

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tesis para optar al título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el Método Familia Canguro en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas en el SILAIS Nueva Segovia durante el año 2018.

Autor:

Dra. Ana Lisseth Rodríguez Gutiérrez

Tutor Científico:

Dra. Maritza Valdivia González
Médico Especialista en Pediatría.

Tutor Metodológico:

Dra. Emig Bravo Ferrufino
Msc. Salud Pública

Managua, Nicaragua, marzo 2019

Contenido

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Carta de aprobación del tutor	iii
Resumen	iv
I. Introducción:	1
II. Antecedentes:	4
III. Justificación:	6
IV. Planteamiento del problema:	7
V. Objetivos:	8
VI. Marco Teórico	9
VII. Diseño Metodológico	22
VIII. Resultados	31
IX. Análisis y discusión de los resultados	36
X. Conclusiones	38
XI. Recomendaciones	39
XII. Bibliografía	40

Dedicatoria

A Dios por permitirme lograr cada meta propuesta.

A mi madre Miriam Gutiérrez por su apoyo, comprensión y respeto.

A los bebés nacidos demasiado pronto que todos los días libran una batalla para poder sobrevivir.

A las familias por su esfuerzo para sacar adelante a sus bebés con amor, calor y lactancia materna.

Agradecimiento

Al SILAIS – Nueva Segovia por permitirme desarrollar este estudio, especialmente al programa de AIMNA.

A Dra. Nieves Sánchez por compartir sus conocimientos y experiencia acerca del método.

A los docentes que en estos tres años de residencia han compartido su tiempo y conocimientos.

A mis tutores de tesis por brindarme su tiempo a pesar de la distancia y hacer realidad este esfuerzo.

A mis compañeros de residencia que en estos tres años hemos compartido momentos de alegría y dificultades.

Carta de aprobación del tutor

Managua, 03 de marzo del 2019.

Dra. Natalia Vanessa Salgado Quintero

Directora General de Docencia

Reciban Cordiales saludos de mi parte.

A través de la presente hago constar que he realizado tutoría metodológica de tesis, para optar al título de especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología con el tema: **Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el Método Familia Canguro en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas en el SILAIS Nueva Segovia durante el año 2018.**

Como tutora he revisado el informe final, y considero que metodológicamente reúne todos los requisitos para ser presentado y evaluado ante un jurado examinador para su aprobación.

Doy fe del profesionalismo, dedicación, compromiso y responsabilidad de la Dra. Ana Lisseth Rodríguez Gutiérrez en todas las etapas del estudio.

Sin más a que referirme y deseando éxitos en sus labores, me despido.



Dra. Emig Bravo Ferrufino.

Msc. Salud Pública

Resumen

Siendo una de las prioridades del Ministerio de Salud el brindar cuidados integrales de salud al individuo, familia y comunidad en condición de sano o enfermo, en el enfoque de curso de vida, la atención y vigilancia a los recién nacidos, con énfasis en los pretérminos, requiere de cuidados especiales dentro y fuera del ambiente hospitalario. En este contexto de la atención neonatal, se han venido realizando avances de suma importancia con la aplicación de equipos con tecnología de punta con la implementación de nuevas técnicas y métodos apropiados (Método Canguro) para asegurar la sobrevivencia del prematuro.

Nicaragua no es la excepción de estos avances, ya que a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) ha implementado diferentes estrategias e intervenciones para reducir la mortalidad neonatal e infantil; entre estas se destaca la estrategia “Método Familia Canguro (MFC)”, intervención costo-efectiva cuya intervención fisiológica y humana es apropiada para complementar el cuidado neonatal.

El presente estudio descriptivo de corte transversal para determinar conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y enfermería en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas en Nueva Segovia, determinando características sociodemográficas del personal y midiendo el nivel de los tres parámetros.

Se encuestó a 150 recursos, de los cuales el 23% (33) están entre el grupo de 21 a 25 años, el 79% (119) de área urbana y el 62% (93) de sexo femenino. El 46% (69) con un nivel de conocimiento medio, el 29,3% (44) un nivel bajo y solo el 24,7% (37%) un nivel alto de conocimiento, el 60,7% (91) tiene aceptación, el 39,3% (59) es neutral y/o indiferente al MFC y el 68% (102) tiene buenas prácticas. El estudio demostró que hay déficit en cuanto al conocimiento y aplicación del método.

I. Introducción:

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término. (Liu L, 2016). De estos 2,7 millones de los niños que mueren son recién nacidos. Entre el 60% y el 80% son niños prematuros y/o pequeños para la edad gestacional. (OMS, 2015). Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional. Dentro de los países con los mayores números incluyen a Brasil, Estados Unidos, India y Nigeria, demostrando que el nacimiento prematuro es un verdadero problema global (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012).

De los 11 países con las tasas de nacimiento prematuros de más del 15%, todos menos dos están en África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12% son pretérmino en comparación con el 9% en los países de ingresos más altos. En estos países, las familias más pobres están en mayor riesgo. (Rev, (2) Messmer, & 70(4)., 2013)

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) adoptados por las Naciones Unidas en 2015, la meta 3.2 del ODS 3 consiste en poner fin, de aquí a 2030, a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos, a partir de este planteamiento se están llevando a cabo intervenciones desde la atención preconcepcional (administración de ácido fólico y promover la fortificación de alimentos), prevención de embarazos en adolescentes, planificación familiar, vigilancia durante el embarazo (seguimiento de IMC, diagnóstico y manejo de infecciones durante el embarazo, uso de corticoides antenatales etc.) y al momento del nacimiento se lleva a cabo pinzamiento tardío del cordón umbilical, apego precoz e inicio de lactancia materna temprana, (OMS, 2016) en el caso de los recién nacidos pretérminos y bajo peso al nacer se han formado equipos de atención multidisciplinario, por otra parte se ha implementado el Método Familia Canguro el cual ha demostrado ser de mucho beneficio para este

grupo de recién nacidos; según datos estadísticos de la fundación Canguro en Bogotá-Colombia, el porcentaje de muerte de los recién nacidos prematuros a las 40 semanas de edad corregida es menor del 2% y al año de vida menor del 4%; el índice de re-hospitalización de los prematuros manejados de manera ambulatoria es menor al 15%. (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012)

El Método Familia Canguro es una intervención fisiológica, humana y emocionalmente apropiada para complementar el cuidado neonatal. A través de este método el manejo clínico del prematuro y/o de peso bajo al nacer se estandariza y se protocoliza, basado en el contacto piel a piel entre el bebé prematuro y su madre. Durante la estancia intrahospitalaria se entrena a los padres, madres y familias sobre el cuidado del recién nacido en casa, para que bajo ciertos criterios de elegibilidad asuman ésta responsabilidad una vez que el recién nacido egrese de la unidad hospitalaria, evitando de esta manera las separaciones prolongadas entre ellos. (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012) (MINSA M. d., 2013)

El Método de Familia Canguro consta por tanto de 2 etapas: una etapa intrahospitalaria y una etapa ambulatoria, a su vez consta de 3 componentes:

1. **Posición canguro:** Contacto piel a piel, en el pecho de la madre, 24 horas al día, en estricta posición vertical.
2. **Nutrición canguro:** Basada en alimentación al seno materno.
3. **Egreso temprano del establecimiento de salud:** Salida precoz en posición canguro y seguimiento ambulatorio estricto hasta un año como mínimo. (MINSA, 2017)

A nivel internacional es conocido como Método Madre Canguro, en Nicaragua el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) a través del Ministerio de Salud lo adecua en el contexto del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), llamándolo “Método Familia Canguro”, por la necesidad de contar con una red de apoyo a nivel familiar y comunitario para el cuidado de los recién nacido pretérmino y bajo peso. Inicialmente forma parte de la Normativa 108: Guía para la atención del neonato, año 2013 y posteriormente se crea la Normativa 142: Guía para la implementación del Método Familia Canguro, año 2017 dando así un gran paso para su reproducción en todo el país. (MINSa, 2017) . Esta estrategia al estar institucionalizada se ha implementado en el ámbito nacional en sus diferentes niveles de atención.

El Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) Nueva Segovia, implementó desde el año 2014 la estrategia de Madre Canguro, en el Hospital “Dr. Luis Alfonso Moncada Guillen” y posteriormente se extendió al resto de los 12 municipios. Se estableció una alianza con el Hospital Bertha Calderón, líder en la aplicación de la Estrategia Madre Canguro (EMC), la iniciativa se extendió al resto de los 12 municipios.

Al evaluar los conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que tiene contacto con las familias que están cangureando, se logra mejorar y/o fortalecer la estrategia y facilitaría la sostenibilidad de la misma, beneficiando a los recién nacidos pretérmino o bajo peso.

II. Antecedentes:

Más de las tres cuartas partes de los bebés prematuros que mueren podrían salvarse si contaran con atención básica para ellos y sus madres. La investigación e innovación para la prevención del nacimiento prematuro es urgente. (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012)

En el año 2015 Corpus Ramírez Ethel, en el estudio Satisfacción de las Usuarias y el nivel de conocimiento del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro (PMC) en San Luis Potosí, donde midió el nivel de conocimientos a 21 enfermeros vinculados al PMC, de los cuales solo el 23.8% contaban con capacitación, el 57.1% contó con un nivel adecuado de conocimientos y el 42.9% se clasificó como inadecuado. Para la satisfacción se incluyeron 30 madres canguros, que tuvieron un nivel de satisfacción global de 87.7%, de los 8 dominios evaluados el más bajo fue continuidad del cuidado, que hace referencia a la educación para cuidados en el hogar, con 74.3% de satisfacción. (Ethel, 2015)

Johanson da Silva Laura, et al. en el año 2015 en el estudio: La adhesión de las enfermeras al Método Canguro: subvención para la administración del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Río de Janeiro, encontró que existían dos grupos, los que valorizan el Método Canguro y persisten en su aplicación a pesar de las dificultades y otros que desvalorizan y comprometen la continuidad de las prácticas en la UTIN. De ese contexto de conflictos generado por la división de opiniones y prácticas en los equipos, surge la urgente necesidad de contar con estrategias de administración, dirigidas especialmente al fortalecimiento del Método Canguro en la UTIN y a la adhesión de los profesionales. (Johanson da Silva Laura, 2015)

En el año 2006 Márquez Bazar Flor, en el estudio: Nivel de conocimientos y actitudes de las Enfermeras del servicio de intermedios neonatal del instituto especializado materno perinatal acerca del Método Canguro 2004-2005 Lima, Perú determinó que las enfermeras tienen conocimiento alto y medio acerca del Método Canguro, sin embargo es preciso mencionar que en el nivel de actitudes se ha

concluido que existe una significativa indecisión, poca aceptación y un resultado mínimo de rechazo hacia el Método Canguro. (Bazar, 2006)

Lizarazo Jenny P. et al, en junio del 2012, en el estudio: Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer en el Hospital San Rafael de Tunja, Colombia encontró que la metodología del programa Madre Canguro mejora sustancialmente los aspectos psicológicos de la madre y el pronóstico de salud de los recién nacidos y permite la estabilización de la temperatura corporal, del ritmo de ganancia de peso, a la vez que disminuye los riesgos de complicaciones y de infección nosocomial. También disminuye los costos de atención y estancia hospitalaria. (Jenny, 2012)

Ruiz Ramírez Humberto, en el año 2015, en el estudio: Implementación del Programa Familia Canguro logros y desafíos en el servicio de neonatología del Hospital Dr. Alfonso Moncada Guillén, Ocotál-Nueva Segovia, encontró que las madres de los recién nacidos tenían de 20-35 años, procedentes del municipio de Jalapa en su mayoría, con una escolaridad primaria y en unión de hecho estable; predominó el bajo peso al nacer con un promedio de peso de 1601 gr \pm 290gr. Se encontró que los niños están iniciando el programa canguro a un promedio de 34. 2/7 \pm 2. 5/7 semanas. Con un peso promedio de 1504gr \pm 293.5 gr. Se egresan con una edad gestacional promedio de 37 3/7 \pm 2 4/7 y un promedio de peso de 1855 \pm 229 gr. La estrategia permite seguimiento día a día de la ganancia de peso y alimentación exclusiva con lactancia materna, contribuyó a disminuir la mortalidad por prematuridad en el departamento. (Ramírez, 2015)

III. Justificación:

El programa Madre Canguro (PMC) es una estrategia creada y desarrollada por un equipo de pediatras del Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. A pesar de los reconocimientos, beneficios y larga experiencia del PMC solamente unos pocos países en vía de desarrollo han adoptado esta intervención que es accesible y disponible para las familias. En países con servicios limitados de PMC los servicios prestados a menudo son iniciados por la motivación de médicos que han aprendido acerca del PMC a través de sus colegas, en conferencias o por medio del patrocinio de las organizaciones donantes. Sin embargo, para mejorar la supervivencia de los recién nacidos, y contribuir de una manera significativa a la reducción de la mortalidad neonatal en los países en desarrollo, es imperativo que los servicios limitados del PMC sean ampliados, accesibles y disponibles. (March of Dimes, Programa Madre Canguro. Guía de Implementación., 2012)

El proceso se inicia en el hospital después de que la condición del bebé sea estabilizada, el egreso es temprano después del parto y se produce cuando el bebé succiona bien, está creciendo y cuando la madre, el cuidador y la familia muestran haber adquirido la competencia necesaria para su cuidado. (March of Dimes, Programa Madre Canguro. Guía de Implementación., 2012)

A través del presente estudio se pretende identificar los Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el Método Familia Canguro en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas en el SILAIS Nueva Segovia, por los beneficios que aporta para la supervivencia del RN bajo peso y pretérmino es de vital importancia contar con personal capacitado, que estén anuentes a llevar a cabo esta tarea, reconociendo la responsabilidad que esto implica y transmitiendo la información acertada a la familia, nos permitirá obtener datos sobre las fortalezas y debilidades el personal involucrado en el MFC, de esta manera generar estrategias que fortalezcan su implementación, aportando para que sea sostenible e incidir en la disminución de la morbi-mortalidad neonatal.

IV. Planteamiento del problema:

El método madre Canguro (MMC) requiere de la participación de todo el equipo de la unidad: pediatras, neonatólogos, enfermeras, nutricionista, trabajadora social, psicóloga, para supervisar la atención recibida y para proporcionar información y educación sobre cómo mantener al bebé caliente, la lactancia materna, el uso adecuado de la leche materna extraída, los signos de peligro, etc. y para llevar a cabo el seguimiento. Por lo que se hace necesario contar con personal de primera línea que estén capacitados y confiados en la atención al recién nacido, clínicas equipadas con los suministros básicos para salvar vidas. Las niñas, las mujeres y las madres deben estar educadas, nutridas y activas, a fin de proteger su propia salud y la de sus bebés. La comunidad debe de estar empoderada de la estrategia para poder brindar consejería, seguimiento y apoyo a la familia. (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012)

Por esto el estudio se plantea: ¿El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el Método Familia Canguro en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia es el adecuado para el desarrollo del Método Familia Canguro?

V. Objetivos:

Objetivo General:

1. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el Método Familia Canguro en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia.

Objetivos específicos:

1. Describir los aspectos sociodemográficos del personal médico y enfermería del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre el Método Madre Canguro del personal médico y enfermería del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia.
3. Identificar las actitudes del personal médico y de enfermería acerca del Método Madre Canguro del personal médico y enfermería del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia.
4. Describir las prácticas que realizan el personal médico y de enfermería del personal médico y enfermería del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia.

VI. Marco Teórico

Las muertes neonatales actualmente representan alrededor del 40% de todas las muertes de niños menores de cinco años de edad en los países en vía de desarrollo. Las tres causas principales son la asfixia al nacer, las infecciones, y las complicaciones debido a la prematuridad y el bajo peso al nacer (BPN). (Heras, 2014)

El bajo peso al nacer (BPN) es un factor determinante de la supervivencia del recién nacido representa el 60 - 80% de todas las muertes neonatales. La prematuridad es la principal causa directa de mortalidad neonatal, lo que representa aproximadamente el 29% de los 3,6 millones de muertes neonatales por año. Los recién nacidos con BPN tienen aproximadamente 20 veces más probabilidades de morir comparados con los bebés de mayor peso. Un tercio de los que tienen bajo peso mueren dentro de las primeras 12 horas después del parto. (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012) Una de las principales razones es que tienen un mayor riesgo de enfermarse o morir porque tienen incapacidad para controlar la temperatura corporal, se enfrían fácilmente y llegan a la hipotermia. Un recién nacido hipotérmico deja de comer y es más susceptible a la infección. (Heras, 2014)

En la mayoría de los países el uso de incubadoras es habitual para la atención térmica de los bebés con bajo peso, sin embargo, en los países en vía de desarrollo "el uso de la incubadora" sólo está disponible en las grandes ciudades o en cabeceras municipales, pero aún en estos lugares el uso de esta metodología puede ser difícil. Asimismo, la calidad de la atención del ambiente y de la incubadora, se puede ver afectado porque el personal de salud esté sin capacitar, mal entrenado, sea insuficiente o no esté disponible las 24 horas y que estas no sean siempre accesibles y disponibles para la mayoría de las familias. Afortunadamente existe un enfoque alternativo para proporcionar un ambiente térmico adecuado y para mejorar la supervivencia de los lactantes, eficaz y asequible que se denomina cuidado de Madre Canguro o programa Madre Canguro. (Heras, 2014)

El programa Madre Canguro (PMC) es una estrategia desarrollada como una alternativa a los insuficientes medios y dotación de incubadoras para prestar cuidados a los Recién nacidos (RN) que habían superado la fase crítica y que sólo necesitaban alimentarse y crecer. Casi dos décadas de investigación, han dejado constancia que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora, repercute de manera positiva en el control de la temperatura, lactancia materna y desarrollo de vínculos afectivos y neuroconductuales de todos los RN, independientemente de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica. (OMS, 2012)

Dado que el nacimiento prematuro contribuye significativamente a la mortalidad infantil, se han establecido a nivel internacional nuevas metas para la reducción de la mortalidad neonatal: (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012)

- ✓ Para países con una tasa de mortalidad neonatal mayor o igual a 5 por 1.000 nacimientos vivos, la meta es reducir la mortalidad por nacimientos prematuros al 50% entre 2015 y 2025.
- ✓ Para países con una tasa de mortalidad neonatal menor al 5 por 1.000 nacimientos vivos, la meta es eliminar las muertes prematuras prevenibles restantes, enfocándose en el cuidado equitativo para todos y la calidad del cuidado para minimizar la discapacidad a largo plazo.

La estrategia se introduce en Nicaragua en el año 2013, como parte de la Normativa 108: Guía Clínica para la atención del Neonato, por el acuerdo Ministerial N° 241-2013. Sin embargo, con la implementación de la política de primera infancia, “Amor para los más chiquitos y chiquitas” la estrategia viene a complementar este proceso desde la Unidad Hospitalaria hasta la familia y comunidad, por lo que en el año 2017 se crea la Normativa 142. Guía Para la Implementación del Método Familia Canguro. (MINSAL, 2017)

El programa familia canguro se define como el conjunto de cuidados dirigidos al niño prematuro y/o de peso bajo al nacer (PBN), estandarizado, protocolizado y basado en el contacto piel a piel entre el niño y su madre. Se basa en los tres principios básicos para la supervivencia de la humanidad: calor, amor y lactancia materna. Incorpora a la familia desde el inicio durante todo el proceso de atención y cuidado de su hijo/a. (Moore ER, 2012)

El PMC se desarrolla con sus tres componentes de la siguiente manera:

✓ **Posición Canguro (Contacto piel a piel las 24 horas del día).**

El requisito para iniciar la posición canguro es que el recién nacido tenga sus signos vitales en rangos normales excepto la temperatura. (Goucho S, 2010)

El recién nacido es colocado en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa en contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día. Las madres cumplen no solo la función de mantener la temperatura corporal del niño o niña (reemplazando en esta función a las incubadoras), sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación. (MINSa, 2017)

Para sostener al recién nacido en posición vertical se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) conocida como faja canguro, esta permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente en posición canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del recién nacido no se obstruya por cambios de posición (ejemplo: flexión o hiperextensión del cuello) lo que es particularmente importante, ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el recién nacido prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales. (MINSa, 2017)

✓ **Nutrición Canguro (Lactancia Materna Exclusiva).**

La alimentación está basada en la leche de su propia madre por ser la más apropiada en cuanto a su aporte nutricional e inmunológico y también la más segura. (Moore ER, 2012)

- Los bebés cuya edad gestacional < 30 ó 32 semanas suelen necesitar una sonda orogástrica para alimentarse y esta puede emplearse para proporcionarle leche extraída del pecho de su madre.
- A los bebés con edad gestacional ≥ 32 se les puede amamantar. Es posible que en un principio el bebé se limite a buscar el pezón y a lamerlo o que incluso llegue a mamar un poco. Se deberá seguir administrándole leche extraída mediante taza o sonda, de manera que quede garantizado que el bebé reciba lo que necesite.
- Los bebés cuya edad gestacional ≥ 34 semanas de gestación en adelante suelen poder alimentarse directamente del pecho materno. No obstante, en algunas ocasiones es necesaria la alimentación suplementaria alimentada en taza.

Es decir, se utilizan diferentes técnicas de alimentación: Por succión (pecho materno), por sonda orogástrica (por gravedad), por jeringa o cuenta gotas y taza o vasito.

Es importante en este momento tomar en cuenta los patrones de succión ya que de este depende en gran parte el desarrollo del bebé: (Widstrom AM, s.f.)

Patrón de succión No nutritiva: movimientos repetitivos de la boca en presencia de un pezón, es caracterizada por unos episodios de 2 succiones por segundo. Beneficios: mejora la velocidad de crecimiento, favorece la maduración de la motilidad gástrica, reduce el estrés, conductas defensivas e irritabilidad, aumenta el retorno a sueños estables, más rápida transición a la vía oral total, acorta la estancia hospitalaria.

Patrón de succión inmaduro: Episodios de 3 a 5 succiones. Esta corta succión se acompaña de una pausa en la respiración de igual duración.

Patrón de succión maduro: Episodios continuos de 10 a 30 succiones, con pausas breves entre cada episodio. Deglución y respiración ocurren durante los episodios en una secuencia 1:1:1, como una unidad rítmica y repetitiva. Succión y deglución coordinadas con la respiración en niños la observamos en bebés > 34 semanas.

Alimentación por succión: Si un bebé ha sido hospitalizado por largo tiempo puede tardar hasta una semana en aprender a alimentarse del seno materno, para ayudarle al bebé a aprender a mamar se recomienda realizar técnicas para estimular la succión (succión no nutritiva y masaje faciales).

El entrenamiento precoz puede ayudar a una maduración más rápida de las habilidades de la succión en los prematuros más inmaduros (29 - 32 semanas). Se introduce el pezón en la boca del niño que está en posición canguro, y cada tres o cuatro succiones se lo retira para permitir la pausa respiratoria; poco a poco se logra que el bebé llegue a un patrón de ocho a diez succiones y una pausa respiratoria espontánea.

Una vez que el niño es capaz de succionar el seno con una buena coordinación, el volumen que recibe por gavage está alrededor de 100 ml/Kg/día durante unos días y que mantiene o gana peso (monitoreo de aumento de peso diario), se retira la sonda y se deja al niño con leche materna exclusiva por succión directa. (Widstrom AM, s.f.)

Hay ocasiones en las que la posición canguro se ofrece a niños y niñas que no van a recibir la alimentación canguro basada en la leche materna, como en los casos en los que aún no pueden succionar y deglutir, o que están recibiendo nutrición parenteral o por gastroclisis, o en aquellos otros casos en los que no hay posibilidad de lactancia materna (niño dado en adopción y mantenido en canguro por padres adoptivos, fallecimiento de la madre, contraindicaciones absolutas o relativas para la lactancia materna). En esos casos este componente (nutrición) del MFC no se puede dar, pero el cuidado ofrecido al niño o niña puede seguir siendo considerado como una Intervención Madre Canguro, si se está empleando adecuadamente la posición canguro. (MINSA, 2017)

✓ **Egreso Temprano:** (MINSA, 2017)

Cuando se completa una adaptación exitosa de la madre y el recién nacido a la posición y la alimentación canguro, es poco lo que el establecimiento de salud puede ofrecer. Así pues, la adaptación canguro intrahospitalaria puede verse como un proceso de preparación para que la madre y el recién nacido tengan una salida del hospital oportuna, segura y exitosa, y puedan mantener el cuidado canguro en casa mientras el niño o niña lo requiera.

Este egreso temprano, acompañado de un seguimiento ambulatorio cercano y estricto, es una alternativa segura y eficiente a la permanencia en la Unidad Neonatal durante la Fase de “Crecimiento Estable”.

El niño o niña, aunque haya egresado, continúa recibiendo atención en salud comparable al menos en intensidad y calidad a la que recibiría en una Unidad Neonatal de Cuidados Mínimos, sin exponerse a riesgos nosocomiales, y ya integrado física y emocionalmente a su familia.

Fases del abordaje clínico integral del recién nacido canguro: (MINSA, 2017)

✓ **Fase I. Adaptación Canguro Intrahospitalaria (ACI):**

Proceso de ajuste social, emocional y físico de la madre y la familia del bebé prematuro o de peso bajo al nacer al MFC. Este proceso de adaptación debe hacerse de manera individual y también en pequeños grupos de madres.

Objetivos de la ACI:

- Aliviar el estrés materno originado al tener que cuidar un bebé frágil.
- Promover y ampliar el desarrollo de un vínculo emocional madre-hijo.
- Evaluar a los bebés que están listos y en capacidad de recibir el MFC.
- Disminuir el temor que aparece mientras se está proporcionando el MFC.
- Lograr que la madre sea capaz de cuidar a su bebé en la casa.
- Entrenar a la madre y su Red de Apoyo Familiar en el cuidado de su bebé en la casa, usando la posición canguro.
- Preparar a la madre y al bebé para la lactancia materna.

Requisitos a cumplir en el recién nacido para el inicio de la ACI:

- Esté hemodinámicamente estable (haya sobrepasado cualquier condición patológica).
- Haya iniciado y tolerado la alimentación oral, ya sea por succión o por sonda.
- Tenga una buena respuesta a estímulos.
- Preferiblemente no estar recibiendo líquidos intravenosos.

Requisitos a cumplir en la madre para el inicio de la ACI:

- Tener una madre o una persona que desee participar.
- Capacidad mental y física para manejar al bebé en posición canguro.
- Utilizar ropa apropiada.
- Utilizar una bata y un gorro de hospital.
- Uñas cortas, limpias y sin esmalte.

Actividades de la ACI:

- Enseñar a la madre sobre la vestimenta que debe usar ella y el recién nacido.
- Entrenar a la madre y su red de apoyo familiar sobre cómo sostener al bebé.
- Entrenar a la madre en lactancia materna.
- Enseñar los ejercicios físicos de relajación que debe realizar estando el bebé en posición canguro.
- Enseñar la estimulación y masaje del bebé cuando está en contacto piel a piel. Entrenar sobre los cuidados, precauciones y signos de peligro a identificar en el bebé.
- El primer día se pueden observar los temores y dificultades maternas porque se cree que puede ser una amenaza para el bebé y que es incapaz de protegerlo.

Enseñar a la madre sobre la vestimenta que deben usar ella y el recién nacido:

- Madre: Debe utilizar un vestido con abertura en la parte delantera para tener fácil acceso al pecho materno y estar en condiciones de tener al bebé en contacto piel con piel.
- El recién nacido: Debe usar ropa apropiada: Gorro de algodón (evita pérdida de temperatura), camisa o camiseta de algodón sin mangas, abierta al frente (mantiene contacto piel a piel), pañal impermeable (protege de las deposiciones, evita enfriamiento e irritación), calcetines.

Entrenar sobre los cuidados en casa, precauciones y señales de peligro del bebé:

- Es probable que el portador sienta mucho calor y excesiva transpiración. No hay que alarmarse, es un efecto normal. En cuanto al aseo del recién nacido es importante saber que NO es necesario bañarlo, únicamente debe hacerse la limpieza de las nalgas cada vez que orina y hace deposiciones. Esto lo debe hacer con un algodón mojado en agua tibia.
- Con respecto a los signos de alarma, el personal de salud debe explicar a la madre que se le llaman “señales de peligro”, porque precisamente indican un problema de salud en su bebé, y es importante que la familia esté atenta a ellos.

Valoraciones médicas y exámenes en la ACI:

- Ultrasonido transfontanelar: A las 72 horas de vida, a la semana de vida y al mes de vida si hubo alteración en el estudio anterior
- Ultrasonido renal: A la semana de vida y al mes de vida si hubo alteración en el estudio anterior.
- Valoración oftalmológica a partir de las 34 semanas, o a los 28 días de vida. Valoración auditiva a partir de la 1er semana de edad
- Estudio para osteopenia (calcio, fósforo, fosfatasa alcalina) al mes de vida.
- Antropometría: Peso diario, talla semanal, perímetro cefálico semanal.

¿Cuándo se logra una adaptación canguro exitosa?

- Cuando la ganancia de peso del recién nacido es de 15-20 g/kg/día si la edad es mayor a 8 días.
 - Succiona el pecho materno correctamente.
 - Tener una madre o familiar que sepa cómo alimentar al bebé.
 - Tener una madre o un familiar que se sientan capaces de seguir los pasos y procedimiento del MFC
- ✓ **Fase II. Adaptación Canguro Ambulatorio (ACA)**
- Es el proceso de ajuste que ocurre después del egreso del recién nacido para garantizar una alimentación adecuada al pecho materno y un crecimiento óptimo.
 - Puede durar desde un día en una mamá bien entrenada, como una semana en una madre que tiene dificultades para alimentar a su bebé, o si el niño tiene problemas de crecimiento inadecuado.

Objetivo de la ACA:

- Conseguir en el recién nacido un aumento de peso y un crecimiento óptimo.
- Detectar a tiempo cualquier patología que amerite a una consulta especializada.
- Evaluar su desarrollo neurológico y psicomotor.

Actividades básicas de la ACA:

- Consulta ambulatoria con seguimiento hasta el año de edad corregida.
- Nutrición.
- Consultas médicas especializadas.

Consulta médica ambulatoria con seguimiento hasta el año de edad corregida:

- Debe funcionar todos los días, mediante consulta colectiva en un salón amplio, no en consultorios cerrados, mientras una mamá está siendo atendida el resto puede escuchar la información que le está dando el médico, de esta forma se puede educar y realizar intercambio de experiencias.

- Se inicia a las 48 horas del egreso del recién nacido, con citas 2 veces por semana hasta que se observe que la familia está empoderada con la Metodología FC. Este empoderamiento se verá reflejado en la ganancia de peso del recién nacido. Una vez logrado esto, los controles deben hacerse semanalmente hasta que el recién nacido cumpla las 40 semanas o haya alcanzado un peso mayor de los 2000g.
- En su primera cita se debe llenar la Hoja de Seguimiento Ambulatorio, la cual se irá completando según la evolución del recién nacido.
- Aquí es importante el control estricto de la ganancia de peso y crecimiento del recién nacido. Se debe garantizar que éste aumente de 15-20 g/kg/día hasta que complete su término y luego seguir un aumento de 7-11 g/kg/día y la talla debe aumentar 0.7 cm por semana, 0.5 cm de perímetro cefálico. Es importante utilizar las curvas de crecimiento apropiadas.
- También debe verificarse el cumplimiento del esquema de vacunación. La vacunación del recién nacido prematuro debe realizarse de acuerdo a lo establecido en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud. Es decir, el esquema de vacunación a aplicarse en el prematuro es el mismo que se le aplica al recién nacido a término. Así mismo, el recién nacido debe continuar recibiendo el mismo tratamiento que fue indicado por el médico del hospital, durante el egreso.

Seguimiento de alto riesgo:

- Se recomienda el seguimiento hasta el año de edad corregida para detectar cualquier secuela neurológica u oftalmológica de manera precoz, y poder hacer intervenciones oportunas.
- Una vez cumplidas las 40 semanas y alcanzado un peso mayor de 2,000 gramos, se pasa a controles mensuales; posteriormente, si la evolución es satisfactoria las valoraciones se realizan en las siguientes edades: 4 meses y medio, 6 meses, 9 meses, 12 meses.
- Para el control del crecimiento del niño y la niña prematuro, deben utilizarse las Curvas Fenton y OMS, hasta las 40 semanas de edad postconcepcional y luego se registran mensualmente hasta los 3 años de edad. Durante las

consultas deben hacerse valoraciones neurológicas y del desarrollo psicomotor, para esto deben establecerse las coordinaciones con el Nivel de Atención Secundario para las evaluaciones por esta especialidad.

- La Fundación Canguro recomienda para las valoraciones neurológicas usar la escala de INFANIB, y para la valoración del desarrollo psicomotor la de GRIFFITHS. En Nicaragua pueden utilizarse las del CLAP y OMS.
- En las valoraciones neurológicas debe indicarse ecografía cerebral en aquellos recién nacidos que no se les realizó durante la hospitalización, o en aquellos recién nacidos que tienen antecedentes de factores de riesgo como asfixia, convulsiones. Debe realizarse además examen neurológico a partir de las 4 semanas de vida y de audiología después de las 40 semanas.

Tabla 1: Resumen de las valoraciones recomendadas durante las atenciones ambulatorias:

Edad corregida	Valoraciones	Estudios especiales
6 semanas después del nacimiento	Valoración oftalmológica	
A partir del 5to día	Tamizaje auditivo (otoemisiones acústicas)	Si el estudio sale alterado debe repetirse al mes y luego al tercer mes. Si continúa alterado deben indicarse los potenciales auditivos.
Al mes de edad corregida		Realizar ultrasonido transfontanelar de control si los ultrasonidos previos realizados se reportaron alterados. Si este ultrasonido de control se reporta alterado debe indicarse TAC.
3 meses	Valoración por optometría Test Neuromotor	Radiografía de cadera en sospecha de Displasia Congénita de Cadera (DCC)
6 meses	Test Neuromotor y Psicomotor	
9 meses	Test Neuromotor	
12 meses	Test Neuromotor y Psicomotor	

- El seguimiento multidisciplinario-integral se realizará de acuerdo con los hallazgos médicos encontrados durante el proceso de la atención del recién nacido.
- La estimulación temprana (estimulación oportuna) debe realizarse a todos los recién nacidos que ingresaron al MFC. En la comunidad debe vigilarse su desarrollo utilizando la Cartilla de Amor para los Más Chiquitos, que es entregada a todas las familias.

✓ **Beneficios Método Familia Canguro** (MINSAL, 2017)

1. Regulación térmica adecuada.
2. Normalización del patrón respiratorio.
3. Niveles de O₂ transcutáneos adecuados.
4. Mejoría en patrones de conducta.
5. No hay riesgo adicional de infección.
6. Mayor éxito y confianza en la lactancia materna.
7. Incremento en sentimientos de competencia, afecto, satisfacción personal, menor stress.
8. Meta-análisis muestran que los dos resultados que claramente cambian son temperatura y peso. La temperatura corporal aumenta 1 °C durante una sesión de 1–2-h en posición canguro. Incremento significativo en ganancia de peso en los bebés que tuvieron repetidas sesiones de posición canguro durante la hospitalización.
9. Los estudios, demuestran que los bebés se sienten cómodos y se duermen rápidamente.

En Nicaragua, se desarrolló una alianza entre el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL) y el Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para brindar apoyo a la implementación de la Estrategia Madre Canguro en el hospital de referencia Bertha Calderón, con un plan para diseminar la práctica a otros hospitales después de la fase inicial. (Nieves Sánchez, 2012). La intervención empezó con una capacitación de 15 días , en un centro especializado en Bogotá, Colombia, el equipo regresó al hospital de referencia e implementó el nuevo programa en el Departamento de Neonatología para todos los infantes con un peso menor de 2,500 gramos al nacer o nacidos antes de las 37 semanas de gestación. (March of Dimes, Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, 2012)

La estrategia se empezó a implementar en el SILAIS, Nueva Segovia, desde el año 2014 y se han observado cambios sustancialmente visibles en la condición del recién nacido: (OPS Maritza Valdivia, 2015)

1. Disminución de la morbilidad neonatal por prematuridad y/ o bajo peso.
2. Disminución de la estancia hospitalaria del prematuro.
3. Desarrollo psico-motriz perdurable.
4. Fortalecimiento de los lazos afectivos de la familia con enfoque de género.
5. Sensibilización de parte del personal médico y enfermería hacia la atención a prematuros.

Evidenciando que el éxito y sostenibilidad de esta estrategia depende de la asertividad en su ejecución, teniendo como clave la capacidad del personal que interviene directamente en el cuidado del recién nacido, desde las tareas básicas y el contacto con la familia, para brindar información con evidencia científica pero al mismo tiempo comprensible, y esto es posible cuando se facilitan las herramientas necesarias para el conocimiento de la estrategia Familia Canguro, sobre las técnicas, componentes, actividades, alimentación, beneficios y seguimiento del RN, al mismo tiempo se debe considerar las actitudes (tendencias y predisposiciones aprendidas) que puedan afectar la interpretación que se brinda a los padres en las recomendaciones y prácticas del personal, para la orientación y educación que se imparte a la familia, desarrollar la capacidad materna, paterna y autosuficiencia, teniendo en cuenta sus diferencias culturales hábitos, costumbres y creencias. (OPS Maritza Valdivia, 2015)

VII. Diseño Metodológico

Material y método

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal de conocimientos, actitudes y prácticas.

Población de estudio: Corresponde 150 personas entre personal médico y de enfermería que labora en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas, SILAIS Nueva Segovia. (16 establecimientos)

Muestra: Corresponde al total de la población en estudio.

Unidad de Análisis: El personal médico y de enfermería del área materno infantil y emergencias en el Hospital Departamental Dr. Luis Alfonso Moncada Guillen (HAMG), los tres Hospitales Primarios (Jalapa, Quilalí, Jícaro) y las 12 casas maternas.

Criterios de inclusión de la población a estudio:

1. Todo el personal médico y de enfermería que labora en del área materno infantil y emergencias en el Hospital Departamental Dr. Luis Alfonso Moncada Guillen (HAMG), los tres Hospitales Primarios (Jalapa, Quilalí, Jícaro) y las 12 casas maternas.
2. Que tenga al menos seis meses de estar laborando en el sistema de salud.
3. Personal médico y de enfermería que no se encuentren de vacaciones o subsidios.
4. Que respondan a todas las preguntas del cuestionario que se aplicará.
5. Que desee participar en el estudio.

Criterios de exclusión de la población a estudio:

1. Personal médico y de enfermería que no labore en del área materno infantil y emergencias en el Hospital Departamental Dr. Luis Alfonso Moncada Guillen (HAMG), los tres Hospitales Primarios (Jalapa, Quilalí, Jícaro) y las 12 casas maternas.
2. Que tengan menos de seis meses de estar laborando en el sistema de salud.
3. Personal médico y de enfermería de vacaciones o subsidios.
4. Que no respondan a todas las preguntas del cuestionario que se aplicará.
5. Que no desee participar en el estudio.

Fuente de Información:

Primaria: A través de instrumento aplicado a personal médico y de enfermería.

Recolección de Información:

1. Se realizó protocolo del estudio el cual fue corregido y presentado a los tutores.
2. Se realizó prueba piloto en el Hospital Bertha Calderón para validar la encuesta.
3. Se solicitó autorización en la subdirección médica y docencia del SILAIS, Nueva Segovia para tener acceso a la recolección de la información.
4. Se realizó el análisis de las variables.
5. Se aplicó la encuesta de estudio que incluye 16 preguntas de conocimientos, 10 de actitud y 6 de prácticas.

Plan de Análisis:

- Se aplicó cuestionario al personal médico y de enfermería
- Para la medición de las variables de **Conocimiento**:
- Las 17 preguntas elaborada para medir conocimiento tenía un valor de 5.9 cada pregunta para un total de 100 puntos. La pregunta contestada incorrectamente tuvo un valor de cero. Luego el puntaje alcanzado se ubicó en la siguiente escala:
 - **0-40** Muy Deficiente
 - **40-59** Deficiente
 - **60-79** Regular
 - **80-89** Buena
 - **90-100** Excelente
- Para la medición de las variables **actitudes** se asignó de la siguiente manera considerando la proposición positiva de 5 a 1 y la proposición negativa de 1 a 5.

En la escala de Likert:

 - 5.** Muy de acuerdo
 - 4.** Algo de acuerdo
 - 3.** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - 2.** Algo en desacuerdo
 - 1.** Muy en desacuerdo
- Para la medición de las variables **prácticas** se asignó el Valor 1 a la Respuesta Si y el valor 0 a la respuesta No, usando la escala:
 - **0-2** Mala
 - **3-6** Buena
- Los datos se analizarán en el programa BM SPSS predictive analytics software.
- Los resultados se presentarán en tablas y gráficos de Excel.

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Pregunta	Escala
Edad	Número de años cumplidos al momento del estudio.		Menor 20 años 21 a 25 años 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 a 45 años 46 a 50 años 50 a 55 años 56 a 60 años
Procedencia	Lugar donde habita actualmente		Urbano Rural
Sexo	Clasificación de los hombres y mujeres tomando en cuenta sus características genéticas y fenotípicas		Femenino Masculino
Perfil Académico	Perfil en el que labora dentro de las áreas seleccionadas.		Auxiliar Enfermera Licenciada de Enfermería Médico General Especialista
Área de Trabajo	Lugar donde desempeña sus labores dentro de la unidad de atención en salud		Atención primaria Emergencia Maternidad Pediatría Neonato

Dimensión: Conocimiento sobre Método Familia Canguro (MFC)

Variable	Definición	Pregunta	Escala
Método Familia Canguro -Concepto	Es un conjunto de cuidados dirigidos al niño prematuro y/o de peso bajo al nacer (PBN), estandarizado, protocolizado y basado en el contacto piel a piel entre el niño y su madre.	¿Qué es Método Familia Canguro?	Correcta Incorrecta
Componentes MFC	Pasos a seguir para garantizar el funcionamiento del programa.	¿Conoce los componentes del MFC? / ¿Cuáles son?	Correcta Incorrecta
Fases del abordaje clínico integral del recién nacido canguro	Proceso por los que cursa el recién nacido pretérmino o bajo peso cuando es ingresado al Método Familia Canguro.	¿Cuáles las fases del abordaje clínico integral del recién nacido canguro?	Correcta Incorrecta
Adaptación canguro Intrahospitalaria	1. Aliviar el estrés materno originado al tener que cuidar un bebé frágil. 2. Promover y ampliar el desarrollo de un vínculo emocional madre-hijo. 3. Evaluar a los bebés que están listos y en capacidad de recibir el MFC. 4. Disminuir el temor que aparece mientras se está proporcionando el MFC. 5. Lograr que la madre sea capaz de cuidar a su bebé en la casa. 6. Entrenar a la madre y su Red de Apoyo Familiar en el cuidado de su bebé en la casa, usando la posición canguro. 7. Preparar a la madre y al bebé para la lactancia materna.	¿Sabe ud cuáles son los objetivos de la adaptación canguro intrahospitalaria?	Correcta Incorrecta
		¿Conoce los criterios de selección para iniciar canguro intrahospitalario?	Recién nacido: < 37 semanas de gestación, < 2,000 g, condición clínica estable. Madre y familia: Sin procesos agregado, deseo asumir los cuidados de su recién nacido.
Vestimenta que debe usar la madre y el bebé al momento de canguriar.	La madre: un vestido con abertura en la parte delantera para tener fácil acceso al pecho materno y estar en condiciones de tener al bebé en contacto piel con piel. Bebé: gorro de algodón, camisa o camiseta de algodón sin mangas, abierta al frente, pañal, calcetines.	¿Cómo debe vestir la madre al momento de canguriar? ¿Cómo debe vestir el bebé al momento de ser canguriado?	Correcta Incorrecta
Entrenar a la madre sobre cómo debe sostener al bebé.	Sostener al bebé con una mano ubicada en la parte posterior del cuello y la espalda, en posición vertical estricta, en decúbito ventral, el cuerpo y mejía del bebé contra el pecho de su madre (posición de rana). Mantener al niño en contacto piel a piel las 24 horas del día, durante la noche el portador canguro debe dormir en posición semi-sentada	¿Señale cómo debe sostener la madre al bebé?	Correcta Incorrecta

Beneficios del Método Familia Canguro	<p>Para el Recién nacido: regulación térmica adecuada. Normalización del patrón respiratorio. Mejora de los patrones de conducta. No hay riesgo adicional de infección. Mayor éxito y confianza de la lactancia materna.</p> <p>Disminución del 50% del riesgo de morbilidad y muerte de los RN bajo peso y pretérmino.</p> <p>Para los padres: incrementa su confianza, competencia y autoestima, previene el maltrato y abandono posterior.</p> <p>Para la unidad de salud: Egreso precoz Menor estancia hospitalaria. Uso racional de los recursos humanos y técnicos. Disminuye costos hospitalarios.</p>	¿Cuáles son los beneficios que conoce cuando se canguerea un RN bajo peso o pretérmino?	Correcta Incorrecta
Entrenar a la madre en lactancia materna.	Entrenar a la madre en los procesos de alimentación del niño o niña prematuro: alimentación directa al seno, extracción y almacenamiento de la leche materna y administración apropiada (sin biberón, con vaso, gotero, jeringa, etc.) de la leche extraída y de otros nutrientes.	Responda las preguntas verdadero o falso.	Correcta Incorrecta
Enseñar la estimulación y masaje del bebé.	1. Se inicia con movimientos circulares empezando desde la nariz a la comisura labial y finalmente se aplica un masaje suave circular en las sienes del bebé. 2. Él bebe se desviste para ser colocado en contacto piel a piel con la madre, usando únicamente el pañal, la madre calienta un poco de aceite con las manos. 3. Se realiza masaje con la mano lubricada en la espalda empezando en la parte superior y haciendo movimientos circulares de arriba abajo en ambos lados de la columna. 4. Se realiza mediante movimientos circulares masajes en brazos y antebrazos, llegado a las manos y cada uno de los dedos, el mismo tipo de masaje se aplica en extremidades inferiores. 5. Él bebe se coloca de espalda a la madre para realizar masaje en el pecho y abdomen. 6. Se deja al bebé en contacto con el pecho de la madre dando un suave abrazo.	Ordene los pasos a seguir cuando se realiza estimulación y masaje al bebé. Asigne el número según el orden que corresponda:	Correcta Incorrecta

Adaptación Canguro exitosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la ganancia de peso del recién nacido es de 15-20 g/kg/día si la edad es mayor a 8 días. • Succiona el pecho materno correctamente. • Tener una madre o familiar que sepa cómo alimentar al bebé. • Tener una madre o un familiar que se sientan capaces de seguir los pasos y procedimiento del MFC. 	¿Cuándo se logra una adaptación canguro exitosa?	Correcta Incorrecta
Estudios y valoraciones antes de ser egresado.	<p>USG transfontanelar en las primeras 72 horas de nacido, a la semana y al mes si aún está ingresado y hubo alteración</p> <p>USG Renal a la semana de vida y al mes si aún está ingresado y hubo alteración.</p> <p>Evaluación oftalmológica a partir de la semana 34 o a los 28 días de vida.</p> <p>Valoración auditiva a partir de la primer sem de vida</p> <p>Estudio de osteopenia al mes de vida.</p>	Señale estudios y valoraciones antes de ser egresado.	Correcta Incorrecta
Objetivos de la adaptación Canguro Ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir en el recién nacido un aumento de peso y un crecimiento óptimo. • Detectar a tiempo cualquier patología que amerite a una consulta especializada. • Evaluar su desarrollo neurológico y psicomotor. 	Señale los objetivos de la adaptación Canguro Ambulatorio.	Correcta Incorrecta
Actividades básicas del ACA	<p>1. Consulta ambulatoria con seguimiento hasta el año de edad corregida. 2. Nutrición. 3. Consultas médicas especializadas</p> <p>La Consulta Canguro Ambulatorio se inicia a las 48 horas del egreso del recién nacido, con citas 2 veces por semana hasta que el RN cumpla 40 sem o haya alcanzado un peso mayor a los 2000 gr.</p>	Señale las actividades básicas de la adaptación Canguro Ambulatorio.	Correcta Incorrecta
Estudios y valoraciones después de ser egresado.	<p>6 sem del nacimiento: valoración oftalmológica, A partir del 5 día tamizaje auditivo, al mes de edad corregida: USG transfontanelar si tenía estudios previos alterados, si este está nuevamente alterado enviar TAC, 3 meses: valoración por optometría y TEST Neuromotor, 9 meses: TEST Neuromotor, 12 meses: TEST Neuromotor y Psicomotor</p>	¿Con relación al seguimiento de alto riesgo? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:	Correcta Incorrecta

Dimensión: Actitudes relacionadas al Método Familia Canguro

Variable	Definición	Pregunta	Escala
Actitud ante el Método Familia Canguro	Conducta del personal en cuanto al método.	¿Considera ud que el método familia canguro es de importancia?	En la escala de Likert: 5. Muy de acuerdo, 4. Algo de acuerdo, 3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 1. Muy en desacuerdo Usando la escala: 0-10 Muy Deficiente 10-20 Deficiente 20-30 Regular 30-40 Buena 40-50 Excelente
Actitud ante las actividades del Método Familia Canguro.	Conducta del personal en cuanto a las actividades que componen el método.	¿Considera que el contacto piel a piel ayuda a mantener la termorregulación del bebé?	Escala de Likert
		¿Es importante la lactancia Materna y la técnica de amamantamiento?	Escala de Likert
		Es probable que el método familia canguro contribuya al aumento de peso.	Escala de Likert
		El MFC contribuye al desarrollo psicomotor del RN.	Escala de Likert
		El MFC no es significativo si lo realiza el padre u otro familiar.	Escala de Likert
		¿Es poco significativo el tiempo que se emplee para realizar canguro?	Escala de Likert
		Es irrelevante que la madre reciba información para realizar el método madre canguro.	Escala de Likert
Actitud ante la Familia que está en el Método Familia Canguro	Conducta del personal para la atención a la familia.	¿No es importante brindar información a los familiares sobre la evolución del recién nacido?	Escala de Likert

Dimensión: Prácticas relacionadas al Programa Madre Canguro

Variable	Definición	Pregunta	Escala
Promoción	Actividades de Promoción del Método Madre Canguro	¿Reproduce información a familiares y personal en salud sobre el método madre canguro?	Si/No
		¿Ha participado en capacitaciones acerca del MFC?	Si/No
		¿Alguna vez ha compartido su experiencia con del MFC con otras personas?	Si/No
		¿Ha brindado apoyo a las familias en MFC sobre las técnicas de masajes al RN?	Si/No
		¿Ha brindado apoyo a las familias en MFC sobre las técnicas de posición?	Si/No
		¿Ha brindado ayuda a las madres en MFC sobre lactancia materna y extracción manual de leche?	Si/No
		¿Ha ayudado a la familia a conocer los cuidados del RN pretérmino y bajo peso?	Si/No
		¿Puede dirigir a una madre en MFC sobre el seguimiento del RN una vez se le haya dado de alta?	Si/No

VIII. Resultados

Se aplicaron 150 cuestionarios a personal médico y de enfermería del área materno infantil y emergencias en el Hospital Departamental, hospitales primarios y casas maternas del SILAIS, Nueva Segovia obteniendo los siguientes resultados:

1. El 22% (33) pertenece al grupo de edad entre 21 a 25 años, el 20% (30) entre el grupo de edad de 26 a 30 años y el 14% (21) pertenece al grupo de 36 a 40 años (Tabla 2)
2. El 79,3% (119) del personal encuestado es de área urbana y el 20,7% (31) son del área rural. (Gráfico 1)
3. El 62% (93) corresponde al sexo femenino y 38% (57) al sexo masculino. (Gráfico 2)
4. El 25,2% (38) de las personas encuestadas son Licenciados en enfermería, el 24,7% (37) Auxiliares de enfermería, el 22% (33) Médicos en servicio Social, 14% (21) Médicos Generales y el 6% (9) son médicos especialistas. (Tabla 3)
5. El 78,7% (118) del personal laboran en atención primaria y el 21,3% (32) pertenecen al área hospitalaria. (Tabla 4)

Conocimientos de los encuestados sobre el Método Familia Canguro:

1. El 84% (126) de los encuestados conocen el concepto del método familia canguro, el 28% (42) conocen los componentes del método Familia Canguro, el 31, 3% (47) lograron identificar las fases del abordaje clínico integral del recién nacido canguro, el 58,7% (88) reconoce los objetivos de la adaptación canguro intrahospitalaria. (Tabla 5)
2. El 34% (51) señaló correctamente los requisitos para iniciar la adaptación canguro, el 66% (99) conoce la vestimenta que debe usar la madre al momento de canguriar, el 50% (75) identifico la vestimenta que debe usar el recién nacido al momento de ser canguriado, el 46,7% (70) conoce la posición canguro respecto a la madre, el 93,3% (140) señalo los beneficios del Método Familia Canguro. (Tabla 5)

3. En cuanto al entrenamiento de la madre en lactancia materna el 81,3% (122) lo hizo de forma correcta, el 81,3% (122) respondió correctamente sobre las técnicas de alimentación que se pueden usar en el RN que está siendo canguriado las conocía , el 32% (49) ordenó correctamente los pasos a seguir para el masaje y estimulación del RN que está siendo canguriado, el 96,7% (145) conocen los estudios y valoraciones que se realizan al recién nacido antes de ser egresado de la unidad hospitalaria, el 78,7% (118) conoce los objetivos de la adaptación canguro ambulatorio, el 92% (138) de los encuestados señalo correctamente las actividades básicas de la adaptación canguro ambulatoria y en relación al seguimiento de alto riesgo del RN canguriado el 62,7% (94) conocía las pautas para dar adecuada continuidad al bebe canguro. (Tabla 5)
4. Al aplicar la escala para medir el nivel de conocimientos del personal de salud encuestado en relación al Método Familia Canguro (MFC) se encontró: el 46% (69) tienen un nivel medio de conocimientos, el 29,3% (44) posee un nivel bajo de conocimientos y solo el 24,7% (37) con un nivel alto de conocimientos con respecto al tema. (Gráfico 4)
5. Al relacionar el nivel de conocimientos del MFC con el perfil de los encuestados se obtuvieron los siguientes resultados:
 - A. El 40,5% (15) de los auxiliares de enfermería tienen un nivel medio de conocimiento y el mismo porcentaje para un nivel bajo y alto de conocimientos 29, 7% (11). (Tabla 6)
 - B. El 42,1% (16) del personal de enfermería general tiene un nivel medio de conocimiento, seguido del 34,2% (13) con un nivel alto de conocimiento. Los médicos internos el 66,7% (2) con un nivel medio de conocimiento. (Tabla 6)
 - C. El 62,7% (5) de las licenciadas en enfermería tienen un nivel medio de conocimientos. (Tabla 6)
 - D. El 55,6% (5) de los médicos especialistas tienen un nivel alto de conocimientos, seguido del 33,3% (3) con un nivel medio y un 22% (2) con un nivel bajo. (Tabla 6)

- E. El 52,4% (11) de los médicos generales tienen un nivel bajo de conocimientos y el 54,5% (18) de los médicos en servicio social tienen un nivel medio de conocimiento seguido del 24,2 (8) con un nivel alto y un 21,2% (7) con un nivel bajo de conocimiento en MFC. (Tabla 6)
6. Al relacionar el nivel de conocimientos en MFC con el área de trabajo se obtuvieron los siguientes resultados: El 46,6% (55) del personal de atención primaria tienen un nivel de conocimiento medio y el 28,8% (34) un nivel de conocimiento alto, el 77% (7) del personal de emergencias tiene un nivel de conocimiento bajo, el 50% del personal de maternidad tiene un nivel de conocimiento medio y un 35,7% (5) con nivel bajo de conocimiento, 55,6% (5) del personal de Neonato tiene un nivel de conocimiento medio y el 33,3% (3) un nivel de conocimiento bajo. (Tabla 7)

Actitudes de los encuestados sobre el Método Familia Canguro:

7. El 90% (135) del personal encuestado considera que el método familia canguro es importante, el 98% (147) está muy de acuerdo con la importancia del contacto piel a piel para la termorregulación y de la lactancia materna, el 40% (60) estuvo algo de acuerdo con la pérdida calórica del prematuro al iniciar lactancia materna directa, el 87,3% (131) considera que el MFC contribuye al desarrollo psicomotor del RN, el 84,7% estuvo muy de acuerdo con que el MFC contribuye al incremento de peso del RN, el 74% (111) estuvo muy en desacuerdo con el planteamiento que el MFC no es significativo si lo realiza un familiar, el 78,7% (118) estuvo muy en desacuerdo con el planteamiento de es poco significativo el tiempo que se emplee para realizar MFC, el 93,3% (140) estuvo muy en desacuerdo con el planteamiento de que es irrelevante educar a la madre en MFC y el 97% (146%) estuvo en muy en desacuerdo con el planteamiento de que no es importante informar a la familia sobre la condición de bebé. (Tabla 8)
8. Al aplicar los valores de la escala de Likert para actitud se encontró: El 60,7% (91) tiene aceptación al método familia canguro y el 39,3% (59) una actitud neutral, no se encontró actitud de rechazo del personal al MFC. (Gráfico 4)

9. Al relacionar la actitud del personal con el perfil se encontró: el 64,8% (24) de los auxiliares de enfermería tienen aceptación al programa, así mismo el 50% (19) de enfermería general, el 66,6% (2) de los internos tienen una actitud neutral, el 75% (6) de lic en enfermería tienen aceptación al MFC, el 100% de los especialistas tienen aceptación, 61,9% (13) de los médicos generales tiene una actitud neutral y el 69,6% (23) de los médicos en servicio social tienen aceptación al MFC. (Tabla 9)
10. Al relacionar la actitud con el área que labora se encontró: el 60,1% (71) del personal de atención primaria tienen aceptación al MFC, el 66,6% del personal de emergencias tienen una actitud neutral, el 64,2% (9) del personal de maternidad y el 89% (8) del personal de neonato tienen aceptación al MFC. (Tabla 10)

Prácticas de los encuestados sobre el Método Familia Canguro:

11. El 74,7% (112) del personal encuestado reproduce información a personal y familiares sobre el MFC, el 68% (103) ha compartido su experiencia con MFC, el 54,7% (82) ha brindado apoyo a las familias en MFC sobre las técnicas de masaje, el 56,7% (85) ha brindado apoyo sobre la posición canguro, el 81,3% (122) ha apoyado a la madre en PMC sobre lactancia materna y extracción manual de leche, el 80,7% (121) brinda ayuda sobre los cuidados de RN bajo peso y pretérmino, el 62,7% (94) considera que puede dirigir a una madre en MFC sobre el seguimiento del RN una vez se le haya dado de alta. (Tabla 11)
12. Al aplicar valores a la escala para conocer las prácticas del personal encuestado se encontró: el 68% (102) tiene buenas prácticas del Método familia Canguro y el 32% (48) tienen malas prácticas. (Gráfico 5)
13. Al relacionar el perfil con las prácticas de MFC se encontró: el 56% (21) de los auxiliares de enfermería tienen buenas prácticas del mismo modo el 68% (26) de enfermería general, el 66% (2) de los médicos internos tienen malas prácticas, el 87,5% (7) del personal de enfermería y el 80% (8) de los médicos especialistas tienen buenas prácticas, el 71,4% (15) de los médicos

generales tienen buenas prácticas y el 28,5%(6) tienen malas prácticas, con los médicos en servicio social el 72% (24) tienen buenas prácticas en MFC. (Tabla 12)

14. Al relacionar el área laboral con las prácticas de MFC se encontró: el 67% (79) del personal de atención primaria tiene buenas prácticas de igual manera el 89% (8) del personal de emergencias, el 64,2 (9) del personal de maternidad y el 66,6% (6) del personal de neonato tienen buenas prácticas con respecto al método familia canguro. (Ver tabla 13)

IX. Análisis y discusión de los resultados

El personal médico y de enfermería encuestado en su mayoría pertenece al grupo de edad entre 21-30 años, son del área urbana, corresponden al sexo femenino: el perfil más frecuente fue Licenciadas en enfermería y auxiliares, seguidos médicos en servicio social y generales; en su mayoría (78,7%) labora en atención primaria. A partir de la literatura consultada no hay características sociodemográficas relevantes en cuanto a este estudio.

Al aplicar la escala para medir el nivel de conocimientos del personal de salud encuestado en relación al Método Familia Canguro (MFC) se encontró que el nivel de conocimiento es medio. Si bien los encuestados en su mayoría conocen el concepto del método familia canguro y los beneficios de este método y los estudios y valoraciones previos al egreso. Muy pocos conocen los componentes del método Familia Canguro, solo un 34% señaló correctamente los requisitos para iniciar la adaptación canguro y un 46,7% la posición canguro respecto a la madre y solo un 32% ordenó correctamente los pasos a seguir para el masaje y estimulación del RN. Por perfil el nivel de conocimiento medio estuvo en el personal de enfermería y licenciadas de enfermería. Muy importante destacar que el conocimiento bajo del MFC se encontró en los médicos generales. Por área, el personal de atención primaria tiene un nivel de conocimiento medio seguido del personal de maternidad.

En la investigación “estudio de satisfacción de las usuarias y el nivel de conocimiento del personal de enfermería en un programa madre canguro” se encontró similitudes con este resultado y se asociaba a la falta de capacitación del personal, se midieron 4 indicadores: Posición Canguro 64% fueron correctas, índice que no concuerda con los resultados del presente estudio, en donde se obtuvo una puntuación baja; en Alimentación 55% correctas y 45% incorrectas, índices que difieren a los encontrados en esta investigación ya que se obtuvo puntuación alta; en adaptación y egreso del recién nacido se obtuvo 34% correctas y 66% de respuestas incorrectas, que coinciden con lo encontrado en este estudio. (Ethel, 2015)

Al valorar la actitud con respecto al MFC la mayoría mostro aceptación (60%), el 90% considera que el método es importante y el 97% estuvo muy en desacuerdo con el planteamiento de que no es importante informar a la familia sobre la condición del bebé, sin embargo, el 40% tuvo una actitud neutral y/o indiferencia, situación que compromete la sostenibilidad del programa, se repiten los perfiles profesionales antes mencionados y se agregan los médicos internos, considerando que estos son recursos en formación se debe intervenir especialmente para el fortalecimiento del MFC y el compromiso de los profesionales.

Aquí se encontró similitud con los resultados de la investigación “Adhesión de las enfermeras del Método Canguro en cuidados intensivos “ donde existía un grupo que valorizaba el método y otro que lo desvalorizaba y comprometían la continuidad de las prácticas en la UTIN. (Johanson da Silva Laura, 2015) de la misma manera coincide con el estudio “nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal en Perú” (Bazar, 2006) donde había una significativa indecisión y un mínimo rechazo al método canguro.

En relación a las practicas el 68% tienen buenas prácticas y el 32% en que se encontró malas prácticas presentaron dificultades en los temas antes mencionados en conocimientos, aquí se encontraban auxiliares de enfermería y médicos internos. De forma general los estudios consultados relacionan el nivel de conocimiento con las practicas que realiza el personal y coincide con este estudio ya que donde mostraron menos conocimiento es donde tienen problemas para ejecutar buenas prácticas. (Jenny, 2012)

X. Conclusiones

1. El personal de salud encuestado pertenece en un 22% (33) al grupo de edades entre 21 a 25 años, el 79,3% (119) es de área urbana, el 62% (93) de sexo femenino y el 78,7% (118) laboran en atención primaria.
2. El 46% (69) tienen un nivel medio de conocimiento, el 29,3% (44) un nivel bajo y solo el 24,7% (37) un nivel alto, los principales acápite donde tuvieron dificultades fueron: los componentes del Método Familia Canguro, requisitos para iniciar la adaptación canguro, vestimenta del recién nacido, posición canguro, pasos para realizar estimulación y masajes. Los perfiles que tuvieron un nivel bajo de conocimientos fueron los auxiliares de enfermería y médicos generales. De forma general las áreas laborales evaluadas tuvieron un nivel bajo y medio de conocimiento.
3. El 60,7% (91) tienen una actitud de aceptación al Método Familia Canguro, el 39,3% (59) una actitud neutral, no se encontró rechazo del personal al método. Donde presentaron más dificultad fue en cuando iniciar lactancia materna directa al recién nacido prematuro, los perfiles en los que se encontró mayor neutralidad fueron los auxiliares de enfermería, médicos internos y médicos generales. El área de emergencias es el que tiene más personal con actitud neutral.
4. El 68% (102) del personal encuestado tiene buenas prácticas del Método Familia Canguro y el 32% (48) tiene malas prácticas, presentaron dificultades para brindar apoyo en las técnicas de masajes y posición canguro. Los perfiles que tuvieron malas prácticas fueron los auxiliares de enfermería y médicos internos. De forma general todas las áreas entrevistadas tienen buenas prácticas en el método familia canguro.

XI. Recomendaciones

1. Iniciar a corto plazo un programa de sensibilización y capacitación para todo el personal vinculado al Método Familia Canguro para fortalecer los conocimientos y actitudes positivas hacia el método de esta manera lograr una adecuada promoción e implementación del mismo.
2. Realiza evaluaciones sistemáticas de los indicadores establecidos en la N 142: Guía para la implementación del Método Familia Canguro y de esta manera garantizar el cumplimiento y seguimiento de las actividades determinadas.
3. Realizar evaluación semestral sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal involucrado al Método familia Canguro, del mismo modo incidir en la importancia de que todo el personal maneje y conozca acerca del método.
4. Supervisión y monitoreo del cumplimiento de las capacitaciones donde se incluyen el MFC.
5. Análisis de los indicadores del Método Familia Canguro a nivel hospitalario y atención primaria.
6. Rotar el personal por las distintas áreas de atención para que desarrollen capacidades relacionadas al método.
7. Realizar investigaciones sobre la percepción de las madres con enfoque cualitativo con la finalidad de conocer la atención brindada por el personal de salud que implementa el método.

XII. Bibliografía

- Bazar, F. M. (2006). *Nivel de conocimientos y actitudes de las Enfermeras del servicio de intermedios neonatal del instituto especializado materno perinatal acerca del Método Canguro 2004-2005*. Obtenido de Tesis de Grado. Universidad Mayor de San Marcos, Perú: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/510/1/Marquez_bf.pdf
- Ethel, C. R. (2015). *Satisfacción de las Usuarías y el nivel de conocimiento del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro (PMC)*. Obtenido de http://www.lareferencia.info/vufind/Record/MX_7512923fdb4dcd6ac59d3bd6b80fd2
- Goucho S, G. D. (2010). *Skin-to-skin contact after cesáreasn delivery: an experimental study*. *Nursing Research*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20179657>
- Heras, E. M. (2014). *Método Madre Canguro. Guía Para Padres. Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Reina Sofía. Bogotá, Colombia*. Obtenido de http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F20%2Fmetodo_madre_canguro.pdf
- Jenny, L. (2012). *Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer en el Hospital San Rafael de Tunja. Colombia*. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/35387>
- Johanson da Silva Laura, e. a. (2015). *La adhesión de las enfermeras al Método Canguro: subvención para la administración del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0339-2579.pdf
- Liu L, O. S. (2016). An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. . *Global regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15*, 388(10063):3027-35.
- March of Dimes, P. S. (2012). *Programa Madre Canguro. Guía de Implementación*.
- March of Dimes, P. S. (2012). *Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros*.
- MINSA. (2017). *Normativa 142: Guía para la implementación del Método Familia Canguro*. Managua, Nicaragua.
- MINSA, M. d. (2013). *Capítulo 6: Método Madre Canguro*. Managua, Nicaragua.

- Moore ER, A. G. (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants(Review)*. Obtenido de The Cochrane Library, Issue 5 3.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592691>
- Nieves Sánchez, e. a. (2012). *Informe de Investigación: Análisis de costo efectividad de la Estrategia Madre Canguro implementada en el Hospital Bertha Calderón*. Managua,Nicaragua: University Research Co. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud/ USAID. .
- OMS. (2015). *Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
- OMS, O. M. (2012). *Método Madre Canguro. Guía Práctica. Departamento de Investigaciones*. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>
- OPS Maritza Valdivia, e. a. (2015). *Como nace la Estrategia Madre Canguro en Nueva Segovia*. Managua, Nicaragua.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ramírez, H. R. (2015). *Implementación del Programa Familia Canguro logros y desafíos en el servicio de neonatología del Hospital Dr. Alfonso Moncada Guillén, Ocotal-Nueva Segovia*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/7393/>
- Rev, C. D., (2) Messmer, “. J., & 70(4). (2013). Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediatr Nurs*, 1997 Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis.
- Widstrom AM, L. G.-M. (s.f.). *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation*. *Acta Paediatrica* 2011; Vol. 100:79–85. 5. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712833>

Anexos

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal médico y de enfermería del área materno-infantil y emergencias sobre el Método Familia Canguro.

Fecha / Hora:

No de encuesta:

Código del encuestador:

1. SILAIS:
2. Unidad de Salud:
3. Edad del Informante:
4. Sexo: Masc () Fem ()
5. Procedencia: Urbano () Rural ()
6. Área donde labora:
7. Perfil Académico:
Auxiliar de Enf. _____ Enfermera _____ Lic.Enfermería _____
Médico General _____ Especialista _____ Sub-Especialista _____

I. ¿Qué es el Método Familia Canguro? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Es un conjunto de cuidados dirigidos al niño prematuro y/o de peso bajo al nacer (PBN), estandarizado, protocolizado y basado en el contacto piel a piel entre el niño y su madre.
- B. Es la atención brindada a los recién nacidos prematuros que incluye los siguientes elementos: contacto piel a piel, nutrición mediante la lactancia materna exclusiva y salida temprana de la Unidad Hospitalaria con seguimiento estricto de manera ambulatoria.
- C. Estrategia que permite el manejo y seguimiento del recién nacido pretérmino que ha estado en incubadora.
- D. Ninguna de las anteriores.

II. ¿Conoce los componentes del Método Familia Canguro? ¿Cuáles son? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Amor, Calor, lactancia materna.
- B. Contacto piel a piel, madre, bebé.
- C. Posición canguro, nutrición con lactancia materna exclusiva, egreso temprano del establecimiento de salud, canguro ambulatorio.
- D. Ninguna de las anteriores.

III. ¿Cuáles son las fases del abordaje clínico integral del recién nacido canguro? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Adaptación canguro intrahospitalaria, Adaptación canguro ambulatoria, medición de estándares e indicadores de calidad.
- B. Adaptación canguro intrahospitalaria, Adaptación canguro ambulatoria, Adaptación comunitaria, seguimiento de alto riesgo.
- C. Adaptación canguro intrahospitalaria, Adaptación extrahospitalaria, Adaptación comunitaria.
- D. Ninguna de las anteriores.

- IV. Objetivos de la adaptación canguro intrahospitalaria. Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:**
- A. Aliviar el estrés materno.
 - B. Evaluar a los bebés que están listos y en capacidad de recibir el método familia canguro y disminuir el temor a recibirlo.
 - C. Lograr que la madre y su Red de Apoyo Familiar puedan cuidar de su bebé en la casa, usando la posición canguro.
 - D. Preparar a la madre y al bebé para la lactancia materna.
 - E. Ninguna de las anteriores.
 - F. Todas las anteriores.
- V. Señale los requisitos para iniciar la adaptación canguro intrahospitalaria. Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:**
- A. Recién nacido < 37 semanas de gestación, < 2,000 g, condición clínica estable.
 - B. Recién nacido en condición clínica no estable, con peso < 2,000 g.
 - C. Madre y familia sin procesos agregado, deseo asumir los cuidados de su recién nacido.
 - D. Solo A y C son correctas.
- VI. ¿Cómo debe vestir la madre al momento de canguriar? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:**
- A. Faja de algodón licra
 - B. Camisa holgada
 - C. Camisa de algodón ajustada al cuerpo para sostener al bebe
 - D. A y C son correctas
 - E. Ninguna de las anteriores
- VII. ¿Cómo debe vestir el bebé al momento de ser canguriado? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:**
- A. Puede usar cualquier tipo de vestimenta, dependiendo de las condiciones familiares.
 - B. Debe usar gorro de algodón y pañal de algodón.
 - C. Debe de usar gorro de algodón, camisa abierta al frente, calcetines y pañal.
 - D. pañal, calcetines.
 - E. Todas las anteriores
- VIII. ¿Señale cómo debe de ser la posición del bebe respecto a la madre? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:**
- A. Sostener al bebé con una mano ubicada en la parte posterior del cuello y la espalda, en posición vertical estricta.
 - B. Él bebe debe de estar en decúbito ventral, el cuerpo y mejía del bebé contra el pecho de su madre (posición de rana).
 - C. Mantener al niño en contacto piel a piel las 24 horas del día, durante la noche el portador canguro debe dormir en posición semi-sentada.
 - D. Sostener al bebé con una mano ubicada en la espalda, en posición horizontal.
 - E. Todas son correctas.
 - F. Solo A, B, C son correctas.

IX. ¿Cuáles son los beneficios que conoce cuando se canguerea un RN bajo peso o pretérmino?

- A. Para el Recién nacido: regulación térmica adecuada, normalización del patrón respiratorio, mejora de los patrones de conducta, no hay riesgo adicional de infección, mayor éxito y confianza de la lactancia materna, disminución del 50% del riesgo de morbilidad y muerte de los RN bajo peso y pretérmino.
- B. Para los padres: incrementa su confianza, competencia y autoestima, previene el maltrato y abandono posterior.
- C. Para la unidad de salud: Egreso precoz, menor estancia hospitalaria, uso racional de los recursos humanos y técnicos, disminuye costos hospitalarios.
- D. Todas las anteriores

X. En cuanto al entrenamiento de la madre en lactancia materna responda verdadero o falso:

- A. Es necesario mantener una estimulación suave continua hasta que el bebé abra sus ojos. Utilizando el dedo índice pasándolo suavemente por las orillas de la boquita del bebé para evocar el reflejo de la búsqueda. _____
- B. El entrenamiento en lactancia materna incluye posiciones, succión, técnicas de alimentación, extracción manual de leche. _____
- C. Es necesario administrar sucedáneos de la leche para incrementar el aporte calórico del bebé
- D. Es necesario introducir el concepto de leche final, para que la madre comprenda que cuando el bebé desocupa solo una mama, él o ella recibirán leche con un alto contenido de grasa lo que promoverá mejor la ganancia de peso _____
- E. La técnica de extracción manual de leche no es importante. _____

XI. ¿Cuáles son las Técnicas de alimentación? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Por succión, por sonda orogástrica, jeringa o cuenta gotas, taza o vasito.
- B. Biberón, gotero, jeringa.
- C. No existen técnicas de alimentación determinadas, se debe usar aquella con la que la madre esta cómoda.
- D. Ninguna de las anteriores.

XII. Ordene los pasos a seguir cuando se realiza estimulación y masaje al bebé. Asigne el número según el orden que corresponda:

- A. _____ El bebé se desviste para ser colocado en contacto piel a piel con la madre, usando únicamente el pañal, la madre calienta un poco de aceite con las manos.
- B. _____ Realizar movimientos circulares empezando desde la nariz a la comisura labial y finalmente se aplica un masaje suave circular en las sienes del bebé
- C. _____ Se realiza masaje con la mano lubricada en la espalda empezando en la parte superior y haciendo movimientos circulares de arriba abajo en ambos lados de la columna.
- D. _____ Se realiza mediante movimientos circulares masajes en brazos y antebrazos, llegado a las manos y cada uno de los dedos, el mismo tipo de masaje se aplica en extremidades inferiores.

- E. _____ Se deja al bebé en contacto con el pecho de la madre dando un suave abrazo.
- F. _____ El bebé se coloca de espalda a la madre para realizar masaje en el pecho y abdomen.

XIII. ¿Cuándo se logra una adaptación canguro exitosa? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Cuando la ganancia de peso del recién nacido es de 15-20 g/kg/día si la edad es mayor a 8 días.
- B. Succiona el pecho materno correctamente.
- C. Tener una madre o familiar que sepa cómo alimentar al bebé.
- D. Regulación térmica en posición canguro, coordina succión y deglución.
- E. Todas las anteriores

XIV. ¿Cuáles son los estudios y valoraciones que se realizan al recién nacido antes de ser egresado de la unidad hospitalaria? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. USG transfontanelar en las primeras 72 horas de nacido, a la semana y al mes si aún está ingresado y hubo alteración
- B. USG Renal a la semana de vida y al mes si aún está ingresado y hubo alteración.
- C. Evaluación oftalmológica a partir de la semana 34 o a los 28 días de vida.
- D. Valoración auditiva a partir de la primer sem de vida
- E. Estudio de osteopenia al mes de vida.
- F. No es necesario realizar estudios.
- G. Solo A y B son correctas.
- H. Ninguna de las anteriores.

XV. Señale los objetivos de la adaptación Canguro Ambulatorio. Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Conseguir en el recién nacido un aumento de peso y un crecimiento óptimo.
- B. Detectar a tiempo cualquier patología que amerite a una consulta especializada.
- C. Evaluar su desarrollo neurológico y psicomotor.
- D. Todas las anteriores.
- E. Ninguna de las anteriores.

XVI. Señale las actividades básicas de la adaptación Canguro Ambulatorio. Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. Consulta ambulatoria con seguimiento hasta el año de edad corregida, nutrición, consultas médicas especializadas.
- B. La consulta Canguro ambulatorio se inicia a las 48 horas del egreso del recién nacido, con citas 2 veces por semana hasta que el RN cumpla 40 sem o haya alcanzado un peso mayor a los 2000 gr.
- C. La consulta Canguro ambulatorio se inicia al mes del egreso del recién nacido, con citas 2 veces por semana hasta que el RN cumpla 40 sem o haya alcanzado un peso mayor a los 3000 gr.
- D. Consulta ambulatoria con seguimiento hasta los seis meses de edad corregida, nutrición, consultas médicas especializadas.
- E. A y B son correctas
- F. C y D son correctas

XVII. ¿Con relación al seguimiento de alto riesgo? Marque la respuesta que considere es la correcta de acuerdo a las opciones dadas:

- A. A los 6 sem del nacimiento: valoración oftalmológica, A partir del 5 día tamizaje auditivo, al mes de edad corregida: USG transfontanelar si tenía estudios previos alterados, si este está nuevamente alterado enviar TAC, a los 3 meses: valoración por optometría y TEST Neuromotor, a los 9 meses: TEST Neuromotor y a los 12 meses: TEST Neuromotor y Psicomotor.
- B. A los 6 meses: valoración por optometría y TEST Neuromotor, a los 10 meses: TEST Neuromotor y a los 12 meses: TEST Neuromotor y Psicomotor.
- C. Todas las anteriores
- D. Ninguna de las anteriores.

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal médico y de enfermería del área materno-infantil y emergencias sobre el Método Familia Canguro							
Actitudes relacionadas al Programa Madre Canguro							
22	¿Considera usted que el MFC es de importancia?	5	Muy de acuerdo	28	El MMC no es significativo si lo realiza el padre u otro familiar.	1	Muy de acuerdo
		4	Algo de acuerdo			2	Algo de acuerdo
		3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo			3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
		2	Algo en desacuerdo			4	Algo en desacuerdo
		1	Muy en desacuerdo			5	Muy en desacuerdo
23	¿Considera que el contacto piel a piel ayuda a mantener la termorregulación del bebé?	5	Muy de acuerdo	29	Es poco significativo el tiempo que se emplee para realizar familia canguro	1	Muy de acuerdo
		4	Algo de acuerdo			2	Algo de acuerdo
		3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo			3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
		2	Algo en desacuerdo			4	Algo en desacuerdo
		1	Muy en desacuerdo			5	Muy en desacuerdo
24	¿Es importante la lactancia Materna y la técnica de amamantamiento?	5	Muy de acuerdo,	30	Es irrelevante que la madre reciba información para realizar el método familia canguro.	1	Muy de acuerdo
		4	Algo de acuerdo,			2	Algo de acuerdo
		3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,			3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
		2	Algo en desacuerdo,			4	Algo en desacuerdo
		1	Muy en desacuerdo			5	Muy en desacuerdo

25	El inicio de la lactancia materna directa en el prematuro puede aumentar la pérdida de calorías.	5	Muy de acuerdo,	31	No es importante brindar información a los familiares sobre la evolución del recién nacido	1	Muy de acuerdo
		4	Algo de acuerdo,			2	Algo de acuerdo
		3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,			3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
		2	Algo en desacuerdo,			4	Algo en desacuerdo
		1	Muy en desacuerdo			5	Muy en desacuerdo
26	Es probable que el método familia canguro contribuya al aumento de peso.	5	Muy de acuerdo,				
		4	Algo de acuerdo,				
		3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,				
		2	Algo en desacuerdo,				
		1	Muy en desacuerdo				
27	El MMC contribuye al desarrollo psicomotor del RN.	5	Muy de acuerdo,				
		4	Algo de acuerdo,				
		3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,				
		2	Algo en desacuerdo,				
		1	Muy en desacuerdo				

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal médico y de enfermería del área materno-infantil y emergencias sobre el Método Familia Canguro							
Prácticas relacionadas al Programa Madre Canguro							
32	¿Reproduce información a familiares y personal en salud sobre el método familia canguro?		Si		36	¿Ha ayudado a la familia a conocer los cuidados del RN pretérmino y bajo peso?	Si
			No				No
33	¿Alguna vez ha compartido su experiencia con del MFC con otras personas?		Si		37	¿Puede dirigir a una madre en MFC sobre el seguimiento del RN una vez se le haya dado de alta?	Si
			No				No
34	¿Ha brindado apoyo a las familias en MFC sobre las técnicas de masajes al RN?		Si				
			No				
35	¿Ha brindado ayuda a las madres en MFC sobre lactancia materna y extracción manual de leche?		Si				
			No				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el Método Familia Canguro en el área materno infantil y emergencias del Hospital Departamental, Hospitales Primarios y Casas Maternas en el SILAIS Nueva Segovia durante el año 2018.

Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Cronograma de Actividades

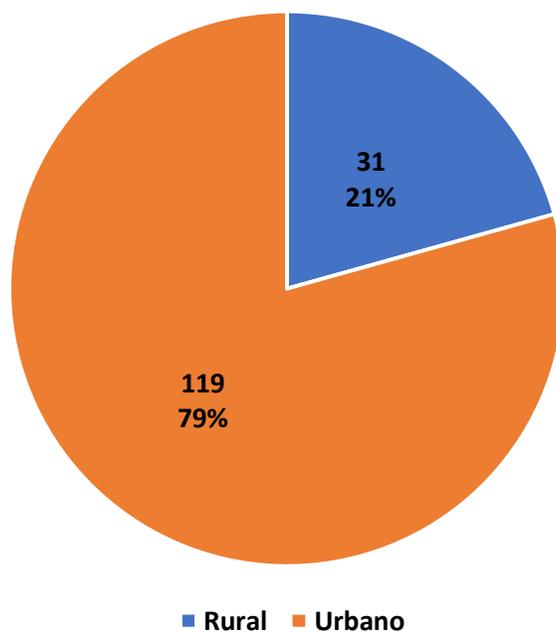
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Selección del Tema												
Búsqueda de información												
Elaboración de Protocolo												
Elaboración de Base de datos												
Aplicación de instrumento												
Introducción datos												
Análisis de Datos												
Revisión de los datos												
Presentación del Informe Final												

Tabla 2: Distribución del personal médico y de Enfermería por grupos etáneos.

Grupos Etáneos	Frecuencia	Porcentaje
Menor 20 años	2	0,7
21 a 25 años	33	22,0
26 a 30 años	30	20,0
31 a 35 años	17	11,3
36 a 40 años	21	14,0
41 a 45 años	19	12,7
46 a 50 años	11	7,3
50 a 55 años	11	7,3
56 a 60 años	6	4,0
Total	150	100,0

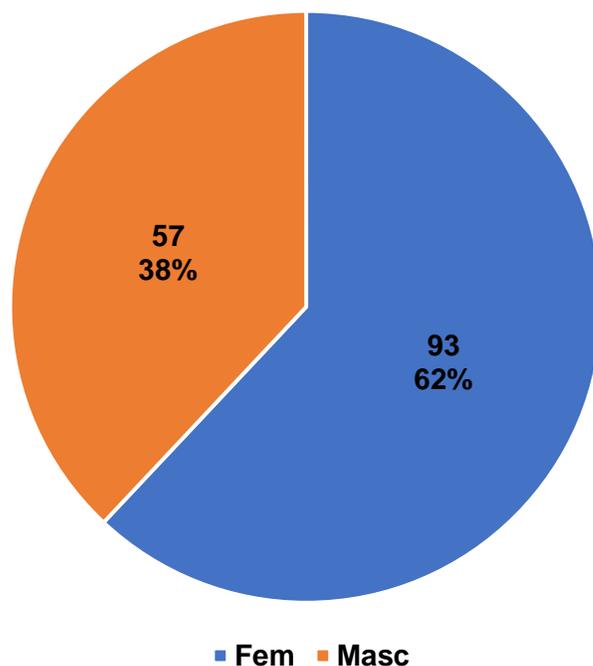
Fuente: Encuesta realizada al personal.

Gráfico 1: Área de Procedencia del personal médico y de Enfermería.



Fuente: Encuesta realizada al personal.

Gráfico 2: Distribución por sexo del personal médico y de Enfermería.



Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 3: Distribución por perfiles laborales del personal encuestado.

Perfil	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar de Enfermería	37	24,7
Lic. Enfermería	38	25,3
Médico Interno	3	2,0
Enfermera General	8	5,3
Médico Especialista	10	6,7
Médico General	21	14,0
Médico en Servicio Social	33	22,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 4: Distribución por área de trabajo del personal encuestado.

Área de Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria	118	78,7
Emergencias	9	6,0
Maternidad	11	7,3
Neonato	12	8,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal.

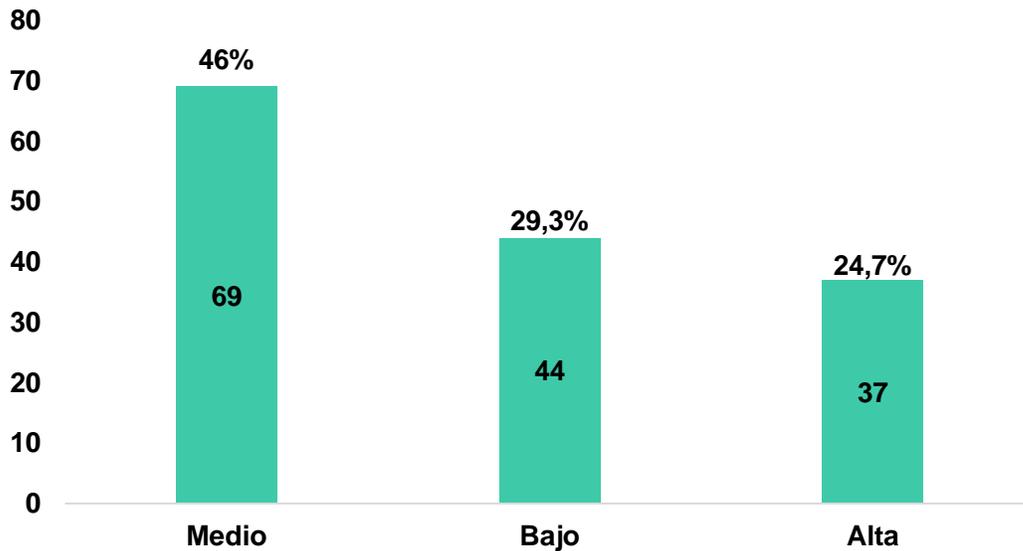
Tabla 5: Conocimientos del personal encuestado sobre el método familia canguro.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Concepto del Método Familia Canguro	Correcto	126	84,0
	Incorrecto	24	16,0
	Total	150	100,0
Componentes del Método Familia Canguro	Correcto	42	28,0
	Incorrecto	108	72,0
	Total	150	100,0
Fases del abordaje clínico integral del recién nacido canguro	Correcto	47	31,3
	Incorrecto	103	68,7
	Total	150	100,0
Objetivos de la adaptación canguro intrahospitalaria.	Correcto	88	58,7
	Incorrecto	62	41,3
	Total	150	100,0
Requisitos para iniciar la adaptación canguro intrahospitalaria	Correcto	51	34,0
	Incorrecto	99	66,0
	Total	150	100,0
Vestimenta de la madre al momento de canguriar	Correcto	99	66,0
	Incorrecto	51	34,0
	Total	150	100,0
Vestimenta del RN al momento de ser canguriado?	Correcto	75	50,0
	Incorrecto	75	50,0
	Total	150	100,0
	Correcto	70	46,7

Posición del bebe respecto a la madre	Incorrecto	80	53,3
	Total	150	100,0
Beneficios del Método Familia Canguro	Correcto	140	93,3
	Incorrecto	10	6,7
	Total	150	100,0
Entrenamiento de la madre en lactancia materna	Correcto	122	81,3
	Incorrecto	28	18,7
	Total	150	100,0
Técnicas de alimentación	Correcto	122	81,3
	Incorrecto	28	18,7
	Total	150	100,0
Pasos a seguir para la estimulación y masaje al bebé	Correcto	49	32,7
	Incorrecto	101	67,3
	Total	150	100,0
Estudios y valoraciones que se realizan al recién nacido antes de ser egresado de la unidad hospitalaria	Correcto	145	96,7
	Incorrecto	5	3,3
	Total	150	100,0
Objetivos de la adaptación Canguro Ambulatorio	Correcto	118	78,7
	Incorrecto	32	21,3
	Total	150	100,0
Actividades básicas de la adaptación Canguro Ambulatorio	Correcto	138	92,0
	Incorrecto	12	8,0
	Total	150	100,0
Seguimiento de alto riesgo	Correcto	94	62,7
	Incorrecto	56	37,3
	Total	150	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Gráfico 3: Nivel de conocimiento del personal encuestado.



Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 6: Relación nivel de conocimiento del personal por perfil.

Perfil	Nivel de Conocimiento			Total
	Bajo	Medio	Alta	
Auxiliar de Enfermería	11 (29,7%)	15 (40,5%)	11 (29,7%)	37 (100%)
Enfermería General	9 (23,7%)	16 (42,1%)	13 (34,2%)	38 (100%)
Médico Interno	1 (33,3%)	2 (66,7)	0 (0,0%)	3 (100%)
Lic Enfermería	3 (37,5%)	5 (62,5%)	0 (0,0%)	8 (100%)
Médico Especialista	2 (22,2%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)	9 (100%)
Médico General	11 (52,4%)	10 (47,6%)	0 (0,0%)	21 (100%)
Médico en Servicio Social	7 (21,2%)	18 (54,5%)	8 (24,2%)	33 (100%)
Total	44	69	37	150

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 7: Relación nivel de conocimiento del personal por área de trabajo.

Área de Trabajo	Nivel de Conocimiento			Total
	Bajo	Medio	Alta	
Atención Primaria	29 (24,6%)	55 (46,6%)	34 (28,8%)	118 (100%)
Emergencias	7 (77,8)	2 (22,2)	0 (0,0%)	9 (100%)
Maternidad	5 (35,7%)	7 (50%)	2 (14,3%)	14 (100%)
Neonato	3 (33,3%)	5 (55,6)	1 (11,1%)	9 (100%)
Total	44	69	37	150

Fuente: Encuesta realizada al personal.

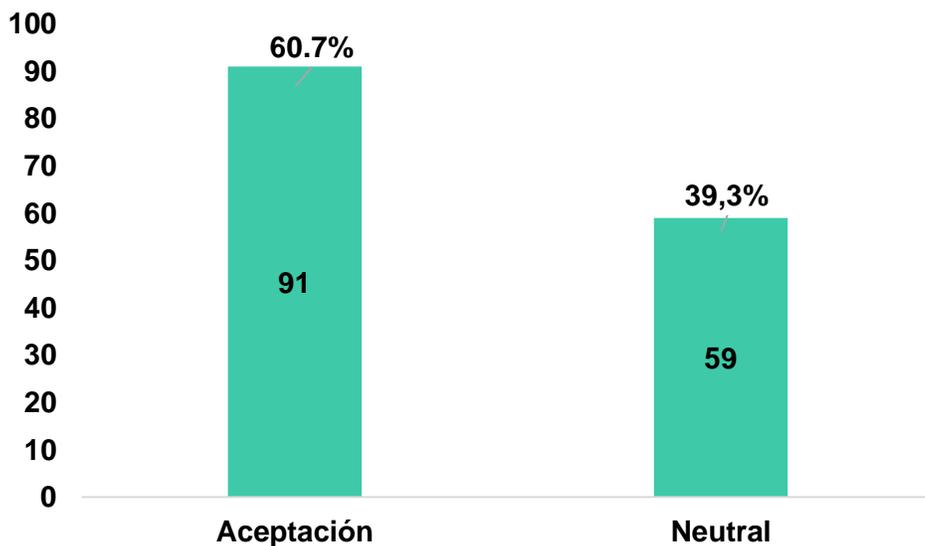
Tabla 8: Actitudes del personal encuestado sobre el método familia canguro.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
¿Considera ud que el PMC es de importancia?	Muy en desacuerdo	1	0,7
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	14	9,3
	Muy de acuerdo	135	90,0
	Total	150	100,0
¿Considera que el contacto piel a piel ayuda a mantener la termorregulación del bebé?	Muy en desacuerdo	1	,7
	Algo de acuerdo	2	1,3
	Muy de acuerdo	147	98,0
	Total	150	100,0
¿Es importante la lactancia Materna y la técnica de amamantamiento?	Muy en desacuerdo	1	,7
	Algo de acuerdo	1	,7
	Muy de acuerdo	148	98,7
	Total	150	100,0
El inicio de la lactancia materna directa en el prematuro puede aumentar la pérdida de calorías.	Muy en desacuerdo	45	30,0
	Algo en desacuerdo	11	7,3
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	17	11,3
	Algo de acuerdo	60	40,0
	Muy de acuerdo	17	11,3
	Total	150	100,0
	Muy en desacuerdo	15	10,0

El MFC contribuye al desarrollo psicomotor del RN	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	,7
	Algo de acuerdo	3	2,0
	Muy de acuerdo	131	87,3
	Total	150	100,0
Es probable que el método madre canguro contribuya al aumento de peso	Muy en desacuerdo	2	1,3
	Algo en desacuerdo	17	11,3
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	,7
	Algo de acuerdo	3	2,0
	Muy de acuerdo	127	84,7
	Total	150	100,0
El MFC no es significativo si lo realiza el padre u otro familiar	Muy en desacuerdo	111	74,0
	Algo en desacuerdo	22	14,7
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	8	5,3
	Algo de acuerdo	7	4,7
	Muy de acuerdo	2	1,3
	Total	150	100,0
Es poco significativo el tiempo que se emplee para realizar MFC	Muy en desacuerdo	118	78,7
	Algo en desacuerdo	19	12,7
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	1,3
	Algo de acuerdo	7	4,7
	Muy de acuerdo	4	2,7
	Total	150	100,0
Es irrelevante que la madre reciba información para realizar el método madre canguro.	Muy en desacuerdo	140	93,3
	Algo de acuerdo	1	,7
	Muy de acuerdo	9	6,0
	Total	150	100,0
No es importante brindar información a los familiares sobre la evolución del recién nacido	Muy en desacuerdo	146	97,3
	Algo en desacuerdo	3	2,0
	Muy de acuerdo	1	,7
	Total	150	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Gráfico 4: Escala de actitudes del personal encuestado.



Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 9: Relación actitud del personal por perfil.

Perfil	Escala		Total
	Neutral	Aceptación	
Auxiliar de Enfermería	13 (35,1%)	24 (64,8%)	37 (100%)
Enfermera General	19 (50%)	19 (50%)	38 (100%)
Médico Interno	2 (66,6%)	1 (33,3%)	3 (100%)
Lic. Enfermería	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)
Médico Especialista	0 (0,0%)	10 (100%)	10 (100%)
Médico General	13 (61,9%)	8 (38%)	21 (100%)
Médico en Servicio Social	10 (30,3%)	23 (69,6%)	33 (100%)
Total	59	91	150

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 10: Relación actitud del personal por área de trabajo.

Área Laboral	Escala		Total
	Neutral	Aceptación	
Atención Primaria	47 (39,8%)	71 (60,1%)	118 (100%)
Emergencias	6 (66,6%)	3 (33,3%)	9 (100%)
Maternidad	5 (35,7%)	9 (64,2%)	14 (100%)
Neonato	1 (11%)	8 (89%)	9 (100%)
Total	59	91	150

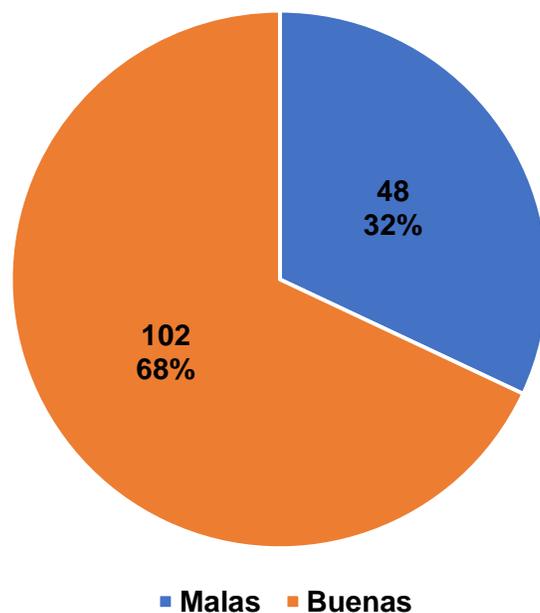
Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 11: Prácticas del personal encuestado sobre el método familia canguro.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Reproduce información a familiares y personal en salud	Si	112	74,7
	No	38	25,3
	Total	150	100
Ha compartido su experiencia con del PMC con otras personas	Si	103	68,7
	No	47	31,3
	Total	150	100
Apoyo a las familias en MFC sobre las técnicas de masajes al RN	Si	82	54,7
	No	68	45,3
	Total	150	100
Apoyo a las familias en MFC sobre las técnicas de posición	Si	85	56,7
	No	65	43,3
	Total	150	100
Ayuda a las madres en PMC sobre lactancia materna y extracción manual de leche	Si	122	81,3
	No	28	18,7
	Total	150	100
Ayuda a la familia a conocer los cuidados del RN pretérmino y bajo peso	Si	121	80,7
	No	29	19,3
	Total	150	100
Puede dirigir a una madre en MFC sobre el seguimiento del RN una vez se le haya dado de alta	Si	94	62,7
	No	56	37,3
	Total	150	100

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Gráfico 5: Escala de prácticas del personal encuestado.



Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 12: Relación prácticas del personal por perfil.

Perfil	Escala		Total
	Malas	Buenas	
Auxiliar de Enfermería	16 (43,2%)	21 (56,7%)	37 (100%)
Enfermera General	12 (31,5%)	26 (68,4%)	38 (100%)
Médico Interno	2 (66,6%)	1 (33,3%)	3 (100%)
Lic. Enfermería	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (100%)
Médico Especialista	2 (20%)	8 (80%)	10 (100%)
Médico General	6 (28,5%)	15 (71,4%)	21 (100%)
Médico en Servicio Social	9 (27,25)	24 (72,7%)	33 (100%)
Total	48	102	150

Fuente: Encuesta realizada al personal.

Tabla 13: Relación prácticas del personal por área de trabajo.

Área Laboral	Escala		Total
	Malas	Buenas	
Atención Primaria	39 (33%)	79 (67%)	118 (100%)
Emergencias	1 (11%)	8 (89%)	9 (100%)
Maternidad	5 (35,7%)	9 (64,2%)	14 (100%)
Neonato	3 (33,3%)	6 (66,6%)	9 (100%)
Total	48	102	150

Fuente: Encuesta realizada al personal.