García ML, Cárdenas L, Arana B, et al. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2011;20(Esp):74-80.

Anexos

Anexo 1. Folleto de masajes

;;;Mamá, tu contacto es vital para mí!!!

Requiero tan solo un lugar tranquilo, amor y momentos de calma, y que permitas que nos visite la intuición donde las palabras no son necesarias.

Masaje es el arte de la comunicación a través de tu mirada, tu sonrisa, tu contacto y tus palabras, que me acercan a ti de una forma única.

Me ofreces mucho cuando escuchas con el corazón.

El masaje infantil es una hermosa expresión de cuidado que contribuye a mi salud, tanto física como psicológica, no solo para mí, sino también para mis padres.

Introducción

Está comprobado que los masajes en los bebés prematuros son muy beneficiosos, pues generan sensaciones agradables y mejoran el vínculo afectivo entre papá, mamá e hijos. El masaje nos ofrece esta oportunidad.

Papi y mami...

Esperanza, fuerza, vulnerabilidad, inocencia, futuro, valentía, pureza, amor, confianza... Los bebés somos dueños de todo eso y más.

Se trata de masajearlo, de amarlo, de observar al bebé, de escuchar, de transmitir. Masajearlo es entender su tiempo, observar lo que nos transmite y darle lo que necesita, a su ritmo, con la presión justa, donde lo necesita. Es estar atenta y abierta.

¿Cómo haces el masaje?

Mamá, es importante que utilices aceite de girasol para deslizar tus manos sobre mi piel.

Crea un ambiente libre de ruidos e incomodidades; utiliza música suave.

Paso 1: Retira el gorro de la cabeza de tu bebé.

Paso 2: Con un cepillo de cerdas muy suaves o con la yema de tus dedos, pasa varias veces por la cabellera del bebé (por un lado, y luego, por el otro).

Paso 3: Con tu dedo índice, masajea el pabellón de la oreja de tu bebé como si la dibujaras (de arriba hacia abajo; primero, por un lado, y luego, por el otro).

Paso 4: Ahora dibuja la frente de tu bebé con tus dedos, finalizando en el pabellón de la oreja.

Paso 5: Dibuja la nariz de tu bebé utilizando solo el dedo índice o el meñique.

Paso 6: Haz toques pequeños alrededor de su boca; dibuja sus labios hasta las mejillas, de forma circular.

Paso 7: Dibuja con tu dedo índice su mentón, partiendo desde la mitad hasta la oreja izquierda, y luego, el mismo proceso hacia la oreja derecha.

Paso 8: Retira la camisa del bebé; baja la faja manteniéndolo en contacto piel a piel. Frota aceite en tus manos y deslízalas por su espalda, en forma de triángulo, a ambos lados de la columna.

Paso 9: Con tus manos, presiona suavemente los brazos de tu bebé de arriba hacia abajo, hasta llegar a sus dedos, los cuales tocarás uno por uno.

Paso 10: Abre el pañal del bebé, para bajarlo un poco dejando libre la colita y haciendo movimientos circulares.

Paso 11: Haz el masaje en las piernas del bebé de la misma forma como lo hiciste en sus brazos y los dedos de sus manos.

Paso 12: Por último, pon al bebé de manera que su espalda quede en contacto con tu vientre; hazle masajes en su tórax; en su abdomen, masajea en forma de caracol y girando en el mismo sentido de las manecillas del reloj, y dale un toque suave en sus genitales.

Paso 13: Finaliza poniendo al bebé en posición canguro, dale un abrazo de contención y manifiéstale que ya terminó el masaje, expresándole cuánto lo amas.

Anexo 2. Encuesta de la Guía de adaptación canguro, enfermería basada en la evidencia (EBE).

Secretaría Distrital de Salud (SDS)

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Análisis y políticas de servicios de salud

Encuesta que servirá de soporte para la elaboración de la *Guía de adaptación canguro, enfermería basada en la evidencia (EBE)*.

Yo, _____, identificado/a con el documento de identidad No. _____, acepto participar voluntariamente en la aplicación de la encuesta para la elaboración de la *Guía de adaptación canguro, enfermería basada en la evidencia (EBE)*.

Firma: _____

Cuidador: Madre: _____ Padre: _____ Otro: _____ Cuál: _____

Edad de la madre: _____

Ocupación: Estudiante: _____ Trabajador/a: _____

Hogar: _____ G _____ P _____ C _____ A _____ V _____ M _____

Edad gestacional: _____ Edad corregida: _____ Edad cronológica: _____

Peso al nacer: _____ Peso actual: _____ ¿Tiene oxígeno?: Sí _____ No _____

1. ¿Cómo se enteró del Programa Madre Canguro (PMC)?
 - a. En la unidad de recién nacidos.
 - b. En la hospitalización en piso.
 - c. En Urgencias.
 - d. Por otra familia canguro.
 - e. Por tener antecedente de madre canguro.
 - f. Por el personal de salud. Cuál: _____
 - g. Otro: _____ Cuál: _____
2. ¿Recibió entrenamiento para el manejo y cuidado del bebé?

Sí _____

No _____ ¿Por qué?: _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a los cuántos días de nacido inicio el entrenamiento?

- a. Un día.
 - b. De 2-5 días.
 - c. De 6-10 días.
 - d. Más de 11 días.
3. ¿Cómo se sintió cuando puso a su bebé en contacto piel a piel por primera vez?
- a. Bien.
 - b. Mal.
- Porque: _____
4. ¿Qué le han enseñado respecto al cuidado del bebé?
- a. Posición.
 - b. Alimentación.
 - c. Ropa.
 - d. Higiene (cuidados del ombligo, uso de alcohol blanco...).
 - e. Masaje.
 - f. Solterapia.
 - g. Signos de alarma.
 - h. Oxigenoterapia (si la requiere).
 - i. Medicamentos.
 - j. Vacunación.
 - k. Todos los anteriores.
5. ¿Qué le han enseñado respecto al cuidado de la madre?
- a. Signos de alarma.
 - b. Lactancia, extracción manual y conservación.
 - c. Nutrición.
 - d. Manejo de la ansiedad, de los nervios, del llanto.
 - e. Higiene.
 - f. Momentos de descanso y de relajación.
 - g. Participación del padre o de los familiares.
 - h. Todos los anteriores.
6. ¿Tiene quien le ayude en la casa?
- a. Sí ____ ¿Quién?: ____
 - b. No ____ ¿Por qué?: _____
7. ¿Le hicieron consulta a la madre luego de tener al bebé?
- No ____
- Sí ____ ¿Cuándo?: ____ ¿Quién?: Enfermera _____ Médico _____
8. ¿Les han hecho visita domiciliaria a la mamá y al bebé?
- Sí _____ ¿Cuándo?: _____ ¿Quién?: _____
- No _____

9. ¿Considera usted que otras personas diferentes de la mamá pueden cuidar al bebé canguro?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?: _____

10. ¿Usted ha podido expresar sus creencias y sus tradiciones sobre el cuidado de la dieta y el cuidado de los bebés prematuros?

No _____ ¿Por qué?: _____

Sí _____ Por ejemplo: _____

11. ¿Qué trabajador de la salud considera usted que debe hacer el entrenamiento canguro a la mamá y a la familia?

_____ ¿Por qué?: _____



