

Pasantía Institucional
Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario

Estudiantes:

Karen Estefani González Aragón
Angie Carolina Guerrero Benítez
Ingrit Lorena Montoya Fernández
Claudia Nathaly Rosas Palomino

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Enfermería
Santiago de Cali, Julio de 2016

Pasantía Institucional
Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario

Estudiantes:

Karen Estefani González Aragón
Angie Carolina Guerrero Benítez
Ingrit Lorena Montoya Fernández
Claudia Nathaly Rosas Palomino

Directora del proyecto:

Melva Patricia Ocampo González

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Enfermería
Santiago de Cali, Julio de 2016

Agradecimientos

A Dios por haber permitido que nuestros destinos se cruzaran y coincidiéramos en el inicio de este hermoso proyecto que llenó nuestros corazones de pasión, amor y compromiso.

A la Universidad del Valle y en especial a nuestra Escuela de Enfermería, ya que gracias a los convenios docencia-servicio, los estudiantes logran ser partícipes de experiencias tan significativas como esta que, en nuestro caso, no solo aportó a nuestro desarrollo como futuras enfermeras, sino también contribuyó a nuestra formación como seres políticos y sociales para ser entes de cambio.

A nuestra docente y amiga Melva Patricia Ocampo por haber descubierto y potenciado en nosotras las cualidades y actitudes necesarias para emprender el camino del Cuidado Canguro Intrahospitalario.

Finalmente a nuestros familiares y seres queridos, porque gracias a su apoyo, comprensión, ánimo y cariño, se convirtieron en una motivación para continuar trabajando en la labor que todas decidimos escoger: Cuidar.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Objetivos	9
GENERAL	9
ESPECÍFICOS	9
Situación de enfermería	10
Justificación	11
Marco referencial	13
MANEJO DE LAS ALTERACIONES EN SIGNOS VITALES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL POSICIONAMIENTO	34
Metodología.....	51
CAPTACIÓN DE LAS DIADAS	51
INTERVENCIONES CON LAS MADRES/PADRES.....	52
INTERVENCIONES CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	54
CONTINUIDAD DE LA PASANTÍA	55
OBTENCIÓN DE RECURSOS	58
Resultados.....	61
TABLA NO. 1 CANTIDAD DE RECIÉN NACIDOS VINCULADOS AL PROGRAMA CUIDADO CANGURO INTRAHOSPITALARIO, SEGÚN EDAD GESTACIONAL	61
Gráfica no. 1 Edad gestacional	61
TABLA NO. 2 DIAGNÓSTICOS FRECUENTES EN LOS RECIÉN NACIDOS DEL PROGRAMA...	62
Gráfica no. 2 Diagnósticos del recién nacido	62
TABLA NO. 3 DIAGNÓSTICOS DE LAS MADRES VINCULADAS AL PROGRAMA	64
Gráfica no. 3 Prevalencia de diagnósticos maternos	65
TABLA NO. 4 CANTIDAD DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN EDAD AL INICIO DEL POSICIONAMIENTO	67
Gráfica no. 4 Edad al inicio de canguro	67
TABLA NO. 5 RELACIÓN DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS EN EL POSICIONAMIENTO CANGURO.....	68
Gráfica no. 5 Días en posicionamiento canguro.....	68
TABLA NO. 6 CANTIDAD DE RECIÉN NACIDOS, SEGÚN EL PESO DE INICIO EN EL	69

PROGRAMA CUIDADO CANGURO INTRAHOSPITALARIO	69
Gráfica no. 6 Peso al inicio de canguro.....	69
TABLA NO. 7 RELACIÓN DE RECIÉN NACIDOS EN CANGURO, SEGÚN PESO AL FINAL DEL POSICIONAMIENTO INTRAHOSPITALARIO.....	70
Gráfica no. 7 Peso al finalizar canguro	71
TABLA NO. 8 TEMPERATURA DE LOS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL POSICIONAMIENTO CANGURO	71
Gráfico no. 8 Temperatura de los recién nacidos durante el posicionamiento	72
TABLA NO. 9 FRECUENCIA RESPIRATORIA DE LOS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL POSICIONAMIENTO CANGURO.....	73
Gráfica no. 9 Frecuencia respiratoria de los recién nacidos durante el posicionamiento canguro.....	73
TABLA NO. 10 COLOR PRESENTADO POR LOS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL POSICIONAMIENTO CANGURO.....	74
Gráfica no. 10 Color presentado por los recién nacidos durante el posicionamiento canguro.....	74
TABLA NO. 11 SATURACIÓN DE OXÍGENO PRESENTADA POR LOS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL POSICIONAMIENTO CANGURO	75
Gráfica no. 11 Saturación de oxígeno presentada por los recién nacidos durante el posicionamiento canguro.....	75
TABLA NO.12 ALIMENTACIÓN RECIBIDA POR LOS RECIÉN NACIDOS AL MOMENTO DE INICIAR EL POSICIONAMIENTO CANGURO	77
Grafica no.12 Alimentación recibida por los recién nacidos al momento de iniciar el posicionamiento canguro	77
TABLA NO. 13 ALIMENTACIÓN RECIBIDA POR LOS RECIÉN NACIDOS AL MOMENTO DE FINALIZAR EL POSICIONAMIENTO CANGURO	78
Gráfica no.13 Alimentación recibida por los recién nacidos al momento de finalizar el posicionamiento canguro	79
TABLA NO. 14 PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN EL POSICIONAMIENTO CANGURO	80
Gráfica no.14 Participación del padre en el posicionamiento canguro	80
TABLA NO. 15 MOTIVO DE FINALIZACIÓN DEL POSICIONAMIENTO CANGURO	81
Gráfica no. 15 Motivo de finalización del posicionamiento canguro	81
TABLA NO.16 EXPRESIONES MATERNAS DURANTE EL POSICIONAMIENTO CANGURO.....	82
Gráfica no.16 Expresiones maternas durante el posicionamiento canguro ...	82
TABLA NO. 17 ALIMENTACIÓN AL INICIO VS ALIMENTACIÓN AL FINAL	84
Gráfica no. 17 Alimentación al inicio vs alimentación al final	85
TABLA NO.18 DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS CON SDR	85
Gráfica no. 18 Diagnósticos asociados con sdr	86

Discusión.....	87
Conclusiones	90
Recomendaciones	92
Listado de anexos.....	94
ANEXOS.....	95
Referencias bibliográficas	205

Introducción

La gestación es una etapa donde los padres esperan la llegada de su hijo para brindarle cuidados y amor en el hogar. Dicho proceso (en algunas familias) se ve interrumpido por diversas causas como la enfermedad de la madre o complicaciones que pueden desencadenar un parto prematuro, dejando como resultado un recién nacido que necesita de atención permanente en una Institución de alta complejidad. A pesar de que dichas instituciones cuentan con el personal capacitado y la tecnología suficiente para ofrecer asistencia al recién nacido, se convierten para los padres, en una limitante para el contacto permanente de la madre con su hijo.

Partiendo de lo anterior se ve la necesidad de contribuir en la preservación del contacto y el favorecimiento del vínculo afectivo a través del Método Madre Canguro (MMC), el cual ofrece la oportunidad a la madre de estar constantemente al lado de su hijo permitiéndole a su vez ganar seguridad y confianza progresivamente en su rol de cuidadora antes de irse a casa con su recién nacido.

Desde el 2002 el cuidado canguro se encuentra implementado en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV), contribuyendo al cuidado general del recién nacido y sus padres. Cuando el programa inició (2002), abrió tanto el componente intrahospitalario como el ambulatorio. Este último implica el seguimiento a través de la valoración multidisciplinaria de los niños menores de 1.600 gr al nacer que estuvieron hospitalizados en la UCIN del HUV y tiene como objetivo detectar precozmente alguna alteración o secuela secundaria que se dé en el recién nacido ya en casa, además de dar apoyo y educación a sus padres.

Por su parte el componente de Cuidado Canguro Intrahospitalario, permaneció solo por algunos meses en funcionamiento. Ya en septiembre del 2011, nace desde la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, la iniciativa de reactivarlo a través de la creación de una pasantía institucional, en donde participen estudiantes del pregrado de enfermería de dicha universidad, para fomentar el apoyo al personal de enfermería y a los padres de los niños hospitalizados, facilitando el contacto piel a piel y los beneficios del mismo para el recién nacido y su familia.

La pasantía que se viene llevando a cabo de manera ininterrumpida desde sus inicios, ha contribuido con el posicionamiento canguro por medio de estrategias educativas y de acompañamiento, frente a las técnicas de lactancia materna, los cuidados del recién nacido y el vínculo afectivo entre la díada madre-hijo, todo ello con el objetivo de contribuir a la madre en su proceso de adopción del rol materno, principalmente en la segunda fase llamada “consecución, práctica y recuperación física” (anteriormente llamada “Formal”) donde la madre aprende y activa su rol con el nacimiento de su hijo, como lo menciona Ramona Mercer en su teoría de enfermería “Adopción del rol materno”.

Con la pasantía institucional Cuidado Canguro Intrahospitalario, se pretende establecer intervenciones puntuales que fortalezcan el compromiso de la Universidad del valle con la Unidad de Cuidado Intensivo del Recién Nacido “CIRENA” del HUV, donde el apoyo al personal de la unidad y a los familiares de los niños allí hospitalizados, sea un pilar importante en la formación académica y personal de las estudiantes participes en dicha labor.

Objetivos

General

Facilitar la adopción del rol materno, a través del fortalecimiento del Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario por medio de acciones de cuidado y acompañamiento a las madres, el recién nacido y el personal de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario del Valle.

Específicos

- Facilitar el vínculo entre la madre y su recién nacido a través de diversas acciones de cuidado.
- Fortalecer en el personal de enfermería, la apropiación del cuidado canguro intrahospitalario.

Situación de enfermería

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. ¡Error! Marcador no definido. Esta separación dificulta el proceso de adopción del rol por parte de la madre, sin embargo, la prioridad de las UCIN es ayudar al restablecimiento hemodinámico y orgánico del neonato, por tal motivo en ocasiones se descuida el estado emocional o psicológico del niño y aún más el de la madre, quien atraviesa por una separación inesperada de su hijo, lo cual afecta de manera directa el vínculo entre ellos y la adopción del rol materno.

Al no ser la principal cuidadora, la mujer desarrolla sentimientos de inseguridad, duda y temor que comprometen su desempeño como cuidadora en casa, lo cual puede derivarse de barreras físicas y de contacto, además del poco tiempo de permanencia que existía entre la diada.

Teniendo en cuenta la situación descrita, es indispensable que el personal de enfermería intervenga de manera oportuna, ya que a través de acciones de cuidado dirigidas al fortalecimiento de dicho vínculo, se contribuye activamente en el proceso de adopción del rol materno propuesto por la Enfermera Ramona Mercer.

Justificación

En Colombia, cada año nacen 15 millones de niños prematuros, según los reportes ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, OMS. Los partos prematuros representan el 12 % de los nacimientos de bebés menores de 37 semanas¹, al igual que los niños a término nacidos con un peso inferior a 2500 gr, llamados también de bajo peso al nacer con una prevalencia del 9% de los nacidos vivos en Colombia.

Lo anterior hace que esta situación sea considerada como un problema de salud pública, donde la creación e implementación de estrategias encaminadas hacia la prevención de dichas situaciones y la mejora en la atención de los niños que nacieron bajo estas circunstancias, se conviertan en un componente vital para el desarrollo futuro de los recién nacidos pretérmino y de bajo peso.

Cuando el tiempo de gestación es interrumpido y los bebés nacen a los seis, a los siete o a los ocho meses, por lo general, son 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; su cuerpo no puede adaptarse al clima, así que la temperatura de los neonatos está por debajo de lo normal.

Esto, por nombrar solo algunas de las situaciones que se pueden presentar en los niños prematuros. Pero estos pequeños no son los únicos que presentan alteraciones, quienes nacen a los nueve meses, pero con un peso por debajo de lo normal, también presentan complicaciones a la hora de acoplarse a la vida extrauterina condicionando de esta manera el desarrollo del vínculo afectivo madre-hijo *¡Error! Marcador no definido.*

Convertirse en madre implica una serie de cambios y adaptaciones a un nuevo rol y estilo de vida, lo cual requiere una máxima potenciación de habilidades y recursos maternos que le permitan al recién nacido crecer y desarrollarse plenamente hasta lograr el fortalecimiento afectivo madre-hijo. Con el objetivo de alcanzar lo antes mencionado y bajo el marco de la creación de estrategias, en el año 2011 se realizó un estudio de tipo fenomenológico interpretativo o hermenéutico, titulado el “Hijo Ajeno”, el cual permitió evidenciar aquel sentimiento en el que las madres percibían a su hijo como ajeno, pues era el personal de salud quien se encargaba constantemente de sus cuidados en el hospital y no ellas, generando que al momento del alta hospitalaria, la madre no contara con la experiencia necesaria para conocer las señales enviadas por su hijo, convirtiendo el llanto en una situación poco representativa y desconocida al momento de interpretar sus necesidades. Por ello describían como “la peor noche de su vida” aquella que por primera vez debían pasar con su hijo en casa.

A partir de los resultados de dicha investigación, se implementa en el 2011 el Método Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario del Valle: Evaristo García, donde tan pronto como un recién nacido pretérmino o de bajo peso, ha superado los problemas relacionados con la adaptación a la vida extrauterina y cumple con los criterios necesarios, inicia el posicionamiento canguro; esperando que la madre a través del contacto piel a piel, el amor y la lactancia materna se apropie de su rol materno adquiriendo confianza y seguridad a la hora de satisfacer las necesidades de su hijo.

Lo anterior es un proceso arduo que requiere la participación activa del personal de salud, quienes a través del acompañamiento y el apoyo constante a la diada madre-hijo, fomentan la adopción del rol materno planteado por la teórica de enfermería: Ramona Mercer, desde el ámbito intrahospitalario, con el fin de que este sea preservado en el hogar una vez el recién nacido sea dado de alta.

Marco referencial

El Programa Madre Canguro nació en septiembre de 1979 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, por medio de una iniciativa de los médicos Héctor Martínez Gómez y Edgar Rey Sanabria quienes a través de la implementación de cambios en el manejo tradicional del niño prematuro y del niño con bajo peso al nacer, lograron disminuir el tiempo de estancia hospitalaria continuando con el control ambulatoriamente.²

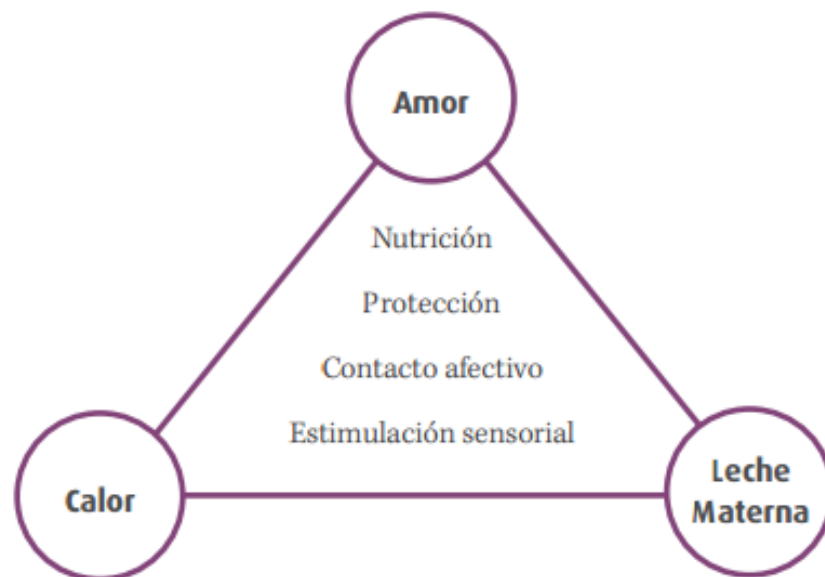
El programa surgió como respuesta a una situación crítica de nacimientos prematuros, hacinamiento, infecciones cruzadas, pobre pronóstico, ausencia de recursos de alta tecnología y altos índices de mortalidad en las unidades de neonatología, durante los años setenta. Con el programa, un niño pretérmino 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. 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, una vez superadas las situaciones críticas de los recién nacidos. 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) o Método Madre Canguro (MMC)^{Error! Marcador no definido..}

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 cumple los requisitos es puesto dentro de una faja elástica de lycra- algodón que lleva puesta la madre, 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. De ahí a que Sanabria plantee los pilares del MMC:



Los elementos del MMC 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 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. El PMC, aclamado por sus notables efectos clínicos, significa el contacto piel a piel entre madre y bebé; ya que el bebé no debe ser separado de la madre en ningún momento.^{Error! Marcador no definido.}

El MMC, a su vez, está constituido por un conjunto de cuidados para el niño prematuro o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado, basado en el amor, el calor y la lactancia materna entre el niño y su madre, que busca empoderar a la madre y que ésta gradualmente adquiriera la capacidad y la responsabilidad de ser la cuidadora principal de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.³

Para el posicionamiento canguro, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: ^{4,5,6}

- **Contacto piel a piel entre la madre y el niño:** Debe realizarse 24 horas al día, colocado el niño en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres cumplen no solo la función de mantener la temperatura corporal del niño (reemplazando en esta función a

las incubadoras) sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación. Se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura en posición canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por cambios de posición (por ejemplo: flexión o hiperextensión del cuello) lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales.

- **Alimentación:** El bebé puede ser alimentado en cualquier momento permaneciendo en contacto piel a piel.
- **Momento de iniciación:** Se ha indicado la iniciación de la PC en distintos períodos a partir del nacimiento, desde el post-parto inmediato hasta en el momento del egreso hospitalario tan pronto como se estabiliza el prematuro. También se ha indicado el uso de la Posición Canguro (PC) como parte de las maniobras de estabilización temprana.
- **Ayuda:** Cualquier otra persona (el padre, por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en Posición Canguro (PC).
- **Continuidad de la Posición Canguro:** Se busca mantener la PC durante las 24 horas del día. Sin embargo, en niños frágiles pero estables se aconseja colocar al niño sobre el pecho de la madre de forma intermitente, se considera adecuado por periodos de mínimo 2 horas, alternando con la incubadora. Esta modalidad intermitente se emplea sobre todo buscando fortalecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna, y se puede considerar como la etapa inicial de la adaptación a la PC.

El propósito de esta posición es que el niño encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación cinética y sensorial, manteniendo la vía aérea permeable. La posición estimula y favorece la

lactancia materna. Además, el contacto íntimo y prolongado entre la madre y el hijo busca establecer o reforzar el vínculo biológico y afectivo sano que debe existir entre todo recién nacido y su madre, y cuyo establecimiento se ve dificultado por la prematurez y enfermedad del niño que llevan a una separación física madre-hijo.

Para cumplir estos propósitos, la posición debe ser:

- a. Continua, es decir con el mínimo posible de interrupciones.
 - b. Prolongada, es decir, por el mayor tiempo posible, de preferencia las 24 horas del día y no menos de 2 horas consecutivas.
 - c. Duradera, por tantos días o semanas como el niño la necesite.
- **Duración del posicionamiento:** La PC se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no desea permanecer más en esta posición porque suda, araña el pecho de su madre y llora o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo coloca en PC).

La posibilidad de desarrollar un contacto precoz íntimo y altamente emotivo con su hijo estimula el apego y genera confianza en la madre⁷. El Cuidado Canguro intrahospitalario representa múltiples beneficios para el recién nacido, la madre y las instituciones de salud, estos son algunos de ellos:

Recién nacido

1. La posición vertical disminuye el número y la intensidad de los episodios de reflujo gastroesofágico y broncoaspiración.
2. 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 apnea, ya que mientras el recién nacido esta en PC recibe estimulación cinética rítmica y episódica, por los movimientos respiratorios y generales de la madre.

- 3.** 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.
- 4.** Proporciona seguridad, tranquilidad y favorece el vínculo emocional del niño con su madre.
- 5.** Mejor adaptación al medio y a los estímulos externos.
- 6.** Mejor regulación de la temperatura corporal.
- 7.** Favorece el desarrollo psicomotor y el sistema inmunitario del bebé.
- 8.** Contribuye a la ganancia de peso del bebé.
- 9.** Disminuye el sueño activo y los episodios de despertar ya que el niño presenta una respiración regular, un sueño tranquilo y prolongado.
- 10.** Los episodios de llanto e irritabilidad durante la vigilia mientras está en contacto piel a piel son infrecuentes.
- 11.** Desarrollo óptimo de las funciones de auto-regulación y la organización de la personalidad.
- 12.** Disminuye la mortalidad en el primer año de vida.
- 13.** Menor tasa de infección.

14. Mejora el coeficiente intelectual, la habilidad motora, personal y social.

Algunos de los anteriores beneficios se han retomado para la realización de investigaciones, aunque no en todas se encuentra evidencia contundente, es claro que el MMC favorece al recién nacido y a su madre en diversos aspectos:

a. Vínculo madre-niño y apego seguro

El vínculo madre hijo es una relación única, específica, duradera y profunda. Esta relación tiene efectos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del niño. La tarea de desarrollo del niño es aprender a diferenciar entre confianza y desconfianza durante los dos primeros años de vida y desarrollar, a través del apego adecuado a su madre, una relación segura con su entorno. Si la madre, de manera consistente, responde adecuada y oportunamente a las demandas del niño, satisfaciendo sus necesidades físicas y psicológicas, el niño tiene una mayor oportunidad de aprender a confiar en su madre, ver al mundo como un sitio seguro, y desarrollarse como una persona segura, capaz de confiar en sí mismo y en otros.

Muchas veces, la posición canguro se inicia de rutina después de la estabilización en la unidad de cuidados intensivos, se continúa luego en cuidados intermedios y después de la salida. El periodo inicial de separación se ve usualmente como un obstáculo para la interacción de los padres con el niño porque impide cargarlo y tocarlo. La introducción de la posición canguro permite acortar este periodo y da a los padres la posibilidad de involucrarse en los cuidados de su bebé.

La posición canguro es vista como un método que no sólo permite el contacto físico entre el niño y el cuidador, sino que también modifica el entorno alrededor del bebé canguro, creando unas condiciones en las cuales los padres se vuelven

cada vez más conscientes de las necesidades de su bebé y más dispuestos a responsabilizarse.

b. Fisiología y signos vitales

La posición canguro aplicada en un niño estable mantiene e incluso mejora la estabilidad fisiológica. En la recopilación teórica en la cual evalúan los cambios antes y después de una intervención, se ha encontrado que los recién nacidos prematuros estables que se encuentran en posición canguro, permanecen con sus signos vitales muy parecidos a los que presentan cuando se encuentran en la incubadora. Se ha evidenciado que los niños en posición canguro regularizan los patrones respiratorios, disminuyendo los periodos de respiraciones periódicas, apnea y bradicardias. Igual es el caso de las hipoglicemias, ya que las madres se encuentran más cerca para alimentarlos. Un estudio realizado en Etiopia, país en vía de desarrollo, mostró que los bebés que permanecieron en posición canguro durante 24 horas diarias, experimentaron menos tasas de mortalidad y se estabilizaron en menos tiempo, en comparación con niños que fueron calentados y cuidados en cunas.⁸

c. Posición canguro y ganancia de peso

Experimentos controlados aleatorios, mencionan que la ganancia de peso, se encuentra influenciada por la presencia de las madres, el acceso que tenga el niño a lactancia materna y aunque el contacto piel a piel se tiene en cuenta, no es un factor directamente atribuible al desarrollo somático. Aunque en dos experimentos controlados aleatorios se encontró un discreto incremento en el crecimiento en el perímetro cefálico, de los niños que realizaron canguro, lo que podría sugerir que el MMC ejerce algún efecto protector en el crecimiento craneal.

d. Termorregulación

El recién nacido pretérmino y/o de bajo peso, no está fisiológicamente preparado para regular y mantener una temperatura corporal apropiada, por esto es necesario proporcionarle un ambiente térmico neutro que le permita crecer y completar el proceso de maduración que no pudo terminar in útero. Por ambiente térmico neutro se entiende la condición térmica en la que el gasto de energía (producción de calor) es mínimo y sin embargo se mantiene la temperatura corporal interna.

Las pérdidas térmicas del niño prematuro se hacen por conducción, radiación, convección y evaporación. Diversos estudios han mostrado que se puede mantener un ambiente térmico neutro adecuado, ya sea manteniendo al niño en una incubadora o utilizando la posición canguro.

No todos los niños están preparados en cualquier momento de su vida extrauterina para regular su temperatura de forma adecuada en posición canguro. Bauer y Cols ^{16;18} encontraron que cuando se inicia la posición canguro en la primera semana de vida, los niños entre 25 y 27 semanas de vida hacen episodios de hipotermia, que desaparecen en la segunda semana postnatal. De forma similar, Bohnorst et. al.^{19;20} encontraron labilidad fisiológica asociada con leve hipertermia en niños muy inmaduros e inestables, mientras estaban en posición canguro. Por el contrario, si los niños ya están estables, aunque tengan ventilación mecánica, regulan adecuadamente temperatura y parámetros fisiológicos, aún los niños de más bajo peso.

e. Apnea

La apnea del niño prematuro representa un problema serio tanto por su frecuencia en los primeros días de vida como por el hecho de que en los más inmaduros puede prolongarse incluso semanas. Además, puede dejar serias secuelas. La

fisiopatología de estas apneas puede ser explicada por uno o varios de los siguientes mecanismos:

- Inmadurez del sistema cardiorrespiratorio y de su regulación neurológica, que es más importante cuanto más baja sea la edad gestacional.
- La maduración de estos sistemas, que de hecho no es completa en el nacimiento a término, explica la evolución en relación con la edad gestacional, del ritmo respiratorio y cardíaco, de la frecuencia y duración de las pausas sinusales y de la respiración periódica y las apneas.
- Es también debido a su inmadurez que los prematuros reaccionan en forma de apneas con o sin bradicardias a las agresiones o a los trastornos metabólicos. Por este motivo es indispensable descartar y tratar todas las causas de apnea secundaria antes de asumir que el problema se origina en la inmadurez del niño.

Uno de los mecanismos que se podría invocar para aducir que la posición canguro previene los episodios de apneas centrales de la prematurez es que el niño, mientras está sobre el pecho de su madre recibe estimulación cinética rítmica y episódica, dada por los movimientos tanto respiratorios como generales de la madre. Hay tres meta-análisis que evalúan el papel de la estimulación cinética en la prevención y el manejo de apneas de la prematurez las cuales no encuentran efectos benéficos, ni profilácticos ni terapéuticos atribuibles a la estimulación cinética. La maniobra estudiada era estimulación rítmica por aparatos oscilantes, que no necesariamente es comparable (efecto de clase) con la estimulación provista por la posición canguro.

Otro mecanismo potencialmente protector de la PC está vinculado a la posición en decúbito prono, que al parecer se asocia con una mecánica ventilatoria mejor y por tanto con una posible disminución de apneas obstructivas y mixtas.

f. Desarrollo Neuro- Psicomotor

Estudios observacionales, junto con la Organización del comportamiento y del Sueño del Prematuro, mostraron que los niños que realizan posicionamiento canguro, al entrar en contacto con la piel de la madre se calman, deja de llorar y concilian el sueño. La característica de este sueño es que es tranquilo, acompañado de respiraciones regulares, lo que influye en el comportamiento organizado al despertar, es decir que en la posición canguro se encuentran calmados y lloran menos. Lo cual puede ser explicado por: ^{9;10}

- 1.** Los ruidos cardiacos de la madre pueden inducir el sueño en el niño, la posición canguro permite al bebé escuchar de forma continua estos ruidos, transmitidos a través del pecho de la madre.
- 2.** Mientras el prematuro duerme en vertical (decúbito prono) presentan menos episodios de despertar.
- 3.** La posición canguro implica mantener al niño en decúbito prono sobre el tórax de la madre.
- 4.** La combinación de los ruidos cardiacos maternos con el balanceo suave del bebé tiene un efecto positivo sobre el tiempo de sueño tranquilo del niño prematuro.¹¹
- 5.** El niño en posición canguro no solamente escucha los latidos cardiacos maternos, sino que además está sometido al balanceo rítmico y suave producido por los movimientos regulares de la respiración de la madre.

6. El anidamiento del bebé prematuro en un ambiente de tranquilidad parece disminuir sus episodios de despertar durante su sueño tranquilo. La faja de lycra o los otros tipos de soporte de la posición canguro permiten mantener al niño confortablemente posicionado (anidado) entre los senos de su madre.

g. Desarrollo Neurológico y Psicosocial

Al conseguir que la familia se involucre, el niño desarrolla un mejor desempeño en las pruebas de desarrollo psicomotor. El mecanismo social, estimula a la diada madre-hijo, padre-hijo a sensibilizarse uno al otro. La madre es más capaz y gana confianza al cuidar el niño y el padre tiene un papel activo y más participativo en el cuidado del niño. La hipótesis que se maneja en los niños cuidados en la posición canguro se basa, en el extraordinario potencial del cerebro para adaptarse a una lesión y sobre la posibilidad terapéutica de inducir y regular dicha plasticidad para mejorar la activación cerebral y la funcionalidad, es así que se relaciona la capacidad de cerebro para reiniciar la maduración del cuerpo calloso, por medio de la información sensorial que le brinda el cuerpo de los padres, necesaria para el desarrollo del esquema básico sensorio-motor.

Entre las estimulaciones sensoriales evidentes se encuentra el caso de La audición al hablarle, cantare y leerle; olfativa a través del olor de la piel y de la leche materna; vestibular a través de la posición sobre el pecho y de los múltiples cambios de posición de la madre; táctil por intermedio del contacto directo piel a piel y visual, por el contacto visual permanente con la madre/padre.

h. Dolor y Estrés

Anteriormente se asumía que el sistema nervioso del recién nacido por ser poco desarrollado, no debía conducir el dolor, por lo que se realizaban procedimientos dolorosos sin el uso adecuado de analgesia y anestesia. Las investigaciones realizadas por Anand y Hickley ¹² en la década de los 80 mostraron que los recién nacidos, incluidos los niños prematuros, experimentaban el dolor y sus consecuencias, por lo cual la expresión facial y el llanto que acompañaron a los recién nacidos durante los procedimientos dolorosos fueron interpretados como signos de dolor percibidos.

El feto percibe el dolor. A partir de la semana octava de gestación aparecen en la zona bucal las primeras terminaciones de la sensibilidad periférica; hacia la 20 semana los receptores sensoriales de la piel ya son funcionales y a la semana 26 todo se ha desarrollado para que el feto pueda percibir el dolor. A las 30 semanas las fibras talámicas están completamente mielinizadas y a la semana 37 la mielinización de las fibras del tálamo está completa. Por ello se recomienda dar manejo analgésico cuando se le realizan procedimientos dolorosos al feto.

Además, ciertos estudios muestran que cuando los estímulos dolorosos son repetitivos, el niño los memoriza y se genera un riesgo de perturbación de las interacciones entre el niño y su entorno hasta tiempo después de la experiencia dolorosa. ¹³

La información anterior permite entonces concluir: El recién nacido prematuro es capaz de percibir el dolor. La estimulación dolorosa es repetitiva en las unidades de hospitalización, debido a los procedimientos que frecuentemente se deben realizar, por lo tanto, debe tenerse en cuenta por parte del personal de salud, el efecto negativo de la repetición de dichos estímulos dolorosos.

Después de un nacimiento prematuro, el recién nacido debe quedarse hospitalizado varias semanas. El entorno de la unidad de cuidado intensivo

neonatal puede tornarse agresivo en la medida en que se realizan diferentes procedimientos en busca de los diagnósticos y posteriormente del tratamiento, lo que se suma al dolor secundario a las enfermedades que padece o por traumatismos como el post operatorio. Adicionalmente, en niños mayormente prematuros (como los prematuros extremos) hay estímulos que se perciben como dolorosos, el exceso de luz o ruido persistentes, sin una variación que simule el día y la noche, lo que puede tener un impacto negativo para la organización futura del sueño.

La posición canguro, ayuda a que el niño en contacto con su madre disminuya las alteraciones fisiológicas secundarias al procedimiento doloroso, así como sus expresiones faciales de dolor, como las muecas, fruncir el ceño, cerrar los párpados, entre otros. En un estudio de casos y controles ¹⁴ se documentó que el contacto piel a piel entre madre-hijo, puede reducir la sensación de dolor durante una punción en el pie. La duración del llanto y las expresiones de dolor se redujeron 82% y 65% respectivamente en el grupo control.

Mientras que el dolor altera el comportamiento y el sueño del recién nacido, el posicionamiento canguro los mejora, de esta manera podría reducir los efectos negativos de los estímulos dolorosos producidos por los procedimientos médicos que se realizan constantemente en las salas de cuidado intensivo neonatal.

En conclusión, el uso del posicionamiento canguro durante un procedimiento doloroso, es una medida no farmacológica que puede llegar a reducirlo. Además, la utilización de este a diferentes horas, incluso cuando no se están realizando estímulos dolorosos, dado que brinda efectos positivos sobre la organización neurológica del niño lo que le permite contrarrestar los efectos negativos de dicho estímulo doloroso en cuanto al comportamiento y la calidad de sueño de estos niños.

i. Reflujo gastroesofágico

Aunque no hay estudios que hayan evaluado directamente la relación entre la posición canguro y el reflujo gastroesofágico, se puede asumir que dadas las similitudes de la posición canguro con la posición estudiada y recomendada (posición prono con elevación de 30 a 45 grados) aquella podría tener un efecto protector, ya que mientras el niño está en contacto piel a piel sobre el pecho de la madre se mantiene en decúbito prono y vertical durante el día, y con inclinación entre 30 y 45 grados durante las horas de la noche o cuando la madre descansa.

La recomendación del decúbito prono con elevación de 30 a 45° está apoyada por evidencia empírica. Los estudios clínicos que existen muestran una tendencia a que esta posición disminuya el número y la intensidad de los episodios de reflujo gastroesofágico en los recién nacidos prematuros. Tobin y Ewer sustentan estas afirmaciones con estudios donde se usan distintas secuencias aleatorias de posturas, mostrando los beneficios de la posición prona, (que se asemeja a la posición canguro), y de la posición lateral izquierda. Encontraron un índice mediano de reflujo de 6.7% en posición prona, de 7.7% en posición lateral izquierda, de 12.0% en posición lateral derecha y de 15.3% en posición supina. Oresntein y Dellagrammatica observaron mejores resultados en la posición prona, la cual favoreció tanto un mejor vaciamiento gástrico como la reducción de los episodios de reflujo.

j. Posición canguro en cuidados paliativos

No hay información que permita establecer si los efectos de cargar a un niño terminal en posición canguro son positivos o negativos para el manejo del duelo en la madre. El contacto puede ser consolador y ayuda a elaborar el duelo de mejor manera. El padre al estar involucrado en los cuidados terminales, podría sentir que está aportando algo positivo a su hijo. Se argumenta que esta es una

manera íntima y apropiada de despedirse de su hijo. Sin embargo, no hay evidencia específica que sustente estas argumentaciones.

Un estudio evaluó el efecto que en madres de mortinatos tenía el que la madre tuviera o no contacto físico con el mortinato, en la frecuencia de trastornos psicológicos y las dificultades en la relación con posteriores hijos nacidos vivos. Entre los resultados se encontró que los niveles de depresión en el embarazo subsiguiente fueron más elevados en las madres que cargaron a sus hijos cuando ya estaban muertos. Esto sugiere que el hecho de tener en brazos a su recién nacido muerto induce a una prevalencia más grande de depresión y un nivel más alto de ansiedad en el siguiente embarazo, así como un nivel más alto de estrés post parto a un año.

k. Transporte en posición canguro

En sitios donde no ha estado disponible la incubadora de transporte adecuada, se ha realizado la movilización del niño mientras se mantenía en posición canguro, permitiendo una adecuada regulación térmica durante el transporte. No se recomienda como practica rutinaria, pues es poca la evidencia que sustenta esta información.

Madre y Padre

- Estimular una relación más temprana que propicia un desarrollo adecuado del vínculo emocional.
- Facilitar la apropiación del rol materno.
- Por tener a su hijo cerca, hace que los niveles de estrés y ansiedad disminuyan.
- Al estar en contacto con su recién nacido y olerlo, estimula la producción de leche.

- Fortalecimiento de la seguridad y confianza, por el apoyo de los profesionales de la salud, que la apoyan conceptualmente.
- Menos ausentismo laboral

Institución y Sistema de salud¹⁵

1. Es un método seguro, eficaz, natural, fácil de aplicar.
2. Reducen costos en la hospitalización.
3. No se debe pagar económicamente a la madre para que lo realice.
4. Usar racionalmente la tecnología.
5. Menos gasto en leche de formula

A nivel nacional el Método Madre Canguro plantea dos componentes esenciales, en primera instancia se encuentra el componente intrahospitalario donde los recién nacidos <2500 gr y/o <37 semanas que se encuentren hemodinámicamente estables inician el posicionamiento canguro teniendo como requisito esencial la disponibilidad de tiempo por parte de la madre el cual debe ser de mínimo 2 horas diarias durante el tiempo de estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Este proceso de proveer cuidado es continuo, al iniciar el posicionamiento canguro se propicia el contacto piel a piel, la expresión de amor y la lactancia materna en la diada madre-hijo por medio de un proceso de adaptación emocional, físico y social a través de una enseñanza clara y objetiva que permita asegurarle a la madre entrenamiento y apoyo constate, esto le permite a su vez ganar confianza en sí misma a la hora de ofrecer cuidado a su recién nacido a través del desarrollo del vínculo afectivo madre e hijo. Lo anterior se propicia teniendo como objetivo principal lograr una alta hospitalaria oportuna para el recién nacido una vez

cumpla con los criterios necesarios que le garanticen un estado de salud apto para la estancia en el hogar.

Una vez sea dado de alta se inicia la aplicación del Programa Cuidado Canguro Extra hospitalario donde a través de un seguimiento constante se valora el crecimiento y desarrollo del niño verificando como ha sido su adaptación al ambiente familiar, la ganancia de peso hasta el momento y el estado emocional y físico de la madre. Las visitas del niño y la madre deben hacerse diariamente hasta que el peso ganado sea de 15 a 20 gramos por día, luego dichas visitas pasaran a ser semanales hasta los 3 años de vida real o corregida en el caso de los bebés prematuros, durante estas visitas se evaluara constantemente la función a nivel oftálmico, auditivo, neurológico y psicomotriz.

Es así como a través de la aplicación de ambos componentes del MMC se favorece la adopción del rol materno, fundamentado por la teoría de Enfermería *Adopción del Rol Materno*, propuesta por Ramona Mercer quien inició su carrera como enfermera en 1950, cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama), al graduarse recibió el premio L.L. Hill por su excelencia en los estudios. Se licencio en enfermería en 1962 por la universidad de Nuevo México (Albuquerque). En 1964 obtuvo la licenciatura superior en enfermería materno-infantil en la Emory University y completó su doctorado en enfermería maternal en la universidad de Pittsburgh en 1973. Actualmente, la doctora Mercer es profesora emérita de enfermería de salud familiar en la Universidad de California, en San Francisco.

En 1963, mientras trabajaba y estudiaba enfermería, recibió el premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar de la University of Emory. Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios. Además, ha publicado seis libros y seis capítulos de libros.¹⁶

Cuando inicio su investigación, Mercer se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños discapacitados y madres adolescentes. Su estudio sobre madres adolescentes durante el primer año de maternidad dio como resultado el libro *Perspectives on Adolescent Health Care (1979)*, que recibió el *American Journal of Nursing Book* en el año de 1980. Este tipo de investigaciones hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades recopilándolas en un tercer ejemplar *First-time Motherhood: Experiences for Teens to Forties (1986)*.

La teoría de la Adopción del Rol Materno, es una teoría de mediano rango que define la adopción del rol donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo contenido en varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del recién nacido. Dicha teoría propone un *Papel Maternal* como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre, de manera progresiva va fortaleciendo el vínculo con su hijo, adquiere habilidades para la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación al hacerlo. Además, dicha teoría menciona que cada madre es única al percibir los acontecimientos que ha vivido y que influyen en el momento de brindar los cuidados a su hijo, pues ella plasma las características innatas de su personalidad en cada acción de cuidado.¹⁷

Existe un verdadero y profundo lenguaje de los sentimientos, el cual madre e hijo son capaces de decodificar si tienen la oportunidad de un acercamiento constante que les permita conocerse a profundidad, aquella expresión de sentimientos basadas en el conocimiento del llanto, la tranquilidad y la calma les permite alcanzar increíbles logros de amor a la diada.

La adopción del rol materno comprende cuatro estadios según la etapa que atraviesa la diada madre-hijo:

- El primer estadio denominado por Mercer como **Anticipación**, empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.
- El siguiente estadio es el **Formal**, empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación.
- Posteriormente inicia el estadio **Informal**, cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros haciendo que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.
- Finalmente, la madre alcanza el estadio **Personal** cuando ha logrado integrar el rol de ser madre en su propio sistema con una congruencia entre sus deseos, sintiéndose segura de su identidad como madre y emocionalmente entregada a su hijo.

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, el apoyo social, el estrés y las características maternas que permitan desarrollar sensibilidad de respuesta a las señales emitidas por el niño, el cual se considera como un compañero activo dentro del proceso de toma de rol de la madre y afecta y es afectado por la representación del rol. La identidad materna se desarrolla paralelamente a su vinculación y dependen el uno del otro, por tal razón fomentar los estímulos del vínculo madre-hijo permite un contacto precoz y emotivo

desarrollando el apego y la interacción bajo el marco de la confianza de la madre en el niño y en sí misma.

La transición de la mujer al convertirse en madre implica un cambio amplio en su espacio vital lo cual requiere un desarrollo continuo en los círculos concéntricos de lo que Mercer define como microsistema, meso sistema y microsistema. A continuación, se definen los sistemas en los cuales se interviene a través del Programa:

- El **Microsistema** es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.
- El **Mesosistema** incluye la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.
- El **Macrosistema** se refiere a las influencias culturales, políticas y sociales, las leyes nacionales, respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción de éste.

Adoptar el rol materno se constituye en un reto para la mujer y hace parte de una adecuada maternidad, es aquí donde el profesional de enfermería interviene para ayudar a conseguir un nivel óptimo de salud y funcionamiento, a través de actividades educativas, asistenciales e investigativas con el fin de proporcionar un cuidado enfermero integral. La maternidad y la adopción del rol materno es un

proceso multinivel muy complejo, sin embargo, la teoría de Mercer y su trabajo hacen que este proceso sea lógico y comprensible y proporciona una base sólida para la práctica del cuidado de Enfermería.¹⁸

El Cuidado Canguro Intrahospitalario es el primer peldaño para la humanización de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, en donde la madre y la enfermera como personal de salud se acompañan y educan en un trabajo mutuo que hace evidente los beneficios para el recién nacido, su madre y la comunidad.¹⁹

Manejo de las alteraciones en signos vitales del recién nacido durante el posicionamiento²⁰

Es posible que durante el posicionamiento canguro, el recién nacido presente alguna alteración en sus signos vitales. Esta puede estar determinada por factores propios de la situación de salud del niño como la edad gestacional y las patologías presentes. Así mismo, dicha alteración puede ser el resultado de factores externos, los cuales pueden ser fácilmente modificados en un corto período de tiempo para prevenir complicaciones en el recién nacido. El manejo de las alteraciones será descrito a continuación, para cada uno de los signos evaluados durante el posicionamiento: Temperatura, saturación de oxígeno, color y frecuencia respiratoria.

1. Temperatura

Valores normales de temperatura en el recién nacido (OMS 1997)

Temperatura corporal central normal: Se considera a la temperatura axilar.

El valor normal es de 36,5 - 37,5 °C.

Temperatura de piel: Se considera a la temperatura abdominal. El valor normal es de 36,0 -36,5 °C. Academia Americana de Pediatría (AAP).

La hipotermia se puede clasificar de acuerdo a su severidad:

- a. Hipotermia leve: Temperatura corporal → 36 - 36,4 ° C
Temperatura de piel → 35,5 - 35,9 ° C

- b.** Hipotermia moderada: Temperatura corporal → 32 - 35,9 ° C.
Temperatura de piel → 31,5 - 35,4 ° C
- c.** Hipotermia grave: Temperatura corporal de < 32 ° C.
Temperatura de piel < 31,5 ° C

Signos y síntomas de alteración en la termorregulación

Signos de hipotermia

Cuerpo frío al tacto	Mala perfusión periférica
Cianosis central y/o acrocianosis (existe después de las primeras horas de vida)	Disminución de la actividad
Aumento del requerimiento de oxígeno.	Letargia / Irritabilidad
Respiraciones irregulares y/o apnea / Taquipnea	Disminución de los reflejos. Hipotonía
Intolerancia alimentaria	Llanto débil
Distensión abdominal, aumento del residuo gástrico	Succión débil
Bradicardia	Hipoglucemia
	Edema
	Dificultad para descansar

Signos de hipertermia secundaria a sobrecalentamiento

Taquipnea	Alimentación irregular
Apnea	Letargia
Taquicardia	Hipotonía
Hipotensión	Postura en extensión
Rubor	Llanto débil o ausente
Extremidades calientes	Temperatura de piel mayor que central
Irritabilidad	

Recién nacido con hipotermia

Si la temperatura del niño es menor de 36,5 °, realizar el calentamiento lentamente entre 1°-1,5°C por hora. El rápido recalentamiento puede asociarse con mayores problemas orgánicos, metabólicos, cutáneos y cerebrales.

- a.** Retirar todos los elementos que puedan interferir con la ganancia de calor como ropas húmedas y la vestimenta del recién nacido, hasta que la temperatura se normalice. Evitar las pérdidas de calor por cualquiera de los mecanismos: convección, radiación, conducción y evaporación.
- b.** Controlar siempre la temperatura cuando se modifiquen los factores externos.
- c.** Todos los gases que respire el niño deben de estar húmedos y calientes. Con soporte respiratorio (ventilación mecánica,), la temperatura de los gases inspirados debe ser de 37°C. 39° C - 2° C para llegar a nivel del pulmón a 37°C (Fisher & Paykel MR 730).
- d.** Si a pesar de lo expuesto anteriormente al niño le sigue bajando la temperatura axilar, es necesario buscar las fuentes de pérdida de calor y aumentar la temperatura ambiental.
- e.** La recuperación del paciente hipotérmico precisa de una vigilancia y un control estrecho por existir el riesgo de producir hipertermia.

Si el niño presenta hipotensión o le aumenta la frecuencia cardíaca, es necesario comprobar que no existe sobrecalentamiento y será necesario disminuir la velocidad de calentamiento.

Recién nacido con hipertermia

Es fundamental evitar hipertermia inducida por los cuidados de enfermería. Ante la presencia de un recién nacido con hipertermia se debe:

- a. Confirmar que no tiene un foco de calor radiante adicional.
- b. Si el niño está vestido, proceder a desvestirlo.
- c. Si es posible, aumentar las pérdidas de calor por convección.
- d. No modificar la temperatura de los gases inspirados.
- e. No “mojar” al niño.
- f. Vigilar el descenso de temperatura cada 15-30 min por el riesgo de llevarle a hipotermia.
- g. Los antitérmicos están destinados a la hipertermia no iatrogénica.

El método de calentamiento depende de la edad gestacional y del estado clínico. La primera forma de calentamiento en un recién nacido de término, vigoroso es el contacto piel a piel. Si este método no es efectivo o si el recién nacido es pretérmino o si no se encuentra vigoroso el método de calentamiento es la incubadora.

2. Saturación de Oxígeno

Recién nacido prematuro	Saturación deseada	Saturación mínima	Saturación máxima
< 1200 gr o < 32 semanas	88 – 92%	85%	93%
> 1200 gr o > 32 semanas	88 – 94%	85%	95%

Este criterio debe ser cumplido hasta las 8 semanas de vida postnatal y hasta completar la vascularización retiniana. En pacientes con displasia broncopulmonar el nivel de saturación indicado es de 93%, sin superar ese valor hasta completar la vascularización retiniana.

La oxigenación adecuada es “aquella en la que la entrega de O₂ es suficiente para el consumo requerido”.

El saturómetro es útil especialmente con valores de saturación entre 85 y 94%, que se corresponden con PaO₂ (presión arterial de oxígeno) entre 50 y 70 mmHg. Cuando la saturación es >94% se pierde la correlación con el valor de PaO₂, ya que ésta puede oscilar entre 80 y 400 mmHg, valores que implican hiperoxia en el

RNPT. Varios reportes han informado que altas saturaciones aumentan el riesgo de enfermedad pulmonar y ROP. Si bien no hay suficientes estudios aleatorizados, los publicados hasta la actualidad muestran que saturaciones entre 88 y 92% serían beneficiosas y no aumentarían la incidencia de mortalidad ni de parálisis cerebral.

Manejo de la Fi O2 y Saturación de oxígeno en RNPT

El objetivo es evitar reiterados o frecuentes episodios de hipoxia/hiperoxia para lo cual ningún recién nacido debe ser sometido a variaciones bruscas de la FiO2, sólo en respuesta a la lectura de la saturación del monitor de SpO2.

a. El oxígeno: es una droga con efectos adversos potencialmente importantes en los RNPT y en especial en los menores de 1500 g y/o menores de 32 semanas de EG. Es necesario evitar la hipoxia, pero sin causar hiperoxia, que conduce a injuria y stress oxidativo. Actualmente se sabe que niveles de FiO2 suficientes para mantener saturación entre 95 y 100 % son potencialmente peligrosos. Además, los episodios reiterados de hiperoxia/hipoxia producen alteración del tono vascular en RN inmaduros.

b. Alarma de saturación baja: Ante la alarma de saturación menor de 85 % es conveniente preguntarse:

- ¿Es apropiada la onda de pulso?
- ¿Es un problema de sensor?
- ¿Cómo está la FC y el esfuerzo respiratorio?
- ¿Cuán baja es la saturación y por qué período de tiempo ha estado por debajo de niveles aceptables?

c. Saturación deseada:

- < de 1200 g. ó < de 32 semanas: 88 % a 92 %
- De 1200 g. ó > de 32 semanas: 88 % a 94 %
- Este criterio debería ser seguido hasta las 8 semanas postnatales o hasta completar la vascularización retiniana. En casos de DBP el nivel de saturación indicado es 92 % o 94 %, no superando en

ningún caso este valor hasta que se haya completado la vascularización de la retina.

d. Descenso de la FiO₂ y niveles de saturación:

- El descenso de la FiO₂ debe ser paulatino, de 2 a 5 % por vez si la saturación de O₂ supera el límite superior.
- Hay que evitar un exagerado y rápido descenso de la FiO₂ que provoque hipoxia, ya que esto en general conduce a un posterior incremento de la FiO₂ y riesgo de hiperoxia.
- El descenso debe realizarse cuando la SpO₂ sea estable y > de 92–93% por un período determinado, no inferior a 5-10 minutos. Si la SpO₂ fuese > 95-97% el descenso de FiO₂ debe ser más rápido para evitar hiperoxia. El valor de SpO₂ a partir del cual debe disminuirse la FiO₂ quedará determinado y aclarado para cada paciente en las indicaciones médicas en forma diaria.

e. Incremento de FiO₂:

- Episodio de Apnea: es suficiente ventilar con la MISMA FiO₂ que el RN estaba recibiendo.
- Si hace falta reanimar: colocar pulsioxímetro, medir saturación y descender FiO₂ rápidamente a valores que mantengan SpO₂ entre 87 y 93%, hasta estabilizar al RN.
- No aumentar FiO₂ y dejar el área del RN. Evaluar porqué fue necesario el cambio. No dejar al RN porque “está mejor” con SpO₂ de 98%.
- No aumentar FiO₂ si la SpO₂ es 85-86%, a menos que esto sea persistente y se haya valorado con el (los) médico(s) tratante(s).
- No aumentar FiO₂ si la SpO₂ es 80-85%, “por un instante”, a menos que esto sea persistente y se haya valorado con el (los) médico(s) tratante(s).

- El médico siempre debe ser notificado cuando sea necesario elevar la $FiO_2 > 5\%$ del rango preestablecido.
- Durante un episodio agudo de desaturación confirmada: mantener SpO_2 entre 85-93%, hasta estabilizar al RN.
- Después del episodio agudo de desaturación: regresar la FiO_2 a los valores “basales” cuanto antes.²¹

3. Color²²

a. Ictericia

Coloración amarilla de piel y mucosas por aumento de la bilirrubina (BI) en sangre igual o mayor a 5 mg. % en el recién nacido.²³ Suele mostrarse primero en la cara, con valores de bilirrubina indirecta (0-5 mg/dl). Conforme los niveles de bilirrubina aumentan, la ictericia se extiende hacia:

- El tórax (5-10 mg/dl).
- El abdomen (10-15 mg/dl).
- Los muslos y las piernas (más de 15 mg/dl).

La ictericia fisiológica está en relación con la maduración hepática y/o lactancia materna. No es riesgosa y no requiere tratamiento. La ictericia es normal si se presenta al tercer día del nacimiento y desaparece a la semana. Aquella que se observa en las primeras 24 horas puede deberse a incompatibilidad sanguínea.

La única forma de evaluar la severidad de la ictericia con exactitud es medir el nivel de bilirrubina (ya sea directa o indirecta). La presencia de anemia sugiere la posibilidad de:

- Hemólisis (por incompatibilidad sanguínea).
- Sangrado (cefalohematoma).

La determinación de grupo sanguíneo y factor Rh permite saber si hay incompatibilidad sanguínea, que puede causar hemólisis e hiperbilirrubinemia con ictericia. Se puede sospechar hemólisis si:

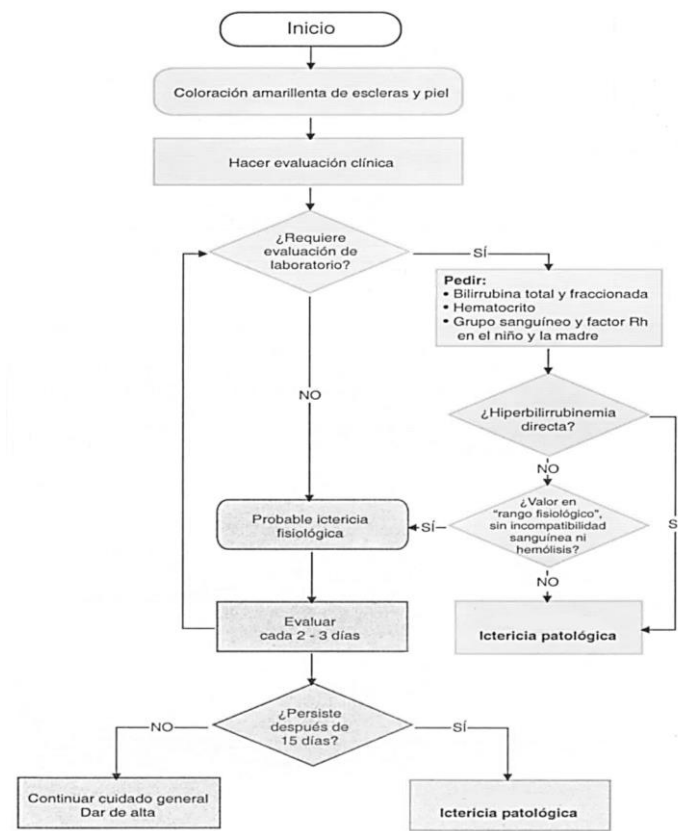
- La madre tiene grupo sanguíneo O y el niño A, B o AB.
- La madre tiene factor Rh negativo y el niño Rh positivo.

Si no hay hemólisis y el nivel es menor de 10 mg/dl en el segundo día o menor de 13 mg/dl en los días siguientes, probablemente la ictericia es fisiológica.

La ictericia severa puede ocasionar daño neurológico.

Esquema de Recién ictericia

atención del nacido con



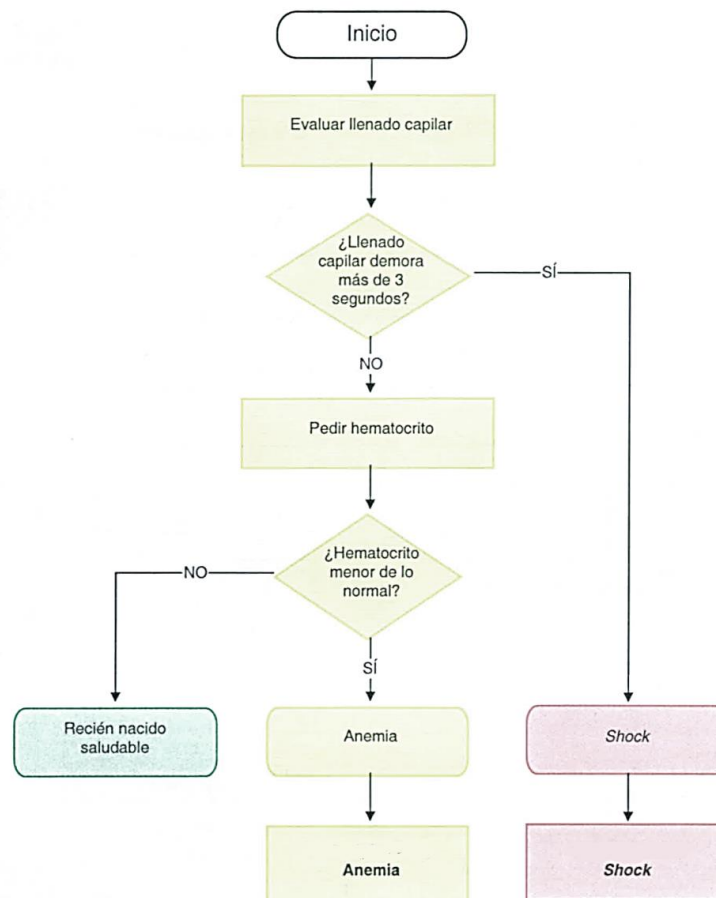
b. Palidez

Puede presentarse por pobre perfusión de la piel como cuando hay shock o por anemia. La presencia de llenado capilar lento es un buen indicador de shock, especialmente si se acompaña de taquicardia, hipotensión, ruidos cardiacos débiles, letargia o mal estado general.

La palidez es uno de los principales signos de anemia, definida por la concentración de hemoglobina o hematocrito menor de los parámetros de normalidad según la edad gestacional:

Edad	Hemoglobina Promedio g/dl (mínimo)	Hematocrito Promedio % (mínimo)
28 semanas	14,5	45
32 semanas	15,0	47
40 semanas	16,5(13,5)	51(42)
1-3 días de vida	18,5(14,5)	56(45)
2 semanas de vida	16,6(13,4)	53(41)
1 mes de vida	13,9(10,7)	44(33)

Esquema de atención del recién nacido con palidez



c. Cianosis

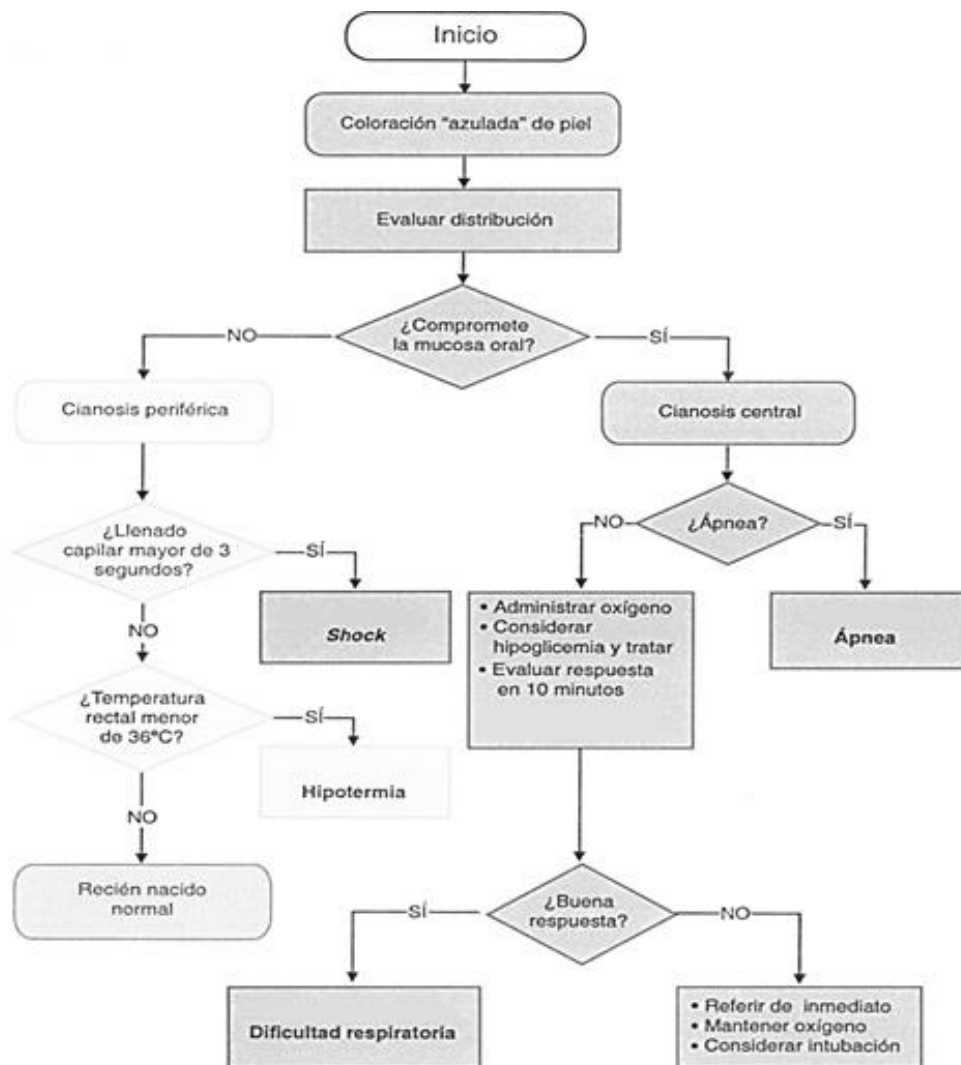
Es la coloración azulada de piel y mucosas. Puede ser periférica (manos, pies, peri bucal) o central (mucosas). La cianosis periférica es un hallazgo frecuente en el recién nacido sano; ocurre por pérdida de calor en un ambiente térmico inadecuado. También puede ser un signo de hipotermia por infección o shock.

Si la cianosis no es consecuencia de apnea, indica enfermedad respiratoria o cardíaca severa. En esta situación debe iniciarse oxígeno al 100% (micro cámara con oxígeno a por lo menos 8 litros por minuto, con mínimo de rendijas) inmediatamente y evaluar si la cianosis desaparece con el tratamiento.

Son necesarias las medidas de estabilización del recién nacido:

- Permeabilizar la vía aérea: Posicionamiento de la cabeza y succión de secreciones en caso de ser necesario.
- Mantener un ambiente térmico adecuado: El objetivo es mantener la temperatura axilar entre 36,5°C a 37,5°C, ya sea por medio del calor de la incubadora o por el contacto piel a piel ofrecido por el posicionamiento canguro.
- Administrar oxígeno suplementario.
- Suspendir la vía oral (para evitar bronco aspiración).
- Dar hidratación endovenosa.
- Iniciar antibióticos si se sospecha infección.
- Manejar las patologías asociadas: Hipoglicemia, policitemia, hipotermia, asfixia, infección, dificultad respiratoria, cardiopatía o enfermedad neuromuscular.

Esquema de atención del recién nacido cianótico



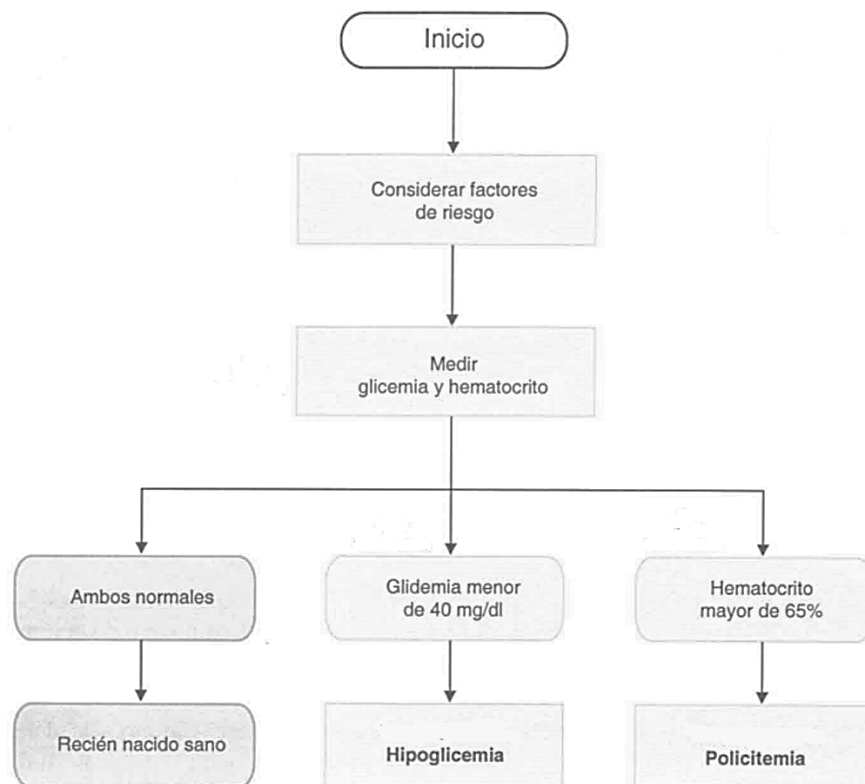
d. Rubicundez (Plétora)

Considerar factores de riesgo como: Bajo peso para la edad gestacional, recién nacido grande para la edad gestacional, hijo de madre diabética, demoras en el pinzamiento del cordón umbilical al momento del parto mayor a 60 segundos.

La mayoría de los niños que la padecen son asintomáticos, sin embargo, pueden presentar: letargia, succión débil, hipotonía y/o dificultad respiratoria.

Es necesario complementar el diagnóstico con la realización de pruebas de laboratorio: Hematocrito venoso o capilar 2-4 horas de vida del recién nacido y glicemia. Si el hematocrito venoso o capilar es mayor al 65% el diagnóstico es policitemia. Si la glicemia es menor a 40 mg/dl, el recién nacido también esta hipoglicémico.

Esquema de atención del recién nacido Rubicundo



e. Piel marmórea

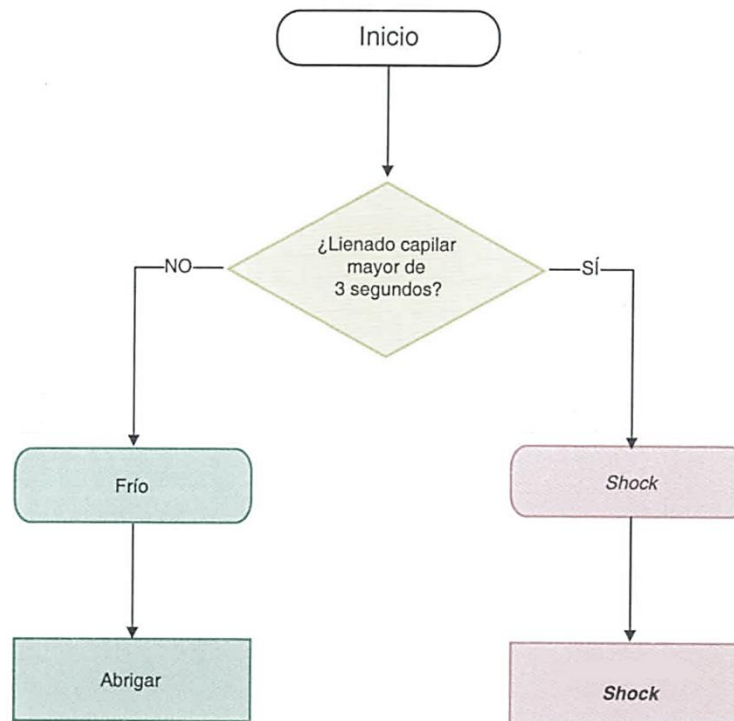
La piel marmórea se ve pálida, con zonas violáceas que se tornan pálidas cuando se hace presión con el dedo. Puede ocurrir como reacción al frío o por disminución de la perfusión de la piel por shock.

La exposición al frío en forma brusca puede producir piel marmórea. También se ve en niños con fiebre a quienes se trata de bajar la temperatura con alcohol.

Para complementar el diagnóstico, es necesario evaluar si existe:

- Taquicardia
- Taquipnea
- Llenado capilar lento
- Pulsos débiles
- Palidez
- Cianosis
- Oliguria
- Alteración en el sensorio
- Alteraciones en la temperatura

Esquema de atención del recién nacido con piel marmórea



4. Frecuencia respiratoria

En los bebés recién nacidos, la frecuencia respiratoria (FR) es diferente a la de los adultos y los niños, durante las tres primeras semanas de vida es nasal obligada, (por eso no deben colocarse sondas nasogástricas, ni ocluir las narinas).

La frecuencia respiratoria basal puede oscilar de 30 a 60 por minuto, pudiendo ser mayor en los primeros minutos de vida, la FR puede ser irregular sobre todo en los bebés prematuros, ellos pueden incluso hacer pausas de 15 segundos, lo que ocurre por la inmadurez de su centro respiratorio. Su respiración es abdominal, su caja torácica no está completamente osificada es laxa y durante la enfermedad respiratoria aguda se retrae con mayor facilidad, la vía aérea es de diámetro pequeño por lo que el riesgo de obstrucción es mayor.

Monitoreo de la FR

Este se sustenta clínicamente en la observación de los movimientos del tórax, se observa la frecuencia y la profundidad respiratoria; las relaciones entre frecuencia y profundidad determinan los distintos patrones respiratorios que se observan en los recién nacidos.

La respiración debe ser evaluada durante un minuto completo y observar los movimientos torácicos, debe tenerse en cuenta la frecuencia respiratoria y sus características, se debe auscultar con estetoscopio el tórax, comparando la simetría o no de la entrada de aire en los campos pulmonares, y buscando ruidos agregados (rales, sibilancias, roncus, etc). Todo lo observado debe registrarse y ante anomalías avisar al neonatólogo para que realice cambios en el tratamiento.²⁴

Tipos de respiración:

- a. Regular:** los intervalos entre los ciclos respiratorios son iguales y de profundidad similar, es la que se observa en los recién nacidos de término, durante el sueño tranquilo (no en su fase profunda o REM).
- b. Irregular:** presenta una marcada variabilidad tanto de la frecuencia como de la profundidad inspiratoria, esta se da habitualmente en recién nacidos prematuros y en recién nacidos de término durante la fase REM de sueño.
- c. Periódica:** Esta caracterizada por suspensiones breves y reiteradas de la inspiración en intervalos regulares, esta es típica de los neonatos

premalturos que presentan altos porcentajes de este tipo de respiración. A diferencia de la apnea su duración en corta y no altera otras variables hemodinámicas.

- d. **Apnea:** La apnea se define como la ausencia de respiración (flujo de gas respiratorio) por un período de 20 segundos o más (lo más aceptado), con o sin disminución de la frecuencia cardíaca; también se considera un episodio de ausencia de flujo en la vía aérea de menor duración con repercusión cardiocirculatoria (bradicardia y/o hipoxemia). La apnea es más frecuente en tanto más inmaduro es el recién nacido generando aumentos de la tensión arterial que se transmiten al cerebro produciendo hemorragias intracraneanas en los neonatos premalturos.
- e. **Bloqueo Terminal o Gasping:** son pausas muy prolongadas, con inspiraciones profundas e irregulares propias de los cuadros de daño grave, generalmente irreversibles.
- f. **Taquipnea:** Es la frecuencia respiratoria rápida y superficial de más de 60 por minuto, (no se la debe considerar anormal en las primeras horas de vida).
- g. **Bradipnea:** Frecuencia respiratoria lenta, se hace manifiesta en la depresión del centro respiratorio.
- h. **Disnea:** Es la dificultad para respirar, se puede reconocer por: aleteo nasal, tiraje supraesternal e intercostal, cianosis y quejido respiratorio.
- i. **Hipernea:** Es la Frecuencia respiratoria rápida, con aumento de la profundidad de la respiración.

Diagnóstico de las alteraciones en la respiración

El diagnóstico se hace a veces sólo con la observación. En los neonatos de alto riesgo es más habitual su diagnóstico con un monitor. Los monitores típicos consisten en una banda torácica que detecta los movimientos de la pared del tórax y un pulsioxímetro para registrar la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno. En caso de presentarse apnea del premalturo este es un diagnóstico por exclusión.

La apnea de la prematuridad se debe a inmadurez del centro respiratorio y se presenta generalmente después del tercer día de vida. La incidencia es alrededor del 50% en los neonatos <1500g, 92% en <1250g y 95%-100% en los nacidos antes de las 28 semanas de edad gestacional. La apnea de la prematuridad es tanto más frecuente cuanto menor es la edad gestacional y en los más inmaduros persiste frecuentemente después de las 34 semanas y en ocasiones hasta después de las 40 semanas de edad postconcepcional.

Manejo de las alteraciones

a. Apnea

Si se descubre una apnea, bien mediante la observación o por la alarma del monitor y/o caída de la frecuencia cardíaca, se debe:

- Realizar una estimulación cutánea firme e intermitente en la espalda o plantas del pie del recién nacido, posicionando de manera concomitante la vía aérea, se aspira secreciones si las hay.
- Si el neonato no responde administrar oxígeno a flujo libre (5 litros) con mascarera.
- Si el neonato no responde a la estimulación se aplica ventilación manual con FiO₂ igual al que respiraba antes o aire ambiental.
- Pasada la apnea se realiza una evaluación clínica y se indican exámenes de laboratorio para buscar la causa en la apnea secundaria. Si hipoglucemia, hipotermia, infección o anemia se indicará el tratamiento correspondiente.
- Aplicar cuidados generales manteniendo al neonato en posición prona, con la cabeza en la línea media y el cuello en una posición neutra o en ligera extensión para evitar la obstrucción de las vías aéreas altas, con la cuna ligeramente elevada (conveniente emplear colchón de agua con movimientos oscilatorios). Mantener temperatura termo neutral y aspirar las secreciones bucofaríngeas. Manipulación cuidadosa de la alimentación oral. Tratamiento del reflujo gastroesofágico si está presente. Tratamiento con glóbulos rojos si hay anemia severa.

- En caso de necesitar oxigenoterapia, se recomienda administrar el oxígeno mediante cánula nasal a 1-2 l/minuto y no en oxihood.
- La VPPC (CPAP) se indica con cánula nasal humidificada cuando el neonato mantiene esfuerzo respiratorio eficiente en la apnea obstructiva y mixta. Estabiliza la pared torácica, aumenta el volumen pulmonar, mejora la eficiencia ventilatoria y suprime el reflejo inhibitorio. Se emplea presión de 3-5 cm H₂O y con FiO₂ < 0.25.
- Se hará reanimación con máscara si al minuto no responde a la estimulación cutánea. La ventilación mecánica se emplea si a los 30 segundos de reanimación con máscara no hay mejoría y cuando hay ataques de apnea repetidos.²⁵

La mayoría de las apneas terminan espontáneamente antes de los 30 segundos. Una FiO₂ de 0.25 disminuye la frecuencia de apnea. Como hay el riesgo de la fibroplasia retrolental o retinopatía del prematuro, en los neonatos inmaduros es imprescindible el monitoreo de la saturación de oxígeno (88-93 %) y realizar con frecuencia gasometría (mantener P_{O2} capilar entre 40 y 60 torr).

b. Taquipnea

En caso de presentarse un aumento de la frecuencia respiratoria > 60 rpm debemos:

- Evaluar las demás constantes vitales en busca de una posible causa para este aumento (hipotermia, desaturación de oxígeno, cambios de color, medicamentos).
- Proporcionar oxígeno a flujo libre teniendo en cuenta la edad gestacional, el peso y el riesgo de retinopatía de la prematuridad.
- Aplicar cuidados generales manteniendo al neonato en posición prona, con la cabeza en la línea media y el cuello en una posición neutra o en ligera extensión para evitar la obstrucción de las vías aéreas altas, con la cuna ligeramente elevada (conveniente emplear colchón de agua con movimientos oscilatorios).
- Proporcionar medidas de sostén, como conservar la temperatura, hidratar bien y continuar el suministro de oxígeno; solo excepcionalmente se requiere ventilador cuando el pronóstico se torna grave, pero en la mayoría de los casos es bueno.

Metodología

La pasantía Institucional se llevó a cabo entre los meses de Octubre del 2014 a Octubre del 2015, en la Unidad de Cuidado Intensivo del Recién Nacido CIRENA del Hospital Universitario del Valle Evaristo García, con una periodicidad de tres veces a la semana, distribuidos de la siguiente manera: jueves de 14:00-18:00 horas, viernes de 8:00-13:00 horas, 14:00-18:00 horas y sábado de 8:00-13:00 horas, cada estudiante cubrió un turno de 5 horas por semana, garantizando el acompañamiento y educación de las madres que realizaron Cuidado Canguro Intrahospitalario. El desarrollo de dicha pasantía se basó en la aplicación de una metodología participativa/educativa dirigida hacia el binomio madre/hijo y personal de Enfermería.

Bajo el marco de la teoría de la Adopción del Rol Materno, se enfatizó en el fortalecimiento del vínculo madre/hijo a través de la ejecución del posicionamiento canguro, el cual propició la expresión de sentimientos, el contacto piel a piel y la lactancia materna.

Dentro de las actividades que se desarrollaron durante la pasantía se encuentran:

Captación de las diadas

Para ingresar al Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, es necesario:

- a.** Identificar al recién nacido, verificando que este cumpla con todos los criterios necesarios para iniciar el posicionamiento dentro de los cuales se encuentran:²
 - Signos vitales estables durante la manipulación en el posicionamiento canguro.
 - Recién nacido Prematuro o con bajo peso al nacer (<2500gr).
 - Ausencia de malformaciones congénitas.
 - Ausencia de dificultad respiratoria.
- b.** Una vez identificado, se realiza un acercamiento hacia la madre con el fin de darle a conocer la existencia del programa, los beneficios del mismo, tanto para ella como para su hijo, además de los requisitos que ella debe cumplir:

Ausencia de:

- Erupción contagiosa
- Hipertermia, hipotermia
- Heridas en la piel
- Epilepsia no estabilizada o enfermedad mental no controlada
- Condiciones de asepsia inadecuadas
- Disponibilidad de tiempo suficiente (dos horas)

Esto para asegurar el bienestar de la madre y el recién nacido durante el posicionamiento.

- c. Posteriormente se hace entrega de la faja del programa a la madre y se procedió a realizar la primera prueba de posicionamiento Canguro, identificando cambios en el color de la piel especialmente en la región peri bucal y extremidades superiores (manos), con supervisión permanente. Luego de veinte minutos se verifica la estabilidad hemodinámica del niño, es decir su temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Obteniendo resultado satisfactorio cuando los signos vitales se encuentren dentro de los rangos normales para su edad. De ser satisfactoria dicha prueba, se procede con la inscripción de la diada madre-hijo al programa, y se continúa con la aplicación diaria del posicionamiento canguro controlado hasta que sea dado de alta o hasta que no se requiera la continuidad en el mismo.
- d. Con el fin de facilitar el reconocimiento de los recién nacidos participantes, se personaliza cada una de las incubadoras colocando el logo de canguro intrahospitalario en ellas, lo que permite la apropiación del Cuidado por parte de la madre y estimula la continuidad del mismo.

Intervenciones con las Madres/Padres

Con las madres o padres que se encontraban en la Unidad, se realizaron diferentes actividades que los apoyaron en el desarrollo del vínculo afectivo, por medio del contacto piel a piel en el posicionamiento canguro.

a. El componente educativo, se ejecuta simultáneamente con el posicionamiento canguro de manera grupal e individual, con el fin de que las madres puedan compartir sus vivencias y experiencias entre ellas, expresando dudas e inseguridades respecto al cuidado de su recién nacido. La educación gira alrededor de los siguientes temas y se según el contexto de las madres:

- Lactancia materna exclusiva (Ver anexo 6)
- Posicionamiento canguro
- Signos de alarma y consulta oportuna. (Ver anexo 6)
- Higiene del recién nacido y cambio de pañal (Ver anexo 6)
- Cuidados del cordón umbilical (Ver anexo 6)
- Fortalecimiento del vínculo (Ver anexo 6)
- Autocuidado materno

b. Además, esta información se hace permanente a través de una cartelera ubicada al ingreso de la UCIN en donde se expone de manera concisa e ilustrativa pautas para el buen desarrollo de los cuidados ya mencionados.

Teniendo en cuenta que el programa acoge diferentes diadas madre-hijo, con características particulares que las diferencian tanto en el motivo de hospitalización de su hijo, como en el tiempo de estancia en el programa, se hace importante realizar una recolección de evidencias por medio de narrativas y fotografías (Ver anexo 4), las cuales permiten conocer las percepciones y sentimientos de las madres con respecto a la experiencia vivida durante la ejecución del posicionamiento canguro y su aporte al desarrollo del rol materno.

c. Es de gran importancia reconocer que las fechas especiales dejan de serlo cuando se atraviesa por momentos de dificultad, por ello teniendo en cuenta el contexto de lo que conlleva vivirlas durante la hospitalización del recién nacido, pueden ocasionar un sin sabor en el estado de salud emocional materno, de allí la importancia de realizar acciones de acompañamiento que permitan brindar un cuidado a la madre, beneficiando a su vez al neonato en conmemoraciones como el Día de la madre, Día de los niños (30 de abril y 31 de octubre), Navidad, etc.

Intervenciones con el personal de Enfermería

El personal de Enfermería juega un papel significativo en el cuidado de los recién nacidos, son uno de los pilares más importante para su recuperación, por ello, con ellos se tuvo en cuenta lo siguiente:

- a. Contacto cotidiano permanente, para discutir la situación de los niños y de las madres que realizan Cuidado Canguro Intrahospitalario, ya que de ellos depende la constante aplicación del mismo, la permanente educación a las madres y el fortalecimiento de la lactancia materna, factores que podrían contribuir a la disminución de la estancia hospitalaria.
- b. Para favorecer esta interacción entre el personal de Enfermería y el cuidado canguro intrahospitalario, se realizaron actividades los días de la mujer, la madre, profesional de enfermería y navidad, buscando motivar al personal en la participación de este proceso, así como también destacar la importancia de la labor que realizan día a día (Ver anexo 12).
- c. Bajo la premisa de que quien se cuida a sí mismo cuenta con la capacidad de cuidar a otros, se hace relevante y pertinente realizar un taller que invite a la reflexión del personal, al empoderamiento de su labor en la sala y al reconocimiento de su rol en el cuidado del recién nacido, además de su influencia en el bienestar emocional de la familia que lo acompaña.

En una unidad de cuidado intensivo neonatal es habitual observar la intervención de profesionales de diversas áreas de la salud en pro del bienestar del recién nacido. Partiendo de esto, dichos profesionales deben desarrollar habilidades y herramientas fundamentales para cumplir este objetivo en común, entre las cuales se encuentra la *Comunicación Asertiva y el Trabajo en equipo*.

La comunicación asertiva es el fundamento más importante del trabajo en equipo, ya que de ella depende el éxito del propósito planteado, propicia la organización, el buen ambiente laboral, la efectividad en el trabajo y la calidad en las tareas propuestas. Para que todo lo anterior sea posible es necesario intercambiar opiniones dentro del equipo, implica relacionarse persona a persona, escuchar activamente a los integrantes, ser claros, objetivos al planear las soluciones y considerar los pros y contras para todas las personas en general.

El equipo de la pasantía Cuidado Canguro Intrahospitalario durante sus horas de trabajo en la UCIN, evidenció la situación de enfermería a intervenir, donde se observaron múltiples manifestaciones verbales de poca colaboración entre los compañeros de trabajo, fuertes discusiones ocasionales sin resolución, conflictos frecuentes con los familiares de los bebés hospitalizados y barreras en la comunicación especialmente con y entre las enfermeras.

A partir de estas situaciones percibidas, se ve la necesidad de realizar una intervención de tipo lúdico-recreativa con el personal de Enfermería ya que, en una experiencia previa de humanización, mostraron actitud positiva-participativa y manifestaron agrado ante este tipo de encuentros. Una de las actividades que requiere comunicación asertiva y trabajo en equipo es la *gymkhana*, la cual implica los componentes antes mencionados y además diversión, permitiendo escapar de la rutina, proporcionando un espacio óptimo para compartir experiencias y dar pie a la reconciliación (Ver anexo 10).

Continuidad de la pasantía

En el marco de la Pasantía Institucional Cuidado Canguro Intrahospitalario y la importancia de su continuidad, se llevó a cabo el empalme durante el periodo de receso académico de la Universidad del Valle Julio-Agosto de 2015; para ello se contó con la participación activa de las integrantes de la pasantía 2014-2015 y las estudiantes que iniciarán el acompañamiento a las diadas y demás actividades relacionadas con la pasantía durante el periodo 2015-2016.

A raíz de la experiencia de las actuales estudiantes frente al empalme recibido, se propone una estrategia que contemple no solo más sesiones de acompañamiento en UCIN, sino también mayor fundamento teórico que respalde las acciones realizadas en Cuidado Canguro Intrahospitalario. Este planteamiento fue compartido durante el encuentro de bienvenida, encuentro que favoreció el acercamiento con las nuevas estudiantes, propiciando un ambiente de confianza y comunicación asertiva, que dio pie al análisis de la situación ya antes descrita y llegar a un mutuo acuerdo en la construcción del empalme, que fue aceptado y asumido con responsabilidad por las estudiantes.

El equipo actual elaboró su listado de turnos que abarcó las seis semanas del receso académico, este fue compartido con las nuevas estudiantes, quienes eligieron los días de asistencia de manera voluntaria conforme a su disponibilidad de tiempo. Así mismo, se les recomendó revisar temas que son fundamentales en el área neonatal y algunas particularidades del recién nacido pretérmino, con el objetivo de optimizar el tiempo de asistencia a la unidad y brindar un cuidado integral a las diadas, fundamentado en el conocimiento científico.

Cada una de las estudiantes asistió a seis sesiones en las cuales se realizaron actividades para proporcionar confianza y promover el desarrollo de actitudes y aptitudes requeridas para la participación en Cuidado Canguro Intrahospitalario, además de habilidades de la comunicación terapéutica con los padres y el personal de la sala.

A continuación, se describirá la dinámica con la que se realizó el empalme:

Sesión	Temáticas
1	• Reconocimiento de la sala y su funcionamiento • Reconocimiento del personal de la sala y su dinámica laboral • Observación de la cotidianidad de una jornada de la pasantía • Acercamiento inicial con las diadas • Criterios de inclusión a Cuidado Canguro Intrahospitalario
2	• Presentación de formatos de uso hospitalarios: registro de signos vitales durante el posicionamiento, registro de actividades educativas. Historia Clínica y nota de Enfermería (física y virtual). • Formatos de Pasantía: Consentimiento informado, registro de signos vitales • Acercamiento con las diadas • Criterios para realizar el posicionamiento Canguro
3	• Revisión de tema: Valores de referencia en Signos Vitales y Termorregulación. • Posicionamiento del recién nacido y toma de signos vitales. • Diligenciamiento y manejo de formatos vistos en las sesiones anteriores. • Familiarización con el posicionamiento canguro.

4	• Cuidados básicos del Recién Nacido. • Abordaje inicial de la madre para su iniciación en Cuidado Canguro Intrahospitalario; entrega de fajas y cartilla educativa. • Registro de experiencia de los padres a través de narrativa y fotografía. • Acompañamiento a las nuevas estudiantes durante la realización del posicionamiento canguro • Revisión de tema: Apnea vs Respiraciones periódicas
5	• Conceptos básicos sobre Hemorragia intraventricular y Enfermedad de Membrana Hialina. • Diligenciamiento de formatos hospitalarios y de la pasantía por parte de las nuevas estudiantes • Verificar que las nuevas estudiantes tienen en cuenta los criterios para la realización del posicionamiento canguro. • Fortalecimiento en la toma de signos vitales
6	• Toma de signos vitales supervisada • Supervisión al proceso de Educación e interacción con las madres • Observar la interacción de las nuevas estudiantes con respecto a la dinámica de la sala. • Realizar el abordaje inicial de la madre para su iniciación en Cuidado Canguro Intrahospitalario, por parte de las nuevas estudiantes, así como también el registro de experiencia de los padres a través de narrativa y fotografía.

Las actividades anteriormente descritas fueron realizadas en su totalidad, con la salvedad de que fue necesario continuar el acompañamiento por dos sesiones más, esto para ofrecer mayor seguridad y autonomía a las actuales estudiantes, quienes mencionaron la necesidad de supervisión durante el desarrollo de las actividades propias de un día en CIRENA.

Obtención de recursos

Para la consecución del trabajo planteado y los elementos necesarios en la Unidad de Recién Nacidos, se realizó una colecta de artículos en buen estado para llevar a cabo un “pulguero” (Ver anexo 13), con los fondos recolectados se realizó la compra de elementos necesarios para el desarrollo de la pasantía, tela y confección de fajas para posicionamiento, celebración de fechas especiales, cartelera del servicio y pulsioxímetro.

Presupuesto octubre 2014- septiembre 2015	Total
Fajas:	
Tela	502.100
Confección y estampado (276)	441.600
Cobertores:	
Tela	108.350
Confección	18.000
Gorros:	
Tela	50.000
Confección	50.000
Recordatorios	30.000
Otros:	
Papelería/ formatos	50.000
Materiales/ cartelera	120.000
Pago de turnos en vacaciones	480.000
Actividades con la familia:	
Día de la mujer	80.000
Día del niño	80.000
Día de la madre	80.000
Día del padre	80.000
Día de los niños (31 octubre).	110.000
Navidad	140.000

Actividades intrahospitalarias con el personal de Salud:	
Día del profesional de enfermería	100.000
Amor y amistad	100.000
Navidad	100.000
Actividades de motivación al personal	100.000
Talleres con el personal de salud	
Transporte	360.000
Entrada	305.000
Refrigerios	180.000
Asesorías docente coordinadora	2.800.000
Turnos Estudiantes de Enfermería	2'880.000
Total	\$6'545.050

Adicional a lo anterior, debido a la crisis financiera por la atravesó el Hospital Universitario del Valle, la cual se agudizo durante el año de desarrollo de la pasantía institucional y llevó a los estudiantes de la Universidad del Valle a paro de actividades académicas de manera indefinida, se decidió como grupo de pasantía realizar actividades en pro de la obtención de recursos económicos para la compra de insumos y equipos necesarios para el cuidado de los recién nacidos de CIRENA (catéteres, pericraneales, sondas, guantes limpios, guantes estériles, esparadrapo, etc).

Dentro de las actividades realizadas se encuentran la venta de desayunos realizada al personal del hospital y familiares de los pacientes y la venta de refrigerios ofrecida a los estudiantes de la Universidad del valle sede San Fernando. También, bajo el mismo objetivo, se realizaron campañas en distintas instituciones como la cruz roja, Universidad del valle sede Meléndez y academias de deportes, donde se obtuvieron donaciones monetarias realizadas por las mismas. La totalidad del dinero recolectado con las donaciones, los desayunos y

refrigerios, fue aproximadamente 2.000.000 de pesos los cuales se utilizaron para la compra de los insumos y equipos ya mencionados.

Resultados

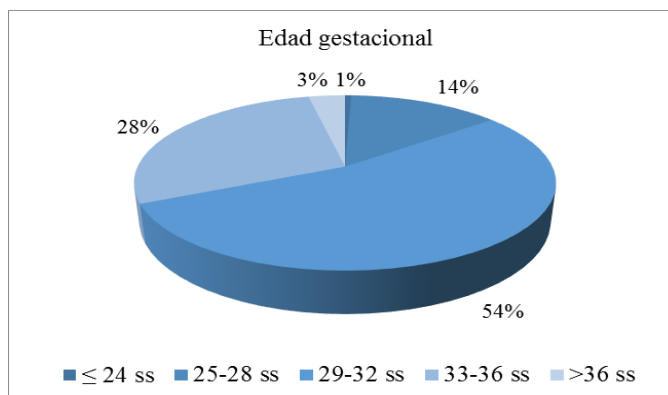
Edad gestacional

Tabla No. 1 Cantidad de recién nacidos vinculada al programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, según edad gestacional

Rangos de edad gestacional (ss)	Cantidad de recién nacidos	%
≤ 24	1	1
25-28	25	14
29-32	97	54
33-36	51	28
>36	6	3
Total	180	100

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 1 Edad Gestacional



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Como se pudo observar, de los 180 recién nacidos participantes en el programa, el 54% estuvieron entre las 29 y 32 semanas de gestación, seguidos por un 28% de los recién nacidos con una edad gestacional entre las 33-36 semanas,

continuando con un 14% en los recién nacidos entre las 25 y 28 semanas y por último tenemos a los recién nacidos con una edad gestacional mayor a 36 semanas y menor o igual a 24 semanas que corresponden al 3% y 1 % respectivamente.

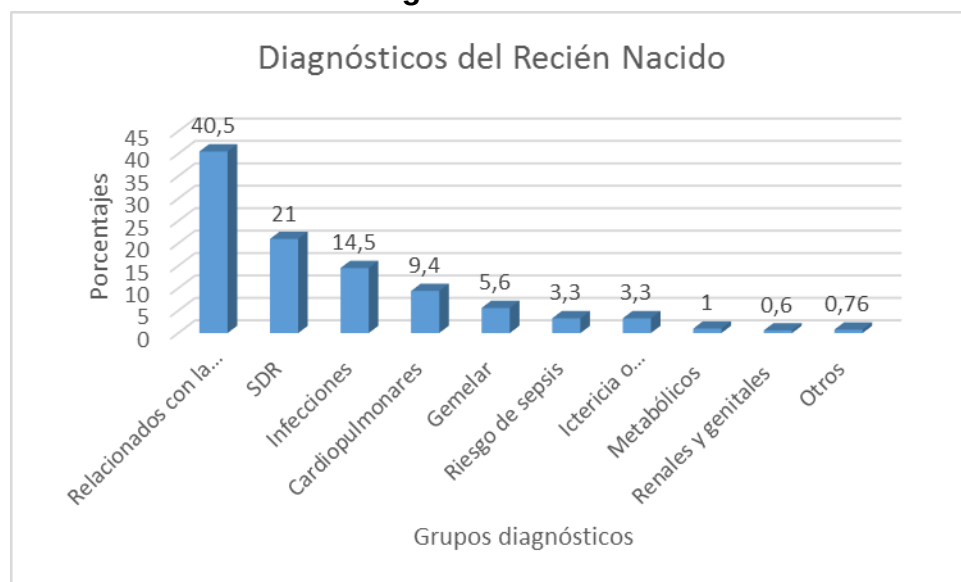
Diagnósticos de los recién nacidos

Tabla No. 2 Diagnósticos frecuentes en los recién nacidos del Programa

Grupos Diagnósticos	Totales	%
Relacionados con la edad y el peso al nacer	213	40,5
SDR	113	21
Infecciones	76	14,5
Cardiopulmonares	49	9,4
Gemelar	29	5,6
Riesgo de sepsis	17	3,3
Ictericia o hiperbilirrubinemia	17	3,3
Metabólicos	5	1
Renales y genitales	3	0,6
Otros	4	0,76

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 2 Diagnósticos del Recién Nacido



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

En total se presentaron 29 diagnósticos en la muestra equivalente a 180 recién nacidos, donde cada uno de ellos pudo presentar entre uno (1) hasta ocho (8) de ellos simultáneamente, con una media de 2,9. Para una mejor comprensión, los diagnósticos de los recién nacidos, estos fueron agrupados en las siguientes categorías: 1. Relacionados con la edad y el peso al nacer (40,5%): Recién nacido pretérmino, Bajo peso para la edad gestacional y restricción del crecimiento intrauterino. 2. Infecciones (14,5%): Sepsis, pericarditis, enterocolitis necrotizante, neumonía, conjuntivitis aguda y sífilis congénita. 3. Cardiopulmonares (9,4%): Asfixia perinatal, apnea, paro respiratorio, miocardiopatía aortica bivalvular hipertrófica, enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria, neumotórax, hipertensión pulmonar. 4. Renales y genitales (0,6%): Pielectasia renal bilateral, ambigüedad sexual. 5. Metabólicos (1%): hipoglicemia e hiperglicemia. 6. Ictericia e hiperbilirrubinemia (3,3%). 7. Otros (0,76%): Trauma obstétrico, hemorragia intraventricular y anemia. Algunos diagnósticos no se incluyeron en las anteriores categorías, gracias a su gran relevancia, tales fueron: Síndrome de dificultad respiratoria, gemelar y riesgo de sepsis.

El diagnóstico de mayor prevalencia fue “Recién nacido pre término”, con un 33% y un total de 175 niños, algo que debía esperarse pues es uno de los criterios de inclusión para participar en el cuidado canguro intrahospitalario.

El diagnóstico que ocupó segundo lugar (en prevalencia), fue el “síndrome de dificultad respiratoria”, con el 21% y un total de 113 niños. Otra muestra significativa fue la perteneciente al diagnóstico de “sepsis”, con el 11% correspondiente a 58 recién nacidos.

Diagnósticos como: “Enfermedad de membrana hialina” (5,5% con un total de 29 niños), “Gemelar” (29 niños, 5,51%), “Restricción del crecimiento intrauterino” (4,2% con total de 22 niños) “Bajo peso para la edad gestacional” (3% con un total

de 16 niños), “Riesgo de sepsis” (3,04% y un total de 16 niños), “Ictericia neonatal” (2,47% con un total de 13 niños), fueron otra parte de menor frecuencia pero con totales significativos para la representación de la muestra.

El resto de los diagnósticos obtuvo una frecuencia menor al 2% lo que se considera de poca significancia estadística, ya que solo fue presentado por menos de 10 de los 180 niños del total.

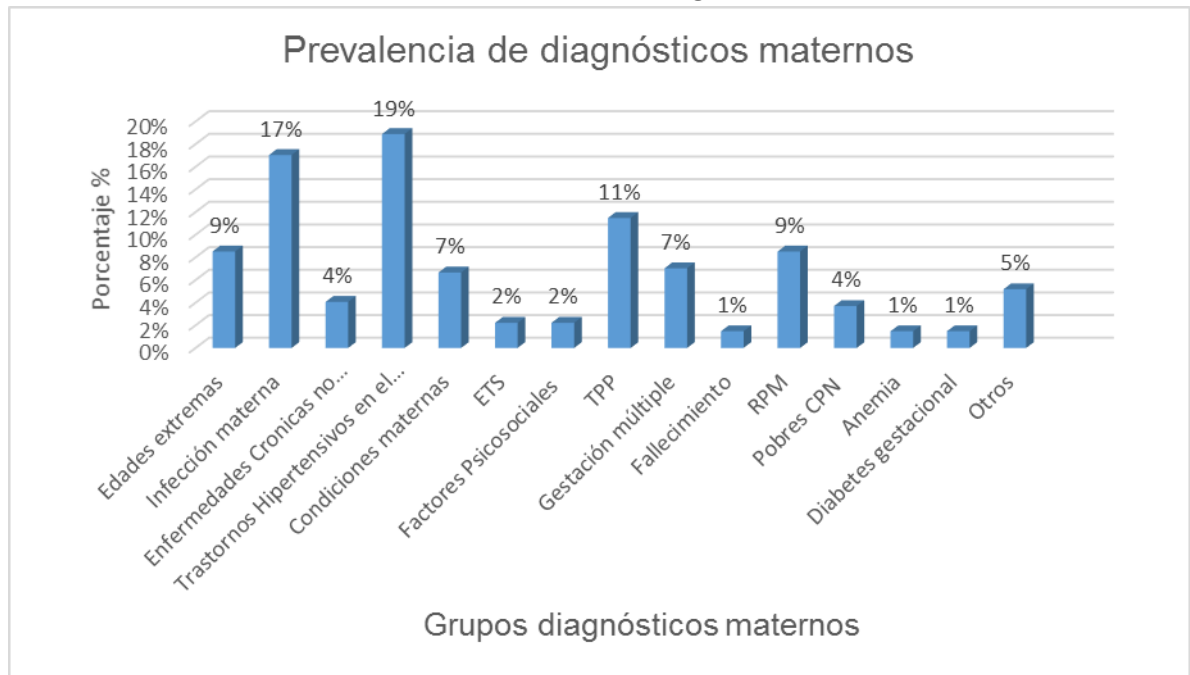
Diagnósticos maternos

Tabla No. 3 Diagnósticos de las madres vinculadas al programa

Diagnóstico	Cantidad de madres	%
Edades extremas	23	9
Infección materna	46	17
Enfermedades crónicas no transmisibles	11	4
Trastornos hipertensivos en el embarazo	51	19
Condiciones maternas	18	7
ETS	6	2
Factores psicosociales	6	2
Trabajo de parto pretérmino (TPP)	31	11
Gestación múltiple	19	7
Fallecimiento	4	1
RPM	23	9
Pobres controles prenatales (pobres CPN)	10	4
Anemia	4	1
Diabetes gestacional	4	1
Otros	14	5

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 3 Prevalencia de diagnósticos maternos



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

De las 180 diadas mencionadas anteriormente, 171 madres fueron parte del programa, ya que 9 de ellas tenían embarazos gemelares y sus recién nacidos contaban con los criterios de inclusión para ser parte del programa Cuidado Canguro Intrahospitalario.

Las 171 maternas presentaron un total de 45 diagnósticos diferentes, siendo la menor frecuencia de diagnóstico presentado por madre, uno y la mayor seis. Para facilitar la comprensión de los datos y su frecuencia se agrupan los diagnósticos maternos en los siguientes grupos: Edades de las madres extremas, infecciones maternas, enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos hipertensivos en el embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS), condiciones patológicas maternas presentadas por la madre con antelación o producidas por el embarazo, factores psicosociales y el grupo de otras, en las que se contemplan

enfermedades que por su poca importancia estadística (una o dos madres) no se le asigna un lugar por separado. Las columnas de trabajo de parto pretérmino (TPP), gestación múltiple, productos fallecidos sea intra o fuera del útero, ruptura prematura de membranas ovulares (RPM), diabetes gestacional, pobres controles prenatales y anemia se dejan por separado.

Para describir la población se ingresaron 17 madres adolescentes y 6 gestantes tardías, siendo el 8% la muestra total de las maternas con edades extremas. El 4% (10) de la muestra total tenían pobres o ningún control prenatal y una tuvo parto en casa.

El diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia fue preeclampsia con un 17% (48) ubicado dentro del grupo de trastornos hipertensivos en el embarazo con un 19%, en conjunto con eclampsia (2) y síndrome hellp (1).

Entre los diagnósticos tomados de forma individual están: Trabajo de parto pretérmino (TPP) con 11% (30) como segundo diagnóstico de mayor frecuencia. RPM (23), embarazo múltiple el 7% (19) siendo uno estos embarazos trigemelar. El grupo de infecciones maternas se encuentra en segundo lugar de frecuencia con un 17% (46). Este grupo está conformado por infecciones vaginales (11), infección de vías urinarias (13), corioamnionitis (CAM) se repitió en 12 maternas, toxoplasmosis (1) y neumonía (1).

El 4% (11) de las maternas presentaron algunas enfermedades crónicas no transmisibles como, hipertensión arterial (HTA) con cinco maternas, insuficiencia renal crónica (2) y obesidad (3). El 6% (17) tenían condiciones patológicas como inmunización Rh (2), lupus eritematoso sistémico (LES) para dos maternas, síndrome convulsivo (2), limitación el lenguaje tres, dos con déficit cognitivo y una mamá que no hablaba español, enfermedad mental (2), artritis reumatoide (2), endometritis (1), miomas (2) y paresia espástica tropical (1).

El 2% (6) se encontraron en el grupo de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas: sífilis (3), virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en dos maternas, hepatitis B (1). El 3% (7) de la muestra presento factores psicosociales como violencia intrafamiliar (2), consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en tres madres, una de ellas además se encontraba como habitante de la calle. En el grupo de otros se representa con un porcentaje de 5 equivalente a catorce madres, entre ellos se encuentran: placenta previa, oligohidramnios, anhidramnios, amniorrea, chikungunya, intento de aborto, sangrado vaginal, anemia y prolapso de cordón.

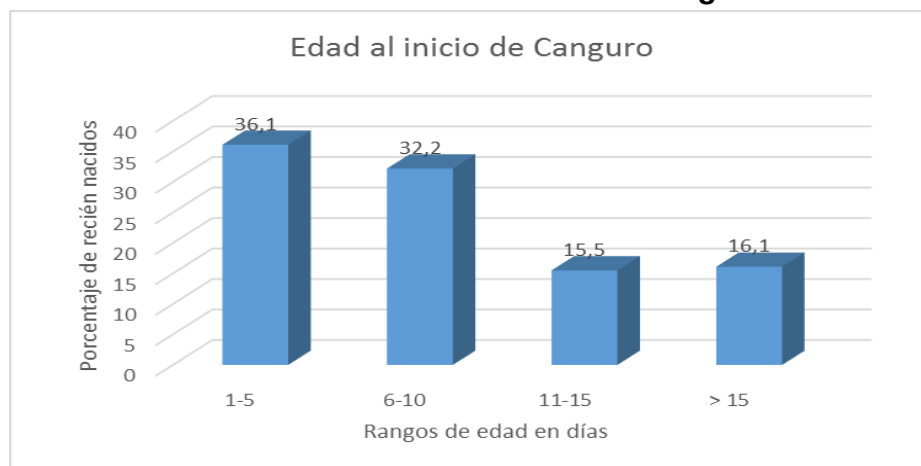
Edad en días al inicio del posicionamiento

Tabla No. 4 Cantidad de recién nacidos según edad al inicio del posicionamiento

Rango de días de vida	Cantidad de recién nacidos	%
1-5	65	36.1
6-10	58	32.2
11-15	28	15.5
>15	29	16.1

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 4 Edad al inicio de canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

El rango de edades predominante en la población de recién nacidos participantes está entre 1-5 días de vida con 65 niños, seguido por el rango entre 6-10 días con 58 niños, se contó con 28 niños en el rango entre 11-15 días y en menor cantidad se encontraron 29 recién nacidos en el grupo de > 15 días de vida.

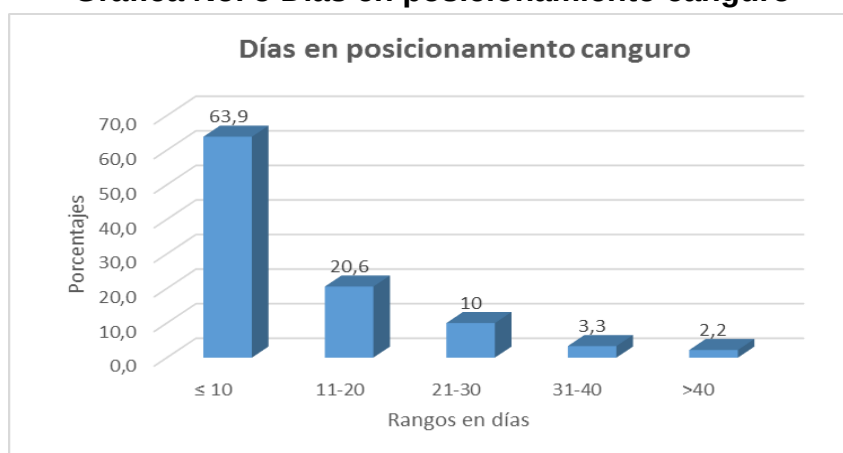
Días en posicionamiento canguro

Tabla No. 5 Relación de recién nacidos según el número de días en el posicionamiento canguro

Rango de días	Cantidad de recién nacidos	%
≤ 10	115	63.9
11-20	37	20.6
21-30	18	10
31-40	6	3.3
>40	4	2.2

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 5 Días en posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Dentro de los resultados obtenidos se observa que 115 de los recién nacidos fueron posicionados durante 10 o menos días, que 37 de ellos fueron posicionados entre 11 y 20 días, 18 de ellos tuvieron un posicionamiento entre los 21 y 30 días, 6 recién nacidos tuvieron de 31 a 40 días de posicionamiento y solo 4 recién nacidos tuvieron más de 40 días de posicionamiento.

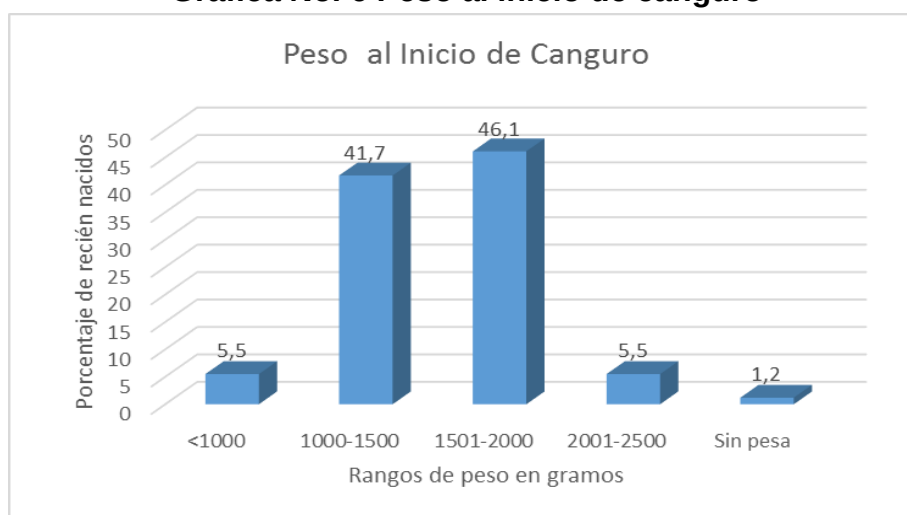
Peso al inicio de Canguro

Tabla No. 6 Cantidad de recién nacidos, según el peso de inicio en el Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario

Rango de peso al inicio (gramos)	Cantidad de recién nacidos	%
<1000	10	5.5
1000-1500	75	41.6
1501-2000	83	46.1
2001-2500	10	5.5
Sin pesa	2	1.2

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 6 Peso al inicio de canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Para tabular el peso del inicio en el cuidado canguro intrahospitalario, se proponen cinco rangos de peso en gramos: A. <1000, pues dentro de la población se incluyeron micro neonatos siempre y cuando estos estuvieran estables en el momento del posicionamiento. B.1000-1500. C. 1501-2000. D. 2001-2500, siendo este el último de los rangos, pues dentro de los criterios de inclusión se contemplan niños menores de 2550 gr de peso. E. Sin pesa, pues algunas situaciones especiales del servicio hospitalario, impidieron la consecución de báscula para el control de peso de los recién nacidos, por lo tanto no fue posible llevar a cabo esta actividad.

Finalmente dentro de estos rangos la frecuencia fue la siguiente: <1000 y 2001-2500 obtuvieron 10 niños, para un total del 5,5% cada uno. 1000-1500, se presentaron 75 niños correspondientes al 41,7%. 1501-2000, fue el rango con mayor número de niños 83, para un total del 46,1%, finalmente se encuentra la situación “sin pesa”, para la cual solo se presentaron 2 casos, que corresponden al 1,2% del total.

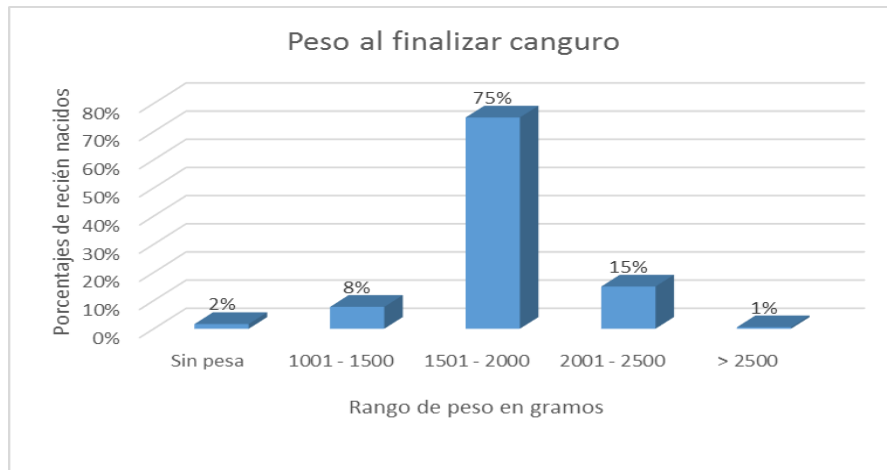
Peso al finalizar Canguro

Tabla No. 7 Relación de recién nacidos en Canguro, según peso al final del posicionamiento intrahospitalario

Rango de peso (gramos)	Cantidad de recién nacidos	%
1001-1500	14	8
1501-2000	135	75
2001-2500	27	15
>2500	1	1
Sin pesa	3	2

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 7 Peso al finalizar canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

De los recién nacidos incluidos dentro del programa, el 75% (135) hizo su último posicionamiento canguro entre pesos de 1501 gr a 2000 gr, seguido con un 15% (27) de los recién nacido con un peso entre 2001 gr a 2500 gr y el 8% (14) por debajo de los 1500 gr, causas que se ampliarán en el ítem de motivo para finalizar canguro. En el 2% (3) no se encontró registro del peso de ese día por mal funcionamiento de la pesa. Un solo pequeño fue cangureado con un peso mayor a 2500 gr.

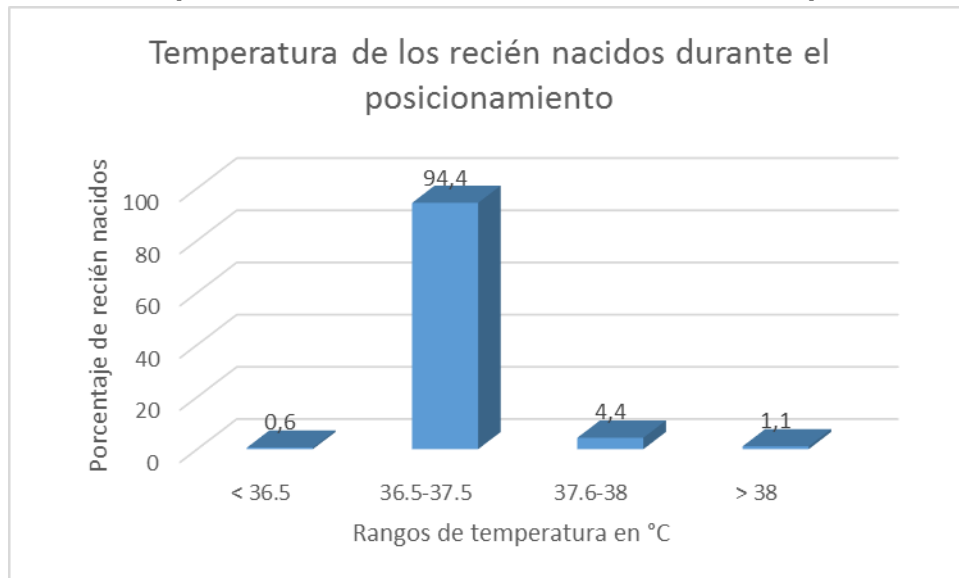
Temperatura durante el posicionamiento

Tabla No. 8 Temperatura de los recién nacidos durante el posicionamiento Canguro

Rango de temperatura (°C)	Cantidad de recién nacidos	%
<36.5	25	13.8
36.5-37.5	146	81.1
37.6-38	8	4.4
>38	2	1.1

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfico No. 8 Temperatura de los recién nacidos durante el posicionamiento



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Del total de recién nacidos, se observó que el 81.1% (146) de ellos mantuvieron temperaturas dentro del rango de normalidad (36.5-37.5 °C) en todos los posicionamientos. Sin embargo 24 de los pequeños a los primeros 20 minutos presentaron temperaturas inferiores a 36,5°C y se les ofreció medidas físicas para aumentar su temperatura corporal, como colocar otra cobija y reubicar posición de la madre, al tomar estas medidas, loss 24 bebes volvieron a tener una temperatura corporal dentro de los valores de referencia.

Teniendo en cuenta lo anterior solo el 0.6% (1) de los niños se mantuvo en hipotermia y por ello se reubico nuevamente en la incubadora.

4.4% (ocho) de los recién nacidos tuvieron febrícula (37.6-38°C) en una ocasión. Se realizaron medidas físicas para bajar la temperatura como desdoblar la cobija o retirar una de ellas en caso de que tenga varias. Posteriormente se realizó nuevo control de signos vitales, encontrándose la temperatura dentro del rango de

normalidad en la mayoría de los casos. El 1.1% (dos) de los niños presentaron fiebre ($T^{\circ}>38^{\circ}\text{C}$), por lo cual fueron retirados inmediatamente del posicionamiento y regresados a la incubadora, dando informe a la enfermera y médico encargados.

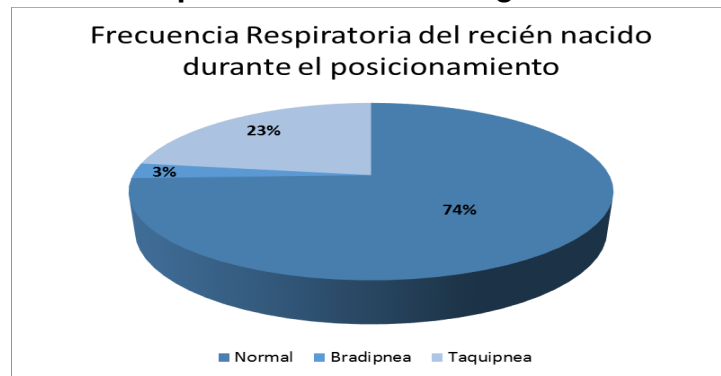
Frecuencia respiratoria

Tabla No. 9 Frecuencia respiratoria de los recién nacidos durante el posicionamiento canguro

Frecuencia respiratoria	Cantidad de recién nacidos	%
Taquipnea	5	22,8
Normal	134	74,4
Bradipnea	41	2,8

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 9 Frecuencia respiratoria de los recién nacidos durante el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

De los 180 recién nacidos posicionados, se obtuvo que el 74,4% (134) presentaron una frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales (40-60 rpm) durante los posicionamientos, sin embargo se observa también que un 22,8 % (5) presentaron episodios de taquipnea (>60 rpm) y un 2,8% (41) presentaron episodios de bradipnea (<40 rpm).

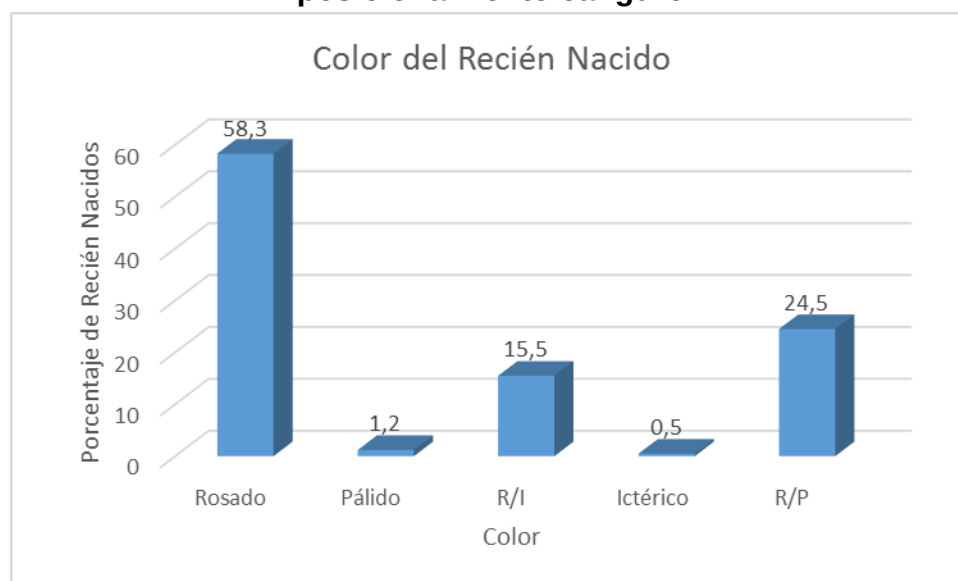
Color

Tabla No. 10 Color presentado por los recién nacidos durante el posicionamiento canguro

Color	Cantidad de recién nacidos	%
Rosado	105	58,3
Pálido	2	1,2
Rosado-Ictérico	28	15,5
Ictérico	1	0,5
Rosado-Pálido	44	24,5

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 10 Color presentado por los recién nacidos durante el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

El color presentado en el recién nacido a la hora del posicionamiento, permite identificar (de cierto modo) el estado de salud del recién nacido y confrontarlo con su diagnóstico para observar mejoras o dificultades en su recuperación.

Este ítem se clasifico en cinco categorías, a continuación se describe la frecuencia: A. “Rosado”, 105 niños equivalentes al 58,3%. B. “Rosa- pálido” 44 niños y un 24,5%. C. “Rosa-Ictérico” 28 niños para un 15,5%. D. “Pálido” 2 niños y un 1,2%. E. “Ictérico” 1 niño correspondiente al 0,5% del total.

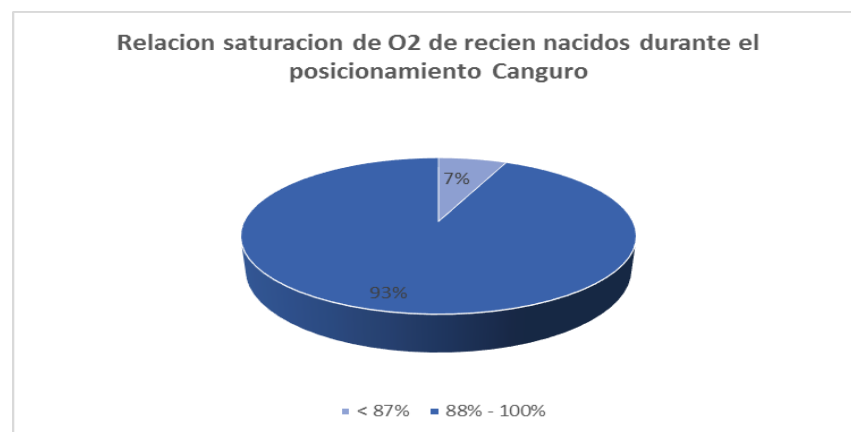
Saturación de Oxígeno

Tabla No. 11 Saturación de oxígeno presentada por los recién nacidos durante el posicionamiento canguro

Saturación de Oxígeno (%)	Cantidad de recién nacidos	%
<88	12	7
88-100	168	93

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 11 Saturación de oxígeno presentada por los recién nacidos durante el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

De los 180 recién nacidos incluidos en el Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario el 93% (168) mantuvo una saturación de O₂ por encima de 88%,

valor que evita la hipoxemia neonatal²⁶. La literatura además recomienda lograr valores límites hasta 92 – 94% teniendo en cuenta la edad gestacional, ya que disminuye el riesgo de presentar Displasia Broncopulmonar y retinopatía del recién nacido²⁷. El 7% (12) presentó saturación de O₂ por debajo de 88% a quienes se intervenía en el siguiente orden, ascendiendo en los pasos teniendo en cuenta la respuesta del recién nacido:

1. Se verificó las demás constantes vitales, el frío hace que el pulsoxímetro no haga una lectura adecuada.
2. Se hizo reposicionamiento de cabeza.
3. Se realizó estimulación táctil.
4. Se hizo llamado a terapeuta respiratoria.
5. Si las condiciones del recién nacido no mejoraron con el aumento de la FIO₂ se dejaba en incubadora sin más estímulos.
6. Se verificó saturación del recién nacido dentro de la incubadora, asegurando que se encontrara dentro de los valores de referencia.

En cuatro de los recién nacidos fue necesario llegar hasta la intervención 3, esto hacia que mejorara su Saturación de O₂ y patrón respiratorio. En los demás fue necesario retirar del posicionamiento canguro y controlar saturación de oxígeno dentro de la incubadora.

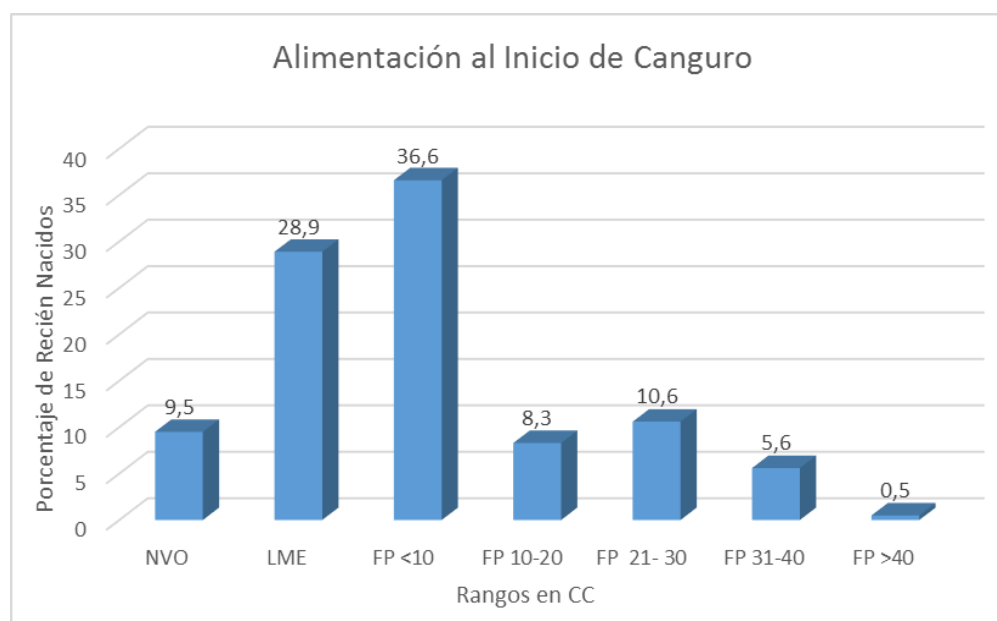
Alimentación al inicio de canguro

Tabla No.12 Alimentación recibida por los recién nacidos al momento de iniciar el posicionamiento canguro

Tipo de alimentación	Cantidad de recién nacidos	%
Lactancia materna exclusiva	52	28,9
Nada vía oral	17	9,5
Fórmula para prematuro <10cc	66	36,6
Fórmula para prematuro 10-20cc	15	8,3
Fórmula para prematuro 21-30cc	19	10,5
Fórmula para prematuro >30cc	11	6,2

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Grafica No.12 Alimentación recibida por los recién nacidos al momento de iniciar el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Esta ítem fue clasificado en seis categorías diferentes, dentro de las cuales se incluye “Nada vía oral” para aquellos niños que por su situación de salud tenían restricción para la alimentación y “lactancia materna exclusiva”, ya que al tomar los alimentos directamente del seno materno, no es posible calcular la cantidad ingerida por el recién nacido.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El de mayor frecuencia fue el rango “<10 CC”, con un total de 66 niños equivalentes al 36,6%, seguido de “LME” con 52 niños y un 28,9%, las siguientes categorías tienen una distribución más homogénea y baja comparada con las dos anteriores: “Fórmula para prematuro 21-30 CC”, 19 niños correspondientes al 10,5%; “Nada Vía Oral”, 17 niños para un 9,5%; “Fórmula para prematuro 10-20 CC”, 15 niños y un 8,3%; Finalmente “Fórmula para prematuro >30 CC” obtuvo 11 niños y un 6,2% del total.

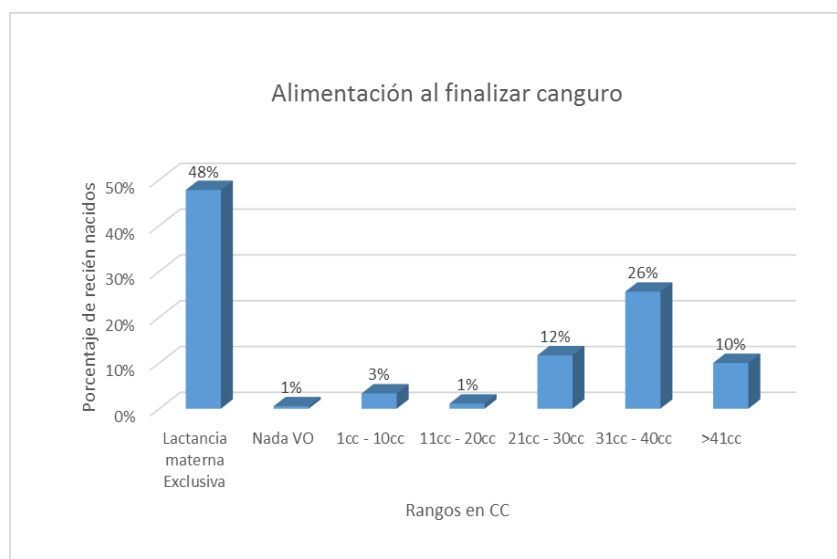
Alimentación al finalizar canguro

Tabla No. 13 Alimentación recibida por los recién nacidos al momento de finalizar el posicionamiento canguro

Tipo de alimentación	Cantidad de recién nacidos	%
Lactancia materna exclusiva	86	48
Nada vía oral	1	1
Fórmula para prematuro <10cc	6	3
Fórmula para prematuro 10-20cc	2	1
Fórmula para prematuro 21-30cc	21	12
Fórmula para prematuro 31-40cc	46	26
Fórmula para prematuro >41cc	18	10

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No.13 Alimentación recibida por los recién nacidos al momento de finalizar el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

En la hospitalización del recién nacido se asegura la alimentación cada 3 horas empezando con una alimentación trófica que va aumentando conforme madure el sistema bucoesofagogastrointestinal y la edad la edad gestacional en días.

El 48% (86) de los recién nacidos que hicieron por última vez canguro, tuvieron una alimentación materna de forma exclusiva, el 26% (46) tenía indicado de 31 – 40cc de formula pretérmino y leche materna.

El 12% (21) le habían indicado alimentación cada tres horas de 21 – 30cc y el 10% (18) tenía una alimentación mayor a 41cc. Solo un recién nacido hizo su ultimo canguro con nada por vía oral debido a su estado de salud.

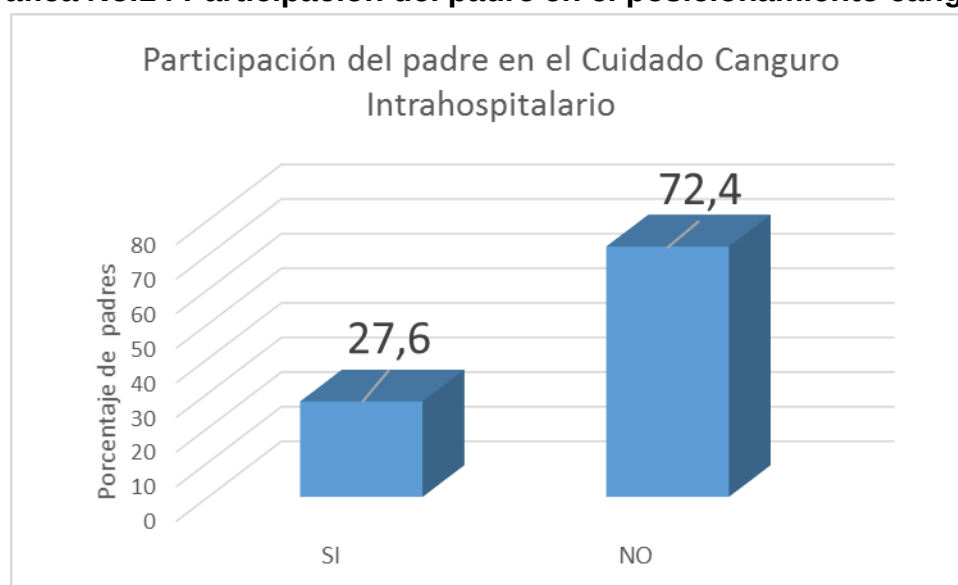
Participación del padre en el posicionamiento canguro

Tabla No. 14 Participación del padre en el posicionamiento canguro

Participación	Cantidad de padres	%
Si	49	27,2
No	131	72,7

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No.14 Participación del padre en el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Al realizar el análisis de las gráficas se encontró que de los 180 recién nacidos registrados en la base de datos, el 27,6% (47) contaron con la participación de su padre en el programa y el 72,4% (123) no contaron con ella.

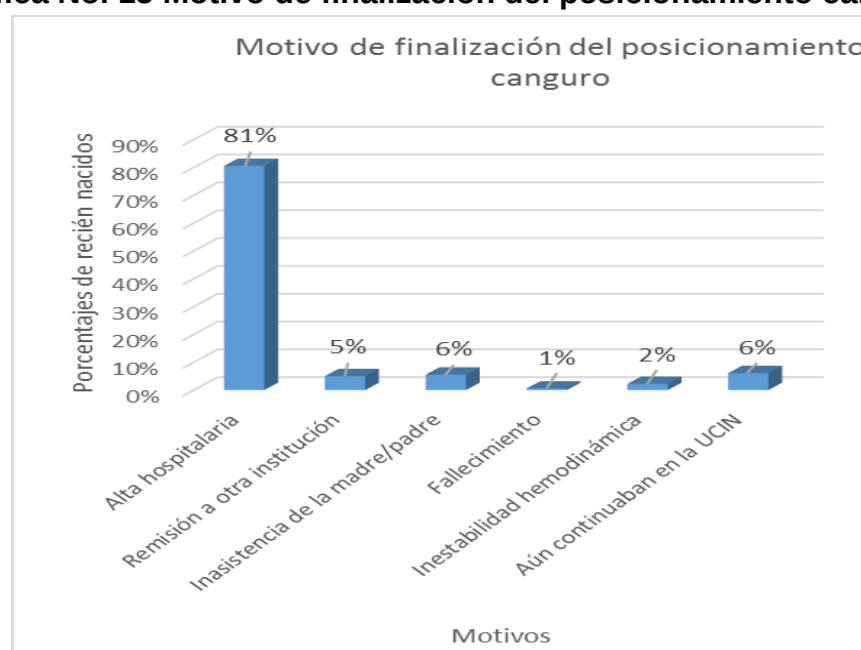
Motivo de finalización del posicionamiento canguro

Tabla No. 15 Motivo de finalización del posicionamiento canguro

Motivo	Cantidad de recién nacidos	%
Alta hospitalaria	145	81
Remisión a otra institución	9	5
Inasistencia de la madre/padre	10	6
Inestabilidad hemodinámica	4	2
Fallecimiento	1	1
Aún continuaban	11	6

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 15 Motivo de finalización del posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Se puede apreciar que los resultados obtenidos coinciden con los esperados, el 81% de los recién nacidos finalizan el posicionamiento canguro intrahospitalario con el alta hospitalaria, sin embargo la inasistencia de los padres aún sigue siendo motivo de finalización del posicionamiento obteniendo un 6% de casos.

relacionados a este ítem, también se observa que el 5% de los recién nacidos finalizaron su posicionamiento canguro intrahospitalario en el HUV debido a remisiones generadas hacia otras instituciones de menor complejidad; tan solo el 1% finalizo el proceso por fallecimiento y el 6% de los recién nacidos pertenecientes al programa aún no habían finalizado su etapa de posicionamiento cuando se obtuvieron los datos.

Expresiones maternas durante el posicionamiento canguro

Tabla No.16 Expresiones maternas durante el posicionamiento canguro

Expresiones	Frecuencia	%
Felicidad	51	15,9
Contacto piel a piel	47	14,6
Aprendizajes	34	10,6
Seguridad	12	3,7
Reconoce beneficios para ella y su hijo	37	11,5
Fortalecimiento del vínculo	19	5,9
Esperanza	16	5,0
Gratitud	41	12,8
Deseo de contacto permanente	27	8,4
Sentimientos inexplicables	8	2,5
Amor	26	8,1
Orgullo	3	0,9

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No.16 Expresiones maternas durante el posicionamiento canguro



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

El desarrollo del vínculo afectivo madre-hijo como componente vital de posicionamiento canguro, hace pertinente conocer los sentimientos expresados por las madres durante el posicionamiento. Al realizar el análisis se puede observar que el sentimiento que más predomina es la felicidad con un 15,9% (51), en segundo lugar las mamás refieren sentir el desarrollo del vínculo a través del contacto piel a piel (latidos del corazón, respiración del bebe, gestos, caricias y abrazos) con un 14.6% (47), por otra lado el 12,8% (41) de las veces las madres refieren sentir gratitud (hacia Dios, sus bebés, el personal de Enfermería y el Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario; el 11,5% (37) de las veces las madres reconocen los beneficios que genera el posicionamiento canguro tanto para ellas como para sus recién nacidos, el 10,6% (34) se expresa a haber ganado grandes aprendizajes durante el proceso en el programa; el 8,4% (27) se refiere a sentir un deseo de contacto permanente con su recién nacido es decir, poder llevarlo pronto a casa y compartir con él mucho más tiempo, el 8,1% (26) de las veces las madres sienten un gran amor hacia sus hijos; el 5,9% (19) se refiere que el posicionamiento canguro contribuye al fortalecimiento del vínculo madre-hijo, el 5% (16) se mencionan que el posicionamiento canguro permite desarrollar un sentimiento de esperanza hacia la recuperación del bebé y su pronto regreso a

casa, el 3,7% (12) de las veces se dice que el programa canguro despierta seguridad en el momento de satisfacer las necesidades básicas del recién nacido (baño, alimentación e higiene), por otra parte el 2,5% (8) de los sentimientos expresados se describieron como inexplicables ya que las madres no encontraban las palabras exactas para decir lo que el posicionamiento canguro les hacía sentir, finalmente el 0.9% (3) de los sentimientos expresados hacen referencia al orgullo que las madres sienten de realizar el posicionamiento canguro.

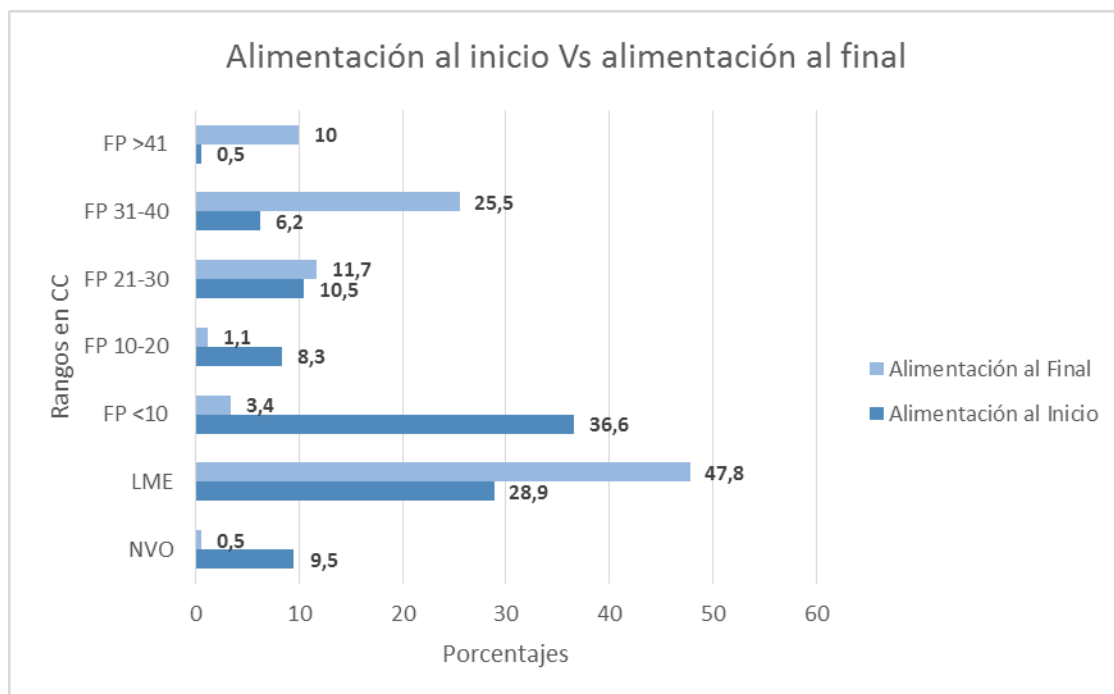
Alimentación del recién nacido

Tabla No. 17 Alimentación al inicio Vs alimentación al final

Rangos en cm ³	NVO	LME	FP <10	FP 10-20	FP 21-30	FP 31-40	FP >41
Alimentación al Inicio	17	52	66	15	19	11	1
Porcentajes	9,5	28,9	36,6	8,3	10,5	6,2	0,5
Alimentación al final	1	86	6	2	21	46	18
Porcentajes	0,5	47,8	3,4	1,1	11,7	25,5	10

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 17 Alimentación al inicio Vs alimentación al final



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Se observa en la gráfica anterior que el 36,6% de los recién nacidos que iniciaron en el programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, lo hicieron con lactancia materna y/o fórmula para prematuro < 10cc y el 47,8% de los niños finalizaron el posicionamiento intrahospitalario con lactancia materna exclusiva.

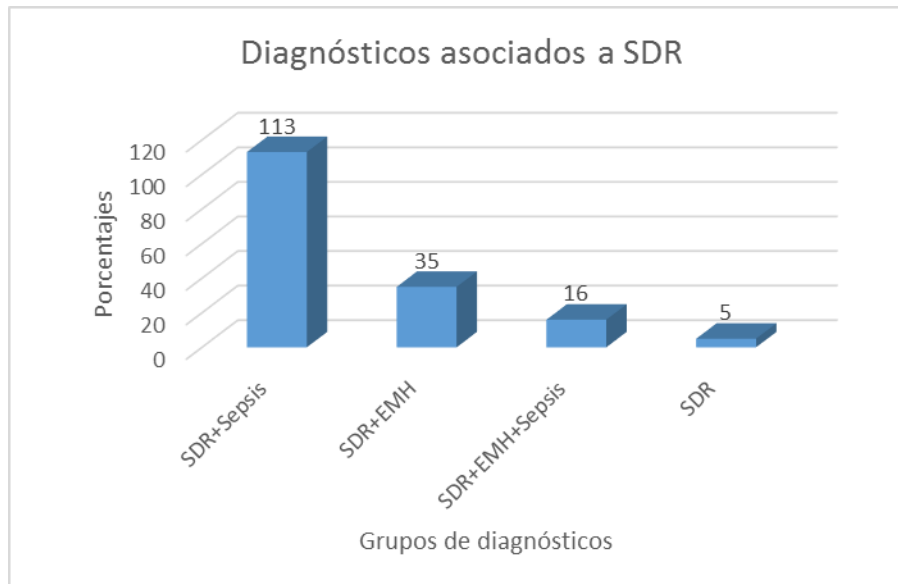
Diagnósticos del recién nacido asociados con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)

Tabla No.18 Diagnósticos asociados con SDR

SDR TOTAL	SDR+Sepsis	SDR+EMH	SDR+EMH+Sepsis	SDR
113	35	16	5	57
Porcentajes	31	14,2	4,5	50,5

Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

Gráfica No. 18 Diagnósticos asociados con SDR



Fuente: Base de datos Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario. 2014-2015

En la gráfica anterior se observa una proporción considerable en la relación entre SDR y Sepsis con una prevalencia de 113 niños de los 180 que hicieron parte del programa. Seguido por la relación entre SDR y EMH con 35 recién nacidos.

Discusión

El desarrollo de la pasantía institucional Cuidado Canguro Intrahospitalario, muestra el aporte de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) a la práctica de los enfermeros en formación, a través de la búsqueda sistemática de respuestas, con un enfoque reflexivo e interpretativo sustentadas en la investigación, lo que permite hacer uso de los hallazgos en la realidad particular del quehacer enfermero. Esto desarrolla en los futuros profesionales competencias de pensamiento crítico-reflexivo como proceso continuo, tendiente a mejorar la calidad de los cuidados otorgados.^{28, 29}

Las investigaciones realizadas sobre la aplicación del MMC², son un fundamento importante para el Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, ya que lo convierte en un medio que facilita la “adopción del rol materno”¹⁶, ya que a través del calor, el amor y la lactancia materna, la madre adquiere habilidades para identificar y satisfacer las necesidades de su recién nacido, generando en ella confianza, seguridad y disfrute de su rol. Esto se vio reflejado en la Tabla No. 16 “Sentimientos expresados por las madres durante el posicionamiento canguro”, percepciones y vivencias obtenidas a través de las narrativas.

El Programa, promueve la interacción de la madre con su microsistema, al permitir que el padre también pueda participar del cuidado de su recién nacido, como se evidenció en el análisis estadístico (Gráfica No. 14) con un porcentaje de 27,6% (72.4) del total de las familias vinculadas al programa, lo que permite a los padres ver la crisis generada por la hospitalización como una oportunidad. El padre puede apoyar a su pareja, conocer a su hijo y sentirse bien, como lo afirman Cañas y Rodríguez³⁰: *“El padre evidencia que busca momentos y oportunidades de aprendizaje para aportarle algo a su hijo, por ello involucrarlos tempranamente en la técnica canguro es una estrategia que los prepara para el cuidado del*

premature, se sienten útiles y les da confianza para sentir que están aportando al cuidado de sus hijos”.

La presencia de estudiantes de enfermería, facilita a los padres la adquisición de conocimientos y habilidades relacionadas con el cuidado de sus hijos, por medio del acompañamiento continuo y las actividades educativas, convirtiendo a las estudiantes en una fuente de apoyo, donde pueden buscar respuestas a sus dudas y compartir historias de vida; generando confianza, seguridad y un vínculo que puede perdurar incluso hasta después del alta hospitalaria.

El personal de salud, como es de esperarse, se encuentra en contacto permanente con las diadas representando un papel importante en la adopción del rol materno, por lo tanto, el desarrollo de actividades y espacios de reflexión frente al proceso que viven las familias de recién nacidos prematuros, permite al personal de salud tener una mayor participación en el Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, contribuyendo al cuidado integral de la familia.

Este proceso de reflexión logro propiciarse durante la aplicación del taller “CIRENAPOLY” donde el trabajo en equipo y la comunicación asertiva fueron testigos de la expresión de sentimientos como: “Con amor todo lo anhelado, aunque parezca difícil se puede lograr”, “La comunicación asertiva facilita el trabajo con las familias de la UCIN”, “*¡Todo se puede, nada es imposible!*” y “*¡La unión hace la fuerza!*” (Ver Anexo 10.), fortaleciendo habilidades de cuidado en los participantes, quienes, desde el primer contacto con el paciente y su familia, deben hacer uso de la comunicación.

Esta pasantía demuestra que el Cuidado Canguro Intrahospitalario se convierte en pieza fundamental en la adopción del rol materno, en madres de recién nacidos prematuros y de bajo peso hospitalizados en una UCIN, por lo cual requiere de la capacitación y acompañamiento constante del personal de Enfermería. Estos a su vez, requieren del fortalecimiento de habilidades comunicativas y colaborativas

con sus compañeros de trabajo, lo que se traduce en escuchar de manera activa a los padres, permitiéndoles comprender sus particularidades y priorizar los cuidados de acuerdo a sus necesidades³¹.

Conclusiones

- La participación en una pasantía institucional, impulsa el fortalecimiento del estudiante integrando sus habilidades Enfermeras y personales, haciéndolo más sensible y responsable al otorgar cuidado. Además, permite sentir y desarrollar el concepto de cuidado como compromiso social, reafirmando que desde la academia los estudiantes de pregrado aportan a la comunidad.
- Los estudiantes integraron tanto el conocimiento teórico adquirido durante la formación de pregrado (educación en salud, pediatría, modelos conceptuales, salud mental, investigación), como el quehacer práctico y la formación disciplinar. Adicionalmente, se potenciaron habilidades fundamentales en el desarrollo del rol enfermero como el liderazgo, manejo de personal y la resolución de conflictos.
- La estancia en la unidad de cuidado intensivo neonatal permite a las estudiantes fortalecer el trabajo en equipo e identificar la importancia de las buenas relaciones con el resto de los profesionales de la salud, contribuyendo al mantenimiento de un adecuado ambiente laboral, lo que facilita brindar un cuidado óptimo, oportuno y de calidad, así como la apropiación del cuidado canguro intrahospitalario en el quehacer diario.
- La pasantía permite el libre desarrollo de aptitudes personales y profesionales, ya que el estudiante no cuenta con la supervisión permanente del docente, ni es calificado en cada uno de sus turnos en la unidad, lo que fortalece su compromiso ético al participar de manera activa, autónoma y responsable en pro del bienestar del recién nacido y su familia.

- A través de la educación y el acompañamiento brindado, las madres muestran mayor autonomía y seguridad en el momento de ejercer el cuidado del recién nacido tanto en la estancia hospitalaria como en casa.
- El tiempo de pasantía permite conocer la realidad social y cuestionarse sobre la ocurrencia de estas situaciones de parto pretérmino que se presenta principalmente en las mujeres con bajo estrato socioeconómico, desplazamiento forzado, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, creencias y costumbres culturales, situaciones que se agravan con la ausencia instituciones hospitalarias de tercer nivel de complejidad.

Recomendaciones

- Dar continuidad a la pasantía institucional fortaleciendo el cuidado canguro intrahospitalario en el HUV, como componente esencial para el adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos pretérmino y de bajo peso al nacer.
- Es importante implementar la investigación al interior del programa, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos que aporten al desarrollo de la enfermería basada en la evidencia.
- Se requiere llevar a cabo intervenciones orientadas a responder a las necesidades de las madres, tales como descanso, sueño y confort, que puedan contribuir a mitigar problemas como: dolor de espalda, miedo, cansancio, alteraciones en el sueño, tristeza y angustia, cuando las madres se ven enfrentadas a cuidar en el hogar a un recién nacido prematuro.
- Realizar el empalme durante el periodo de vacaciones (mitad de año), siempre y cuando los dos equipos participantes estén de acuerdo, donde se establezcan dos o tres semanas para las actividades a desarrollar durante el mismo, con el propósito de no dejar sin acompañamiento a las diadas que pertenecen al Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario en el primer mes del semestre académico agosto-diciembre de la universidad del valle.
- Se encuentra necesario que durante el empalme se haga mayor énfasis en las temáticas de más frecuencia y relevancia en la sala CIRENA (Hemorragia intraventricular, Enterocolitis necrotizante, Oxigenoterapia) para realizar revisiones de tema durante el tiempo de empalme.

- Con respecto a los talleres anuales, se considera necesario abordar las temáticas definidas de una forma lúdica y participativa, fomentando siempre la motivación en el personal a través de incentivos (invitaciones, dulces, presentes, recordatorios, etc.).
- Se hace pertinente adicionar en la base de datos y los formatos del programa, información que amplíe el historial clínico de las diadas y ayude al posterior análisis como: diagnósticos maternos, edad de las madres, régimen de seguridad social y oxígeno suplementario ofrecido al recién nacido (sí/no y cuantos días).
- Se recomienda continuar realizando actividades motivacionales para que el personal de la sala se apropie del Cuidado Canguro Intrahospitalario y brinden mayor apoyo y acompañamiento a las familias.
- Es necesario educar al personal de la sala, acerca de los beneficios, requisitos y/o condiciones que deben tenerse en cuenta para realizar el posicionamiento canguro. Además, dar a conocer las acciones de cuidado que el personal puede realizar dentro del posicionamiento como toma de signos vitales y alimentación.
- Como última recomendación, se debe interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos como personas, escucharlos, hacer contacto, pensar en su situación y generar un vínculo fortalecido por la confianza, demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen para hacerlo bien desde el inicio, todo ello hace de la comunicación asertiva una categoría importante y la convierten en herramienta fundamental del cuidado de enfermería.

Listado de anexos

- **Anexo 1.** Cronograma de actividades en la pasantía Cuidado Canguro Intrahospitalario septiembre del 2014 y julio del 2016.
- **Anexo 2.** Instrumento de seguimiento al recién nacido durante el posicionamiento Cuidado Canguro Intrahospitalario.
- **Anexo 3.** Consentimiento informado.
 - **Anexo 3.a.** Consentimiento informado para fotografías y narrativas.
 - **Anexo 3.b.** Consentimiento informado para acceder a ayudas audiovisuales (video).
- **Anexo 4.** Evidencia fotográfica del posicionamiento canguro.
- **Anexo 5.** Evidencia fotográfica de las estudiantes durante el posicionamiento canguro.
- **Anexo 6.** OCARET de ayudas educativas (rotafolio)
- **Anexo 7.** Rotafolio como ayuda educativa.
- **Anexo 8.** Evidencia fotográfica de las sesiones de educación grupal e individual.
- **Anexo 9.** Evidencia fotográfica de actividades con las mamás de CIRENA.
- **Anexo 10.** Taller CIRENAPOLY: Comunicación asertiva y trabajo en equipo.
- **Anexo 11.** Evidencia fotográfica del taller CIRENAPOLY
- **Anexo 12.** Evidencia fotográfica de actividades con el personal de la UCIN.
- **Anexo 13.** Evidencia fotográfica de otras actividades llevadas a cabo durante la Pasantía Institucional Cuidado Canguro Intrahospitalario.

Anexos

Anexo 1. Cronograma de actividades en la pasantía Cuidado Canguro Intrahospitalario Septiembre del 2014 y Julio del 2016.

Año	2014				2015												2016			
Mes	Se	Oc	No	Di	En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di	En	Fe	Ma	Ab
Revisión de literatura																				
Empalme grupo de la pasantía anterior																				
Recolección de elementos para el Pulguero																				
Pulguero								16												
Actividades y Educación a los padres de familia																				
Celebración del día del niño		31						30												
Despedida de Grupo canguro 2013			21																	
Navidad				30																
Día Dulce					22															
Cartelera			27		28	10 24	10 24	7 20	5 19	2 23	7 14 21	4 25								

Compra y confección de insumos																				
Actividades con personal de Enfermería																				
Taller CIRENAPOLY Evaluación del taller										19 - 26										
Ponencia en Congresos y simposios							19		12						12					
Organización informe final																				
Presentación informe final																				

Anexo 2. Instrumento de seguimiento al recién nacido durante el posicionamiento Cuidado Canguro Intrahospitalario

Seguimiento al Cuidado Canguro Intrahospitalario (CCI)

Nombre de la Madre: _____ Nombre del recién nacido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Peso al nacer: _____ H.C: _____

Dx de ingreso: _____

Fecha en que inicia el MMC: _____ Resultado de la prueba MMC, mamá: _____

Resultado de la prueba MMC, recién nacido: _____ Resultado De la Prueba MMC, Papá: _____

Día	Fecha	Peso	Cant. de alimento	Temperatura a 20 min	Frecuencia respiratoria	Color	Saturación	Comodidad/	Actividad del RN	Actitud de la madre
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Fechas de narrativas: _____

Fecha en que firmo el consentimiento informado: _____ Fecha en que se toma fotografía: _____

Fecha de salida: _____ Nombre del Padre (Si realiza MMC): _____

Anexo 3. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____ mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ y responsable del recién nacido _____, identificado con número de historia clínica _____, autorizo a los estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle, que llevan a cabo la pasantía institucional en cuidado canguro intrahospitalario, para usar mis escritos y tomar fotografías mientras realizo cuidado canguro a mi hijo recién nacido hospitalizado, y permito que tanto los escritos como las fotos sean publicados en calendarios, folletos o material que se usará exclusivamente para difundir y promocionar el cuidado canguro intrahospitalario.

Firma: _____

Nombre: _____

CC # _____

Firma Testigo 1: _____

Nombre: _____

CC # _____

Firma Testigo 2: _____

Nombre: _____

CC # _____

Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Anexo 3.b. Consentimiento informado para acceder a ayudas audiovisuales (video)



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____ mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ y responsable del recién nacido _____, identificado con número de historia clínica _____, autorizo a los estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle, que llevan a cabo la pasantía institucional en cuidado canguro intrahospitalario, para usar mis escritos, tomar fotografías y ayudas audiovisuales (video) mientras realizo cuidado canguro a mi hijo recién nacido hospitalizado, y permito que este material, sea publicado en calendarios, folletos o utilizado exclusivamente como material para difundir y promocionar el cuidado canguro intrahospitalario.

Firma: _____

Nombre: _____

CC # _____

Firma Testigo 1: _____

Nombre: _____

CC # _____

Firma Testigo 2: _____

Nombre: _____

CC # _____

Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Anexo 4. Evidencia fotográfica del posicionamiento canguro







Anexo 5. Evidencia fotográfica de las estudiantes durante el Posicionamiento canguro



Anexo 6. OCARET de ayudas educativas (rotafolio)

OCARET No. 1 Signos de alarma en el recién nacido

Objetivos	General Fortalecer conocimientos frente a los signos de alarma en el recién nacido, a través de actividades educativas, en madres y/o Padres que hacen parte del programa Cuidado Canguro Intrahospitalario del Hospital Universitario del Valle. Específico Dar a conocer los signos de alarma que el recién nacido puede presentar tanto de la unidad de cuidado intensivo como en casa, luego del alta hospitalaria. Brindar orientación que favorezca la pronta atención del recién nacido, en caso de presentarse alguno de los signos de alarma que puedan comprometer su bienestar y más aún, su vida.
Contenido	• ¿Qué son los signos de alarma? • Signos de alarma respiratorios: Dificultad respiratoria y apnea. • Signos de alarma de la piel: temperatura y color. • Signos de alarma gastrointestinales: Distensión abdominal, vómitos, diarrea y heces en sangre. • Signos de deshidratación. • Otros signos y síntomas: No recibe del seno o pobre succión, fontanela abombada o deprimida, problemas en la cicatrización del muñón umbilical, irritabilidad, letargia, hipotonía. • Medidas preventivas y factores protectores.

Actividades	• ¿Qué sabes de los signos de alarma que puede presentar tu bebé?: Se Indagará acerca de los conocimientos frente a signos de alarma del recién nacido que ya conocían previos al momento del encuentro. Desarrollo de la temática: Signos de alarma en el recién nacido. • Evaluación de la actividad.
Recursos	• Rotafolio con la temática. • Preguntas para realizar de la evaluación.
Evaluación	Teniendo en cuenta que esta actividad será realizada dentro de la unidad de cuidado intensivo del recién nacido (CIRENA) del Hospital Universitario del Valle, de manera personalizada a las madres/padres que cursen por la hospitalización de su hijo, no será posible realizar la evaluación mediante dinámicas ni otro tipo de ayudas educativas (Dados, bolsa preguntona, ruletas o cualquier elemento que favorezca la contaminación cruzada) por las restricciones presentes en la unidad de cuidado intensivo ya antes mencionada. Por ello, esta será realizada por las facilitadoras centrales, realizando preguntas orales a quienes hayan participado en la intervención.
Tiempo	• ¿Qué sabes de los signos de alarma que puede presentar tu bebé?: 5 minutos. • Desarrollo de la temática: 15 minutos. • Evaluación de la actividad: 5 minutos. • Total: 30 minutos.

¿Qué son los signos de alarma?

Son manifestaciones en el recién nacido que pueden ser señales de alguna enfermedad o infección que puedan poner en riesgo su salud y bienestar.

1. Signos de alarma respiratorios: Dificultad respiratoria y apnea.

a) Dificultad respiratoria. Se caracteriza por el aumento de la frecuencia respiratoria y/o trabajo respiratorio manifestado por: aleteo nasal, retracción esternal e intercostal, quejidos y cianosis.

La causa más común es la taquipnea transitoria del recién nacido, condición benigna que a menudo se presenta en los bebés nacidos por cesárea.

En un recién nacido a término o postérmino que nace bañado en líquido verde (meconial) y presenta dificultad respiratoria, es conveniente descartar aspiración de meconio.

En un recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria severa es recomendable diagnosticar una posible membrana hialina.

b) Apneas. Es la ausencia de esfuerzo respiratorio por más de 20 segundos, con o sin disminución de la frecuencia cardíaca. Si se prolonga puede ocasionar cianosis, bradicardia y acidosis.

Son más comunes en los prematuros de muy bajo peso. Obedecen a una gran diversidad de factores como hipotermia, injuria cerebral, sepsis, hipoglicemia, anemia, policitemia, drogas.

2. Signos de alarma de la piel: temperatura y color.

En el recién nacido a término sano la piel es rosada, suave y se enrojece con el llanto. Tiene mucha relación con la edad gestacional. En el prematuro, la piel es muy delgada, más rojiza y permite ver con facilidad los vasos sanguíneos. En el postérmino es gruesa, acartonada, se descama muchas veces y suele ser más pálida. La piel de las extremidades también es rosada, sin embargo es frecuente la cianosis distal (palmas y plantas azuladas) debido a una circulación periférica deficiente. Ello no debe causar preocupación si la temperatura del bebé es normal.³²

a. Relacionados con la temperatura

- **Hipotermia**

La hipotermia suele ser síntoma de un proceso de fondo más grave; por ejemplo hipoxia previa o presente, estado de shock, infección bacteriana seria. También se presenta en el niño de bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr) y en pacientes sometidos a sedación profunda o a aquellos portadores de hipotiroidismo.

La temperatura corporal debe aumentarse progresivamente (1°C cada 30 minutos aproximadamente).

La hipotermia severa y sostenida puede causar problemas como: hipoglicemia, hipocalcemia, acidosis metabólica, daño renal y/o coagulación intravascular diseminada.

Una vez corregida la hipotermia, debe brindarse consejería a los padres a fin de mantener al niño normotérmico y realizar posicionamiento canguro en quienes pesan menos de 2500gr.

El niño de bajo peso puede presentar hipotermia recurrente sin presentar otro proceso de fondo.

- **Fiebre**

En la mayoría de los casos la fiebre es atribuible a una infección de fácil identificación. Sin embargo, es frecuente que la causa de la fiebre no sea evidente y se requiera de observación adicional y/o exámenes auxiliares.

El riesgo de infección bacteriana seria es alta cuando la temperatura es mayor a 38,9°C.

Se deben buscar signos que sugieran infección bacteriana seria, tales como:

- Dificultad respiratoria (neumonía grave).
- Otitis media
- Onfalitis (inflamación del muñón umbilical)
- Herpes simple (lesiones pápulo vesiculares extensas diseminadas en todo el cuerpo).
- Letargia o inconciencia.
- Hipoactividad (sepsis, meningitis)
- Irritabilidad, Fontanela abombada, convulsiones (meningitis).
- Heces con moco purulento y/o sangre (disentería).
- Signos clínicos de deshidratación.

b. Relacionados con el color

- **Ictericia**

Coloración amarilla de piel y mucosas por aumento de la bilirrubina (BI) en sangre Igual o mayor a 5 mg. % en el recién nacido. ³³

La ictericia es normal si se presenta al tercer día del nacimiento y desaparece a la semana. Aquella que se observa en las primeras 24 horas puede deberse a incompatibilidad sanguínea. La ictericia severa puede ocasionar daño neurológico.

- **Palidez**

Puede presentarse por pobre perfusión de la piel como cuando hay shock o por anemia. La presencia de llenado capilar lento es un buen indicador de shock, especialmente si se acompaña de taquicardia, hipotensión, ruidos cardíacos débiles, letargia o mal estado general.

- **Cianosis**

Es la coloración azulada de piel y mucosas. Puede ser periférica (manos, pies, peri bucal) o central (mucosas). La cianosis periférica es un hallazgo frecuente en el recién nacido sano; ocurre por pérdida de calor en un ambiente térmico inadecuado. También puede ser un signo de hipotermia por infección o shock. Si la cianosis no es consecuencia de apnea, indica enfermedad respiratoria o cardíaca severa. En esta situación debe iniciarse oxígeno al 100% (micro cámara con oxígeno a por lo menos 8 litros por minuto, con mínimo de rendijas) inmediatamente y evaluar si la cianosis desaparece con el tratamiento.

- **Rubicundez (Plétora)**

Considerar factores de riesgo como: Bajo peso para la edad gestacional, recién nacido grande para la edad gestacional, hijo de madre diabética, demoras en el pinzamiento del cordón umbilical al momento del parto mayor a 60 segundos. La mayoría son asintomáticos, sin embargo, pueden presentar: letargia, succión débil, hipotonía y/o dificultad respiratoria.

Pruebas de laboratorio: Hematocrito venoso o capilar 2-4 horas de vida del recién nacido y glicemia.

Si el hematocrito venoso o capilar es mayor al 65% el diagnóstico es policitemia.

Si la glicemia es menor a 40 mg/dl, el recién nacido también esta hipoglicémico.

- **Piel marmórea**

La piel marmórea se ve pálida, con zonas violáceas que se tornan pálidas cuando se hace presión con el dedo. Puede ocurrir como reacción al frio o por disminución de la perfusión de la piel por shock.

La exposición al frio en forma brusca puede producir piel marmórea. También se ve en niños con fiebre a quienes se trata de bajar la temperatura con alcohol.

Evaluar si existe:

- Taquicardia
- Taquipnea
- Llenado capilar lento
- Pulsos débiles
- Palidez
- Cianosis
- Oliguria
- Alteración en el sensorio
- Alteraciones en la temperatura.

3. Signos de alarma gastrointestinales: Distensión abdominal, vómitos, diarrea y heces en sangre

Distensión abdominal. Puede ser producida por sobrealimentación y retardo en el pasaje de meconio. Entre las causas quirúrgicas considerar peritonitis, neumoperitoneo y visceromegalia abdominal (hidronefrosis, riñones poliquísticos, tumores del riñón), enfermedad de Hirschprung.

El mayor peligro radica en la hipoventilación al disminuir la movilidad del diafragma. Hay que investigar si la distensión se debe a líquido, sólido o gas.

a) Vómitos:

Se observa muchas veces vómitos por deglución de líquido meconial, por ingerir demasiada leche, por infecciones urinarias o sepsis.

Todo vómito bilioso (verde) en un recién nacido, se considera patológico y sugestivo de obstrucción intestinal generalmente secundaria a causas quirúrgicas entre otras como atresias intestinales, malrotaciones, enterocolitis necrosante. Si hay saliveo constante debe tenerse en cuenta la atresia esofágica.

b) Diarrea

Se caracteriza por el aumento de volumen y frecuencia de las deposiciones. Si estas están acompañadas de moco o sangre se considera un signo de alarma. Las causas más comunes de diarrea en las salas de bebés son las infecciones por E. Coli entero patógena y virus.

c) Heces con sangre

La presencia de sangre en heces puede manifestarse como sangre viva o como deposiciones de color negro (melena).

La presencia de sangre en heces puede ser manifestaciones de un problema de sangrado generalizado. En estos casos suele haber otras manifestaciones en piel (petequias, equimosis) o en otros órganos (sangrado nasal o sangre en la orina). En el recién nacido esta situación puede ocurrir por deficiencia de vitamina K o por infección generalizada con coagulación intravascular diseminada.

Se debe dar vitamina K y pedir un hematocrito para evaluar si el sangrado es de tal magnitud que ha causado anemia y un hemograma. Si hay buena respuesta a la vitamina K (el sangrado cesa en 4 a 6 horas) y no hay anemia sintomática, el paciente puede ser dado de alta para ser seguido en pocos días.

d) Melena

Es la sangre digerida si no se acompaña de disminución del hematocrito, suele ser sangre materna deglutida al momento del parto, lo que no representa ningún riesgo para el niño. Si hay anemia o disminución del hematocrito, esto indica que la sangre proviene del niño y debe investigarse la causa y considerarse la posibilidad que requiera una transfusión de sangre para aliviar la anemia.

Una causa frecuente de sangre viva en heces es fisura anal, causada por estreñimiento. En este caso la sangre cubre las heces (formadas). Se puede evidenciar la lesión en el margen anal. Ocasionalmente el sangrado es causado por malformaciones que pueden requerir tratamiento quirúrgico.

Cuando la sangre se acompaña de diarrea, el diagnóstico es disentería, la que requiere tratamiento antibiótico y puede asociarse a sepsis en el recién nacido.

e) Signos de deshidratación ³⁴

La deshidratación está dada principalmente por la cuantificación sérica de sodio. El tipo de deshidratación dependerá entonces de la pérdida que predomine: si la depleción de líquido es menor que la de solutos, se presentará una deshidratación hipertónica; y si es mayor la pérdida de solutos, será hipotónica. ³⁵

Cuadro III. Datos clínicos de acuerdo al tipo de deshidratación.

Signos clínicos	Isotónica 130 – 150*	Hipotónica < 130*	Hipertónica > 150*
Piel			
Color	Gris	Gris	Gris
Temperatura	Fría	Fría	Fría
Turgencia	Pobre	Muy pobre	Normal
Textura	Seca	Friable	Gruesa
Mucosas	Secas	Secas	Muy secas
Hundimiento de globos oculares	+	+	+
Fontanela anterior deprimida	+	+	+
Estado neurológico	Letargo	Coma/convulsiones	Irritable/convulsiones
Taquicardia	++	++	
Hipotensión arterial	++	+++	

* Sodio sérico (mEq/L).

La guía colombiana dada por el ministerio de salud en el marco de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia), menciona que el niño presenta deshidratación si cursa con dos de los siguientes signos:

- Letárgico o inconsciente.
- Intranquilo o irritable.
- Ojos hundidos.
- Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.

En caso de presentarse es necesario que la atención del recién nacido se brinde en un centro hospitalario y sobretodo que la madre continúe amamantando si es posible.

4. Otros signos y síntomas: No recibe del seno o pobre succión, fontanela abombada, problemas en la cicatrización del muñón umbilical, irritabilidad, letargia, hipotonía.

a) No recibe del seno o pobre succión ³⁶

Es un signo de alarma inespecífico, común a una serie de trastornos metabólicos, infecciosos y congénitos. La asfixia al nacer puede dejar como secuela pobre succión (encefalopatía hipóxico- isquémica). Los niños deshidratados por vómitos o diarreas pueden presentarse con pobre succión cuando la deshidratación es más grave. Considerar como causas posibles: Secuela de asfixia, deshidratación grave, anemia, cianosis (por hipoxemia), infección, hipoglicemia (el amamantamiento inadecuado es un factor para sufrirla) o malformaciones congénitas.

b) Fontanela abombada

La fontanela abombada puede ocurrir cuando aumenta la presión intracraneal por infección, sangrado u otras causas. Lo más importante es determinar si se debe a meningitis, para lo que es necesario hacer una punción lumbar, en la

cual se considera líquido inflamatorio si hay más de 30 leucocitos por milímetro cúbico o si hay gérmenes. Si el líquido es hemorrágico o normal, se debe continuar con observación y tratamiento.

Causas menos frecuentes de fontanela abombada:

- Hematoma.
- Tumores intracraneanos.
- Errores innatos del metabolismo.
- Dosis excesiva de vitamina A y tratamiento prolongado de ácido nalidíxico pueden producir abombamiento de la fontanela, vómitos y depresión en el sensorio, simulando la presencia de tumor cerebral. Usualmente los síntomas remiten dentro de las siguientes 24 horas después de suspender los medicamentos.

c) Problemas en la cicatrización del muñón umbilical

Si el niño luce enfermo y/o presenta y/o la inflamación se extiende a piel de pared abdominal, buscar los signos de alarma de infección bacteriana seria y hospitalizarlo. Realizar los análisis de laboratorio y cultivos respectivos e iniciar cobertura antibiótica parenteral de amplio espectro: oxacilina y gentamicina.

Si el paciente presenta signos inflamatorios en la base del ombligo, pero sin extensión de lesión a pared abdominal, ausencia de fiebre y luce saludable, puede ser manejado en la comunidad utilizando:

- Lavado diario de región umbilical con agua y jabón.
- Antibióticos orales según orden médica.
- Terapia con antibióticos tópicos, tales como bacitricina o Neomicina.

d) Irritabilidad ³⁷

EL llanto frecuente y constante puede ser una señal temprana de un problema de salud serio, como:

- Diabetes, asma, anemia.
- Infecciones graves en los pulmones, los riñones o las meninges.
- Lesión en la cabeza tipo traumas.
- Dolores en cualquier parte del cuerpo, principalmente de cabeza o estómago.
- Estreñimiento o
- Patrones de sueño deficientes.

e) Letargia

Estado de hipoactividad profunda, hipotonía. Signo relacionado con alteraciones del sistema nervioso central, sepsis e hipoglicemia. Es conveniente descartar dichas patologías.

f) Hipotonía

La hipotonía es un signo común pero inespecífico en neonatos y lactantes menores. Las características del niño hipotónico son: disminución de resistencia muscular y articular a los movimientos pasivos y mayor amplitud de los movimientos articulares.

Cuando la hipotonía se presenta secundaria a un parto traumático se debe considerar como posibles causas la hemorragia o contusión cerebral y/o trauma espinal. Las causas por transmisión genética son infrecuentes. Considerarlas si hay historia familiar positiva, pudiendo o no haber asociación con cuadros dismórficos.

En ausencia de parto traumático, historia familiar contributoria o malformaciones, buscar patología de fondo que pueda ayudar al diagnóstico.

- El uso de medicación materna perinatal puede causar hipotonía en el niño.
- La necesidad de reanimación neonatal y el antecedente de estado fetal no tranquilizante orientan hacia asfixia (encefalopatía hipóxico-isquémica).
- La infección materna y ruptura prematura o prolongada de membranas (RPM) hacia sepsis neonatal.
- La alteración del crecimiento uterino (Pequeños o grandes para la edad gestacional) hacia trastornos metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia).
- La prematuridad orienta a hemorragia intraventricular.
- La ictericia patológica y pronunciada hacia encefalopatía hiperbilirrubinémica.
- La pérdida de peso importante hacia deshidratación.

Es conveniente la evaluación por un neurólogo para tratar de establecer la causa. Mientras esto ocurre, iniciar rehabilitación precoz (estimulación temprana) para tratar de mejorar el pronóstico.

5. Medidas preventivas y factores protectores. ³⁸

La guía colombiana dada por el ministerio de salud en el marco de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia), menciona una serie de recomendaciones importantes para el bienestar del recién nacido, entre estas se encuentra:

Vacunación de la embarazada y del recién nacido, lactancia materna exclusiva, proporcionar afecto, acostarlo boca arriba, lavado de manos, proporcionar higiene, cuidados del ombligo, reconocer oportunamente los signos de alarma.

OCARET No. 2 Cuidados básicos del recién nacido

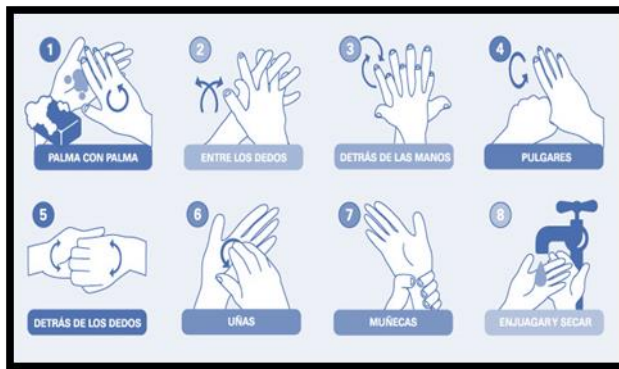
Objetivos	General: Fortalecer los conocimientos acerca de los cuidados básicos del recién nacido a través de actividades educativas en madres que hacen parte del programa Cuidado Canguro Intrahospitalario del Hospital Universitario del Valle. Específicos: • Dar a conocer los cuidados necesarios en el momento de realizar la higiene del recién nacido pretermino dentro de la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN). • Educar a las madres sobre la forma adecuada de brindar estimulación táctil al recién nacido por medio de masajes.
Contenido	• Cuidados básicos del recién nacido • Limpieza corporal del recién nacido • Estimulación para el bebé: Masajes
Actividades	• Indagar conocimientos previos. • Educar acerca de los cuidados del recién nacido por medio del rotafolio “<i>Cuidando a mi Bebé</i>”. Brindar un espacio donde la madre o padre puedan resolver dudas o indagar acerca de particularidades de su bebé.

Recursos	• Rotafolio: “Cuidando a mi Bebé”. • Premios para las actividades educativas grupales: Aceite corporal, crema corporal, pañales, pañitos húmedos, ropa, pañaleras, dulces.
Evaluación	Invitar a que la madre ponga en práctica con su bebé lo aprendido en la sesión para identificar la comprensión de la temática y resolver las dudas que se presenten en dicho proceso.
Tiempo	• Indagar conocimientos previos: 5 min • Educar: 15 min • Sesión de preguntas: 5 min • Evaluación: 15 min

Cuidados básicos del recién nacido

Los cuidados higiénicos del recién nacido, suelen crear situaciones de angustia a la madre (sobre todo si es primípara), por las dudas que suele plantearse en el ejercicio de ser madre. Si estas dudas no son aclaradas, es fácil que se alteren las relaciones afectivas madre-hijo, tan importantes durante el proceso de adopción del rol materno.

Antes de iniciar con la higiene del recién nacido prematuro, es necesario evaluar las condiciones del lugar en el que se va a efectuar el procedimiento. Para el baño es necesario que el lugar no tenga corrientes de aire cercanas, sin ventanas abiertas y puertas cerradas, si las hay y evitar la exposición a aire acondicionado. Se aconseja una temperatura (T°) ambiente entre 24-27° C.³⁹



Cuando se tenga precisado el lugar se debe efectuar el lavado de manos, con los cinco pasos descritos en la figura. Es muy importante evaluar la temperatura del recién nacido, e iniciar la higiene solo si la $T^{\circ} > 36,6^{\circ}\text{C}$. Esto debe ser evaluado antes y después

del baño, acompañado de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y la saturación, esto para detectar tolerancia al procedimiento.

La higiene del recién nacido contempla: limpieza corporal con pañito húmedo, cambio de pañal, limpieza de ojos, muñón umbilical y boca. Antes de empezar con el procedimiento es necesario tener todo cerca de la incubadora o el lugar en el que se decidió realizar la higiene. Para la higiene es necesario preparar; pañitos húmedos, pañal, crema dermoprotectora (almipro) y gorro, si se encuentra en casa, vestimenta completa y cobija sumamente importantes. Alcohol al 70%, torundas de algodón, gasas y agua estéril.

Limpieza corporal del recién nacido

Se recomienda no realizar el baño en agua hasta que hayan cumplido en su totalidad las semanas de gestación, fuera del vientre materno (40 semanas), semana en la que el recién nacido regula mejor su temperatura⁴⁰. En estos recién nacidos no se recomienda utilizar productos como jabón, shampoo y mucho menos colonias. Al aplicarle ese tipo de productos se retira la película de lípidos de la superficie de la piel. Fisiológicamente, el pH de la piel es neutral al nacer, y se acidifica durante la primera semana de vida, con valores de pH entre 5,0 a 5,5.

Este “manto ácido” disminuye la colonización bacteriana y promueve la retención de humedad en la barrera de la piel ⁴¹.

Dentro de la incubadora se limpiará el cuerpo del recién nacido desde la cabeza hasta los pies, con un pañito húmedo de forma consecutiva, firme y rápida para no exponer al bebé, por tiempo innecesario a la humedad del pañito.

Cambio de pañal

1. Posicionar al bebé

El recién nacido estará siempre dentro de la incubadora durante el procedimiento. Así que el bebé permanecerá con una elevación de su cabeza con respecto a sus pies, elevación que debe permanecer durante todo el proceso, esto para no aumentar la presión intracraneal (PIC) y disminuir el riesgo de HIV.

2. Retirar el pañal

Se halará los adhesivos y se las pegará sobre sí misma, esto para evitar que las cintas se adhieran a la piel del recién nacido y la lesione.

3. Limpieza del bebé

Es importante que la limpieza se realice de adelante para atrás, en especial si se trata de deposiciones sólidas y en el caso de las niñas. En el niño se baja el prepucio (la piel que rodea al pene) con mucho cuidado y limpia bien los dobleces.

Se retirará el exceso de crema sin lesionar la piel. Si la crema se encuentra muy adherida a la piel se utilizará un aceite corporal (uso único del aceite, no es recomendable aplicarla en la piel del bebé de forma rutinaria). Para limpiar la cola, se moverá con delicadeza la cadera del bebé, por ningún motivo se elevará las caderas por encima del nivel de la cabeza y se colocará de forma inmediata el pañal bajo la colita del recién nacido.

4. Crema dermoprotectora

Aplicar la crema de adelante para atrás– prestando atención al área del recto, pues esta es especialmente vulnerable a irritación. En las niñas, se aplica crema en los labios exteriores de la vagina, nunca en los interiores.

5. Ajustar y cerrar el pañal

Cerrar el pañal abriendo las cintras adhesivas traseras y se ajustan en la parte delantera, dejando un dedo entre el abdomen y el pañal. Si el recién nacido tiene aún cordón umbilical se debe dejar por fuera del pañal, esto se consigue doblando a la parte delantera del pañal.

Al realizar el cambio de pañal, de forma inmediata se cerrará la incubadora y se depositará el pañal sucio en el recipiente de color rojo y se procederá a lavar las manos con los cinco pasos, ilustrados anteriormente.

Cuidados del cordón umbilical

Los cuidados de éste, mientras persista, han de ser exquisitos, ya que constituye la principal puerta de entrada de infecciones que en esta edad tan temprana de la vida suele ser muy graves. Hasta que cicatrice y caiga el ombligo deben tener los siguientes cuidados:

1. La manipulación ha de realizarse siempre con las manos muy limpias, por lo que es condición imprescindible lavárselas siempre antes con agua, jabón.
2. Para facilitar la cicatrización se hará su limpieza con alcohol de 70°, alrededor de la base del ombligo.
3. Si el pequeño ya se le ha caído el cordón, se hará caer sobre la cicatriz gotas de alcohol al 70% y se limpiará del centro a la periferia, evitando devolverse y dejando el ombligo sin ninguna partícula evidente.
4. Evitar todas aquellas cosas que favorezcan la humedad (fajas, ombligueras, vendajes...)

Limpieza de ojos

Con el bebé acostado boca arriba, se humedecerá la gasa estéril con agua estéril y se limpiará desde la comisura medial (ángulo interno del ojo) a la lateral (ángulo externo del ojo), tratando de eliminar las secreciones oculares sin lastimar al recién nacido. Si es necesario repetir el procedimiento es necesario hacerlo con otra gasa y con la técnica anteriormente descrita.

Higiene bucal

Tanto los rodetes gingivales del recién nacido (encía) como los dientes que aparecen a partir del sexto mes de vida, ayudan al niño a la alimentación; La higiene bucal es importante para prevenir infecciones y mantener limpias encías, lengua y cara interna de las mejillas del recién nacido.

La higiene se realizará con una gasa estéril humedecida con agua estéril, que cubra el dedo índice de la madre. Se procederá a hacer el lavado de los rodetes gingivales con movimientos delicados, se procederá a limpiar las paredes de las mejillas de forma suave y por último se limpiará la lengua sin estimular el reflejo tusígeno. Todo esto con el propósito de retirar los residuos de leche materna o fórmula de prematuro, que pueden encontrarse en la boca del bebé.

Estimulación para el bebé: Masajes⁴²

Los masajes son una de las mejores formas de transmitir al bebé cariño, confianza y seguridad. Pero además de aportar beneficios emocionales, los masajes también pueden aliviar molestias y estimular el desarrollo muscular del pequeño:

- Ayudan a regular y reforzar las funciones respiratoria, circulatoria y gastrointestinal. A través de un masaje también se pueden controlar y aliviar las incomodidades producidas por cólicos, gases y estreñimiento.
- Los masajes ayudan al bebé a relajarse y lo alivian del estrés.
- Ayudan a estimular el sistema musculoesquelético y propician el desarrollo del sistema nervioso.
- Ayudan a aumentar el vínculo afectivo del bebé con sus padres a través del contacto, la mirada, la piel, la sonrisa, las caricias, el olor y la calidez.

Pasos para realizar el masaje⁴³

- 1.** Para iniciar el masaje, acueste al bebé boca arriba, con los pies hacia usted. Aplique crema o aceite corporal, para que el masaje sea suave. Es importante tener en cuenta que no se debe exponer al recién nacido durante mucho tiempo al medio, ya que puede disminuir su temperatura corporal y conllevar efectos indeseados.
- 2.** El masaje debe ser muy suave, casi con caricias, tocando suavemente la superficie de la piel o moviendo suavemente los músculos. En las áreas pequeñas del cuerpo, como pueden ser la parte anterior del cuello o la cabeza sólo se debe usar las yemas de los dedos. En las áreas grandes como la espalda o el estómago usar la parte grande de las manos, los dedos o la palma de la mano.
- 3.** Comience por el tórax acariciando con ambas manos desde la línea media hacia los hombros. Masajee su abdomen moviendo las manos en forma circular en el sentido del reloj y empezando siempre debajo de las costillas. Este masaje ayudará a mejorar el tránsito intestinal de su bebé.
- 4.** Dele un buen masaje en los brazos, desde los hombros a las muñecas. Para ello forme un anillo con sus dedos índice y pulgar en torno al brazo del bebé. Tome ambas muñecas y cruce sus manos una tras otra y después júntelas. Con sus manos formando un anillo alrededor de la muñeca efectúe movimientos muy suaves y delicados realizando un movimiento rotatorio, como si atornillase. Luego siga con la palma de la mano, presionando

suavemente por debajo de cada dedo y luego masajeando cada dedo del bebé en forma individual.

5. Masajee las piernas una a una de forma circular de arriba hacia abajo. El masaje en la planta de los pies es sumamente relajante. Aquí se puede realizar varios movimientos: comience presionando los dedos, luego recorra la planta y vuelva a los dedos. Con el pulgar presione ligeramente la planta del pie. Acaricie suavemente cada dedo. El masaje en los pies también ayuda a aliviar los cólicos.
6. Si cuenta con experiencia y seguridad en el manejo del bebé, colóquelo boca abajo y comience con movimientos largos y lentos que vayan desde la cabeza, el cuello, la espalda hasta las piernas, siempre hacia abajo y en una sola dirección.
7. Ahora masajee suavemente los hombros y la espalda con las yemas de sus dedos, con movimientos en pequeños círculos. No debe masajear la columna vertebral del bebé, sólo coloque las manos y deje que el bebé sienta su calor.
8. Para finalizar vuelva a colocar al bebé boca arriba y acaricie suavemente su torso mientras le habla y le dice que ya ha terminado su sesión de masajes. Cúbralo o vístalo nuevamente.

OCARET No. 3 Lactancia materna

Objetivos	General: Fortalecer los conocimientos acerca de lactancia materna exclusiva a través de actividades educativas en madres que hacen parte del programa Cuidado Canguro Intrahospitalario del Hospital Universitario del Valle. Específico: Fomentar la lactancia materna exclusiva mediante la explicación de conceptos claves, técnicas y aspectos a tener en cuenta, para su correcto desarrollo.
Contenido	• ¿Qué es la lactancia materna? • ¿Qué mitos existen alrededor de la lactancia materna? • Lavado de manos • Composición de la mama • Proceso de producción de leche • Tipos de leche y sus características • Técnica correcta para amamantar al bebe • Beneficios para el bebe • Beneficios para la madre • Posiciones para amamantar al bebe • Técnica de extracción manual de leche materna y su conservación • Cuidados generales para mama y bebe • ¿En que puede apoyar el padre? • En que situaciones está contraindicado la lactancia materna • ¿Qué riesgos existen si no aplico lo aprendido?

Actividades	Actividad inicial: “Introducción al mundo de la lactancia materna” En esta primera etapa se busca realizar una introducción al tema, indagando acerca de los conocimientos previos que las madres posean referente a la lactancia materna y discutiendo algunos mitos que maneja la sociedad frente a la misma. Actividad Central: “¿Qué debo saber y hacer para tener una lactancia materna feliz?” Esta actividad consiste en explicar a las madres que es la lactancia materna, porque es importante, los beneficios que trae para ella y su bebe, la técnica de lactancia materna correcta, la técnica de extracción y conservación de la leche materna, las complicaciones que puede traer para la madre la no aplicación de los conceptos aprendidos, los momentos en los que puede recibir apoyo de su pareja en el proceso de lactancia, las distintas posiciones para alimentar a su bebe y dar a conocer las situaciones en las cuales una madre no debe amamantar a su hijo. Actividad final: “Evaluando mi aprendizaje” • Una vez concluida la explicación de los conceptos, se dará oportunidad a las mamás que expresen sus dudas, cuestionamientos y opiniones frente al tema tratado; una vez resueltas, a través de preguntas sencillas, se evaluará el conocimiento aprendido.
---------------------------	--

Recursos	• Rotafolio de Lactancia materna • Obsequios para premiar a las madres
Evaluación	A través de preguntas orales, sencillas y concretas realizadas a las madres participantes de la charla educativa, se evaluará el conocimiento aprendido, al igual que los conceptos que deben reforzarse.
Tiempo	• Actividad inicial: 15 minutos • Actividad central: 40 minutos • Actividad final: 15 minutos

¿Qué es la lactancia materna?

Dar de mamar es el mejor comienzo de la vida de un niño o una niña. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto de la piel suave y calentita de la madre, le da tranquilidad y placer al niño o niña. La compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo o hija. Dar de mamar es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía, es la forma ideal de aportarle los nutrientes y defensas que necesita para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de salud.

Se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva (es decir no se dé al bebe nada más que leche de su madre) durante los primeros seis meses de vida y mantenerlo hasta los 2 años o más ya que esto garantizara una nutrición adecuada.

Lavado de manos

El lavado de manos es muy importante en todos los procesos de cuidado que le realicemos a nuestro bebe, en especial cuando se va a dar lactancia materna ya que las manos deben estar limpias antes de tocar el seno y él bebe para evitar la generación de enfermedades por posibles infecciones que se transmitan por bacterias presentes en las manos. Por esta razón aprender a lavarse las manos es vital, los pasos a seguir se evidencian en la siguiente imagen:



Mójese las manos.



Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



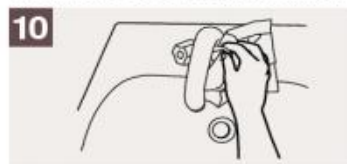
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



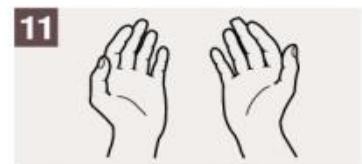
Enjuáguese las manos.



Séqueselas con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Sus manos son seguras.

Composición de la mama

La mama se encuentra compuesta por distintas estructuras tanto internas como externas, dentro de las cuales se encuentran:

- **Areola:** Es la parte más oscura alrededor del pezón. Durante el embarazo se oscurece aún más, para hacerse más visible cuando el bebé empiece a mamar. El niño o niña debe tomar parte de la areola para mamar bien.
- **Pezón:** Es la punta del pecho por donde sale la leche a través de 15 a 20 pequeños agujeros llamados poros lactíferos.
- **Glándulas de Montgomery:** Son los bultitos que se encuentran en la areola. Estas glándulas producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios. Además tiene un olor que atrae al niño o niña al pezón. Tener pechos grandes o pequeños no tiene nada que ver con la producción de leche.
- **Alvéolos:** Es donde se produce la leche. Con cada mamada éstos se contraen para sacar la leche.
- **Conductos lactíferos:** Son los que conducen la leche de los alvéolos a los senos lactíferos. Continuamente la leche baja por ellos.
- **Senos lactíferos:** Los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es allí donde se almacena la leche. Por eso, es importante que el niño o niña abarque parte de la areola para exprimir la leche.

- **Nervios:** Son los que mandan la orden al cerebro de hacer más leche en los alvéolos. También transmiten la orden al cerebro para hacerla salir del pecho.
- **Tejido graso:** Envuelve todo el seno y le sirve de colchón protector. Algunas mujeres tienen más grasa en los pechos que otras. Por eso, las mujeres tienen diferentes tamaños de pechos. Tener senos grandes o pequeños no afecta la producción de leche.

Producción de leche

Cuando el niño o niña mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón. Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre de que el niño o niña quiere leche. El cerebro responde y ordena la producción de una sustancia llamada prolactina. La prolactina hace que la leche se comience a formar en los alvéolos. Entre más mama el niño o niña más leche produce la madre. Para que la leche baje de los alvéolos al pezón, el cerebro hace producir otra sustancia que se llama oxitocina. A veces la madre puede sentir la bajada. Si el niño o niña no mama bien, la madre no recibe el estímulo adecuado y no produce suficiente leche.

Es muy común recomendar a las madres tomar o comer algún alimento en particular para producir buena leche. Esto es un mito, sin embargo, la producción depende únicamente del estímulo que realiza el bebé al succionar. Cada vez que las glándulas mamarias se vacían, éstas generan más leche y, por lo tanto, a mayor succión habrá más producción de leche.

Tipos de leche

Desde el nacimiento del bebé hasta que se deja de amamantar, la leche materna cambia, haciendo que existan diferentes tipos de leche. La primera leche elaborada por la mujer después del parto hasta los cinco primeros días de vida del bebé se llama **calostro**, caracterizada por su alta concentración de inmunoglobulinas, grasas, proteínas, vitaminas y minerales también un efecto laxante suave que facilita la expulsión de materia fecal (meconio).

Luego la leche cambia y ya no será calostro sino **leche de transición** es la leche que se produce entre el quinto y décimo día después del parto aproximadamente, tiene un mayor contenido de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles que el calostro y, por lo tanto, suministra más calorías al recién nacido, adecuándose a las necesidades de éste conforme transcurren los días.

Alrededor del cuarto y el sexto día, tiene lugar un aumento brusco de la secreción de leche, “la subida de la leche”. Esta leche de composición intermedia va variando hasta alcanzar la composición de la leche madura.

Finalmente aparece **La leche madura** es secretada por las glándulas mamarias del décimo día tras el parto en adelante. Es la leche materna propiamente dicha. Ella sola le aporta al niño todas las sustancias nutritivas y las calorías que éste requiere para su normal desarrollo y crecimiento.

Los principales componentes de la leche son: agua (un 88%), proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza u oligoelementos, hormonas y enzimas.

Caso especial

Cuando las mamás tiene a su recién nacido antes de tiempo es decir prematuro, se produce una leche inicial denominada **leche pretérmino**, la cual contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas.

Técnica de lactancia materna

La técnica, el éxito y la posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta lo cual evitará que duela durante la succión y que salgan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomendará seguir esta regla: “omblico con omblico” o “barriga con barriga”). Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta.

El procedimiento en si consiste en:

1. Antes de dar el pecho debe lavarse las manos y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc. Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, hay que tumbarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro.

2. Se rodeará al bebé con el brazo y tras girarle hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigirle su cuerpo hacia el de la madre: “ombigo con ombigo” o “barriga frente a barriga”. Si está cansada se le recomendará relajarse durante la toma y disfrutar con su bebé. Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. Su cabeza ha de apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo con el que se sostenga al bebé sobre un cojín. Puede estar más cómoda poniendo los pies sobre un taburete o banqueta bajos; pero colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que su nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo. En definitiva, su cara no debe estar “mirando al techo”, sino dirigida hacia el pecho materno: siempre debe poder ver la cara de su madre y la madre la suya.
3. Sea cual sea la posición a adoptar la cabeza del niño tiene que estar alineada con el pecho de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe generarse una apertura grande de la boca de tal manera que todo el pezón y la mayor parte de la areola queden dentro de ella.
4. Si los labios y la lengua están bien, el bebé mamará correctamente en cualquier posición, ambos labios del bebe deben estar evertidos, con el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se situé entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí. Si la boca del bebe es muy pequeña y no alcanza a abarcar toda la areola, lo que quede sobrante debe sobresalir por encima de la boca (labio superior) del bebe y no por debajo.
5. Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas y frente y que sus mejillas

no se hunden hacia adentro sino que se ven redondeadas y el mentón se encuentra cercano al seno de la madre.

6. Él bebe debe estar bien sostenido y sentirse cómodo.

Finalmente si cumplimos todos estos pasos y él bebe succiona de esta manera la madre no sentirá dolor y disfrutara este momento tan especial de amamantar a su bebe.

Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el recién nacido

La lactancia materna tiene múltiples beneficios para el desarrollo físico, mental, social y emocional del recién nacido, dentro de estos encontramos los siguientes beneficios más relevantes para cada órgano o sistema:

- **Cerebro:** La leche materna tiene grasas y proteínas que ayudan para el desarrollo óptimo del cerebro. Estudios demuestran que los bebes alimentados con leche materna poseen un nivel de desarrollo intelectual superior. El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida. La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades. No hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida. Por eso, la leche materna es importante durante los primeros años.
- **Oído:** Disminuye las infecciones de oído (otitis) y favorece la agudeza auditiva.

- **Ojos:** Disminuye la incidencia de miopía y retinopatía de la prematurez, los bebés serán menos propensos a usar lentes.
- **Dientes:** La succión del pecho estimula un adecuado desarrollo maxilofacial, una adecuada formación de las piezas dentales y disminuye el riesgo de caries.
- **Lenguaje:** Los bebés que toman el pecho utilizan más de 20 músculos de la cara y mandíbula y los ejercitan más del doble que los bebés que toman tetero, esto es muy importante porque prepara la boca, la lengua y la garganta para formar los sonidos necesarios para el lenguaje y la dicción.
- **Piel:** Los bebés alimentados con leche materna tienen una piel más suave y flexible.
- **Estomago:** Mejora la digestión del bebé, previene la diarrea, reduce el número de infecciones digestivas debido a que la leche materna tiene propiedades anti infecciosas. La leche de la madre es buena para la digestión del niño o niña y los protege contra las diarreas y otras enfermedades. La leche de la madre tiene todo el líquido que el niño o niña necesitan para calmar la sed, aún en climas calientes. Al darle aguas, té, o jugos en los primeros 6 meses se aumenta el riesgo de diarreas y otras infecciones además de disminuir la leche de la madre. Por esta razón el bebé no necesita agüitas ni té, no necesita coladas, ni jugos, ni otro alimento y adicional a esto el chupón no es necesario.
- **Intestinos:** Favorece la maduración intestinal, disminuye el riesgo de Enterocolitis Necrotizante (ECN), enfermedades inflamatorias como (colitis ulcerosa). Disminuye el riesgo de padecer en la edad adulta cáncer de colon, de estómago, gastritis y ulcera péptica.

- **Sistema inmunológico:** La leche materna contiene unas células llamadas inmunoglobulinas que contribuyen a regular la respuesta inmunológica o de defensa de tu bebé y lo protege contra enfermedades crónicas como cáncer, obesidad, diabetes, desnutrición etc.
- **Social:** Los niños alimentados con lactancia materna desarrollan una personalidad más segura e independiente al igual que un mejor desarrollo psicomotriz, emocional y social.

Ventajas para la madre

Dentro de las ventajas inmediatas generadas en la madre en el momento de iniciar la lactancia materna encontramos que la placenta sale con más facilidad y rápidamente, los riesgos de hemorragia postparto son menores ya que la lactancia materna ayuda a incrementar los niveles de la hormona oxitocina, la cual ayuda a reducir el sangrado postparto y a contraer tu útero, disminuye el riesgo de anemia y el útero recupera rápidamente su tamaño normal. Dar de mamar ayuda a fortalecer el vínculo con tu bebé ya que te permite conocerlo mejor, pasar tiempo juntos, leer sus señales, reconocer las causas de su llanto y así satisfacer sus necesidades de una manera más fácil, también consume entre 450 y 500 calorías al día, lo que te ayuda a perder peso más rápidamente después del embarazo.

Las ventajas posteriores también se evidencian en pechos menos congestionados cuando baje la leche, la madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche, las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios, la lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija.

Finalmente la leche materna está siempre lista y a la temperatura que al niño o niña le gusta. La madre lactante no se agota porque no tiene que levantarse de noche y no necesita hacer preparaciones especiales, lavar biberones y mamaderas, no debe preocuparse por las infecciones que producen los biberones y mamaderas mal lavados que pueden llevar al niño o niña a una emergencia médica, no debe preocuparse por los gastos de leches, biberones, mamaderas y combustible

Posiciones

Existen diversas posiciones para amamantar a tu bebe, se puede adoptar la que deseada mientras se conserve los pasos de una técnica correcta explicados anteriormente. Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y laceración de los pezones. Dentro de las diversas posiciones podemos encontrar:

- **Posición acostada:** Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche.
- **Posición de sandía o balón de rugby:** Es una buena posición para después de una Cesárea y para amamantar gemelos.
- **Posición sentada:** Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible.

Técnica de extracción de leche materna

Antes de realizar la extracción de la leche materna se debe procurar tener el cabello recogido el cabello y seguir las siguientes indicaciones:

1. Lavarse las manos adecuadamente según los pasos de la OMS.
2. Evitar hablar mientras se realiza la extracción ya que partículas de saliva pueden contaminar la leche, si existe presencia de gripe o enfermedades respiratorias se recomienda usar tapabocas.
3. Colocar un frasco de vidrio previamente hervido durante 15 minutos o el tetero del bebe limpio los cuales serán los recipientes donde se almacenara la leche materna sobre una toalla limpia o de papel desechable, retirar la tapa del tarro y colocarla boca arriba en la misma toalla. Se recomienda tener otra toallita de papel a la mano para secar las gotas de leche que salpican.
4. Iniciar con un masaje suave en forma circular con las yemas de los dedos alrededor de cada seno para estimular los conductos lactíferos. Luego acariciar los senos con la yema de los dedos como si se peinaran.
5. Colocar la mano en forma de C de tal manera que el pulgar quede por encima de la areola y el dedo índice por debajo de la areola, de tal manera que se pueda levantar el seno.
6. Luego empujar con los dedos pulgar e índice contra el tórax (pecho), presionando los conductos que se encuentran debajo de la areola y se palpan como nódulos. El movimiento de presiona con los dedos es parecido al que se hace con el dedo al imprimir una huella. Al principio no sale leche, pero después de traccionar y empujar varias veces las primeras gotas o inclusive el chorro empiezan a salir.
7. Una vez sea obtenida la leche en el recipiente de vidrio, taparlo, rotularlo con fecha y hora de extracción y almacenar en la nevera o congelador según el tiempo en el que se espere usar.⁴⁴

¿En qué situaciones puede apoyar el padre?

El padre puede ayudar al cambio del pañal e higiene del bebé y brindarle comodidad antes de iniciar la lactancia materna mientras la madre se prepara. Puede contribuir a la producción de leche por la mamá dándole un masaje en su espalda ya que esto facilita la producción de oxitocina. Para la realización del masaje la madre debe ubicarse en una silla sin espaldar y contar con un apoyo en frente de ella (mesa, otra silla) para recostarse de tal manera que sus senos queden colgando en el aire (se recomienda reiterarse el brasier) una vez ubicada se iniciara el masaje ubicando una mano a cada lado de la columna vertebral estas deberán estar empuñadas dejando sobresalir el dedo pulgar y una vez ubicados se harán movimientos de forma circular y descendente con pulgares y nudillos desde el cuello hasta el final de la espalda y así sucesivamente durante aproximadamente 10 minutos. Se recomienda usar aceite o crema humectante para facilitar el masaje y proporcionar una mayor relajación.

El papel que el padre o pareja puede desempeñar en este proceso va a ser muy importante y puede facilitar muchísimo que sea una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé: puede acariciar, abrazar y mecer al bebé desde su nacimiento así como fomentar el apego y el vínculo con su niño o niña. Cuando la pareja se involucra desde el principio en el embarazo, en la elección del método de alimentación, en el parto, en la crianza, supone un gran alivio y descanso para la madre y una manera de vivir más y mejor la maternidad.

El padre también podrá contribuir a la lactancia materna cuando la madre no esté presente o deba salir a trabajar, proporcionándole al leche extraída y adecuadamente almacenada al bebé con una copa o vaso.

Contraindicaciones de la lactancia materna

Existen 5 indicaciones que impiden a la madre proporcionar lactancia materna a su bebe estas son:

1. Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA
2. Consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas como pooper, marihuana, bazuco, cocaína etc.
3. Tuberculosis (TBC) activa sin tratamiento.
4. Herpes o lesiones alrededor del seno.
5. Si se padece de algún tipo de cáncer que se encuentre en tratamiento de radioterapia o quimioterapia.

Situaciones especiales

En ocasiones, patologías benignas de la mama pueden ser la causa de un destete precoz y no deseado, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente. Algunas complicaciones que se pueden presentar son:

- **Dolor al inicio de la succión:** Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera. Es importante observar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos

que irritan, la existencia de grietas, en estos casos hay que corregir el error y enseñar cómo hacerlo correctamente.

- **Grietas en el pezón:** Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir:
 - La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos
 - Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera
 - No se debe limitar el tiempo de succión La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche.
- **Ingurgitación mamaria:** La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo es lo que provoca el que los pechos estén hinchados y duros. La clínica varía:
 - Dolor de pezón (a menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado)
 - Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho
 - El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos.
- **Congestión mamaria:** Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de

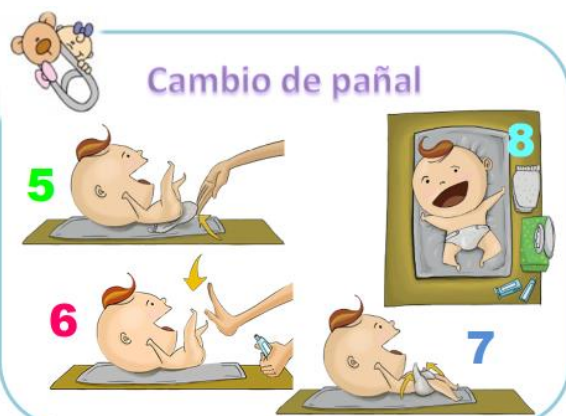
“subida de la leche”. El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor. Si es posible se evitará el empleo de pezoneras y dar suplementos lácteos.

- **Obstrucción de un conducto (galactocele):** La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante no interrumpir la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé “ordeña” con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada. Se puede recomendar antiinflamatorios y/o analgésicos.
- **Mastitis:** Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos. Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas. Los principios del tratamiento de la mastitis son asesoramiento de apoyo a la madre, vaciamiento eficaz de la leche, tratamiento antibiótico (cotrimoxazol, ciprofloxacino a dosis de 750mg, etc.) y tratamiento sintomático (antiinflamatorios o analgésicos). Es importante no interrumpir la lactancia ya que agravaría el problema. Se debería realizar un análisis microbiológico de la leche de cualquier mujer lactante que refiera dolor en el pecho injustificado, grietas y/o mastitis recurrentes.

Anexo 7. Rotafolio como ayuda educativa

Cuidados básicos del recién nacido





González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes-Brazos



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes-Brazos



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes-Piernas



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Realiza masajes-Pies



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

¿Preguntas?



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Signos de alarma en el recién nacido

 **Signos de alarma en el Recién nacido**



González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

¿Qué son los Signos de alarma?

manifestaciones en el recién nacido que pueden ser señales de alguna enfermedad o infección que puedan poner en riesgo su salud y bienestar.



González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Recuerda!



Si tu bebé presenta alguno de los siguientes signos de alarma, llévalo de manera inmediata a la institución de salud mas cercana.

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

 **Signos de alarma respiratorios**

1. Dificultad respiratoria
2. apnea



González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

1. Dificultad respiratoria



González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

2. Apnea

Incorrecta posición de la cabeza y el cuello



Posición correcta de la cabeza y el cuello



Respira nuevamente luego de un estímulo táctil



Frotar firmemente la planta del pie o la espalda

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Signos de alarma De la piel



1. Temperatura
2. Color

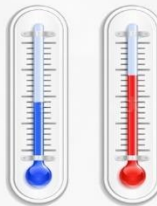
González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

1. Temperatura



Hipotermia :
Temperatura menor a
36.5°C

- Verificar que el bebé este bien abrigado.
- Bloquear las corrientes de aire: Apagar ventiladores, cerrar puertas o ventanas.



Fiebre :
Temperatura mayor a
37.5°C

- Verificar que el bebé no este abrigado en exceso.
- Descubrirlo un poco y esperar 30 minutos para tomar nuevamente la temperatura.

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

¿cómo tomar la Temperatura?

- Es necesario contar con un termómetro ya sea digital o de mercurio.
- Si el termómetro es digital asegúrese de que al encenderlo marque 1°C.
- En caso de que sea de mercurio, revise que este marcando por debajo de 35°C.
- La axila de su bebé debe estar seca y descubierta (el termómetro no debe estar por encima de la ropa).
- Coloque el termómetro en la axila y espere durante tres minutos si es de mercurio o si es digital espere un leve sonido de alarma.
- Revise la medición. Tenga en cuenta que los valores normales de temperatura son de 36.5°C hasta 37.5°C.



González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

2. Color

Recién nacido saludable



Recién nacido rubicundo



Recién nacido con ictericia



Recién nacido cianótico



González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Signos de alarma Gastrointestinales



Distensión abdominal

Vómitos

Diarrea

Sangre en heces



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Signos de deshidratación

Ojos hundidos

Fontanela anterior deprimida

Piel y mucosas secas

La piel tiene un tono grisáceo

Letargo

Falta de turgencia en la piel

La piel permanece levantada luego del pellizco



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Otros síntomas



Problemas en la cicatrización del ombligo

Fontanela abombada o deprimida

No recibe del seno o succiona pobremente

Fontanela

Placas óreas

Cicatrización del cordón umbilical



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Otros síntomas



Irritabilidad

Letargia

Hipotonía



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Medidas preventivas y factores protectores

Vacunación de la embarazada y del recién nacido

Lactancia materna exclusiva

Proporcionar afecto

Acostarlo boca arriba

Lavado de manos

Proporcionar higiene

Cuidando el ombligo

Reconocer signos de alarma



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

¡Gracias!



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

González, K. Guerrero, A. Montoya, L. Rosas, N.

Lactancia materna

LACTANCIA MATERNA



Universidad del Valle

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

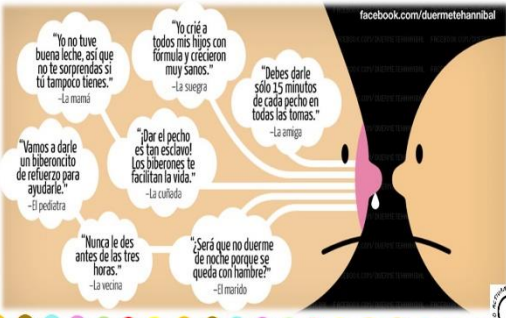
¿Qué es?



"Primer acto de amor hacia tu bebé"

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Mitos



facebook.com/duermetehannibal

- "Yo no tuve buena leche, así que no te sorprendas si tu tampoco tienes." -La mamá
- "Yo crié a todos mis hijos con fórmula y crecieron muy sanos." -La suegra
- "Debes darle sólo 25 minutos de cada pecho en todas las tomas." -La amiga
- "¡Dar el pecho es tan esclavo! Los piberones te facilitan la vida." -La cuñada
- "Vamos a darle un biberón de refuerzo para ayudarlo." -El pediatra
- "Nunca le des antes de las tres horas." -La vecina
- "Será que no duerme de noche porque se queda con hambre!" -El marido

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

¿Que debo saber y hacer para tener una Lactancia Materna Feliz ?

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Lavado de Manos

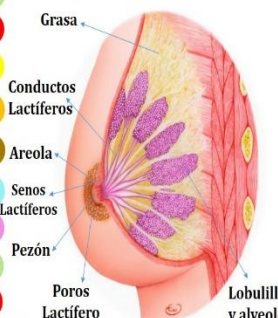


Al comenzar cualquier actividad, las manos con agua y jabón.

1. PALMA CON PALMA
2. ENTRE LOS DEDOS
3. DETRÁS DE LAS MANOS
4. PULGARES
5. DETRÁS DE LOS DEDOS
6. UÑAS
7. MUÑECAS
8. ENJUAGAR Y SECAR

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Composición de la Mama



- Grasa
- Conductos Lactíferos
- Areola
- Senos Lactíferos
- Pezón
- Poros Lactífero
- Lobulillos y alveolos

Producción de leche



- Hipotálamo
- Glándula pituitaria
- Estímulo de la succión del pezón
- Oxitocina

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Tipos de leche



CALOSTRO
LECHE DE TRANSICION
LECHE MADURA

González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



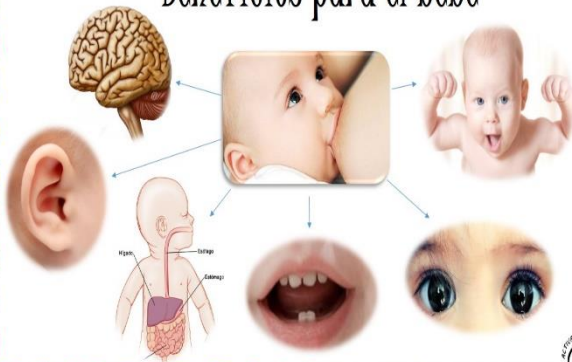
Técnica Correcta



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Beneficios para el bebe



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Beneficios para la madre



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



¿Cuándo NO puedo amamantar a mi bebe?



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

¿Qué puede pasar sino aplico lo aprendido?



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Conservación de la leche Materna



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Cuidados para Mamá



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Cuidados con el bebe



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

¿ En que cuidados puede apoyar Papá?



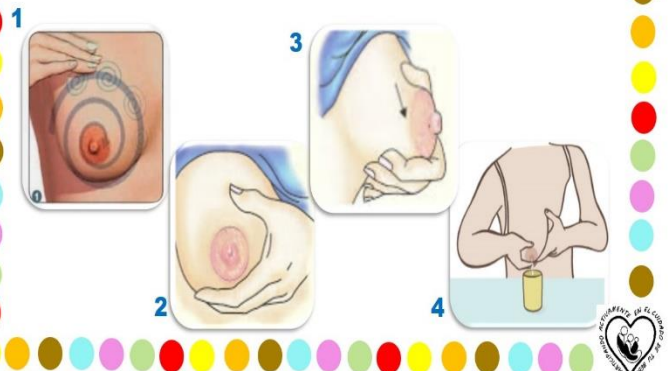
González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Posiciones para amamantar



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.

Técnica de extracción manual de leche materna



González K. Guerrero A. Montoya I. Rosas C.



Anexo 8. Evidencia fotográfica de las sesiones de educación grupal e individual





Anexo 9. Evidencia fotográfica de actividades con las madres de CIRENA









Anexo 10. Taller CIRENAPOLY: Comunicación asertiva y trabajo en equipo

“¡Reunirse en equipo es el PRINCIPIO, mantenerse en equipo es el PROGRESO, trabajar en equipo asegura el ÉXITO!!! “

Henry Ford

Gymkhana CIRENAPOLY

OCARET	
Objetivos	Objetivo General: - Fortalecer el trabajo en equipo a través de actividades lúdico-recreativas, entre las personas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del hospital Universitario del Valle. Objetivos Específicos: - Fortalecer la comunicación asertiva propiciando el trabajo en equipo. - Proporcionar un espacio para la sana competencia donde se ponga en práctica la escucha activa.
Contenido	- Trabajo en equipo - Comunicación asertiva - Gymkhana

Actividades	• Inicial: “Por delante, por detrás y entre las piernas” • Central: Gymkhana “CIRENAPOLY” ¡A ciegas recoge las banderas! ¡Cuidando al bebé! “Bolsa de la melodía “Cosiendo juntos” “Todos cabemos y compartiremos” “Derríbalo” “De frente a la cuchara” “Rin rin pezcualidad” “El lápiz grupal” “Si o No” “Es más ameno trabajando juntos” • Actividad Final: ¡Cuidando mis elementos comunicativos!
Recursos	• Invitaciones al taller • Vendas para los ojos • Pañoletas de colores (fucsia, lila, amarillo y azul cielo) • Escarapelas de CIRENAPOLY • Letreros de Bienvenida a CIRENAPOLY • Marcadores gruesos y delgados de color negro • Banderas con el color de cada equipo y frases escritas • 4 Rompecabezas correspondientes al color de cada equipo con 20 fichas cada uno. • 26 vasos desechables • 2 baldes con agua • 10 Bolsas plásticas • 2 Bisturí • 2 pelotas de ping pong con la imagen de un recién

Recursos	nacido dibujada. • 10 banderines en forma de corazón con las frases impresas de la actividad “cuidando al bebe”. • imagen de una familia plastificada • Papel contac • Poema a la familia plastificado • Bolsa mediana decorativa, brillante o de pana. • 2 Block Iris • 1 caja de Lapiceros negros. • 5 pedazos de tela de 30x30 cm. • Pintura para tela • Pinceles • Botones de colores • Agujas para coser • Hilos de colores • Tijeras • Imágenes impresas de familias Canguro • Aro (hula –hula). • Frases negativas impresas • 8 Mesas • 1 caja de palillos • 1 paquete de palos de chorizos • 2 Jeringas de 3cc, 5cc, 10 cc y 20 cc • 2 paquetes de Cucharas • 4 Limones de distintos tamaños • Cinta de enmascarar y trasparente ancha y delgada. • Rin de bicicleta pequeña • Cáñamo o piola.
------------------------	--

Recursos	• Alambre dulce • 2 Docenas de pliegos de cartulina plana de diversos colores • Lana • Imágenes (canguro, cerdo, oso, sapo, sandia, kiwi, uvas, piña, odontólogo, arquitecto, chef, bombero, dinamap, termómetro, pesa bebe, mesa de calor radiante, teléfono, orejas, boca, ojos) • Papel seda • Papelillo decorativo • Cinta de papel • Cinta de tela de los colores alusivos a cada equipo • Pan francés • Atún • Mayonesa • Papas fosforito • Salchichas • Té de limón • Tomate, pepino • Miel • Avena en Hojuelas • Aceite de almendras, sal marina • 50 Toallitas pequeñas de colores • Colchonetas • Bafle con música relajante • Pasa bocas para refrigerio de bienvenida (croasants, café) • Transporte para los participantes (llegada y salida del Club).
------------------------	--

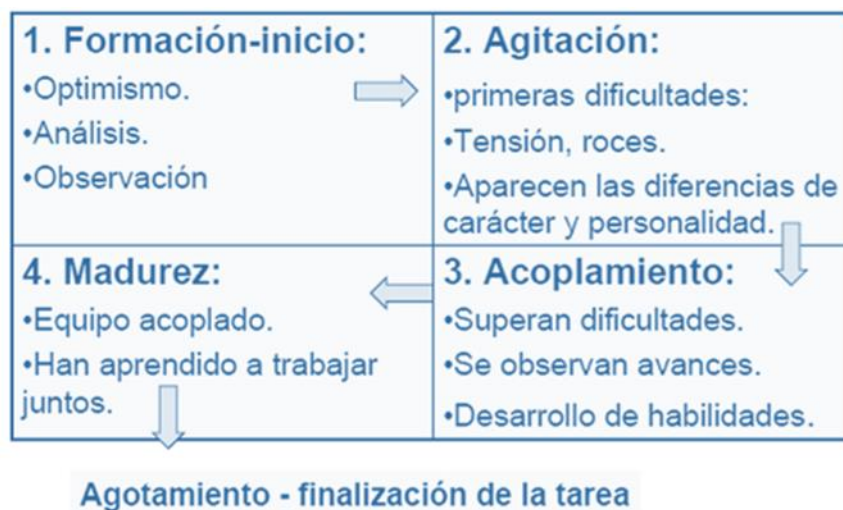
Evaluación	Al terminar la actividad “consintiendo mis elementos comunicativos” se pedirá a los participantes que se ubiquen alrededor de unas mesas en las cuales los estará esperando un obsequio que contiene aceite de almendras, sal marina y una pequeña toalla para el rostro, esto junto a el formato de evaluación de la jornada para ser diligenciado. Cada participante deberá realizar la evaluación escrita del taller expresando su opinión, los aprendizajes que obtuvo y las recomendaciones para próximas oportunidades, luego la persona que desee expondrá de manera verbal ante el grupo sus apreciaciones acerca de cómo vivió la jornada y sobre todo que aprendió de ella.
Tiempo	Actividad Inicial: 30 minutos Actividad Central: 2 horas y 30 minutos Refrigerio: 20 minutos Actividad Final: 20 minutos Evaluación: 20 minutos

Marco teórico

Equipo se define como un conjunto limitado de personas con talentos, habilidades y pensamientos complementarios directamente relacionados entre sí, que interactúan de manera constante y potencian sus habilidades con el fin de conseguir objetivos determinados y comunes con un alto grado de compromiso y un enfoque acordado por lo cual se consideran mutuamente responsables.

Para conformar un equipo se deben acordar una serie de pautas dentro de las que se encuentran: Reconocer que el liderazgo es compartido, aquí es importante resaltar que quien desee asumir dicho rol deberá contagiar de energía y fuerza a sus compañeros para enfrentar los desafíos, promover la retroalimentación y ejecución de acciones, deberá mantener las metas claras al igual que el propósito, también promover el compromiso, crear oportunidades para su equipo y propiciar el desarrollo de habilidades por parte de sus integrantes, asignar responsabilidades compartidas e individuales, adquirir compromiso con una misma meta y por ultimo discutir, decidir y trabajar conjuntamente.

Todos los equipos se ven enfrentados a 4 etapas de desarrollo dentro de las cuales se fortalece y adquiere un mejor conocimiento de cada uno de los integrantes. Las etapas se recrean en el siguiente esquema:



Este grafico muestra como el equipo debe partir de la etapa de **Formación- inicio** en la cual el optimismo, el análisis de cada una de las situaciones a las que deban enfrentarse para alcanzar las metas y la observación de los componentes grupales, ambientales y personales que puedan facilitar o entorpecer el trabajo

son los elementos a desarrollar. Es conveniente que durante esta etapa no se presione al equipo y se dé tiempo para el acoplamiento ya que para algunos de los integrantes puede ser una experiencia novedosa. Es positivo recordar que si se empieza con un buen funcionamiento del equipo la probabilidad de alcanzar el éxito aumenta de manera considerable.

La segunda fase se denomina **Agitación** aquí cada uno de los integrantes mostrara rasgos un poco más marcados de su personalidad debido a que se ha adquirido un mayor grado de confianza. Es probable que aparezcan roces, tensiones y diferencia de carácter y personalidad que produzcan enlentecimiento en el proceso, por esto es importante que durante esta etapa se realicen reuniones efectivas donde cada miembro del equipo pueda expresar sus inquietudes, molestias y aspectos que sienta se deben mejorar dentro del equipo, también es conveniente tener un buen manejo de los conflictos en caso de que estos puedan presentarse y recordar que a pesar de los efectos negativos que estos puedan generar, también existen efectos positivos como aumentar la creatividad, clarificar las ideas, generar un mayor conocimiento de cada uno de los integrantes y propiciar una oportunidad para grandes cambios.

Luego aparece la fase de **Acoplamiento** aquí el equipo deberá superar sus dificultades y alcanzar un patrón de toma de decisiones asertivo que beneficie a cada uno de sus participantes. Es importante recordar que la asertividad como estrategia se diferencia y se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: La agresividad y la pasividad (o no asertividad). Esta suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos, partiendo de esto, el patrón de toma de decisiones que deberá haber alcanzado el equipo debe caracterizarse por: Una adecuada selección de alternativas, por la capacidad de buscar un consenso cuando corresponda y por la habilidad de tener información y evidencias que

apoyen las decisiones tomadas al interior del equipo. De esta manera el equipo logra potenciar destrezas y desarrollar nuevas habilidades en cada uno de sus integrantes que les permitirá observar los avances obtenidos hasta el momento.

Finalmente, el equipo alcanza la fase de **Madurez** donde todos los miembros deberán haber aprendido a trabajar juntos alcanzando así el acoplamiento total, aquí el equipo se ve convocado a realizar una evaluación tanto a nivel personal como grupal con el fin de conocer los aprendizajes obtenidos, los aspectos a mejorar y proponer de manera clara y abierta estrategias para la solución de dichos aspectos.

Se observa entonces que el trabajo en equipo es un método colectivo-coordinado en el que los participantes intercambian experiencias, respetan los roles que deba asumir cada integrante, las funciones que le correspondan y a su vez realizan una tarea conjunta con el fin de lograr un objetivo en común ⁴⁵ Este se encuentra fundamentado en 5 bases denominadas las 5 “C” del trabajo en equipo y hacen referencia al Compromiso, Complementariedad, Confianza, Comunicación y Coordinación las cuales facilitan el desarrollo de cada una de las actividades al interior del equipo y proporciona ciertas ventajas como el aprendizaje mutuo, la creación de identidad, la capacidad de agilizar planes y la oportunidad de generar acciones asertivas, eficaces y creativas que permiten a su vez a cada uno de los integrantes del equipo potenciar sus habilidades y dar a conocer sus destrezas.

Tener la misión clara, visión, propósitos, objetivos, conocer la etapa de desarrollo del equipo, la organización interna y la experiencia que posea cada uno de los integrantes facilitara siempre el logro de los propósitos. Sin olvidar que se debe contar con un buen liderazgo, tiempo disponible, coherencia, buen clima interno y participación por parte de sus integrantes.

Dentro del desarrollo del equipo existen diversos problemas que pueden presentarse y que dificultan el progreso del mismo como se mencionó anteriormente en la fase de Agitación, estos pueden ser consecuencia de la existencia de rivalidad entre los miembros, la escasa innovación, la desmotivación, el negativismo, la falta de participación la resistencia al cambio entre otros, que conllevaran al entorpecimiento de los esfuerzos realizados por los integrantes de equipo. Es aquí donde el fortalecimiento de los elementos asertivos antes mencionados es fundamental.

Un elemento vital que se desarrolla y fortalece durante el trabajo en equipo es la comunicación asertiva la cual se caracteriza por ser el fundamento más importante de dicho trabajo, ya que de ella depende el éxito del propósito planteado. Una comunicación asertiva se define como una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia.

Existen cuatro estilos básicos de comunicación diferenciados por la actitud que revelan hacia el Interlocutor: pasivo, asertivo y agresivo.

- 1. Pasividad o no-asertividad.** Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprensidos o a ofender a otras personas. Infravaloran sus propias opiniones y necesidades y dan un valor superior a las de los demás.
- 2. Agresividad.** Este estilo de comunicación se sitúa en un plano opuesto a la pasividad, caracterizándose por la sobrevaloración de las opiniones y

sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás.

3. **Asertividad.** Es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo aceptando que la postura de los demás no tiene que coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa, abierta y.
4. A menudo se habla de un cuarto estilo comunicativo, el **pasivo-agresivo**. Consiste en evitar el conflicto mediante la discreción, evitando las situaciones que puedan resultarle incómodas o enfrentarse a los demás con excusas, falsos olvidos o retrasos entre otros medios. Así no asume la necesidad de hacer valer sus propios derechos (pasividad), aunque tampoco se muestra receptivo hacia los de los otros (agresividad). ⁴⁶

El ideal debe ser siempre manejar un estilo de comunicación asertivo ya que este propicia la organización durante el trabajo en equipo, el buen ambiente, la efectividad en las tareas y calidad en las metas planteadas. Sin embargo, la **asertividad**, es una de esas cualidades un poco compleja de desarrollar. Por un lado, se trata de ser firmes en las decisiones tomadas de tal manera que no se llegue al punto de la pasividad (es decir, cuando se permite que otros decidan, o pasando por alto las ideas y valores que se tienen en mente) y por otro no se debe llegar al extremo contrario de la agresividad. Se considera que la asertividad es una conducta y no una característica de la personalidad, por lo que se habla de asertividad como una habilidad en el campo de las habilidades sociales. De ahí que es posible realizar un entrenamiento de la autoafirmación, que permita mejorar las habilidades sociales de las personas. Al cambiar a una conducta asertiva se tendrá una mayor autoestima, confianza seguridad y mejores relaciones interpersonales.

Una vez sea apropiado el estilo de comunicación asertivo se debe evidenciar la habilidad personal de expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, se debe poseer una forma de interactuar efectiva en cualquier situación que permita a la persona ser directa, honesta y expresiva. El principio de la asertividad es el respeto profundo del yo, sólo al sentir tal respeto, podemos respetar a los demás⁴⁷. "Mucha gente necesita aprender sus derechos personales, como expresar pensamientos, emociones y creencias en formas directas, honestas y apropiadas sin violar los derechos de cualquier otra persona. La esencia de la conducta asertiva puede ser reducida a cuatro patrones específicos: la capacidad de decir "no", la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y la capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones". *R. Lazarus.* ⁴⁸

Las teorías de la conducta que proponen las técnicas asertivas se basan en el principio de que cuando una persona modifica sus actos, también modifica sus actitudes y sus sentimientos. Es posible desarrollar estrategias para cambiar la conducta, al margen de posibles motivos inconscientes que conduzcan a ésta. Dichas estrategias pueden iniciarse intercambiando opiniones dentro del equipo relacionándose persona a persona y escuchando activamente a los integrantes, los cuales deben ser claros, objetivos al plantear ideas, identificar problemas y proponer soluciones considerando siempre los pros y contras para el equipo en general. ⁴⁹

En una UCIN la comunicación asertiva se hace completamente relevante, ya que permite que el personal interactúe asertivamente con los padres de los neonatos, reconociéndose y reconociéndolos 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 esta habilidad una categoría de suma importancia y la convierte en herramienta indispensable del cuidado de enfermería, otorgándole trascendencia a este cuidado.²⁹

Una de las actividades que proporciona un contexto adecuado y divertido para el trabajo en equipo y que fomenta el uso de estilo asertivo de comunicación que permita alcanzar lo antes mencionado es la Gymkhana.

La palabra Gymkhana proviene del término hindi y persa khana (khāneh en persa), que significa "lugar de reunión", y de gend, que significa 'pelota': juego de pelota. El significado actual designa un lugar en el que se realizan pruebas o concursos en los que un equipo de participantes debe atravesar diversos obstáculos y desafíos antes de llegar a la meta.

La Gymkhana mejora la interacción con otras personas y permite a su vez Identificar los estilos de comunicación que se tiene en el equipo, los derechos asertivos, aprender habilidades específicas como: defender los derechos propios y de los otros, solicitar cambios de conducta a otras personas, pedir favores, decir cumplidos, decir no, dar una queja, manejar la comunicación no verbal, iniciar un plática, establecer conversaciones, interactuar en grupo, conseguir amigos, discutir y negociar, actuar en un conflicto, tomar decisiones, entre otras. Por tal razón se decidió hacer uso de este método para el diseño del taller.

Descripción de las actividades

- **Inicial: “Por delante, por detrás y entre las piernas”**

Esta dinámica consiste en pedirles a todos los asistentes que formen un círculo, el facilitador central explicara a cada participante que el objetivo es que cada uno mencione su mayor cualidad, un aspecto a mejorar y la emoción que lo invade en ese momento respecto al taller. El participante deberá hacerlo de la siguiente

manera, ejemplo; “Por delante soy muy (menciona la cualidad) y por detrás soy muy (menciona el aspecto a mejorar) y entre las piernas tengo (menciona la emoción que lo invade) cuando todos los integrantes terminen su turno, se les hará entrega de una pista la cual los conducirá a un lugar dentro del Club donde podrán encontrarse con los integrantes que conformaran cada uno de los equipos y así se dará inicio a la actividad central.

- **Central: Gymkhana “CIRENAPOLY”**

Al llegar al lugar donde los condujo la pista entregada en la actividad anterior, encontraran las escarapelas correspondientes al número de integrantes del equipo listas para marcar, pañoletas alusivas al color de su equipo y el siguiente mensaje: *Bienvenidos a CIRENAPOLY, ahora son parte de este gran equipo, por favor marquen sus escarapelas con el nombre de cada uno y prepárense porque hoy descubrirán que ustedes son pieza clave en este proceso, deberán poner en práctica todas sus cualidades, fuerza, entusiasmo y energía para salir victoriosos en los retos que encontraran a continuación y en los que vendrán en el día a día. Esperamos que disfruten, rían y aprendan con alegría. Den nombre a su equipo y creen una porra que los identifique, ahora que están listos pueden dirigirse al campo de juego.*

Una vez todos los equipos se encuentren listos en el campo de juego se dará inicio a la Gymkhana de la siguiente manera:

Primero cada uno de los equipos de manera eufórica y divertida deberá dar a conocer a los demás participantes cual es el nombre de su equipo y cantar la porra que los motivara y acompañara durante todas las pruebas, esto deberá ser ejecutado cuando el facilitador lo indique. Cada equipo tendrá la oportunidad de hacerlo. Cuando finalicen este primer paso podrán iniciar el recorrido por cada una de las estaciones que se describen a continuación. Una vez sea superada cada prueba se hará entrega de dos fichas que hacen parte de un rompecabezas, el

cual deberá ser armado cuando hayan finalizado el recorrido por cada una de las estaciones. El primer equipo que lo logre será el ganador (cada equipo inicia en una estación diferente con el fin de que no se crucen durante el camino). Las estaciones son:

1. ¡A ciegas recoge las banderas!

Cada grupo elegirá a uno de sus integrantes como líder, este participante deberá recoger con los ojos vendados 10 banderas del color de su equipo que se encuentran distribuidas en un espacio delimitado, dichas banderas contienen escritas palabras que forman la siguiente frase: ***“Que importa el tamaño, que importa el lugar, los problemas son menos si el amor esta. Importan los mimos, importa que hablemos, importa que entre todos nos ayudemos. Como una colmena cada uno en su función, en CIRENA brindamos mucho pero mucho amor.”***. El resto de los integrantes deberán guiar a su compañero líder por medio de la voz. Ningún participante debe tocar o guiar por medio del contacto físico. Cuando el líder haya recogido todas las banderas, el equipo deberá armar la frase y leerla como equipo en voz alta. Solo así podrán continuar a la siguiente estación. Al terminar se les hará entrega de dos fichas del rompecabezas que deberán armar en la actividad final.

2. ¡Cuidando al bebé!

El objetivo de esta actividad es transportar una pelota de ping-pong que tiene plasmado el dibujo de un recién nacido, por una fila de 10 vasos los cuales poseen a su vez banderines en forma de corazón y manos con frases de motivación personal, cuidado al recién nacido, la familia y apoyo grupal. Las frases de los banderines son las siguientes:

- a. ¡Bienvenido a la vida! aunque con dificultades, estas en buenas manos.
- b. No tengas miedo, somos un equipo fuerte
- c. Aún tienes mucho por aprender, seremos pacientes contigo

- d.** Sigue adelante, tu familia te espera
- e.** Has ganado peso y eso nos alegra.
- f.** Tu respiración ha mejorado te retiraremos el oxígeno, estaremos pendientes.
- g.** Hoy podrás iniciar canguro, apoyaremos a tu familia en este proceso.
- h.** Tu mejoría ha sido excepcional, nos alegra haber contribuido en ello.
- i.** Llego el momento, estás listo para regresar con tu familia.
- j.** Este banderín tendrá la Imagen de una familia esperando al bebé.

Lo harán a través del siguiente proceso: Los participantes del grupo deberán realizar una fila. El primer miembro de la fila tomará un vaso desechable de la mesa que se encuentra al lado (encima de la misma estará la fila de los 10 vasos) y rápidamente debe dirigirse hasta un balde con agua que se encontrara a una distancia aproximada de 3 metros, llenarlo y regresar nuevamente a la mesa, debe leer la frase correspondiente a su banderín de tal manera que todo su grupo logre escucharla y depositar el agua en el primer vaso para que de esta manera la pelota “ recién nacida” flote y con mucho cuidado soplarla para que esta caiga en el vaso número dos.

Cuando esto ocurra el primer participante debe entregar el vaso desechable vacío a la siguiente persona para que esta repita el mismo proceso. Cuando el penúltimo participante haya llenado de agua el vaso número 9, debe soplar la pelota hasta el vaso numero 10 donde se encuentra una imagen de unos padres esperando recibir a su recién nacido con las manos abiertas. Una vez sea entregado el bebe a sus padres, el último integrante del equipo deberá leer el siguiente poema para la familia:

*Mamá y papá, les entregamos su bebé,
Para que lo cuiden y lo amen como solo ustedes lo pueden hacer.
Sabemos que estuvieron por mucho tiempo separados
Y que pasaron los días tristes y desconsolados,
Pero gracias a nuestro cuidado y cariño,
Les entregamos ahora a un hermoso niño.
Estamos felices con el trabajo realizado,
Porque como equipo lo hemos logrado.
Gracias a ustedes por su paciencia, esperamos que sean felices y fuertes
gracias a esta experiencia.*

Karen González

Al final se entregará las 2 fichas del rompecabezas al equipo y podrán avanzar a la siguiente estación.

3. “Bolsa de la melodía”

Cada una de las personas del equipo está sustentada por su propia historia y al igual que en la música, merece ser escuchada y comprendida por el resto. Aun así, aunque hay historias que se comparten, cada cual la cuenta y la vive a su manera, pues en todas las personas ciertas emociones no generan el mismo impacto, aquí radica la importancia de las redes de apoyo y el equipo de trabajo puede ser parte de ella. Cuando el equipo logra dar soporte a través de acciones de acompañamiento o de escucha activa, crea un afecto y un sentir de apoyo en quién tal vez curse por una difícil situación.

Se le pedirá a cada participante que escriba en un papel una emoción que considera lo identifica en su día a día, alguna que evidencie una situación que le afecte o que por el contrario le alegra. Cuando todos lo hayan escrito, depositarán su palabra en la “bolsa de la melodía” para ser mezcladas. La idea es que cada

una de las personas del grupo saque una palabra y sin saber quién la escribió, note que en su equipo de trabajo se mueven una serie de emociones que pueden ser compartidas o por el contrario no pueden estar siendo detectadas e intervenidas. Cuando lea la emoción, debe pensar e interpretar una canción que la evidencie ante el grupo. Al terminar cada integrante deberá dar una pequeña reflexión de cómo se sintió al interpretar la emoción de otro y al ponerse un momento en su lugar.

4. “Cosiendo juntos”

Se le facilitara a cada equipo un trozo de tela (cuadrado de aprox. 30x30 cms) el cual contiene las siguientes frases dibujadas: Amor-Apoyo, Respeto-Escucha, Cuidado-paciencia, Comunicación asertiva, y Trabajo en equipo las cuales giran alrededor de un centro que corresponde a 3 imágenes de familias pertenecientes al programa Cuidado Canguro Intrahospitalario junto al logo del mismo, una aguja de coser para cada integrante y una bolsa de botones e hilos.

El objetivo es que todos los participantes del equipo usando aguja e hilo logren unir cada una de las palabras por medio de hileras de botones cociéndolos de tal manera que todas las frases queden ligadas a su centro que es la familia. Aquí los participantes deberán dialogar y acordar cómo manejar tan pequeño espacio para lograr cocer todos al mismo tiempo. Cuando el equipo pegue todos los botones. Su guía sacudirá la tela estos no podrán caerse, si lo logran habrá finalizado la prueba, por lo tanto, se entregarán las fichas del rompecabezas para la prueba final.

5. “Todos cabemos y compartiremos”

En el suelo se encontrará un aro o “hula hula”, el cual simboliza la unidad de recién nacidos y se usara como campo cilíndrico imaginario. El propósito de esta actividad es que todos los integrantes del equipo junto con su guía tendrán que

pensar la mejor manera de relacionarse físicamente con el fin de que todos logren ingresar y caber dentro del aro, sin que ninguna extremidad de ningún participante quede por fuera del mismo. Cuando todos los integrantes estén dentro del cilindro imaginario y con todo su cuerpo dentro deberán soportar esta posición durante 30 segundos, si lo logran finalizará la prueba realizando la reflexión de que todos son parte de un lugar y a pesar de su tamaño cada persona tiene su espacio individual y como equipo, el cual debe cuidar y respetar para estar en armonía con los demás. Luego se hará entrega de las fichas del rompecabezas y podrán continuar el recorrido.

6. “Derribalo”

Para el desarrollo de esta actividad el equipo primero deberá armar una torre de vasos sobre la mesa los cuales contienen palabras y acciones negativas que impiden la comunicación asertiva y dificultan el trabajo en equipo como (rencor, chisme, rabia, desagrado, hipocresía, impotencia, ignorancia, temor, impaciencia, desesperación), esta torre debe permanecer firme, cuando logren terminar de armarla, los integrantes del equipo deberán escoger entre las jeringas de 3cc,5cc,10cc y 20 cc, que al igual que los vasos contienen frases pero esta vez positivas (trabajo en equipo, amor, comunicación asertiva y compromiso) que contrarrestaran las frases negativas.

Tendrán la oportunidad de derribar estas acciones negativas que impiden un adecuado progreso individual y grupal, por medio de 3 lanzamientos usando las jeringas que deseen al llenarlas con agua que se encontrara en un balde cerca a la mesa. Si lo logran se les entregara la ficha del rompecabezas y podrán continuar a la siguiente estación, de lo contrario deberán armar nuevamente la torre de vasos y derribarla de nuevo con 3 lanzamientos.

7. “De frente a la cuchara”

Para el desarrollo de esta actividad cada uno de los integrantes del equipo tomara una palabra que se encontrara escrita en un papel sobre la mesa, dichas palabras conforman la siguiente frase: “Nadie sabe todo, todos saben algo, entre todos sabemos mucho” y se la pegara sobre su frente sin verla, posterior a esto deberá tomar una cuchara y la sostendrá con su boca, luego deberán organizarse de tal manera que puedan observarse unos a otros y leer las palabras que cada uno tiene en la frente.

El objetivo es que como equipo logren armar la frase en el orden que corresponde y una vez armada la pasan pasándose un limón de cuchara a cuchara según el orden que corresponda la frase. El limón no deberá caerse, en caso de que ocurra el participante tendrá que regresarlo a su compañero del inicio y este empezara a pasarlo de nuevo. Cuando hayan completado el objetivo, se les hará entrega de las fichas del rompecabezas y podrán avanzar a la siguiente estación.

8. “Rin rin pezcualidad”

Para el desarrollo de esta actividad cada equipo deberá recorrer una pista cargando un rin atado con cuerdas que serán sostenidas por cada uno de los integrantes, el rin a su vez sostendrá un gancho a modo de anzuelo para pescar. En el escenario de la actividad se encontrará un lago lleno de peces esperando ser pescados por el equipo. El grupo deberá pescar un (1) pez por cada integrante (el que escoja).

Cuando logren obtener el número de peces correspondiente, deberán conversar y ponerse de acuerdo para escribir con un marcador una cualidad en cada pez que identifique a cada uno de los integrantes del equipo y pegarla en la mesa que se encontrara en el escenario de la actividad. Una vez organizadas todas las pezcualidades, comentaran acerca de ellas y la importancia de potenciarlas cada

vez más para lograr mejorar el aspecto que mencionaron en la actividad inicial es decir “lo que tiene por detrás”, al finalizar podrán ser entregadas las fichas del rompecabezas y avanzar a la siguiente estación.

9. “El lápiz grupal”

Esta actividad consiste en entregarle a cada equipo un marcador con 5 cuerdas atadas al mismo con el objetivo de que tomando las cuerdas los integrantes del equipo logren escribir la frase “UNO PARA TODOS Y TODOS PARA UNO” en un trozo de cartulina sin tocar el marcador con las manos, solo tendrán la posibilidad de tocar el papel si así lo desean. Al lograrlo se les entregarán las fichas del rompecabezas y podrán avanzar a la siguiente estación.

10. “Si o No”

En esta estación se le otorgara a cada uno de los participantes al azar una imagen alusiva a una fruta, animal, profesión, objeto de la sala donde laboran y elementos participantes en la comunicación, cada miembro del equipo deberá tomar su imagen y sin verla pegarla en su frente. El objetivo es que cada persona adivine en un minuto cual es el objeto que tiene en la cabeza haciendo preguntas a los otros integrantes de su equipo los cuales solo deben darle como respuesta SI o NO.

Si el minuto se termina y el participante no ha logrado adivinar la palabra que tiene en su frente, deberá ceder su turno a su compañero el cual tendrá un minuto para adivinar y así sucesivamente hasta que todos los integrantes logren averiguar su objeto. Los integrantes deben comprender que con respuestas como **SI** y **NO** dificultan la comunicación y hacen que el mensaje se distorsione, generando barreras. Cuando consigan superar la prueba se les hará entrega de las fichas del rompecabezas y podrán avanzar a la siguiente estación.

11. “Es más ameno trabajando juntos”

Al finalizar cada prueba de la Gymkhana a cada equipo se le han entregado dos fichas en cada una de las estaciones, estas pertenecen a un rompecabezas que armado forma la siguiente frase: ***“Reunirse en equipo es el principio. Mantenerse en equipo es el progreso. Trabajar en equipo asegura el éxito”***, el equipo deberá armar el rompecabezas y descubrir la frase secreta, cuando lo logren la leerán como equipo en voz alta y darán una breve reflexión a acerca de la misma y la relación que tiene esta su diario vivir. Al terminar cada equipo podrá disfrutar de un refrigerio.

- **Actividad Final: ¡Cuidando mis elementos comunicativos!**

Luego de tomar el refrigerio se invitará a todos los equipos a pasar a una zona de relajación que se tendrá preparada para ellos, esta constará de colchonetas ubicadas a la sombra de un árbol, música relajante de fondo y elementos naturales para la realización de una mascarilla. Cuando todos estén listos y ubicados en las colchonetas se dará inicio a la actividad que les permitirá consentir una parte de su cuerpo importante para el proceso de comunicación; su rostro.

Primero el facilitador dará un breve contexto de la importancia del uso de la comunicación no verbal en situaciones cotidianas y laborales, pues a través de esta se puede demostrar el sentir o pensar, sin ser necesaria la pronunciación de palabras. Luego del contexto se hará una breve relajación guiada con el fin de que todos los participantes puedan hacer contacto con la naturaleza y relajar su cuerpo, liberándose un poco del estrés de lo cotidiano. La actividad concluirá informando al grupo participante que lo próximo a realizar es una acción dedicada al propio cuidado es decir una mascarilla a base de avena miel y pepino.

Las facilitadoras aplicarán a cada participante la mezcla de miel y avena en hojuelas sobre sus rostros dejándola actuar durante cinco minutos, al mismo tiempo que sus párpados serán cubiertos con rodajas de pepino frías para permitir la relajación de esta zona y el desvanecimiento de signos de fatiga o desvelo. Concluido el tiempo, la mascarilla debe retirarse con agua fría y el rostro debe secarse con toques suaves.

Listado de asistentes

19 de junio 2015	26 de junio 2015
Bertha Vital	Yolanda Erazo
Emma Fernanda Dorado	Blanca Londoño
Lucy Bejarano	Iván Montes
Sobeida Montenegro	Nancy Montes
Viviana Cabezas	Yaneth Sofía Varela
Elizabeth Lora	Nelsy Eladia Peña
Ángela Palacios	Ana Elena García
Genith Yomara Rodríguez	Elvira Fernández
Gloria Vélez	Diana Segura
Elizabeth Espinosa	Mónica Barrera
Elizabeth Perea	María Fernanda Sarralde
Levinia Rodríguez	Daniela Carabalí
Victoria Tenorio	Patricia Vélez
Martha Bonilla	Edna Rodríguez
Edith Medina	
Nilda Janeth Muñoz	
Patricia Moreno	

Asistencia a los talleres

CIRENA cuenta con 51 personas que laboran en el área de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería), a las cuales la coordinadora del servicio procuró programar en su totalidad por medio del cuadro de turnos, esto no le fue posible, programando 25 personas y cinco más decidieron asistir con el compromiso de que se les devolviera el turno más adelante. Para dar fe de esto, se realizó una carta donde se hace explícito el compromiso, la cual contaba con el nombre de las cinco personas y la firma de la coordinadora del servicio. De las personas programadas el 59% asistió, de este porcentaje el 57% son enfermeras y el 43% auxiliares de enfermería.

Evaluación

1. Estaciones

- **A ciegas recoge las banderas**

Cada equipo implementó una estrategia diferente para escoger a la persona que debería recoger las banderas del campo de juego, unos prefirieron a las personas más jóvenes y con mayor movilidad, otro escogió al único hombre del grupo y hubo un caso excepcional en donde el equipo se puso de acuerdo para escoger dos personas para recoger los banderines y dos más para ser guías, lo que potenció el trabajo en equipo y agilizó la actividad.

Al realizar la actividad se dieron sucesos diferentes, unos guías acompañaron a la persona vendada en todo el recorrido, otros decidieron dividirse en el campo de juego y escoger cada uno un tramo de la pista por la cual guiaría a quien recogía las banderas, otros conservaron la distancia y otros olvidaban la condición de

quien recogía las banderas y señalaban el lugar al que debían dirigirse lo que dificultaba el proceso.

Cuando cada equipo completo sus banderines y los organizaron para reconocer la frase y reflexionar frente a ella. Sus intervenciones giraron alrededor de la labor y la función que tiene cada persona en CIRENA, la cual debe cumplir, si esta se realiza bien se tiene beneficios para todo el servicio, en caso de no ser así, el resto del equipo debe evidenciar esa falla y apoyar en el proceso de mejora. Uno de los equipos se detuvo a reflexionar acerca de la palabra amor, ya que si se encuentra presente es posible solucionar las dificultades que se presente en el servicio.

- **Todos cabemos y compartiremos:**

En esta actividad no se evidencio como barrera ni desventaja la contextura física de los participantes del equipo, además del contacto físico que requería. Para la mayoría de los equipos fue fácil concluir que la manera más apropiada de ingresar al hula era despojándose de sus zapatos, pues de esta manera se aumentaba el área disponible para que las demás personas pudieran ingresar.

Otras de las estrategias consistieron en ponerse de espaldas y sostenerse fuertemente de los brazos haciendo que el hula hula quedara a nivel de los tobillos y por ultimo uno de los equipos decidió que las personas más fuertes debían ser la base del circulo y sostener a las menos pesadas con sus pies de tal manera que éstas se paraban encima logrando así entrar en el reducido espacio.

Entre las reflexiones se encuentran que para ellos el hula hula es una “perfecta” representación de CIRENA, pues es un lugar muy pequeño que se debe compartir entre el personal que labora en la sala, los estudiantes, los recién nacidos y sus familiares, siendo la presencia de éstos últimos la que dificulta el trabajo en la

sala, ya que se sienten estrechas y sienten que no hacen el trabajo como quisieran hacerlo. Añadieron que con el paso del tiempo se han ido adaptando, son un poco más flexibles y han buscado la manera de realizar sus labores dentro del espacio disponible. Uno de los equipos estuvo de acuerdo en mencionar que la presencia de los padres de los recién nacidos es vital para su desarrollo y mejoría y que por tal razón tienen su merecido espacio en CIRENA.

También hablaron acerca de los límites que debe tener cada persona en la unidad y que al ser ésta tan pequeña no se pueden ignorar, invadiendo el espacio de los otros a cambio de su propia comodidad.

- **Cuidando al bebé**

En esta estación la mayoría de los equipos subestimaron la actividad propuesta, la mayoría creyeron que sería fácil llenar los vasos, soplar e ir transportando al bebé por el camino de los cuidados en CIRENA hasta su familia. Fue de gran sorpresa el hecho de apreciar que algunas personas no lograban soplar de la forma adecuada, para poder entregar al bebé a su compañero, haciéndolo caer en el siguiente vaso. Los participantes a quienes el bebé se les desbordaba de la línea de vasos sentían nerviosismo, para lo cual fue alentador escuchar frases y porras por parte de sus compañeros para lograr soplar nuevamente y así entregar al bebé a sus padres.

Cuando se entregaba el bebé a la familia y se leía el poema, entre las reflexiones se encontró la satisfacción de haber contribuido desde su rol en el proceso de mejoramiento y notaron la importancia de sus cuidados para que esta entrega a la familia se diera de manera satisfactoria.

Se dieron apreciaciones importantes como que aunque hay personas que se han adaptado a la presencia de los padres, hay otras que lo ven como una imposición

y prefieren callar ante la situación, tomando como estrategia para demostrar su disgusto el hecho de dejar de realizar actividades propias de su labor, como la educación a los padres y madres que visitan a sus bebés.

También salieron a flote muchos procesos de la sala, entre ellos algunos referentes a las normas. Debatieron acerca del uso indiscriminado de celulares por parte de los padres dentro de la sala, llegando a la conclusión que tal vez ellos “copian” el modelo reflejado por el personal de la sala, pues las auxiliares, enfermeras, médicos, residentes y estudiantes, mantienen contacto permanente con este medio electrónico, sin tener en cuenta que ellos no están exentos de acatar las normas.

Mostraron con preocupación el incumplimiento de los horarios; las madres no llegan al inicio de la visita de manera puntual, lo que retrasa el trabajo de las auxiliares y dificulta el desarrollo de la visita y los cuidados del recién nacido. Esta problemática incluye el hecho de que el tiempo de visita no se invierte cuidando a su propio bebé sino en conversaciones con el resto de los padres, las cuales en ocasiones generan polémica por comentarios negativos frente al trabajo del personal de enfermería. Además, refirieron que, en el momento de la entrada al servicio, los padres no están realizando el lavado de manos o lo realizan de manera incorrecta, poniendo en riesgo la seguridad de los recién nacidos y haciendo un mal uso de los recursos proporcionados por la sala (jabón, toallas de papel).

Por último, se hizo mención del programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, refirieron que en algunas ocasiones se han presentado dificultades respecto al tiempo del posicionamiento, pues en ciertas oportunidades no se ha respetado la norma de dos horas como mínimo para éste, sino que se han posicionado madres con un tiempo menor al ya mencionado. Esta dificultad se ha potenciado con las

llegadas tarde de los padres, lo que deja para el final la realización de las labores del personal de enfermería.

- **Cosiendo juntos**

Esta estación fue una de las más complejas para la mayoría de los equipos, se piensa que coser es un actividad común y que la mayoría de personas han tenido la oportunidad de realizarla en algún momento de su vida, en especial las mujeres, sin embargo se encontró en un par de grupos que existían integrantes que jamás en su vida habían cosido un botón y por tal razón les costó un alto grado de dificultad hacerlo, sin embargo los equipos no permitieron que esta particularidad los retrasara y lograron solventarlo de diversas maneras.

Hubo casos particulares a mencionar: Uno de los equipos decidió que el integrante que no sabía coser debía iniciar cosiendo la fila de botones más corta, otros decidieron enseñarle el paso a paso y colaborarle con su hilera de botones y otros prefirieron que se encargara de otras actividades como cortar los hilos, enhebrar las agujas, especialmente las personas más jóvenes.

Durante el desarrollo de la actividad los participantes mostraban mucha expectativa y ansiedad de coser las hileras de botones de manera ordenada, respetando el espacio de los demás participantes e incluso eligiendo un color de botones en particular para cada hilera. Otros decidieron facilitarse el trabajo pegando los botones de manera separada sustentándolo en “un estilo de bordado diferente”.

En otro equipo hubo un trabajo individualizado, sin considerar las dificultades que pudieran presentarse para alguna de las participantes, además para asegurar que los botones no se cayeran, decidieron pegar uno a uno fuertemente, pero se dieron cuenta que esta estrategia retrasaría el avance a otra estación. Se pudo

observar que algunos participantes presionaban a sus compañeros para que terminaran, más no les ayudaban en el proceso y solamente decidieron hacerlo, motivados por la facilitadora del equipo.

La mayoría de los equipos se emocionó al ver las fotos de las familias y lograron reconocer los nombres de las mismas. También sintieron temor y angustia cuando el guía debía sacudir la tela pues temían que algún botón se desprendiera, pero al lograrlo se sentían satisfechas de poder brindar a estas familias el apoyo a través del amor, el trabajo en equipo, la comunicación asertiva, el respeto, la escucha, el cuidado y la paciencia.

Uno de los equipos concluyó que no habían trabajado en equipo, ya que no administraron de formar equitativa los botones para hacer la hilera de cada uno de los participantes, tanto así que una de ellas quedo solamente con cuatro botones y otras tenían más de quince. Las personas que tenían experiencia en la costura, no tuvieron en cuenta la disponibilidad de recursos con las que contaba el equipo en su totalidad y tomaron más botones de los que correspondía.

- **Bolsa de la melodía**

Fue una de las estaciones que generó más gracia y controversia en los equipos ya que los sorprendió el tener que pensar y mencionar la emoción que la caracterizaba en su día a día, algunos también mostraron temor de no poder cantar ya que no lo hacen con frecuencia y dudaban de esa habilidad. Unos equipos se colaboraron en el momento de armar y componer la canción, otros escogían canciones que tenían la palabra y otro busco las canciones a través de su celular. Varios equipos decidieron acompañar la canción de baile y uno en especial llamo a uno de los estudiantes de logística para hacer el momento más jocoso.

La mayoría de los participantes llegaron a la conclusión de que es importante ponerse en el lugar del otro para comprenderlo y brindarle apoyo ya que al conocer la situación hace que se entienda y comprenda el estado anímico de la persona afectada y dejar de ser una carga, para convertirse en un apoyo en el sitio de trabajo. Un solo equipo refirió que es muy difícil ponerse en los zapatos de los demás ya que la falta de tiempo en la UCIN no brinda el espacio para compartir ese tipo de situaciones y una de las participantes en particular refirió que “a nadie le importaba los problemas que ella tuviera porque nadie le daría la solución”.

- **Rin rin pezcualidad**

Los integrantes de los equipos escogían con antelación el pez que deseaban pescar y otros lo escogieron por el color que más les gustaba y uno más escogió el pez que se encontraba más cerca de ellos y solo trataron de ir más lejos cuando la facilitadora se los proponía.

En cada equipo se llegó a la conclusión de que en el sitio de trabajo se debería destacar las cualidades de cada persona y para utilizarlas a favor del trabajo en equipo en la UCIN y así aprovechar mejor el tiempo y las cualidades de cada persona. También fue bueno para ellos, saber el color favorito de algunos de sus compañeros y otra de sus cualidades, pues sintieron que a partir de ello conocían un poco más a quien tenían en su equipo de trabajo.

- **Lápiz grupal**

En esta estación los equipos mostraron inquietud acerca de la forma en que habrían de escribir la larga frase que se les había propuesto. Primero debían decidir cuál de los dos marcadores usarían, si el de punta gruesa o delgada. Todos los equipos eligieron el marcador de punta delgada, que era el más apto para cumplir con la actividad.

Otra de las estrategias que mejor funcionó, fue la de tomar las cuerdas lo más cerca posible al marcador, pues de esta manera se daba mayor sostén y la letra se veía más legible. Hubo comunicación constantemente acerca de la dirección que debía tomar el marcador para lograr escribir cada letra, incluso algunas personas fueron líderes del proceso, expresando la letra siguiente y qué dirección tomarían primero para escribirla.

Con respecto a la frase, concluyeron que se necesita de muchas personas para lograr un objetivo, pues si se está solo, se dificulta más el trabajo, además se puede alargar el tiempo para realizarlo, de ahí la importancia de trabajar en equipo para lograr el cumplimiento de las metas.

- **Derríbalo**

Cada equipo al armar la torre de vasos, leyó las palabras en ellos consignadas, haciendo referencia a lo que se vive día a día en su lugar de trabajo. Algunas personas en particular, recordaron situaciones específicas con compañeros de la unidad y escogieron la palabra que más representara esa situación y decidieron usarla como blanco para derribar la torre. Durante el desarrollo de esta actividad algunos grupos simplemente fijaron como meta derribar la torre de vasos sin tener muy en cuenta las palabras escritas.

Uno de los equipos descubrió una especial estrategia, esta consistía en que si armaban la torre con los vasos muy separados uno del otro, sería más fácil derribarla de un solo tiro, cuando lograron hacerlo decidieron que la persona más sensible y amigable del grupo debía ser quien derribara la torre de palabras negativas, todas apoyaron a esta persona con aplausos, palabras de motivación y la barra del equipo, cuando lo logro, se sintieron muy alegres y concluyeron que cada uno de los integrantes es pieza clave en el proceso y que sin él las cosas no serían iguales.

Otro de los equipos decidió rearmar la torre de vasos después de cada lanzamiento, es decir, si en el primer lanzamiento lograban derribar cierta cantidad de vasos, los restantes los reacomodaban de tal manera que quedaran formando una nueva torre como la inicial, aunque más pequeña y que por el contrario no quedaran separados lo cual dificultaría más el ser derribados, usando esta estrategia lograron derribar la torre con los 3 lanzamientos.

Concluyeron que el trabajo en equipo sí es importante y debe estar fundamentado en el amor, el cual debió haber estado representado en la jeringa de 20 cc, que era la más grande de todas. Otro de los equipos reflexionó acerca de que lo negativo, los problemas y los defectos solamente pueden ser contrarrestados con aspectos positivos como el amor, la comunicación asertiva y el trabajo en equipo.

- **Sí o No**

En esta estación los equipos presentaron una gran dificultad en común, de manera notoria les resultaba complicado responder Si y No a las preguntas de sus compañeros y sentían la necesidad de dar más detalles con relación al tamaño, color, textura, forma y uso de los elementos que poseían sus compañeros en la frente. Sus rostros reflejaban angustia, desesperación, impotencia y a veces rendición, sin embargo, nunca perdieron la esperanza de que cada integrante del equipo lograra adivinar su objeto.

Para ayudar a quienes más se les dificultaba, los equipos decidieron valerse de gestos y de comunicación no verbal como también de diversas entonaciones del Sí y el NO lo cual le facilitaba el proceso a la persona que debía adivinar. Algunas personas le dieron el nombre del objeto a quien debía adivinarlo y otras dieron información errada al no tener conocimiento pleno acerca de dicho objeto.

Durante la reflexión, todos los equipos hablaron acerca de que los monosílabos son una barrera en la comunicación, siendo éstos muy comunes en la UCIN. Uno de los equipos decidió solucionar un conflicto interno que se presentaba durante su desempeño laboral relacionado con la comunicación, este hacía referencia a que el uso de palabras como SI y NO por parte de un integrante de dicho equipo era muy común, lo cual dificultaba la comunicación asertiva con el mismo y propiciaba momentos de discordia y frustración.

Esta persona logró reconocer el uso de esta conducta de manera cotidiana y de forma personal se comprometió con su equipo a mejorarlo y no volver a usar estos monosílabos como respuesta, ya que con esta actividad pudo comprobar que no son asertivos en la comunicación. La pequeña discusión finalizó con un abrazo de equipo.

Otro de los equipos concluyó lo perjudicial que es dar una opinión de algo que no se conoce, en este un objeto a adivinar, ya que interfiere en la transmisión y comprensión del mensaje generando confusión y un ambiente de discordia.

- **De frente a la cuchara**

Esta dinámica fue recibida con gracia y agrado por parte de los equipos, para muchos de los participantes fue inesperado el hecho de tener un contacto físico tan cercano con sus compañeros de trabajo, ante lo cual respondieron con risas nerviosas desde el inicio hasta el fin de la actividad, risa incluso incontrolable en algunas personas.

En cuanto al orden de la frase, para algunos equipos fue fácil acomodarla y darle paso a la siguiente parte de la actividad, mientras que para tres de ellos fue difícil concretar el orden, pues cada quien armaba la frase como consideraba era correcta, sin consultar con los demás si estaban de acuerdo; a estos grupos solo

les fue posible llegar a la resolución de la frase, en el momento en el que alguien “tomo la vocería” o se convirtió en líder temporal, así se escucharon las opiniones de cada participante y se armó de manera correcta la frase.

De esta última, opinaron que es lo que se vive en el trabajo que realizan en la unidad, pues nadie tiene el conocimiento absoluto de algo, pero es posible complementarlo cuando las personas con mayor experiencia laboral apoyan a las nuevas, no solo en lo pertinente a la parte teórica, sino también en lo práctico.

En el momento de pasarse el limón de una cuchara a otra, hubo varias estrategias que se pusieron en juego, entre ellas esta primero la escogencia del limón. La mayor parte de los grupos desde el inicio escogió el limón más pequeño, el cual se acomodaba mejor a las cucharas y por ende facilitaba el desarrollo de la actividad. Mientras que un único grupo escogió el limón grande, pero no tardaron en darse cuenta que era el tamaño el que les dificultaba la entrega, pues en repetidas ocasiones se fue al suelo.

Como segunda estrategia concluyeron que la posición de la cuchara jugaba un papel importante a la hora de realizar la entrega del limón, por eso decidieron que la mejor manera de controlarla era ingresando la mayor parte del cabo de ésta dentro de la boca. Algunos equipos también observaron que si sujetaban el rostro o brazos de su compañero se facilitaba el control de la cuchara y el paso del limón.

El terreno fue el tercer elemento a tener en cuenta, al avistar que el lugar donde se propuso la actividad era tortuoso, los grupos decidieron buscar otro espacio plano, en el cual les fuera posible pasar de manera efectiva la cuchara, contaron también con la estatura de las personas, haciendo que las más altas se agacharan un poco para lograr la entrega del limón.

Los grupos concluyeron que hay diversas estrategias que se pueden poner en práctica para cumplir una tarea, lo más importante es buscar la que más se adecúe al objetivo, que optimice el tiempo y los recursos.

2. Evaluación escrita realizada por los asistentes

Para finalizar el taller se le pidió a cada participante que evaluara de forma escrita el desarrollo de este. En esta evolución afloraron sentimientos de felicidad, agrado y gratificación, muchas personas expresaron que se sintieron motivadas y apoyadas por su equipo en cada una de las actividades y también que este espacio fue propicio para la relajación.

Acerca de los aprendizajes de la jornada, mencionaron la importancia que tiene cada una de las actividades realizadas, ya que facilitan el trabajo en equipo, para lograr las metas y derribar los obstáculos que se presenten en el área laboral y otros aspectos de sus vidas. Lo anterior hace que las tareas sean más fáciles, rápidas y seguras, para las cuales se requiere de valores como tolerancia, responsabilidad y compromiso, además de la comunicación asertiva, el conocimiento de sus compañeros y su propio cuidado.

Dos personas también hicieron énfasis en que con amor todo lo anhelado, aunque parezca difícil se puede lograr, facilitando el trabajo con las familias en la UCIN. Añadieron frases que invitan a la perseverancia y el trabajo en equipo como: *“¡Todo se puede, nada es imposible!”* y *“¡La unión hace la fuerza!”*

La mayoría de las personas no emitieron recomendaciones con respecto al taller, para tres de ellas no fue necesario porque refirieron que la jornada fue muy completa. Algunos se enfocaron en la importancia de incluir a todas las personas que laboran en el servicio de CIRENA y no solo al personal de enfermería. Una

persona expresó que las actividades contempladas para el taller incluyeran más actividad física e interacción entre todos los asistentes al taller.

3. Cambios que se han observado hasta el momento

En la actualidad se percibe un clima laboral más tranquilo, hay un trato cálido y servicial entre el personal de enfermería y los familiares de los recién nacidos. Tanto las auxiliares como las enfermeras se observan más dispuestas y colaboradoras para realizar actividades referentes al cuidado canguro intrahospitalario.

Anexo 11. Evidencia fotográfica del taller CIRENAPOLY











Anexo 12. Evidencia fotográfica de actividades con el personal de la UCIN



Anexo 13. Evidencia fotográfica de otras actividades llevadas a cabo durante la Pasantía Institucional Cuidado Canguro Intrahospitalario







Referencias bibliográficas

-
- ¹ Redacción de El País. “En Colombia los partos prematuros representan el 12 % de los nacimientos”. Junio 26, 2014. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/colombia-partos-prematuros-representan-12-nacimientos>.
- ² Organización Mundial de la Salud. Método madre canguro, guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas [Internet]. 2004 [Citado el 24 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf>
- ³ Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]; 2013 Guía No. 04. [Citado el 23 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF/Recursos/prematuros/GPC_Ptes_Premat.pdf
- ⁴ Fundación Canguro. El método madre canguro. [Citado el 24 de noviembre del 2014] Disponible en <http://www.fundacioncanguro.co/es/iquienes-somos/mision.html>
- ⁵ USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Proyecto de mejoramiento de la atención en salud. Aplicación del método madre canguro en bebés prematuros y de bajo peso en 4 países de américa latina. Publicado el 6 de Diciembre 2011. [Citado el 12 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmcespanol.pdf>

-
- ⁶ Suárez S. Beneficios del método madre canguro (MMC) en los recién nacidos prematuros. Universidad de Valladolid. Perú [Citado el 6 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5106/1/TFG-H66.pdf>
- ⁷ Charpak N, Figueroa Z. Método madre canguro, guías de manejo.[Internet]. Colombia: Fundación Canguro. [Citado el 6 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmcespanol.pdf>
- ⁸ Worku B, Kassie A. Kangaroo mother care: a randomized controlled trial on effectiveness of early kangaroo mother care for the low birthweight infants in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Tropical Pediatrics* 2005; 51(2):93-97. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/newborn/cd002771_sachdevhps_com/en/
- ⁹ Chwo MJ AGG. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity 27. *J Nurs Res* 2002;(2):129-142. Disponible en: http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article_ID=799983
- ¹⁰ Messmer PR, Rodriguez S, Adams J, Wells-Gentry J, Washburn K, Zabaleta I et al. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. [Review] [42 refs]. *Pediatric Nursing* 23(4):408-14, 1997; 23(4):408-414.
- ¹¹ Lacy JB, Ohlsson A. Behavioral outcomes of environmental or care-giving hospital-based interventions for preterm infants: a critical overview. *Acta Paediatr* 1993; 82(4):408-415. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.1993.tb12709.x/abstract>
- ¹² Anand KJ. Pain, Plasticity, and premature birth: a prescription for permanent suffering? *Nature Medicine* 2000; 6(9):971-973

Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. [Review] [89 refs]. *Biology of the Neonate* 1998; 73 (1): 1-9

Anand KJ, Hickey PR: Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987; 317 (21): 1321-1329.

¹³ Anand KJ. Pain, Plasticity, and premature birth: a prescription for permanent suffering? *Nature Medicine* 2000; 6(9):971-973

Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. [Review] [89 refs]. *Biology of the Neonate* 1998; 73 (1): 1-9

Grunau R. Early pain in preterm infants. A model of long-term effects 14. *Clin Perinatol* 2002; 29 (3): 373- viii

¹⁴ Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000; 105 (1): e 14.

¹⁵ Suárez S. Beneficios del método madre canguro (MMC) en los recién nacidos prematuros. Universidad de Valladolid. Perú [Citado el 6 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5106/1/TFG-H66.pdf>

¹⁶ Martínez Tomey ,A, Roile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, séptima edición, Madrid ,Elsiever España,2011

¹⁷ Martínez lozano, Claudia; Rodríguez Soacha, Magaly. 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 período 2008. [Citado el 6 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis10.pdf>

¹⁸ Ocampo MP. El hijo ajeno: Vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichán. 2013 Vol. 13. N 1.Abril

¹⁹ Jenny P. Lizarazo-Medina 1, Juan M. Ospina-Díaz 2 y Nelly E. Ariza-Riaño 3. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Rev. salud pública. 14 sup (2): 32-45, 2012. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14s2/v14s2a04>

²⁰ Guía de práctica clínica de termorregulación. 2010. Sociedad iberoamericana de neonatología SIBEN. [Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf]

²¹ Goldsmit Gustavo, Bellani Patricia, Giudice Lidia, Deodato Pablo, Fistolera Silvina, Capelli Carola et al. Recomendaciones para el control de la saturación de oxígeno óptima en prematuros. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2004. Ago [citado 2015 Mar 12]; 102(4): 308-311. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000400013&lng=es

²² Ministerio de salud del Perú. Proyecto Salud y Nutrición básica. Título: Manual de decisiones: Salud infantil. Biblioteca virtual en salud BVS Minsa. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/702_MS-PSNB389-3.pdf

²³ Pérez, M; Vides, D; Mortarotti, N; Martinini, M. Cátedra de medicina infanto-juvenil: Módulo de neonatología. Universidad nacional de Tucumán. 2006.Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Pediatrica/Archivos/MODULO_NEONATOLOGIA_06.pdf

- ²⁴ J.P.Garrahan. Cuidados en enfermería neonatal. Hospital de pediatría S.A.M.I.C. Tercera Edición. Pag 150-153. Buenos Aires: Journal. 2009.
- ²⁵ Cs. Olimpo Moreno Vázquez. APNEA NEONATAL. Sin año. Universidad de las Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatric/apnea_neonatal.pdf
- ²⁶ UNICEF. Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido. México: Secretaria de Salud; 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/137_GPC_SINDROME_DIF_RESP/IMSS_137_08_EyR_SINDROME_DIF_RESP.pdf
- ²⁷ Consuegra R. Solano J. Mendivil E. Administración de oxígeno en el periodo neonatal. Sociedad Colombiana de Pediatría SCP – PRECOP Vol 9 – fascículo 3; año 2010; pag: 42-53. Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-D.pdf
- ²⁸ Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijn T.M. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2015 Mar 15]; 10(24): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>.
- ²⁹ Secretaria distrital de salud de Bogotá. Guía de cuidado de Enfermería en la adaptación canguro. Santa fe de Bogotá 2015; Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Canguro.pdf>

³⁰ Cañas-Lopera EM, Rodríguez-Holguín YA. La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. *Aquichan*. 2014; 14 (3): 336-350. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.6>

³¹ Belda, L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatológica*. No 16. 2012. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO1/Downloads/Dialnet-LaComunicacionPiezaClaveEnEnfermeria-4069152.pdf>

³² Ministerio de salud del Perú. Manual del facilitador en salud. Módulo 8: Atención básica del Recién Nacido Sano. Disponible en: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/2930/1/BVCI0002690.pdf>

³³ Pérez, M; Vides, D; Mortarotti, N; Martinini, M. Cátedra de medicina infanto-juvenil: Módulo de neonatología. Universidad nacional de Tucumán. 2006. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Pediatrica/Archivos/MODULO_NEONATOLOGIA_06.pdf

³⁴ Ministerio de salud, Colombia. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: Cuadro de procedimientos. Julio de 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUADRO%20DE%20PROCEDIMIENTOS.pdf>

³⁵ Botas, I; Ferreiro, A; Soria, B. Deshidratación en niños. *Revista: Asociación médica ABC*. Vol.56, número 3. Jul- sep del 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc113f.pdf>

³⁶ Ministerio de salud del Perú. Proyecto Salud y Nutrición básica. Título: Manual de decisiones: Salud infantil. Biblioteca virtual en salud BVS Minsa. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/702_MS-PSNB389-3.pdf

³⁷ Enciclopedia médica: MedlinePlus. Niño irritable. Publicado el 9/1/2014. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003214.htm>

³⁸ Ministerio de salud, Colombia. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: Cuadro de procedimientos. Julio de 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUADRO%20DE%20PROCEDIMIENTOS.pdf>

³⁹SMI. Salud Materno Infantil [Internet]. USAID. Proyecto ASSIST de USAID. 2012. Higiene del recién nacido y lactante. Disponible en: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/B64.PDF>

⁴⁰ Doménech, E. González, N. Rodríguez, J. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría AEP. Neonatología. 2008. Página 25. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf

⁴¹ Chattás, G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. Baño del recién nacido prematuro. Revista Enfermería Neonatal. Año 002. Número 010. Septiembre 2010. www.fundasamin.org.ar. Disponible en: http://www.codeinep.org/restricted/banio_recien_nacido.pdf

⁴²Sanitas. Masaje al bebé. [Disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/recien-nacido/sin012160wr.html>]

⁴³ Paso a paso un masaje relajante para tu bebé. Bebés en camino. [Disponible en: <http://bebesencamino.com/articles/paso-a-paso-un-masaje-relajante-para-tu-bebe>]

⁴⁴ UNICEF. Manual de Lactancia Materna. 2012. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>

⁴⁵ Trabajo en equipo. “El desafío de dejar de ser uno contra todo”. Acuña M. Medicina Familiar HIBA. Disponible en http://www.cpcesfe2.org.ar/Pages/Capacitacion/InstitutosYComisiones/ComPYME/Materiales/1_TrabajoEnEquipo/1_TrabajoEnEquipo_%20I_Parte.pdf

⁴⁶Asertividad. FETE Enseñanza La Rioja. 2011. Disponible en <http://larioja.feteugt.es/data/images/RIOJA/SALUD%20LABORAL/noticias%20y%20novedades/documentos%20interesantes/Asertividad.pdf>

⁴⁷ Beverly Hare. Sea Asertivo. Ediciones Gestión 2000. Disponible en <http://www.casadellibro.com/libro-sea-asertivo/9788480888677/885830>

⁴⁸ Arteaga, C. habilidades de comunicación y asertividad. Página web: Puedes lograrlo. Mayo 2011. Disponible en <http://puedeslograrlo.blogspot.com.co/2011/05/habilidades-de-comunicacion-asertividad.html>

⁴⁹ Comunicación Asertiva. Aguilar J.E. & Vargas J.E. Conductitlan Asociación de Psicología. 2010. Disponible en http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/comunicacion_asertiva.pdf