

Maria Casanovas Pachón

Carolina Fernández Vázquez

EL USO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL EN LAS SALAS DE PARTO DE LOS HOSPITALES CATALANES

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Sra. Leticia Bazo Hernández

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015

ÍNDICE

1.	Título.....	3
2.	Introducción.....	3
3.	Marco teórico	5
3.1.	Definición de Método Canguro	5
3.2.	Características del método canguro	6
3.3.	Orígenes del método canguro	6
3.4.	Contacto piel con piel cómo método	7
3.5.	Cuidados proporcionados al recién nacido durante el MC	11
3.6.	Signos de alerta.....	12
3.7.	Beneficios del método canguro	12
4.	Problema	14
5.	Pregunta de investigación	14
6.	Objetivos e hipótesis	14
6.1.	Hipótesis.....	14
6.2.	Objetivos	14
7.	Metodología.....	15
7.1.	Diseño del proyecto.....	15
7.2.	Población y muestra	17
7.3.	Obtención de datos	18
7.4.	Análisis de datos	19
7.5.	Realización de un artículo de revista	21
8.	Resultados.....	22
9.	Discusión	29
10.	Conclusiones	31
11.	Referencias bibliográficas	32
12.	Artículo.....	36
12.1.	Página inicial	36
12.2.	Abstract.....	37
12.3.	Resumen	39

12.4. Texto.....	41
12.5. Referencias bibliográficas	50
12.6. Anexo 1. Gráficos.....	54
12.7. Anexo 2. Tablas.....	56
13. Anexos	57
13.1. Anexo 1- Cronograma proyecto.....	57
13.2. Anexo 2 - Fórmula muestra significativa	58
13.3. Anexo 3 - Carta de presentación hospital	59
13.4. Anexo 4 - Encuesta hospitales sobre el contacto piel con piel	60
13.5. Anexo 5 - Tablas.....	65

1. Título

El uso del contacto piel con piel en las salas de parto de los hospitales catalanes.

2. Introducción

Para todos los recién nacidos es importante e imprescindible recibir asistencia médica, y ésta en muchas ocasiones es bastante agresiva. A esto se le ha de sumar el gran cambio de ambiente que realizan los infantes al nacer¹.

Para que la adaptación del recién nacido (RN) a la vida extrauterina sea lo menos traumática posible, la atención médica debe de ser la adecuada, y a su vez, como enfermeras, debemos preocuparnos por cubrir otras necesidades como pueden ser la necesidad afectiva o la de seguridad, tanto del RN como de los padres, y principalmente de las madres que acaban de dar a luz². Por lo tanto, como futuras profesionales de enfermería, consideramos que el Método Canguro es un complemento asistencial muy bueno tanto para el recién nacido como para sus padres, ya que cubre sus necesidades.

Nuestra corta experiencia clínica nos ha demostrado que los padres que reciben una educación sanitaria adecuada, una vez se han familiarizado con este método, muestran una actitud positiva y valoran esta ayuda que se les ha ofrecido, ya que con esta experiencia favorecen los lazos afectivos y sienten que están colaborando en la asistencia y crianza de su hijo.

Principalmente, lo que nos ha llevado a escoger este tema para nuestro proyecto de investigación de final de grado, es la falta de conocimiento y el querer saber más acerca de un contenido que cada vez tiene más importancia y que actualmente, consideramos, se intenta respetar. Las dos componentes del trabajo nos matriculamos en la asignatura optativa de Gestación, Infancia y Adolescencia hospitalizada y, una vez finalizado el trimestre y visto todo el contenido de temas de la asignatura, pensamos que cualquier acto, por insignificante que parezca, puede tener beneficios e inconvenientes para un recién nacido, y a su vez para los familiares.

Además, actualmente se habla cada vez más del momento del piel con piel del recién nacido y su madre nada más nacer y de la necesidad de respetar este tiempo tan importante para ellos. Por

todas estas razones, nos gustaría conocer más sobre la realidad actual de este método, teniendo en cuenta varios factores que pueden interferir tanto de forma positiva como de forma negativa en la decisión de establecer este primer contacto de una u otra forma, como pueden ser el estado del RN en el momento del nacimiento, el tipo de parto, el estado de la madre, el nivel de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, la presencia de personal sanitario cualificado, la voluntad de los padres, etc.

Asimismo, opinamos que el papel del padre en la realización del piel con piel con el RN es de gran interés e importancia, ya que a pesar de ser prioritario el papel de la madre, en el caso en que ésta no pueda realizarlo por algún motivo físico o psíquico derivado del parto, el padre puede ejecutarlo de igual forma y aportando muchos más beneficios que si no se estableciera este primer contacto.

Además, tal y como indica el artículo publicado en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la situación del método canguro en España ³, se carece de información de base poblacional sobre el grado de implementación del contacto precoz en los servicios sanitarios. Se dispone de información que indica que algunas instituciones adoptan una política de promoción del contacto temprano mientras que otras carecen de dicha política, y se sugiere realizar estudios para evaluar el comportamiento de las instituciones en torno a esta práctica.

Este dato, entre otros motivos, ha sido clave a la hora de decidir realizar un estudio con el fin de comprobar cuál es el estado actual de Cataluña en la realización de esta práctica, ya que posiblemente no todos los hospitales catalanes disponen de un protocolo establecido para la realización de ésta, y que por lo tanto, se aplica según el criterio propio del equipo asistencial que atiende el parto.

Finalmente nuestro proyecto de investigación también nos aportará conocimientos fundamentados sobre el contacto piel con piel o Método Canguro (MC), y este hecho nos puede ayudar en un futuro próximo a la hora de establecer estos cuidados de una forma estrictamente profesional y teniendo en cuenta los beneficios que aportan a todas las partes implicadas.

En la actualidad, el contacto piel con piel está muy presente en las salas de partos de los hospitales como Cuidado Centrado en el Desarrollo (CCD) del RN, y es necesario respetar este tiempo tan importante para ellos, ya que es un método que aporta grandes beneficios, es fácil de aplicar y es muy útil para fomentar la salud y el bienestar del RN a término ⁴. Por esta causa nos gustaría examinar la magnitud de la importancia que tiene este método para los distintos hospitales de Cataluña, ya que opinamos que el problema que existe actualmente referente a este tema, es que todavía existen hospitales que no disponen de un protocolo establecido y consensado para definir de una forma clara y reglamentaria cómo y cuándo deberían permitir a los padres establecer el primer contacto con su hijo/a RN durante el puerperio inmediato. Así bien, con nuestro proyecto de investigación queremos averiguar si es cierto que los hospitales de Cataluña consideran el método canguro como una parte esencial de los cuidados del RN centrados en su desarrollo, y si por lo tanto, aplican este método de forma protocolaria y respetando las voluntades de los padres siempre que las circunstancias lo permitan.

3. Marco teórico

3.1. Definición de Método Canguro

El método canguro (MC) o contacto piel con piel es la atención prestada al recién nacido que se caracteriza por el mantenimiento del contacto piel con piel con su madre o padre fomentando su salud y bienestar, aportándole leche con que alimentarse ^{4,5}.

Lo definimos como Método Madre Canguro por la necesidad del RN de contacto materno, evocando su vida intrauterina, aunque también puede ser realizado por el padre o la persona que los sustituya como cuidador principal, a los que también les une un fuerte vínculo afectivo ⁵.

De hecho el término Madre Canguro hace referencia en primer lugar a la madre, porque el RN no necesita la piel de cualquiera (aunque llegado el caso, mejor cualquier piel que ninguna), sino que necesita, y sobre todo el RN prematuro, la piel de su madre ⁶.

También se compone por el término “*método*”, que nos sugiere un protocolo médico con normas estrictas, y la realidad es que los RN se sienten mejor, evolucionan mejor y están más sanos si tienen a su madre cerca. La madre es la que hace que el neonato tenga lo que necesite, que se desarrolle, se alimente, se tranquilice, se cure... es la madre, no el método ⁶.

3.2. Características del método canguro

Las características principales del MC ⁴ son las siguientes:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el recién nacido.
- Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal).
- Se inician en el hospital y pueden continuarse en el domicilio, tras el alta hospitalaria.
- Los RN de bajo peso pueden recibir el alta en un plazo breve.
- Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados.
- Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por RN prematuros.

3.3. Orígenes del método canguro

El método canguro surgió como medida de rescate a una situación insostenible en los países en vías de desarrollo, donde se encontró en esta medida una sustitución mínimamente y un entorno semejante al de las incubadoras, donde se adoptan las medidas físicas que estabilizan al neonato, ya que el cuidado del RN basado en este método presenta la ventaja de no necesitar un gran aporte económico y dependen básicamente de la formación y concienciación del personal asistencial ⁴.

Sin embargo, lo que apareció como una medida extrema, resultó ser más eficaz de lo que se esperaba, ya que ofrecía las mismas ventajas para el RN, y además aportaba un vínculo materno-filial del que se privaba a éste en la incubadora ⁴.

La técnica de la Madre Canguro permite el acercamiento precoz de la madre y el padre al RN. De alguna manera el RN vuelve al que es su ecosistema natural, su madre. En nuestro país, el método canguro se utiliza de manera complementaria a la incubadora, aunque es un recurso no muy utilizado en las unidades neonatales españolas ya que en España solamente un 10% de éstas tienen las puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades ponen dificultades para el contacto físico de los padres con su hijo ⁷.

Los orígenes del MC están en Bogotá, Colombia, dónde se desarrolló este método como alternativa a los cuidados en incubadora, los cuales se consideraban inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado la fase crítica y necesitaban únicamente alimentarse y crecer ⁴.

Lo inició en 1978 el Dr. Edgar Rey-Sanabria, pediatra y profesor de la Universidad Nacional de Colombia, en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá y después fue desarrollado por el Dr. Héctor Martínez Gómez con la ayuda posterior del Dr. Luis Navarrete Pérez y la ayuda permanente de los pediatras del IMI ⁴.

UNICEF también prestó su apoyo al Programa Madre Canguro, y en 1994 se creó la Fundación Canguro, que ha mantenido y expandido las actividades no solo de investigación sino de servicio asistencial y formación académica en el método canguro ⁴.

3.4. Contacto piel con piel cómo método

Desde sus inicios se trata de un método que se ha comprobado eficaz y fácil de aplicar, que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los recién nacidos a término, y después de más de dos décadas de aplicación e investigación ha quedado claro que el método canguro constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Los claros beneficios para RN prematuros (siempre que el método canguro sea tolerado por la madre y el hijo) dieron paso a los beneficios para cualquier RN ⁸. De hecho, desde un punto de vista fisiológico, el bebé nacido a término aún necesita muchos meses de gestación

extrauterina, o de “fase en brazos” (Jean Liedloff, 2011) para alcanzar un nivel de desarrollo y autonomía comparable al de la mayoría de los mamíferos ⁴.

Se ha comprobado que el MC repercute de forma eficaz en el control de la temperatura del RN, en la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica ^{9, 10, 11}.

Dependiendo del momento en que se coloque en contacto piel con piel (CPP) con su madre, se hablará de CPP inmediato (inmediato al nacimiento), o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto).

En estos momentos, lo habitual es que, tras el parto, el RN sea colocado sobre el pecho de su madre y, a continuación, el personal se lo lleve para reconocerle y proporcionarle los cuidados médicos protocolarios necesarios. Un tiempo que, en algunos casos, puede alargarse más de dos horas hasta que madre e hijo vuelven a encontrarse.

No hay demasiada información acerca del tiempo ideal de contacto piel con piel sin interrupción. En algunos estudios se ha hecho referencia a la probabilidad, 8 veces mayor, de hacer una toma de forma espontánea si el tiempo de MC es mayor de 50 minutos, lo que se considera como un tiempo mínimo deseable ^{8, 12, 13, 14}.

En otras recomendaciones se habla de hasta 120 minutos, probablemente queriendo aprovechar al máximo todo el tiempo de alerta que tiene el recién nacido normal tras el parto (periodo sensitivo).

Así que, lejos de interrumpir ese primer encuentro, es necesario alargarlo, al menos 60 minutos, tiempo en el que el neonato reconoce el olor de su madre, y pone en marcha un instinto de supervivencia ^{8, 12, 13, 14}.

Cuando colocamos al RN sobre el pecho desnudo de su madre, éste permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las piernas, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda, se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor y, tras varios intentos, comienza a succionarla. A partir de entonces, es más probable que el resto de las tomas las haga de manera correcta,

fomentando así la lactancia materna. Se ha demostrado que es 2,2 veces menos probable que los RN separados continúen con el pecho entre el mes y los tres meses de edad.

Pero todo esto necesita tiempo y un ambiente de tranquilidad y respeto. Y además, requiere conocer cómo va variando el estado de alerta del RN tras el parto. Justo durante las primeras dos horas tras el nacimiento, el bebé está en alerta tranquila, despierto, sin moverse apenas y con los ojos muy abiertos, pendiente de todo lo que ocurre a su alrededor, memorizando el olor de su madre, en lo que se denomina “periodo sensitivo”, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el final del trabajo del parto. Y pasado este periodo, el RN suele entrar en una fase de sueño profundo de la que es difícil despertarle⁹.

Que el RN esté en período sensitivo durante 2 horas nada más nacer es fundamental de cara a la impronta (“imprinting”) que se ha de establecer con su madre. Konrad Lorenz describió la impronta cuando observó que los patitos recién nacidos reconocían a su madre por ser el primer ser vivo que veían nada más salir del cascarón. Los seres vivos recién nacidos dependen de su madre para sobrevivir y nacen con algunas habilidades que les permiten reconocer a su madre. El cachorro humano es el ser más indefenso de la naturaleza. Durante los meses del embarazo ha oído la voz de su madre (modificada y mezclada con otros sonidos) y ha estado en contacto con el olor materno (el del líquido amniótico, que lo distinguen y prefieren al de otros líquidos amnióticos)⁹.

De ahí, que aprovechar esas primeras horas para conseguir que madre e hijo se reconozcan, a través del tacto y del olor, es fundamental de cara al vínculo futuro.

Así, la diferencia entre que exista ese contacto a que no lo haya es tal que los sentimientos de las madres que no lo disfrutaban se colocan justo en el lado contrario a la felicidad. Sustituyen el “maravilloso e increíble” por la tristeza, el vacío, la ansiedad por saber si el neonato está bien, la impotencia de no poder abrazarle después de tanto tiempo esperándolo... En palabras de los especialistas consultados, no es extraño que la depresión posparto sea más frecuente entre las mujeres que han sufrido la separación precoz de sus hijos⁹.

Por todos estos motivos es muy importante que todos los hospitales con unidad de maternidad respeten los derechos del neonato y de los padres, derechos fundamentales recogidos en los Derechos del Niño Hospitalizado aprobados por el Parlamento Europeo el 13 mayo 1986 ¹⁵, como por ejemplo:

- Derecho del recién nacido a hacer apego al nacer y a permanecer con sus padres día y noche.
- El recién nacido tiene derecho a permanecer constantemente con su madre y a alimentarse exclusivamente de su leche.
- Derecho del niño a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.
- Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
- Derecho de los padres, o de la persona que los sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- Derecho del niño a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
- Derecho del niño a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

- Derecho a ser tratados con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- Derecho (y medios) del niño de contactar con sus padres, o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
- Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los nieguen, o no estén en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.

3.5. Cuidados proporcionados al recién nacido durante el MC

Los componentes fundamentales de los cuidados canguro son la posición canguro, la alimentación con leche materna y la preparación de los padres para el cuidado de su hijo, para hacer posible un alta temprana del hospital.

Posición canguro: Se coloca al RN, desnudo o semidesnudo (vestido con el pañal y a veces también con un gorro), en posición vertical sobre el pecho desnudo de la madre o del padre, con la cabeza de lado y el oído cerca del corazón de los padres. Los brazos y las piernas del neonato deben estar flexionados y con una mano cerca de la boca.

Los padres deben vestir con ropa amplia, como por ejemplo una camiseta elástica, que permita cobijar en su interior al RN y les sirva de sujeción para poder relajarse e incluso dormir cuando el éste duerma. Han de disponer de una cama o un sillón reclinable confortables, y un ambiente lo más íntimo posible, con luz suave (mejor luz natural) y el menor ruido posible.

La posición canguro debe iniciarse lo antes posible, prolongarse durante el mayor número de horas al día y continuarse tantos días o semanas como el neonato necesite.

Alimentación con lactancia materna: El método canguro incluye habitualmente la alimentación con leche materna. El RN puede iniciar poco a poco la succión del pezón hasta ser capaz de mamar directamente del pecho sin salir de la posición canguro.

Participación de los padres en el cuidado diario de su hijo: Se busca que sean ellos, y sobre todo la madre, los principales proveedores de sus necesidades físicas (calor, alimentación) y emocionales (amor, protección, estímulos suaves). También se trabaja en la preparación del neonato y los padres para el alta lo antes posible, cuando su situación lo permita ¹⁶.

3.6. Signos de alerta

La posición canguro se debe mantener hasta que el RN deja de estar a gusto en esta posición. Muchos de los recién nacidos que nacen “a término” no están a gusto en la posición canguro, ni siquiera al poco de nacer. Pero no se dan las mismas circunstancias siempre, así que es el RN quien lo decide y expresa claramente con signos de incomodidad como sudar, retorcerse, y protestar. Para él, “ya es tiempo de nacer”. A partir de este momento, se recomienda a los padres dejar el cuidado canguro gradualmente y realizarlo ocasionalmente después del baño o cuando el niño necesite calmarse ¹⁶.

3.7. Beneficios del método canguro

- Esta forma de cuidar a los recién nacidos pretende parecerse a la vida intrauterina del feto dentro de su madre, pero contactando, en vez de desde dentro, desde fuera, “piel con piel” una vez ya han nacido.
- Las reacciones hormonales que provoca en la madre favorecen el establecimiento del vínculo madre-hijo y el de la lactancia materna.

- El RN (principalmente el que nace antes de tiempo) necesita así menos ayudas externas (control de temperatura, oxígeno...), llora menos, duerme mejor y más tiempo y, como consecuencia de todo, también gana más peso. Además, está más protegido de estímulos molestos.
- El contacto físico con sus padres es, sobre todo para el RN prematuro, una fuente de estimulación e interacción necesaria para el desarrollo físico y cerebral.
- Este método une a los padres en la atención a su hijo, convirtiéndolos en cuidadores activos, confiados en su propia capacidad para criarlo, pese a su fragilidad.
- El contacto piel con piel, siguiendo el método canguro, es una alternativa frente a la incubadora. Una oportunidad única de los padres y el recién nacido para mantenerse juntos durante el ingreso en el hospital e iniciar el vínculo y apego entre ellos. También promueve la participación activa de los padres en el cuidado de su hijo y la sensación de sentirse útiles ¹⁶.

Se han descrito numerosas ventajas del método canguro (MC) para prematuros sobre el método tradicional (incubadora): mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones, facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la autoconfianza de las madres en el cuidado de sus hijos ^{10, 11}.

También se ha comprobado que si se inicia el MC en los RN a término nada más nacer, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo ¹⁷, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del RN ¹⁸. Además, si no es separado de su madre durante la primera hora, el RN repta hasta el pecho y hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna ^{18, 19, 20}. Por ello, el MC en sala de partos forma parte de los 10 pasos de la «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños» promovida por la OMS/UNICEF ²¹.

4. Problema

Consideramos que en la actualidad, la mayoría de hospitales de Cataluña no disponen de un protocolo establecido y consensuado sobre la aplicación del Método Canguro en el momento del parto, y que por lo tanto, la aplicación de este se realiza según el criterio propio del equipo asistencial que atienden al parto, llegando incluso a no respetar, en algún caso, la voluntad de los padres del recién nacido acerca de cómo quieren que se establezca ese primer contacto con su hijo/a.

5. Pregunta de investigación

¿Es cierto que los hospitales de Cataluña consideran el método canguro como una parte esencial de los cuidados del recién nacido centrados en su desarrollo, y que por lo tanto, aplican éste método de forma protocolaria y respetando la voluntad de los padres?

6. Objetivos e hipótesis

6.1. Hipótesis

Se aplicará el método canguro en un elevado número de hospitales catalanes y se realizará según las circunstancias dadas durante el proceso de nacimiento.

6.2. Objetivos

Objetivo general: Identificar hospitales catalanes, tanto públicos como privados, que dispongan de servicio de obstetricia y utilicen el método canguro en sala de partos como cuidado principal en el desarrollo del recién nacido a término, y ver en qué circunstancias no se realiza.

Objetivos específicos:

- Conocer si los distintos hospitales incluidos en el estudio disponen de un protocolo establecido para llevar a cabo el Método Canguro.
- Comprobar si existe un registro de esta técnica y, en caso afirmativo, anotar dónde se registra.

7. Metodología

7.1. Diseño del proyecto

Atendiendo a los objetivos de nuestro proyecto de investigación, consideramos que la metodología de éste se debía de dividirse en dos partes. Lo primero que se hizo fue organizar nuestras tareas, atendiendo a las distintas fases del proyecto, mediante la formación de un cronograma (Anexo 1), el cual nos mostró las distintas actividades que debíamos realizar, y el período de tiempo del cual dispondríamos para ello.

Por una parte, y en primer lugar, se trató de realizar una investigación documental, mediante la búsqueda de artículos publicados y otras bases de datos sobre el método canguro, sus orígenes, beneficios y su aplicación en Cataluña durante los últimos años. Para esta primera parte, centramos nuestra búsqueda de información a través de publicaciones electrónicas, artículos de revista, estudios realizados, guías de práctica clínica o protocolos y asociaciones.

La finalidad de esta fase era obtener un conocimiento profundo sobre las distintas formas de aplicación de este método, ver qué aspectos pueden condicionar que se realice de una forma u otra y cuáles son los beneficios e inconvenientes de éste, dependiendo de la forma en que se realice.

Para obtener la información deseada se utilizaron las siguientes palabras clave: Método Canguro, Contacto piel con piel, Neonatos, Sala de partos, Lactancia materna, Cuidado familiar, Humanización, e Investigación.

Las bases de datos que se usaron para la búsqueda de información fueron:

- El catálogo de la Universidad Rovira y Virgili, que nos ofreció la posibilidad de obtener información de todos los catálogos de las universidades catalanas y nos permitió el acceso a múltiples revistas relacionadas con el tema de estudio.
- Google Académico, en el cual pudimos encontrar artículos científicos y guías de práctica clínica.
- La base de datos Cuiden y Cuidatge donde encontramos todas las especificaciones de enfermería.

Una vez realizada la búsqueda de información documental, la mayor parte del trabajo y en la que más nos centramos, consistió en llevar a cabo una investigación de campo, donde la intención fue conocer la situación actual de Cataluña en lo que se refiere a la aplicación del método canguro en los distintos hospitales tanto públicos como privados y/o concertados.

Para nuestro trabajo de campo utilizamos la metodología cuantitativa ²², ya que a través de ella se nos permite examinar los datos de forma numérica, especialmente en el campo de la estadística. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal en el ámbito catalán.

El período de estudio comprendió los meses desde Octubre de 2014 hasta Marzo de 2015, ambos incluidos.

Nuestro trabajo de campo se inició mediante una llamada telefónica al Ministerio de Sanidad con el propósito de solicitar un listado de todos los hospitales de España que dispusieran de Servicio de Obstetricia. El número de teléfono (901 400 100) lo obtuvimos de la página web del Ministerio ²³.

Al contactar con un operador de atención al usuario de la web del Ministerio de Sanidad, nos informaron de que ellos no disponían de este listado y que, por lo tanto, sólo podríamos obtener un listado general de todos los hospitales españoles.

Una vez obtuvimos el listado vía página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ²³, procedimos a la selección de la muestra que deseábamos para la investigación. Para obtenerla, inicialmente descartamos todos los hospitales que no pertenecían a la comunidad autónoma de Cataluña.

7.2. Población y muestra

La muestra inicial de hospitales de Cataluña fue de 202. Acto seguido, se descartaron los hospitales que no pertenecían a las categorías de: Maternal, Infantil + Materno-infantil, o generales, y por último se eliminaron centros penitenciarios, centros de rehabilitación, centros médicos especialistas en otros ámbitos de la salud y clínicas de operaciones de estética o cirugía plástica, ya que a pesar de ofrecer asistencia sanitaria, no están considerados como centros hospitalarios propiamente dichos.

Al finalizar la selección se obtuvo una muestra de 63 hospitales, y de éstos, obtuvimos una muestra representativa mediante la aplicación de la fórmula de la muestra de población finita, que a través de una serie de parámetros, como el total de población, la precisión deseada, la proporción esperada y la seguridad que se requiere, nos da el número total de hospitales de la muestra representativa ²⁴ (Anexo 2).

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población (que en este caso es N= 63)
- $Z_a^2 = 1.96^2$ (ya que deseamos que la seguridad sea del 95%)

- p = proporción esperada (en este caso es de 0,5 ya que no tenemos referencias de estudios anteriores)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1-0.5 = 0.5$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 4%)

Después de aplicar esta fórmula, observamos que la muestra representativa ($n = 57$) que obteníamos era muy similar a la muestra inicial de hospitales de Cataluña de nuestra selección, por este motivo se decidió que el estudio se realizaría sobre la muestra inicial, es decir que incluiríamos todos los hospitales de ésta ($n=63$).

7.3. Obtención de datos

Una vez tuvimos clara la muestra que íbamos a utilizar para el proyecto de investigación, se elaboró un documento Excel, en el cual distribuimos nuestro listado en distintas hojas clasificadas por provincias (Lérida, Gerona, Tarragona y Barcelona). En este documento creado con el programa Excel, se disponía de la información necesaria para, de esta manera proceder a establecer el primer contacto con estos, como el número de teléfono de atención al usuario del hospital, así como el correo electrónico y la dirección física del hospital.

A partir de este documento se creó uno nuevo, dónde cada hoja pertenecía a un hospital, y en el cual se disponía de un apartado de observaciones donde se anotaron las incidencias o dificultades que se presentaban, como por ejemplo si era necesario llamar en otro momento, si el hospital no quería participar en el estudio o si éste no disponía de servicio de Obstetricia. Esta forma de ordenar los acontecimientos nos ayudó a tener un control riguroso de la muestra y evitar posibles errores en el proyecto.

Acto seguido, se prosiguió a establecer el primer contacto telefónico con el hospital. Para realizar las llamadas telefónicas obtuvimos una tarjeta prepago para valorar los gastos que también formarían parte del presupuesto de nuestro proyecto. Una vez establecido este primer contacto, debido a que el número de teléfono del cual disponíamos pertenecía al número general del hospital, se pidió de una forma cercana si nos podían poner en contacto con sala de

partos, y una vez allí se solicitaba hablar con la matrona responsable en ese momento. Mediante una carta de presentación (Anexo 3), explicamos el motivo de nuestra llamada y la finalidad de nuestro proyecto de investigación. Una vez aceptada su participación en el estudio, se dispuso a realizar una encuesta (Anexo 4) a la misma, dónde se recogieron los datos necesarios para la realización de nuestra investigación de campo. Esta encuesta fue el instrumento que utilizamos para llevar a cabo la segunda parte de la investigación.

La encuesta se realizó en todos los casos vía telefónica, pero se ofreció la posibilidad, en el caso de que nuestra informante lo deseara, de enviar la carta de presentación y la encuesta mediante correo electrónico.

Se trataba de una encuesta mixta, de elaboración propia pero basada en un cuestionario validado por Nathalie Charpak²⁵ de la fundación Canguro, el cual fue obtenido a través de un artículo que trata sobre la situación actual del Método Canguro en España, publicado en la revista Metas de Enfermería en 2009⁶. Se modificaron algunas posibles respuestas, se eliminaron ítems que no eran de nuestro interés, y se añadieron otros según conveniencia. Después de realizar estos cambios, la encuesta definitiva consta de 22 ítems, donde se recogen las características del hospital, datos sobre la realización del MC, formación del personal sanitario, registro del cuidado, protocolos existentes para ello y promoción de la lactancia materna. También se recogieron datos sobre la opinión del equipo médico responsable de los cuidados tanto de las madres como de los recién nacidos en relación a la aplicación de este método.

7.4. Análisis de datos

Cada ítem de nuestra encuesta pertenece a una variable, ya que es una característica o propiedad que queremos observar.

Las variables de nuestro estudio, extraídas de la encuesta que hemos realizado para conocer la aplicación del MC en los distintos hospitales de Cataluña, se dividen en cuantitativas y en cualitativas.

- Variables cuantitativas:
 - Número de partos que se atienden a diario (variable discreta)
 - Número de camas disponibles para las parteras (variable discreta)
 - Tiempo que hace que realizan el MC en el hospital (variable discreta)
 - Tiempo que se mantiene al RN en posición canguro (variable discreta)

- Variables cualitativas:
 - Equipo asistencial que atiende el parto (variable nominal)
 - Nombre del hospital (variable nominal)
 - Conocimiento del MC/cuidado piel con piel (variable nominal dicotómica)
 - Aplicación MC en niño a término (variable nominal dicotómica)
 - Aplicación en caso de cesárea (variable nominal dicotómica)
 - Persona que realiza el MC en caso de cesárea (variable nominal)
 - Persona que realiza el MC en caso de imposibilidad con la madre (variable nominal)
 - Aceptación de los padres (variable ordinal)
 - Diferencias socioculturales (variable nominal dicotómica)
 - Estimulación a los padres (variable nominal dicotómica)
 - MC como cuidado enfermero (variable nominal dicotómica)
 - Persona que propone iniciar el MC (variable nominal)
 - Registro del MC (variable nominal dicotómica)
 - Lugar dónde se registra el MC (variable nominal)
 - Protocolo MC (variable nominal dicotómica)
 - Persona encargada de la educación sanitaria a los padres (variable nominal)
 - Promoción de la lactancia materna (LM) /complementación MC y LM (variable nominal dicotómica)
 - Cuidados enfermeros mientras se realiza el MC (variable nominal dicotómica)
 - Mejor evolución RN que realiza MC (variable nominal dicotómica)

Después de la recogida de datos, que duró aproximadamente dos meses, se prosiguió con el análisis y discusión de éstos. Para esta etapa del trabajo de campo se trasladaron los resultados

obtenidos a la base de datos SPSS, creando así un archivo que nos permitió realizar cálculos estadísticos con facilidad y la posibilidad de realizar gráficos y/o tablas para observar de forma esquemática y clara los datos obtenidos en la encuesta.

Una vez tratados los datos, se analizaron minuciosamente para proceder a la redacción del borrador del trabajo final, en el cuál se constataron todos los datos obtenidos a través de las encuestas, así como su interpretación, resultados y conclusiones de nuestra investigación. Una vez hecha esta parte, pudimos comprobar si nuestra hipótesis era cierta y si se cumplían los objetivos de nuestro proyecto, dejando constancia de esto en el apartado de conclusión de nuestro proyecto.

7.5. Realización de un artículo de revista

Una vez revisado el borrador y habiéndonos asegurado de su correcta elaboración, procederemos a la redacción del artículo, el cuál constará en la realización de un breve resumen (en español y en inglés) y una introducción donde se dará una breve descripción y visión del tema tratado. Además se plasmará la metodología e instrumentos que hemos utilizado, la muestra que hemos escogido, así como los resultados (con la ayuda de gráficos y tablas) y las conclusiones que extraemos de nuestra investigación.

Después de la realización del artículo y el empeño puesto en este proyecto, deseáramos publicar nuestro trabajo de investigación en una revista científica, para su posterior publicación. Para ello, hay que tener en cuenta que antes de comenzar la redacción del artículo deberemos seleccionar la revista en la que nos gustaría finalmente que se publicara nuestro artículo, ya que la redacción de éste deberá ceñirse estrictamente a las normas de publicación de dicha revista. Una vez hayamos revisado el artículo y éste esté listo para su publicación, deberemos solicitar a la revista la publicación de éste y esperar su aprobación. En nuestro caso, nos gustaría publicar nuestro proyecto de investigación en la revista científica “Anales de Pediatría”.

Por último, como etapa final de nuestro proyecto de investigación de final de grado, procederemos a la defensa oral de éste. Ésta será evaluada por un tribunal en el que participarán varios profesores expertos en la materia, y entre ellos estará presente nuestra tutora del proyecto de investigación de final de grado.

8. Resultados

La encuesta telefónica se ha realizado a un total de 63 hospitales catalanes. Se han producido 21 pérdidas, correspondiendo el 23'9% (n=5) a hospitales con los cuales ha sido imposible contactar con la matrona responsable, el 9'5% (n=2) a hospitales que no quisieron colaborar en el estudio y el 66'6% (n=14) a hospitales que no disponían de Unidad de Obstetricia.

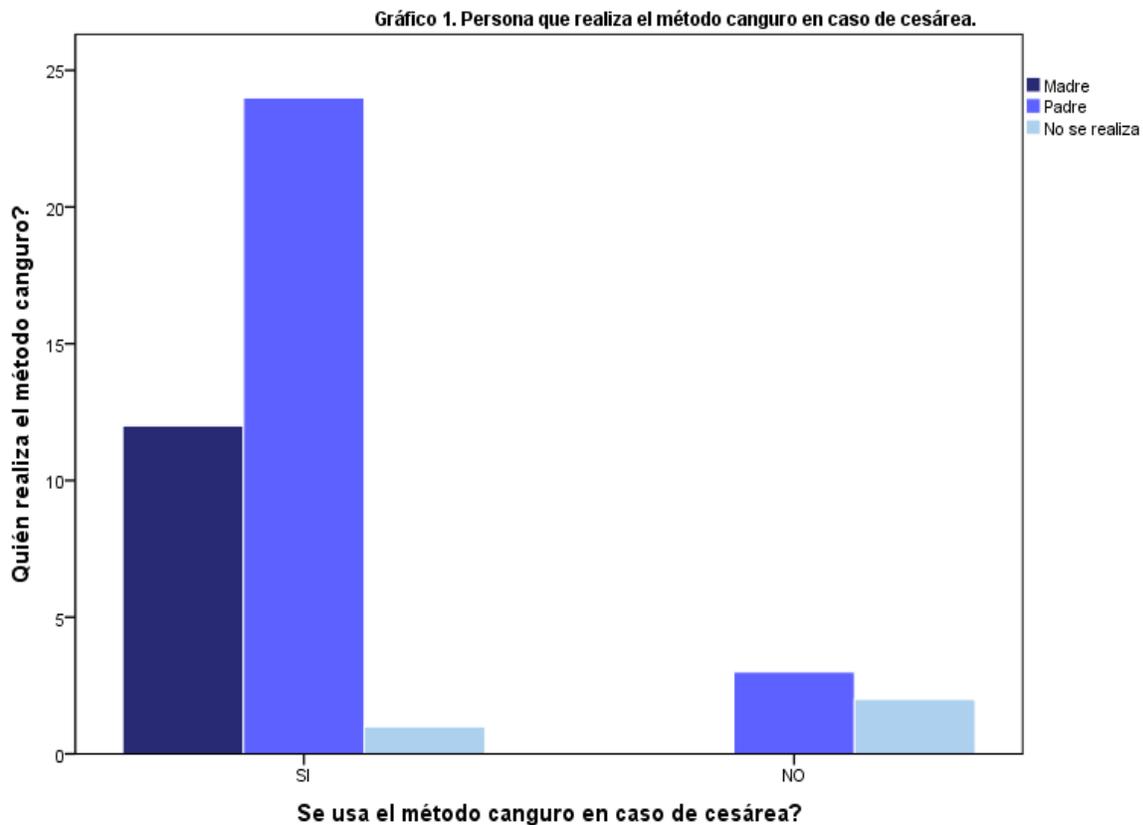
En el 81% (n=34) de los casos analizados se atienden de 1 a 5 partos al día, en el 11,9% (n=5) se atienden entre 6 y 10 partos diarios y por último, solo en un 7,1% (n=3) se atienden más de 10. (Anexo 5; Tabla 1)

El 31% (n=13) de hospitales dispone de entre 1-10 camas para las parteras. En un 33,3% (n=14) se dispone de entre 11-20 camas, un 23,8% (n=10) de casos dispone de entre 21-30 camas y solo un 11,9% (n=5) dispone de más de 30 camas. (Anexo 5; Tabla 2)

En cuanto a equipo de profesionales de la salud que atienden normalmente al parto, se ha encontrado que en el 97'6% (n=41) de los casos, la matrona es la encargada de todo el proceso de parto, y en el 88,1% (n=37) el ginecólogo también atiende al parto, refiriéndose este porcentaje casi en su totalidad a los casos en los que se dan partos distócicos e instrumentados o únicamente para supervisar que no haya ningún problema, frente al 11,9% (n=5) en los que el ginecólogo no está presente de forma rutinaria pero sí que está disponible en caso de complicaciones del parto, tanto en cesáreas como en partos instrumentados. Además, en el 45'2% (n=19) de los casos, la auxiliar de clínica o de enfermería también está presente, en el

21,4% (n=9) también lo está la enfermera, en el 11,9% (n=5) también lo está el anestesista, en el 28,6% (n=12) también lo están los residentes, tanto de matrona como de ginecología y en el 14'3% (n=6) también lo está el pediatra. (Anexo 5; Tablas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

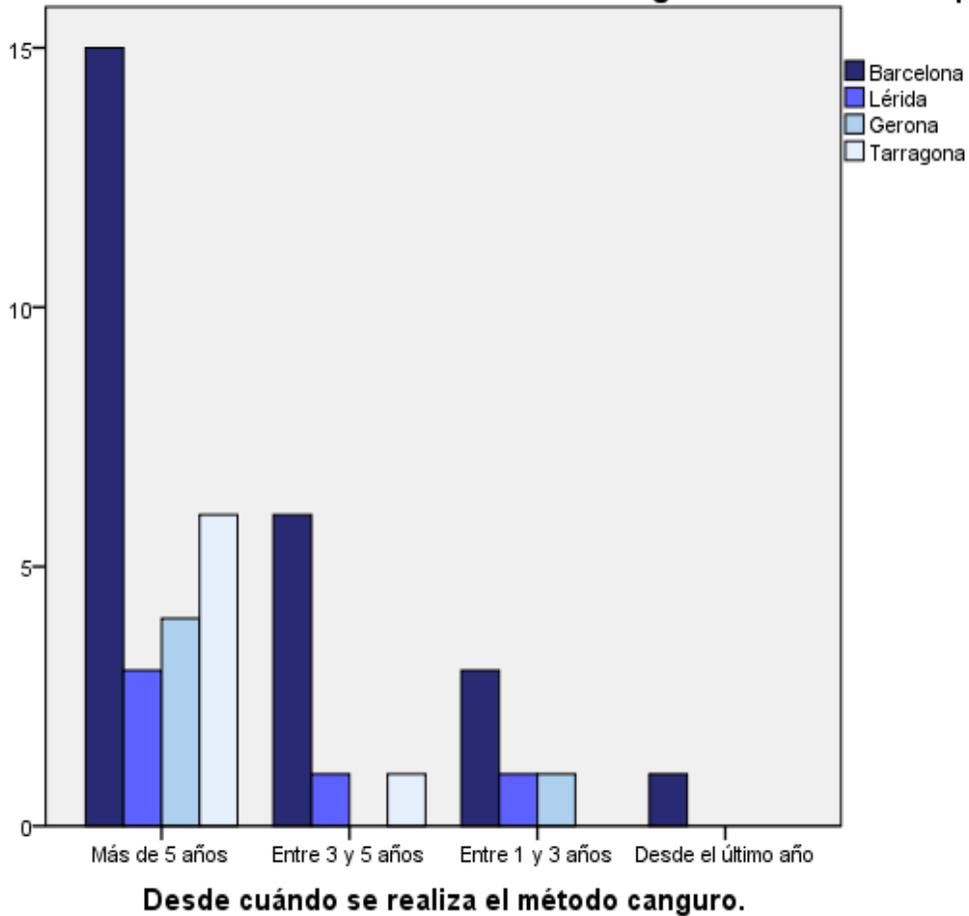
El conocimiento pleno del Método Canguro (MC) y su práctica está presente en el 100% (n=42) de los casos (Anexo 5; Tabla 10). Cuando se trata de cesárea es la madre la encargada de realizar este primer contacto con el RN en un 28,6% (n=12) de los casos, frente al 57,1% (n=24) en los que la persona encargada de establecer el piel con piel inicial con el RN es el padre, y posteriormente con la madre, siempre dependiendo de cada caso personal y de la voluntad de la madre según el estado en el que se encuentre después del parto. Solo en un 2,4% (n=1) no se realiza el contacto piel con piel en caso de cesárea, ya que al padre no se le permite entrar al área quirúrgica debido a la falta de espacio de esta área. (Gráfico 1) (Anexo 5; Tabla 11)



En los casos en los que no es posible realizar este cuidado con la madre, en un 92'9% (n=39) de los casos se realiza con el padre frente al 7'1% (n=3) en los que no se realiza con ninguna otra persona, por lo tanto no se lleva a cabo este primer contacto piel con piel. (Anexo 5; Tabla 12)

Si analizamos por provincias desde cuando se realiza el MC, podemos observar que la provincia que lleva más tiempo realizando este cuidado es Barcelona, ya que un 35,7% (n=15) de hospitales de ésta lleva más de 5 años llevando a cabo este método. Cabe decir que es curioso que a pesar de ser la provincia en que los hospitales llevan más tiempo realizando este método, se puede observar con un 2,4% (n=1), que todavía hay hospitales que acaban de implementar este cuidado en sala de partos. El 66'7% (n=28) de los hospitales totales (independientemente de la provincia) llevan haciendo uso de esta práctica desde hace más de 5 años. Además en las provincias de Gerona, Lérida y Tarragona, la implementación de esta técnica lleva 1 año realizándose como mínimo. (Gráfico 2) (Anexo 5; Tabla 13)

Gráfico 2. Años de realización del método canguro en relación a la provincia.



Según las matronas, la aceptación de los padres para efectuar el MC es muy buena en un 76'2% (n=32), buena en el 21,4% (n=9) de los casos y regular en un 2,4% (n=1) de los casos. (Anexo 5; Tabla 14)

En cuanto a si han notado diferencias socioculturales en relación a la práctica de este cuidado, un 64,3% (n=27) de los casos refiere que han notado diferencias respecto a la aceptación de los padres según el país de procedencia, ya que hay culturas que no aceptan bien esta práctica por diferentes motivos. Generalmente los padres que peor lo aceptan son los de origen musulmán, árabe, pakistaní o africanos, ya que debido a su cultura no les suele gustar que les pongan al RN encima del torso desnudo sin antes haberlo limpiado. No obstante, la mayoría de las matronas coinciden en que gran parte de esta aceptación tiene que ver con la educación sanitaria que se da a los padres sobre la importancia de este cuidado sobre todo para el RN. Refieren que en

muchas ocasiones les falta motivación o se muestran poco receptivos debido también a las diferencias de edad entre los matrimonios o al pudor de los padres, en caso de cesáreas, para quitarse la ropa y mostrar el torso desnudo. Por lo tanto, si se lleva a cabo una buena educación sanitaria, en muchos de los casos acaban aceptando la realización de esta práctica. (Anexo 5; Tabla 15)

Un 78,6% (n=33) de los casos dicen que el tiempo que se permite mantener al RN en posición canguro es igual o superior a 1 hora, un 11,9% (n=5) expresa que lo mantienen durante 1 hora y un 9,5% (n=4) reflejan que el tiempo máximo es entre media hora y tres cuartos. (Anexo 5; Tabla 16)

Entre los hospitales que practican el método canguro tanto si es parto vaginal como en cesárea, un 69% (n=29) de los casos permiten mantener al RN piel con piel durante más de 1 hora. En cuanto a los hospitales que utilizan siempre el método canguro se observa que un 11,9% (n=5) lo aplican durante 1 hora y tan solo el 7,1% (n=3) durante menos de 1 hora. (Anexo 5; Tabla 17)

Se ha estudiado el grado de estimulación a los padres por parte del personal sanitario para mantener al RN en contacto piel con piel el máximo tiempo posible, siendo el resultado positivo en el 100% (n=42) de los casos. La matrona forma parte de esta educación sanitaria en un 63'5% (n=40), enfermería en un 23'8 (n=15) y el pediatra en un 12'7% (n=8). A pesar de las variaciones en cuanto a los profesionales encargados de la información sobre el cuidado piel con piel a los padres, se ha visto que la persona que propone iniciar este cuidado es la matrona en un 92'9% (n=39) de los casos y en un 7'1% (n=3) lo propone el equipo multidisciplinar, formado tanto por la matrona, el pediatra, la enfermera o la auxiliar de clínica. Además coinciden en que en la mayoría de los casos los padres ya vienen concienciados desde el ambulatorio ya que la matrona de Atención Primaria siempre se encarga de informar a los padres y por lo tanto, es ésta quien ofrece desde un principio la posibilidad de llevar a cabo este cuidado a la hora del parto.

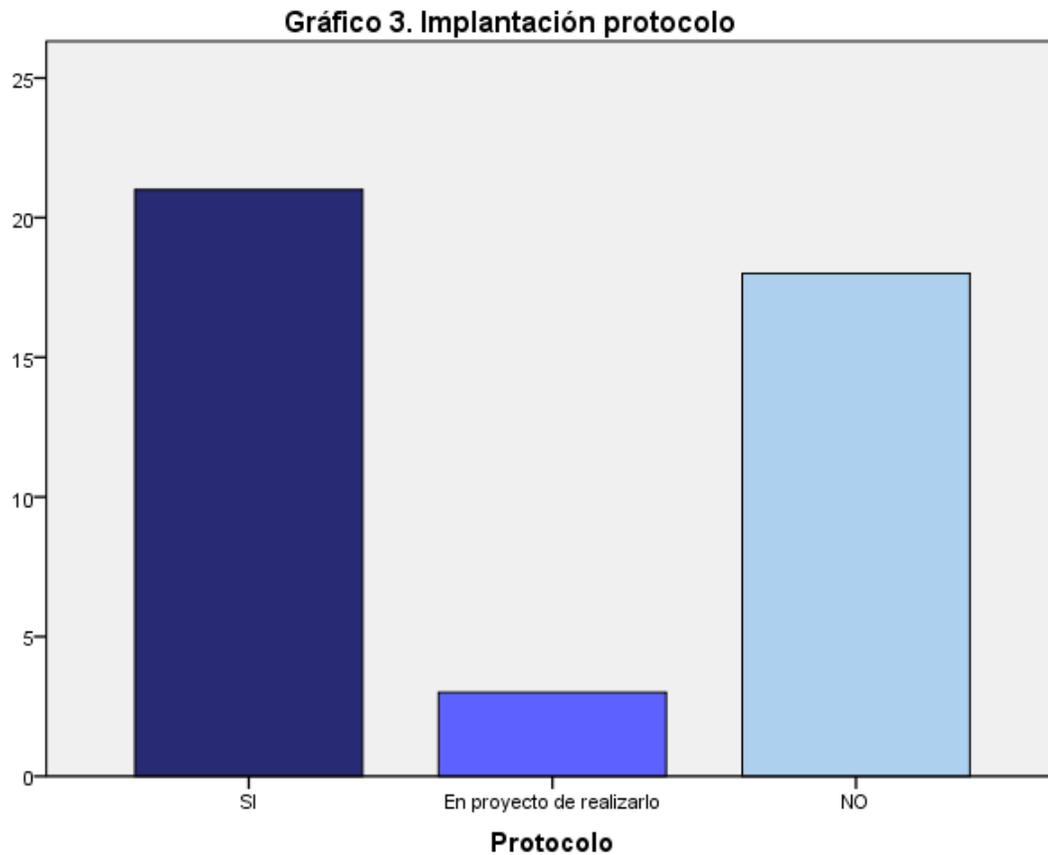
El registro de la práctica del MC se lleva a cabo en un 57,1% (n=24) de los casos. De los que realizan un registro, el 23,8% (n=10) lo hacen en la historia clínica del niño o hoja de continuación. Un 33,3% (n=14) han tomado la iniciativa de realizar una hoja específica para el registro de este cuidado, correspondiente ésta a la hoja de cuidados post-parto. No registran de manera habitual la práctica de este método a pesar de ser considerado un cuidado enfermero el 42,9% (n=18) de los casos. (Anexo 5; Tabla 18)

El 76'2% (n=32) de las matronas encuestadas cree que es mejor realizar los cuidados rutinarios y profilácticos como la administración de la vitamina k o la aplicación de colirios mientras el RN está en contacto piel con piel, por lo tanto, en estos casos se aplican todos los cuidados posibles con el RN encima de la madre, menos la determinación del peso y la talla. (Anexo 5; Tabla 19)

En un 97'6% (n=41) de los hospitales se promueve la lactancia materna como modo de alimento principal al RN, potenciando así los casos en los que se lleva a cabo el MC, frente a un 2'4% (n=1) que no promueve la lactancia materna y son conscientes que van muy atrasados en cuanto a la educación sanitaria referente a este aspecto. (Anexo 5; Tabla 20)

En un 100% (n=42) de los casos, las matronas afirman que se da una mejor evolución de los RN que llevan a cabo este primer contacto piel con piel y que por lo tanto, tanto la madre como el neonato se benefician de esta práctica, notando mejora sobre todo en el inicio de la lactancia materna, regulación de temperatura del RN, mejor adaptación del bebé a la vida extrauterina y mayor estabilidad hemodinámica, mayor tranquilidad en caso de excitación del RN, y aumento del vínculo materno-infantil. A pesar de que hay evidencias científicas de que el contacto piel con piel es beneficioso tanto para el RN como para la madre, las matronas coinciden en que la evolución del RN es difícil de valorar desde sala de partos, ya que como mucho el RN y la madre permanecen en ésta por un máximo de 2 horas y después son llevados a planta, dónde se observa mucho mejor esta evolución. (Anexo 5; Tabla 21)

En un 50% (n=21) de los casos esta práctica está protocolizada, en un 7,1% (n=3) la implementación de un protocolo está en proyecto de realizarlo y las matronas están luchando por ello, y por último un 42,9% (n=18) no dispone de un protocolo establecido para este método (Gráfico 3). (Anexo 5; Tabla 22)



9. Discusión

Desde hace años, las unidades de neonatología están tratando de introducir los cuidados centrados en el desarrollo (CCD), que pretenden mejorar el desarrollo del neonato a través de intervenciones especiales, entendiendo al recién nacido (RN) y a su familia como una unidad ²⁶,
²⁷.

En nuestro país, el Método Canguro (MC) se utiliza de manera complementaria a la incubadora. No es muy utilizado en las unidades neonatales españolas ya que solamente un 10% de las unidades tienen las puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades dificultades para el contacto físico entre padres e hijos ²⁶.

Debido a los conocimientos, cada vez mayores, sobre la aplicación de este cuidado, los padres consideran la aplicación del contacto piel con piel como una experiencia muy positiva tanto para ellos como para su RN y, según los resultados de este artículo, se ha comprobado que a pesar de la gran diversidad de culturas que conviven hoy en día en Cataluña, la aceptación de los padres sobre el método está relacionada en la mayoría de ocasiones con la educación sanitaria que reciben por parte del equipo sanitario de atención primaria y el equipo médico que asiste al parto. Consideramos que en este aspecto tiene un papel muy importante la enfermera, ya que aunque en la mayoría de casos es la matrona de primaria y la matrona de sala de partos quien se encarga de la educación sanitaria a los padres, no debemos olvidar que éstas también poseen el título de enfermería y que además, una vez los padres salen de sala de partos y suben a planta, son las enfermeras, apoyadas por el equipo multidisciplinar, quien se encargan de dar la información necesaria a los padres e intentar continuar con la aplicación de este cuidado durante el mayor tiempo posible.

No obstante, a pesar de ser un cuidado más en relación al desarrollo del RN, se carece de su registro en muchos casos y por lo tanto, se impide así mejorar la calidad de éste. Asimismo, su protocolización también es escasa, ya que todavía no se implanta este cuidado de forma protocolizada en bastantes hospitales de Cataluña, coincidiendo estos últimos casos a la hora de expresar que llevan a cabo el contacto piel con piel como una técnica rutinaria la cual se practica

o no atendiendo a las circunstancias en las que se produzca el parto y la voluntad de los padres en ese momento. Por lo tanto, se ha comprobado que los padres tienen un papel fundamental en cuanto a la decisión de llevar a cabo este método y que siempre se intenta respetar su voluntad, mientras no se produzca ninguna situación durante el parto que impida su aplicación ya que ponga en peligro la vida del RN, de la madre, o de ambos.

También queda comprobado, coincidiendo con otros estudios, que los beneficios del RN a término y de la madre que establecen este cuidado del piel con piel nada más nacer son múltiples y coincidiendo éstos en relación al inicio de la lactancia materna y a la regulación de la temperatura del RN^{9, 10, 11}. En definitiva, el método madre canguro es una estrategia de práctica humanizada de atención neonatal que permite una utilización más racional y económica de los recursos técnicos y científicos necesarios para el cuidado de los recién nacidos prematuros y a término⁷. Todos los cuidados que favorezcan el desarrollo del niño durante el ingreso facilitarán la adecuada organización cerebral y la evolución posterior^{28, 29, 30}.

“El método Madre Canguro carece de límites y puede aplicarse, de forma precoz, a todos los neonatos de todos los países del mundo” (Natalie Charpak).

Si se intentan comparar los resultados obtenidos en este proyecto de investigación con otros estudios realizados anteriormente, vemos que la mayoría de estudios sobre el MC se centran en los RN prematuros y no en los RN a término. Esto implica que el estudio presenta una importancia relevante a nivel de Cataluña, ya que queda comprobado el grado de implementación de este cuidado en esta comunidad autónoma.

Por lo tanto, se sugiere continuar realizando estudios sobre el MC en Cataluña para comprobar la evolución de este cuidado, ya que se trata de un método fácil de aplicar y muy beneficioso para todas las partes implicadas.

10. Conclusiones

El uso general del contacto piel con piel en sala de partos y el conocimiento sobre esta técnica no implican que se esté realizando de forma adecuada. Todavía quedan muchos aspectos que se pueden y se deben mejorar con el fin de promover los derechos de los niños.

Todos los profesionales sanitarios, y en especial las enfermeras deberían aumentar y reforzar su formación en este ámbito. Una mejor concienciación sobre este método mejoraría y humanizaría el momento del parto, un momento vital para los padres del RN pero también un instante trascendental para él.

Por otra parte se deben tener presentes las decisiones de los ascendientes ya que en ocasiones son ellos mismos quienes proponen iniciar este cuidado. Una mayor sensibilización por parte de los organizadores favorecería ese primer contacto en cualquier circunstancia y esto proporcionaría un mayor confort al RN y sus progenitores.

Por parte del equipo de asistencia al parto, debería haber una unión para agrupar criterios y protocolizar esta técnica en todos los casos. Crear un protocolo específico ayudaría en la toma de decisiones y favorecería el buen funcionamiento del grupo asistencial. Ya que se considera un cuidado enfermero, también se deberían unificar criterios en cuanto al registro. Aplicar este método implica un aumento de la carga laboral de enfermería, por este motivo se debe registrar en un lugar donde se pueda hacer visible el trabajo realizado. Todo esto constituiría una mejora de la calidad de este cuidado y se podría observar y analizar de qué forma favorece o afecta al recién nacido, ya sea en positivo o en negativo.

Consideramos que la aplicación de este cuidado es de vital importancia tanto para los padres como para el RN, el cual hace siempre un esfuerzo para adaptarse con éxito a la vida extrauterina. Para éstos supone un cambio muy importante el hecho de pasar del útero de la madre a la vida extrauterina, por lo tanto se debería procurar que esta situación fuera lo menos traumática posible tanto para la madre como para su bebé, ya que *“La más terrible situación para cualquier recién nacido es ser separado de su hábitat: su madre” (Nills Bergman, marzo 2005).*

En cuanto al problema que observamos antes de iniciar nuestra investigación, y una vez habiendo cumplido con los objetivos que nos propusimos, queda comprobada nuestra hipótesis inicial, ya que hemos podido observar que el método canguro se aplica en un elevado número de hospitales catalanes y que éste se realiza según las circunstancias dadas durante el proceso de nacimiento.

Además, también hallamos respuesta a nuestra pregunta de investigación, ya que queda demostrado que los hospitales de Cataluña consideran este método como una parte esencial de los cuidados del recién nacido centrados en su desarrollo, pero sin embargo no lo aplican de forma protocolaria en su totalidad, sino que en un porcentaje elevado de hospitales lo realizan atendiendo siempre a una serie de criterios y circunstancias dadas durante el parto.

11. Referencias bibliográficas

1. J. Figueras Aloy, A. García Alix, A. Alomar Ribes, D. Blanco Bravo, M. T. Esqué Ruiz, J. R. Fernández Lorenzo. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Anales de Pediatría; Vol. 55 (2): 141-145.
2. M. Sánchez Luna, C.R. Pallás Alonso, F. Botet Mussons, I. Echániz Urcelay, J.R. Castro Conde, E. Narbona, Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Asociación Española de Pediatría. An Pediatr. 2009; Vol. 71 (4): 349-61.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Resumen]; 2008 [Consultado el 19 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/buscador/iniciar.do>
4. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. Guía práctica Método Canguro. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2004

[Consultado el 23 de Marzo del 2015]. Disponible en:
https://books.google.es/books?id=Zb_DIOxFcTgC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud+Organizacion+Mundial+de+la+Salud+OMS+Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+da+Sa%C3%BAde%22&hl=es&sa=X&ei=0a7TVLXsNZLgaJDhgaAE&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

5. De las Heras Madueño, E; Jaraba Caballero, P; Moreno Pozo, I; Párraga Quiles, J; Osuna Ríder, R, del Río Obejo, L; Rivero Arellano, F; Ruiz González, D; Tena Díaz, F; Toro Santiago, J. Método madre canguro. Guía para padres [Internet]. Hospital Universitario Reina Sofía: Consejería de Salud de Andalucía. [Consultado el día 15 de Noviembre del 2014].

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/pediatrica/metodo_madre_canguro.pdf

6. Estrany Cuéllar, S., Fernández Lalueza, C., & Galdeano Escuder, P. (2009). Situación actual de método canguro en España. *Metas de Enfermería*, 12(3), 50-54. Consultado el 22 de noviembre del 2014.
7. Ministerio de Sanidad y política social [Internet]. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid; 2010 [Consultado el 10 de Febrero del 2015].
8. Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 631-633.
9. Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 631-633.
10. Rey ES, Martínez HG. Manejo racional del niño prematuro. *Proceedings of the Conference I Curso de Medicina Fetal y Neonatal*. Bogotá, Colombia, 1981; 137-151.
11. Anisfeld F, Lipper E. Early contact, social support and mother-infant bonding. *Pediatrics* 1983; 72:79-83.

12. Varendi H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet. 1994 Oct 8; 344(8928):989-890.
13. L. Righard. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet, 336 (1990), pp. 1105-1107.
14. A. Gómez Papi, T. Baiges, M.T. Batiste, M.M. Marca, A. Nieto, R. Closa. Método canguro en la sala de partos. An Esp Pediatr, 48 (1998), pp. 631-633.
15. UNICEF [Internet]. Derechos del niño hospitalizado. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 13 mayo de 1986 [Consultado el 1 de Enero del 2015].
16. Cabrejas de Rojas L, Ureta Velasco N. Método madre/padre canguro. Asociación Española de Pediatría; [Publicado el 23/02/14; revisado por última vez el 5/03/14]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/metodo-madrepadre-canguro>
17. Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustequi A, De la Fuente P y cols. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr 1992; 81:448-493.
18. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336:1105-1107.
19. H. Varendi, R.H. Porter, J. Winberg. Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet, 344 (1994), pp. 989-990.
20. K. Mizuno, N. Mizuno, T. Shinohara, M. Noda. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. Acta Paediatr, 93 (2004), pp. 1640-1645.
21. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. World Health Organization 1989.
22. Cordero Ayala H. (2010) Elaboración de Proyecto de investigación cuantitativa. [página web]. Consultado el 17 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.une.edu.pe/dev/investigacion.pdf>

23. Catálogo Nacional de Hospitales 2014 publicación completa en formato pdf [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [actualizado 31 de diciembre 2014; citada 4 enero del 2015].
Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/eu/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
24. Estimación del tamaño de una muestra significativa de una población. [página web]. [Consultado el 26 de Noviembre del 2014]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/tutor03770/estimacion-tamao-de-la-muestra>
25. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatr may 2005; 94 (5): 514-22.
26. Sizun J, Ratynski N, Mambrini C. Implanter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatale: pourquoi, comment? Arch Pédiatr. 1999, 6: 434-439.
27. Westrup B, Bohm B, Lagercrantz H, Stjernqvist K. Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according to the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Acta Paediatr. 2004; 93: 498-507.
28. Field TM. Interventions for premature infants. J Pediatr. 1996; 109: 183-191.
29. Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996; 25: 691-703.
30. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal. An Esp Pediatr. 1998; 49: 495-498.

12. Artículo

12.1 Página inicial

Título del artículo:

El uso del contacto piel con piel en las salas de parto de los hospitales catalanes

Article Title:

The use of skin to skin contact in the delivery rooms of Catalan hospitals

Título abreviado:

Contacto precoz en salas de parto de Cataluña

Short title:

Early contact in delivery rooms in Catalonia

Autores:

Leticia Bazo-Hernández, María Casanovas-Pachón, Carolina Fernández-Vázquez

Dirección centro:

Universidad Rovira i Virgili. Av. Catalunya, 35 – 43002 Tarragona

Dirección de contacto:

Leticia Bazo Hernández

Email: leticia.bazo@urv.cat Teléfono de contacto: 607-435-943

Recuento palabras:

2877 palabras en el texto

Fecha de envío: 02/06/2015

12.2 Abstract

Introduction

Behavior in front of the recent interest in the skin-to-skin method and the absence of information regarding this method in Catalonia, it was raised to analyze the use of this technique and the existence of protocols established by Catalan hospitals.

Patients and methods

We decided to use an observational, descriptive and analytical study during six month, from September to March. Data were been collected by telephone interview with a questionnaire of 22 questions to all Catalan hospitals. This questionnaire collected data of hospitals characteristics like the realization of the kangaroo, the use of protocols or the introduction of breastfeeding.

Results

The 100% of hospitals performed kangaroo (MC). In case of caesarean section, in 28.6% of cases it will be the mother who is allowed to make the first skin contact with her newborn, and the remaining 57.1% of cases the father will be who will make the MC with the baby until the mother is able to do. Only a 2.4% of cases this method is not performed due to lack of space the surgical area.

The registration of this practice is conducted in a 57.1% of cases and 23.8% of them do it in the child's medical history, compared with 33.3% recorded in that specific care sheet postpartum. However, in 42.9% of cases it is not carried out the registration, despite being considered a nursing care. In 50% of cases this practice has a protocol, a 7.1% implementation of a protocol is planned to do it, and finally a 42.9% do not have an established protocol.

Conclusion

It is emphasized that this method is applied in all Catalan hospitals. It demonstrated that consider this method as an essential part of the care of newborn focused on their development, yet not apply it in a way protocol as a whole, but a high percentage of hospitals is carried out with due regard to a number of criteria and circumstances given during labor.

Key words

Kangaroo method, Skin-to-skin, Neonates, Parturition, Breastfeeding, Family care, Humanisation, Research.

12.3 Resumen

Introducción

Frente al interés reciente sobre el método piel con piel y la ausencia de bibliografía referente a este método en Cataluña, se planteó como objetivo analizar el uso de esta técnica y la existencia o no de protocolos establecidos por los centros hospitalarios catalanes.

Pacientes y métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y analítico entre los meses de septiembre de 2014 a marzo de 2015. Los datos se obtuvieron mediante entrevista telefónica con un cuestionario de 22 preguntas. Este recogía datos sobre la realización del método canguro, el uso de protocolos y la introducción de la lactancia materna.

Resultados

El 100% de los hospitales realiza el método canguro (MC). En caso de cesárea, en un 28'6% de los casos será la madre quien realice el primer contacto piel con piel con el recién nacido, y en el 57'1% restante de casos será el padre, hasta que la madre se encuentre capacitada para hacerlo. Sólo en un 2'4% de casos no se realiza este método debido a la falta de espacio del área quirúrgica.

El registro de esta práctica se efectúa en un 57'1% de los casos, y el 23'8% de éstos lo hacen en la historia clínica del niño, frente al 33'3%, que lo registran en la hoja específica de cuidados post-parto. No obstante, en un 42'9% de los casos no se lleva a cabo el registro, a pesar de ser considerado un cuidado enfermero.

En un 50% de los casos esta práctica está protocolizada, en un 7'1% la implementación de un protocolo está en proyecto de realizarlo, y por último un 42'9% no dispone de un protocolo establecido.

Conclusión

Se destaca que este método se aplica en todos los hospitales catalanes. Queda demostrado que consideran este método como una parte esencial de los cuidados del recién nacido, sin embargo no lo aplican de forma protocolaria en su totalidad, sino realizan atendiendo siempre a una serie de criterios y circunstancias dadas durante el parto.

Palabras clave

Método canguro, Contacto piel con piel, Neonatos, Sala de partos, Lactancia materna, Cuidado familiar, Humanización, Investigación.

12.4 Texto

Introducción

El cambio de ambiente que realiza el recién nacido (RN) al nacer y la asistencia médica que recibe durante el parto y el puerperio inmediato, puede resultar bastante agresivo para ellos ¹.

Para que la adaptación del RN a la vida extrauterina sea menos traumática, la función de enfermería en este proceso es cubrir las necesidades básicas como pueden ser la necesidad afectiva o la de seguridad del RN y de los padres ².

En la actualidad el contacto piel con piel está muy presente en las salas de partos de los hospitales como Cuidado Centrado en el Desarrollo (CCD) del RN, y es necesario respetar este tiempo tan importante para ellos, ya que es un método que aporta grandes beneficios, es fácil de aplicar y es muy útil para fomentar la salud y el bienestar del RN a término ³.

El método canguro (MC) se caracteriza por el mantenimiento del contacto piel con piel con su madre o padre fomentando su salud y bienestar, aportándole leche con que alimentarse ^{3,4}. Sus componentes fundamentales son la posición canguro, la alimentación con leche materna, y la preparación de los padres para el cuidado de su hijo ⁵. Se ha comprobado que el MC repercute de forma eficaz en el control de la temperatura del RN, en la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica ^{6, 7, 8}. También se ha comprobado que si se inicia el MC en los RN a término nada más nacer, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo ⁹, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica ¹⁰. Además, si no es separado de su madre durante la primera hora, el RN reptará hasta el pecho y hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna ^{10, 11, 12}. En otros estudios se ha hecho referencia a la probabilidad, 8 veces mayor, de hacer una toma de forma espontánea si el tiempo de MC es mayor de 50 minutos, lo que se considera como un tiempo mínimo deseable ^{13, 14, 15, 16}. Por ello, el MC en sala de partos forma parte de los 10 pasos de la «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños» promovida por la OMS/UNICEF ¹⁷.

El MC surgió como medida de rescate a una situación insostenible en los países en vías de desarrollo, donde se encontró en esta medida una sustitución viable para proporcionar un entorno semejante al de las incubadoras. Sin embargo, resultó ser muy eficaz, ya que ofrecía las mismas ventajas para el bebé, y además aportaba un vínculo materno-filial del que se privaba a éste en la incubadora³.

Los claros beneficios para bebés prematuros dieron paso a los beneficios para cualquier bebé¹³. De hecho, desde un punto de vista fisiológico, el RN a término aún necesita muchos meses de gestación extrauterina, o de “fase en brazos” (Jean Liedloff, 2011) para alcanzar un nivel de desarrollo y autonomía comparable al de la mayoría de los mamíferos³.

Tal y como indica el artículo publicado en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la situación del método canguro en España¹⁸, se carece de información de base poblacional sobre el grado de implementación del contacto precoz en los servicios sanitarios. Se dispone de información que indica que algunas instituciones adoptan una política de promoción del contacto temprano mientras que otras carecen de dicha política, y se sugiere realizar estudios para evaluar el comportamiento de las instituciones en torno a esta práctica.

Este dato ha sido clave para decidir realizar un estudio con el fin de comprobar cuál es el estado actual de Cataluña en el uso de esta práctica, ya que es posible que no todos los hospitales catalanes dispongan de un protocolo establecido para la realización de ésta, y que por lo tanto, se aplique según el criterio propio del equipo asistencial que atiende el parto.

Teniendo en cuenta los Derechos del Niño Hospitalizado aprobados por el Parlamento Europeo el 13 mayo 1986¹⁹, los objetivos del presente estudio fueron identificar los hospitales catalanes, tanto públicos como privados, que utilizan el MC en sala de partos como cuidado principal en el desarrollo del RN a término, y ver en qué circunstancias no se realiza, además de observar la implantación de protocolos y promoción de la lactancia materna.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el ámbito catalán, analizado mediante metodología cuantitativa ²⁰. El período de estudio comprendió los meses de octubre de 2014 hasta marzo de 2015. La población incluyó todos los hospitales catalanes, tanto públicos como privados, dotados con unidad de obstetricia y sala de partos, y el listado se obtuvo vía página web, a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ²¹. De este listado se descartaron todos los hospitales que no pertenecían a la comunidad autónoma de Cataluña. A partir de ahí, se seleccionaron los hospitales incluidos en las categorías de: Maternal, Infantil + Maternoinfantil y generales, descartándose el resto.

Al finalizar la selección se obtuvo una muestra de 63 hospitales y, a través de la aplicación de la fórmula de la muestra de población finita ²², se observó que la muestra representativa (n = 57) que obteníamos era muy similar a la muestra inicial de hospitales de Cataluña de la selección inicial, con lo cual se decidió que el estudio se realizaría sobre la muestra inicial.

La recogida de datos se obtuvo realizando una encuesta telefónica de 22 ítems a través de un cuestionario mixto, de elaboración propia pero basada en un cuestionario validado por Nathalie Charpak ²³ de la fundación Canguro, el cual fue obtenido a través de un artículo que trata sobre la situación actual del Método Canguro en España, publicado en la revista Metas de Enfermería en 2009 ²⁴. El cuestionario recogía datos como la realización del MC, formación del personal sanitario, registro del cuidado, protocolos existentes para ello, promoción de la lactancia materna, etc.

Resultados

La encuesta telefónica se realizó a un total de 63 hospitales, quedando una muestra de 42 hospitales, teniendo en cuenta las 21 pérdidas que se produjeron, correspondiendo el 23'9% (n=5) de éstas a hospitales con los cuales fue imposible contactar con la matrona, el 9'5% (n=2) a hospitales que no quisieron colaborar en el estudio y el 66'6% (n=14) a hospitales que no disponían de Unidad de Obstetricia.

En el 81% (n=34) de los casos analizados se atienden de 1 a 5 partos al día, en el 11,9% (n=5) se atienden entre 6 y 10 partos diarios y por último, solo en un 7,1% (n=3) se atienden más de 10.

El 31% (n=13) de hospitales dispone de entre 1-10 camas para las parteras. En un 33'3% (n=14) se dispone de entre 11-20 camas, un 23'8% (n=10) de casos dispone de entre 21-30 camas y solo un 11'9% (n=5) dispone de más de 30 camas.

En cuanto a equipo de profesionales de la salud que atienden normalmente al parto, se ha encontrado que en el 97'6% (n=41) de los casos, la matrona es la encargada de todo el proceso de parto. No obstante, en el 88,1% (n=37) de casos el ginecólogo acompaña a la matrona durante el parto, refiriéndose este porcentaje casi en su totalidad a los casos en los que se dan partos distócicos e instrumentados, frente al 11,9% (n=5) en los que el ginecólogo no está presente de forma rutinaria pero sí que está disponible en caso de complicaciones del parto.

El conocimiento pleno del Método Canguro (MC) y su práctica está presente en el 100% (n=42) de los casos. Cuando se trata de cesárea es la madre la encargada de realizar este primer contacto con el RN en un 28'6% (n=12) de los casos, frente al 57'1% (n=24) en los que la persona encargada de establecer el piel con piel inicial con el RN es el padre, y posteriormente con la madre, siempre dependiendo de cada caso personal y de la voluntad de la madre dependiendo del estado en el que se encuentre después del parto. Solo en un 2'4% (n=1) no se realiza el

contacto piel con piel en caso de cesárea, ya que al padre no se le permite entrar al área quirúrgica debido a la falta de espacio de esta área. (Anexo 1; Gráfico 1)

En los casos en los que no es posible realizar este cuidado con la madre, un 92'9% (n=39) de los casos se realiza con el padre frente al 7'1% (n=3) en que no se realiza.

Si analizamos por provincias desde cuando se realiza el MC, podemos observar que la provincia que lleva más tiempo realizando este cuidado es Barcelona, ya que un 35,7% (n=15) lleva más de 5 años. Cabe decir que es curioso que a pesar de ser la provincia en que los hospitales llevan más tiempo realizando este método, se puede observar con un 2'4% (n=1), que todavía hay hospitales que acaban de implementar este cuidado en sala de partos. Cabe decir que el 66'7% (n=28) de los casos totales llevan haciendo uso de esta práctica desde hace más de 5 años. (Anexo 1; Gráfico 2)

Según las matronas, la aceptación de los padres para efectuar el MC es muy buena en un 76'2% (n=32), buena en el 21'4% (n=9), y regular en un 2'4% de los casos (n=1).

En cuanto a si han notado diferencias socioculturales en relación a la práctica de este cuidado, un 64'3% (n=27) de matronas refiere que hay diferencias respecto a la aceptación de los padres según el país de procedencia. Generalmente los padres que peor lo aceptan son los de origen musulmán, árabe, pakistaní o africanos, ya que debido a su cultura no toleran poner al RN encima del torso desnudo sin antes haberlo limpiado. No obstante, la mayoría de las matronas coinciden en que gran parte de esta aceptación tiene que ver con la educación sanitaria que se les da a los padres y la explicación sobre la importancia de este cuidado para el RN. Refieren que en muchas ocasiones les falta motivación o se muestran poco receptivos debido también a las diferencias de edad entre los matrimonios o al pudor de los padres, en caso de cesáreas, para quitarse la ropa y mostrar el torso desnudo. Por lo tanto, si se lleva a cabo una buena educación sanitaria, en muchos de los casos acaban aceptando la realización de esta práctica.

Un 78,6% (n=33) de matronas refieren que el tiempo que se permite mantener al RN en posición canguro es igual o superior a 1 hora, un 11,9% (n=5) expresa que lo mantienen durante 1 hora y un 9,5% (n=4) reflejan que el tiempo máximo es entre media hora y tres cuartos. (Anexo 2; Tabla 1)

Se ha estudiado el grado de estimulación a los padres por parte del personal sanitario para mantener al RN en contacto piel con piel el máximo tiempo posible, siendo el resultado positivo en el 100% (n=42) de los casos. La matrona forma parte de esta educación sanitaria en un 63,5% (n=40), enfermería en un 23'8 (n=15) y el pediatra en un 12'7% (n=8). A pesar de las variaciones en cuanto a los profesionales encargados de la información sobre el cuidado piel con piel a los padres, se ha visto que la persona que propone iniciar este cuidado es la matrona en un 92'9% (n=39) de los casos y en un 7'1% (n=3) lo propone el equipo multidisciplinar, formado tanto por la matrona, como el pediatra, la enfermera o la auxiliar de clínica. Además coinciden en que en la mayoría de los casos los padres ya vienen concienciados desde el ambulatorio ya que la matrona de Atención Primaria siempre se encarga de informar a los padres y por lo tanto, es esta quien ofrece desde un principio la posibilidad de llevar a cabo este cuidado a la hora del parto.

El registro de la práctica del MC se lleva a cabo en un 57,1% (n=24) de los casos. De los que realizan un registro, el 23'8% (n=10) lo hacen en la historia clínica del niño o hoja de continuación. Un 33'3% (n=14) han tomado la iniciativa de realizar una hoja específica para el registro de este cuidado, correspondiente ésta a la hoja de cuidados post-parto. En el 42'9% (n=18) de los casos no se registra de manera habitual esta práctica, a pesar de ser considerado un cuidado enfermero. (Anexo 2; Tabla 2)

Un 76'2% (n=32) de las matronas encuestadas cree que es mejor realizar los cuidados rutinarios y profilácticos como la administración de la vitamina K o la aplicación de colirios mientras el RN está en contacto piel con piel, por lo tanto, en estos casos se aplican todos los cuidados posibles con el RN encima de la madre, menos la determinación del peso y la talla.

En un 97'6% (n=41) de los hospitales se promueve la lactancia materna como modo de alimento principal al RN, potenciando así los casos en los que se lleva a cabo el MC, frente a un 2'4% (n=1) que no promueve la lactancia materna y son conscientes que van muy atrasados en cuanto a la educación sanitaria referente a este aspecto.

En un 100% (n=42) de los casos, las matronas afirman que se da una mejor evolución de los RN que llevan a cabo este primer contacto piel con piel y que por lo tanto, tanto la madre como el bebé se benefician de esta práctica, notando mejora sobre todo en el inicio de la lactancia materna, regulación de temperatura del RN, mejor adaptación del bebé a la vida extrauterina y mayor estabilidad hemodinámica, mayor tranquilidad en caso de excitación del RN, y aumento del vínculo materno-infantil. A pesar de que hay evidencias científicas de que el contacto piel con piel es beneficioso tanto para el RN como para la madre, las matronas coinciden en que la evolución del RN es difícil de valorar desde sala de partos, ya que como mucho el bebé y la madre permanecen en ésta por un máximo de 2 horas y después son llevados a planta, dónde se observa mucho mejor esta evolución.

En un 50% (n=21) de los casos esta práctica está protocolizada, en un 7'1% (n=3) la implementación de un protocolo está en proyecto de realizarlo y las matronas están luchando por ello, y por último un 42'9% (n=18) no dispone de un protocolo establecido para este método. (Anexo 1; Gráfico 3)

Discusión

Desde hace años, las unidades de neonatología están tratando de introducir los cuidados centrados en el desarrollo, que pretenden mejorar el desarrollo del neonato a través de intervenciones especiales, entendiendo al recién nacido (RN) y a su familia como una unidad^{25,26}.

En nuestro país, el Método Canguro (MC) se utiliza de manera complementaria a la incubadora. No es muy utilizado en las unidades neonatales españolas ya que solamente un 10% de las unidades tienen las puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades ponen dificultades para el contacto físico entre padres e hijos²⁵.

Debido a los conocimientos cada vez mayores sobre la aplicación de éste cuidado, los padres consideran esta técnica como una experiencia positiva y, según los resultados de este estudio, queda comprobado que a pesar de la gran diversidad de culturas que conviven hoy en día en Cataluña, la aceptación de los padres sobre el método está relacionada en la mayoría de ocasiones con la educación sanitaria que reciben por parte del equipo sanitario que asiste al parto, y en la cual enfermería, juega un papel muy importante.

A pesar de ser un cuidado más del desarrollo del RN, se carece de registro en muchos casos y por lo tanto, se impide así mejorar la calidad de éste. Asimismo, su protocolización también es escasa, todavía no se implanta este cuidado de forma protocolizada en gran parte de hospitales de Cataluña, sino que se lleva a cabo como una técnica rutinaria que se practica o no atendiendo a las circunstancias en las que se produzca el parto y la voluntad de los padres en ese momento.

En definitiva, el método madre canguro es una estrategia de práctica humanizada de atención neonatal que permite una utilización más racional y económica de los recursos técnicos y científicos necesarios para el cuidado los RN prematuro o a término²⁷. Todos los cuidados que favorezcan el desarrollo del neonato durante el ingreso facilitarán la adecuada organización cerebral y la evolución posterior^{28, 29, 30}.

“El método Madre Canguro carece de límites y puede aplicarse, de forma precoz, a todos los neonatos de todos los países del mundo” (Nathalie Charpak).

Si se intentan comparar los resultados obtenidos en este proyecto de investigación con otros estudios realizados anteriormente, vemos que la mayoría de estudios sobre el MC se centran en RN prematuros y no en RN a término. Esto implica que el estudio presenta una importancia relevante a nivel de Cataluña, ya que queda comprobado el grado de implementación de este cuidado en esta comunidad autónoma.

Por lo tanto, se sugiere continuar realizando estudios sobre el MC en Cataluña para comprobar la evolución de este cuidado, ya que es fácil de utilizar y muy beneficioso para todas las partes implicadas.

12.5 Referencias bibliográficas

1. J. Figueras Aloy, A. García Alix, A. Alomar Ribes, D. Blanco Bravo, M. T. Esqué Ruiz, J. R. Fernández Lorenzo. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. *Anales de Pediatría*; Vol. 55 (2): 141-145.
2. M. Sánchez Luna, C.R. Pallás Alonso, F. Botet Mussons, I. Echániz Urcelay, J.R. Castro Conde, E. Narbona, Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Asociación Española de Pediatría. An Pediatr.* 2009; Vol. 71 (4): 349-61.
3. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. Guía práctica Método Canguro. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2004 [Consultado el 23 de Marzo del 2015].
Disponible en:
https://books.google.es/books?id=Zb_DIOxFcTgC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud+Organizacion+Mundial+de+la+Salud+OMS+Organizaci%C3%A7%C3%A3o+Mundial+da+Sa%C3%BAde%22&hl=es&sa=X&ei=0a7TVLXsNZLgaJDhgaAE&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
4. De las Heras Madueño, E; Jaraba Caballero, P; Moreno Pozo, I; Párraga Quiles, J; Osuna Ríder, R, del Río Obejo, L; Rivero Arellano, F; Ruiz González, D; Tena Díaz, F; Toro Santiago, J. Método madre canguro. Guía para padres [Internet]. Hospital Universitario Reina Sofía: Consejería de Salud de Andalucía. [Consultado el día 15 de Noviembre del 2014].
Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/pediatrica/metodo_madre_canguro.pdf
5. Cabrejas de Rojas L, Ureta Velasco N. Método madre/padre canguro. *Asociación Española de Pediatría*; [Publicado el 23/02/14; revisado por última vez el 5/03/14]. Disponible en:
<http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/metodo-madrepadre-canguro>
6. Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr.* 1998; 48: 631-633.

7. Rey ES, Martínez HG. Manejo racional del niño prematuro. Proceedings of the Conference I Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Bogotá, Colombia, 1981;137-151.
8. Anisfeld F, Lipper E. Early contact, social support and mother-infant bonding. Pediatrics 1983; 72:79-83.
9. Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustequi A, De la Fuente P y cols. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr 1992; 81:448-493.
10. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336:1105-1107.
11. H. Varendi, R.H. Porter, J. Winberg. Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet, 344 (1994), pp. 989-990.
12. K. Mizuno, N. Mizuno, T. Shinohara, M. Noda. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. Acta Paediatr, 93 (2004), pp. 1640-1645.
13. Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos en recién nacidos a término. An Esp Pediatr. 1998; 48: 631-633.
14. Varendi H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet. 1994 Oct 8; 344(8928):989-890.
15. L. Righard. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet, 336 (1990), pp. 1105-1107.
16. A. Gómez Papi, T. Baiges, M.T. Batiste, M.M. Marca, A. Nieto, R. Closa. Método canguro en la sala de partos. An Esp Pediatr, 48 (1998), pp. 631-633.
17. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statment. World Health Organization 1989.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Resumen]; 2008 [Consultado el 19 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/buscador/iniciar.do>

19. UNICEF [Internet]. Derechos del niño hospitalizado. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 13 mayo de 1986 [Consultado el 1 de Enero del 2015].
20. Cordero Ayala H. (2010) Elaboración de Proyecto de investigación cuantitativa. [página web]. Consultado el 17 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.une.edu.pe/dev/investigacion.pdf>
21. Catálogo Nacional de Hospitales 2014 publicación completa en formato pdf [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [actualizado 31 de diciembre 2014; citada 4 enero del 2015]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/eu/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
22. Estimación del tamaño de una muestra significativa de una población. [página web]. [Consultado el 26 de Noviembre del 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/tutor03770/estimacion-tamao-de-la-muestra>
23. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr* may 2005; 94 (5): 514-22.
24. Estrany Cuéllar, S., Fernández Lalueza, C., & Galdeano Escuder, P. (2009). Situación actual de método canguro en España. *Metas de Enfermería*, 12(3), 50-54. Consultado el 22 de noviembre del 2014.
25. Sizun J, Ratynski N, Mambrini C. Implanter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatale: pourquoi, comment? *Arch Pédiatr*. 1999, 6: 434-439.
26. Westrup B, Bohm B, Lagercrantz H, Stjernqvist K. Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according to the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Acta Paediatr*. 2004; 93: 498-507.
27. Ministerio de Sanidad y política social [Internet]. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid; 2010 [Consultado el 10 de Febrero del 2015].
28. Field TM. Interventions for premature infants. *J Pediatr*. 1996; 109: 183-191.
29. Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25: 691-703.

30. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal. An Esp Pediatr. 1998; 49: 495-498.

12.6 Anexo 1. Gráficos

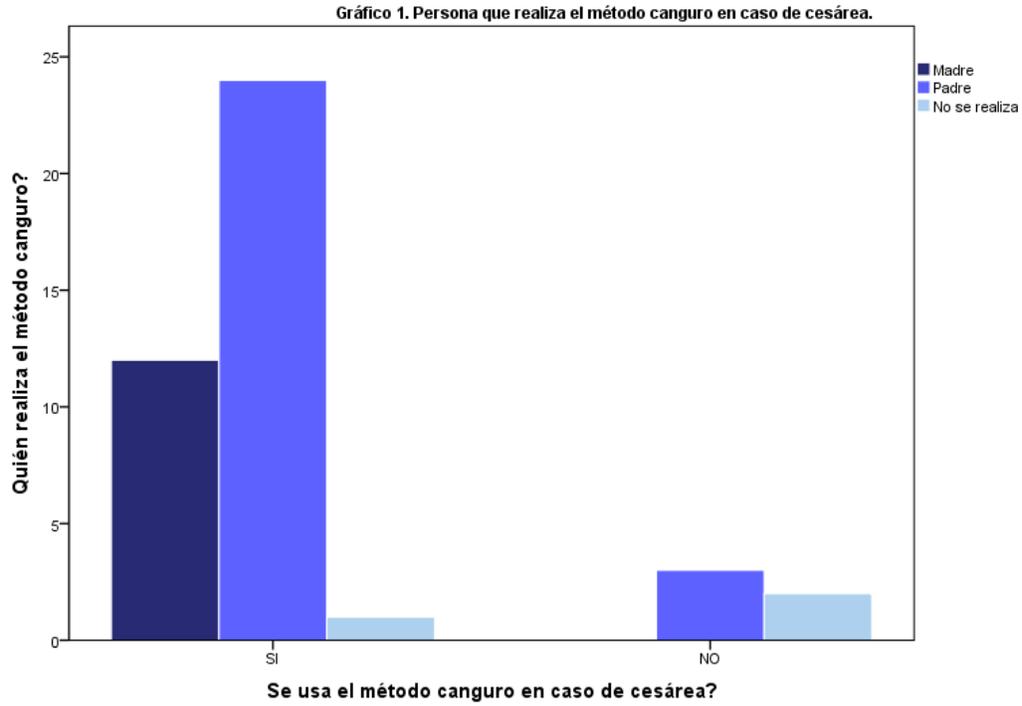
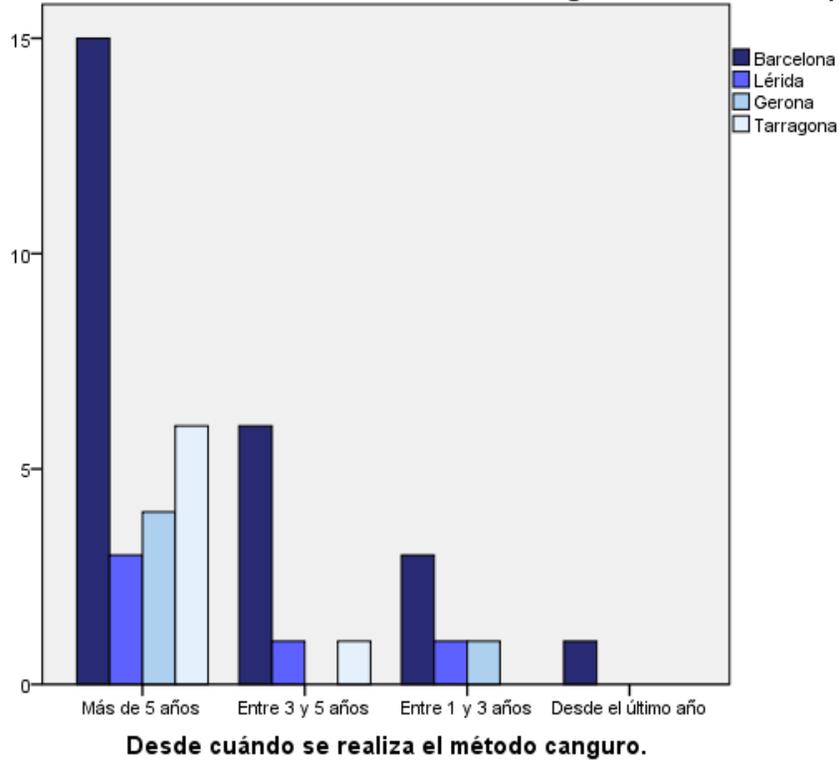
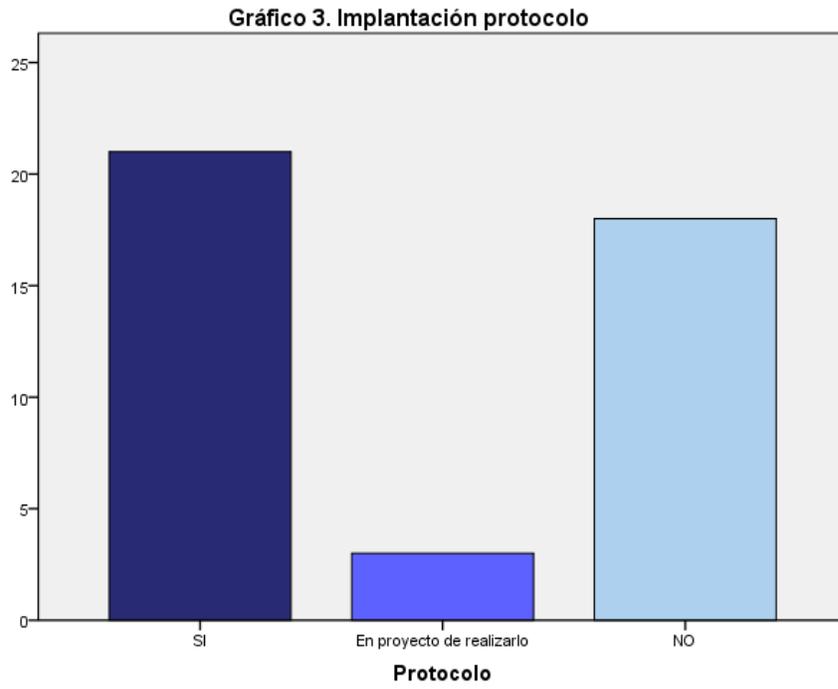


Gráfico 2. Años de realización del método canguro en relación a la provincia.





12.7 Anexo 2. Tablas

TABLA 1. TIEMPO QUE SE REALIZA EL MÉTODO CANGURO EN SALA DE PARTOS.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Más de una hora	33	78,6	78,6	78,6
Una hora	5	11,9	11,9	90,5
De media hora a tres cuartos de hora	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	

TABLA 2. LUGAR DE REGISTRO MÉTODO CANGURO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Historia clínica del niño/hoja de continuación	10	23,8	23,8	23,8
Hoja específica	14	33,3	33,3	57,1
No se registra	18	42,9	42,9	100,0
Total	42	100,0	100,0	

13. Anexos

13.1. Anexo 1- Cronograma proyecto

ETAPAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	
JUSTIFICACIÓN PROYECTO	Elección tema y título	Octubre	
	Justificación tema e importancia	Octubre	
DISEÑO PROYECTO	Esquema proyecto	Octubre	
	Elementos (hipótesis, objetivos...)	Noviembre	
	Diseño metodológico	Noviembre	
	Revisión bibliográfica	Octubre	Noviembre
DESARROLLO PROYECTO	Elaboración marco teórico	½ Nov	Diciembre
	Elaboración instrumentos	Noviembre	
	Contacto con los informantes	Diciembre	
	Recolección de datos	Diciembre	Enero
	Procesamiento y análisis datos	Enero	
	Redacción borrador trabajo final	Enero	Febrero
	Revisión y corrección borrador	Febrero	
ARTÍCULO	Selección revista	Diciembre	
	Redacción artículo	Marzo	Abril
	Revisión y corrección artículo	Mayo	
PRESENTACIÓN Y DEFENSA	Entrega trabajo final	Marzo	
	Entrega artículo	Mayo	
	Defensa trabajo final	Junio	

13.2. Anexo 2- Fórmula muestra significativa

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 - p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

¿A cuántas personas tendría que estudiar de una población de 15.000 habitantes para conocer la prevalencia de diabetes?

Seguridad = 95%; Precisión = 3%; proporción esperada = asumamos que puede ser próxima al 5% ; si no tuviese ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor p = 0.5 (50%) que maximiza el tamaño muestral.

$$n = \frac{15.000 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 (15.000 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 200$$

Según diferentes seguridades el coeficiente de Z_{α} varía, así:

- Si la seguridad Z_{α} fuese del 90% el coeficiente sería 1.645
- Si la seguridad Z_{α} fuese del 95% el coeficiente sería 1.96
- Si la seguridad Z_{α} fuese del 97.5% el coeficiente sería 2.24
- Si la seguridad Z_{α} fuese del 99% el coeficiente sería 2.576

13.3. Anexo 3- Carta de presentación hospital

Trabajo de fin de grado

Catalunya, 35-43002 Tarragona | Teléfonos de contacto: 645750155/617368733 |

Correo electrónico: carolina.fernandezv@estudiants.urv.cat/m.casanovaspachon@gmail.com

[Fecha de envío]

[Nombre del destinatario]

[Cargo]

[Hospital]

[Dirección]

[Ciudad, Calle, Código postal]

Apreciado/a [Destinatario]:

Somos María Casanovas Pachón y Carolina Fernández Vázquez, estudiantes de 4º de enfermería de la Universidad Rovira y Virgili de la ciudad de Tarragona. El motivo por el cual nos ponemos en contacto con usted, es debido a la realización de nuestro proyecto de investigación de final de grado. El hospital ha sido seleccionado de forma aleatoria, dentro de una muestra significativa de todos los hospitales de Cataluña, tanto públicos como privados, que disponen actualmente de servicio de Obstetricia.

El tema de nuestro proyecto de investigación es el contacto piel con piel en recién nacidos a término durante el puerperio inmediato y el objetivo que persigue es identificar los hospitales de Cataluña que utilizan dicho método y conocer de qué forma lo llevan a cabo, así como si se lleva a cabo un registro de éste o se dispone de un protocolo específico. Con el propósito de alcanzar nuestro objetivo, hemos realizado una encuesta de 22 ítems dónde se recoge la información necesaria para ello.

Sería de gran ayuda la participación del hospital para desarrollar nuestro proyecto de investigación, y por este motivo les pediríamos su participación en él de forma voluntaria.

Muchas gracias por atendernos amablemente y permitirnos robarle su tiempo para responder a nuestra encuesta.

Atentamente,

María Casanovas Pachón – Carolina Fernández Vázquez

13.4. Anexo 4- Encuesta hospitales sobre el contacto piel con piel

1. Provincia:

2. Nombre del hospital:

3. Número de partos que se asisten a diario:

- 1-5
- 6-10
- >10

4. Nombre de camas disponibles para las parteras:

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- >30

5. Equipo asistencial que atiende el parto:

- Matrona
- Ginecólogo
- Auxiliar enfermería
- Enfermera
- Anestesista
- Residentes
- Pediatra
- Equipo multidisciplinar

6. ¿Conocen el método canguro o el cuidado piel con piel?

- SI
- NO

7. ¿Se aplica esta técnica en el niño a término?

- SI
- NO
 - La política del hospital
 - Personal no cualificado
 - Desconocimiento de la organización
 - Falta de tiempo
 - Infraestructura inadecuada
 - Otros

8. ¿Se aplica este cuidado tanto si es parto vaginal como cesaría?

- SI
- NO

9. ¿Si se realiza cesaría con quien se realiza el método canguro?

- Madre
- Padre
- Otro familiar
- No se realiza

10. ¿Si no es posible realizar este cuidado con la madre, se realiza con otra persona?

- Con el padre
- Otro familiar
- NO

11. ¿Cuánto tiempo hace que realizan esta técnica?

- Más de 5 años
- Entre 3 y 5 años
- Entre 1 y 3 años
- Desde el último año

12. ¿Cómo aceptan los padres la realización de este cuidado?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- Mal

13. ¿Han notado que la realización o no de este cuidado está relacionada con diferencias socioculturales?

- SI (especificar)
- NO

14. ¿Durante cuánto tiempo se permite mantener él bebe en posición canguro?

- Más de una hora
- Una hora
- De media hora a tres cuartos de hora

15. ¿Se estimula a los padres para que mantengan este cuidado canguro el mayor tiempo posible?

- SI
- NO

16. ¿Quién propone iniciar este cuidado?

- Enfermeros
- Pediatras
- Equipo multidisciplinar
- Matrona
- Padres

17. ¿Se realiza algún registro del método?

- SI
 - Historia clínica del niño/hoja de continuación
 - Gráfica de enfermería
 - Hoja específica
- NO

18. ¿Dispone la unidad de un protocolo específico para el método canguro?

- SI
- En proyecto de realizarlo
- NO (no está pensado llevarlo a cabo inminentemente)

19. ¿Quién se encarga de la educación sanitaria de los padres sobre el método?

- Enfermeros
- Pediatras
- Equipo multidisciplinar
- Matrona

20. ¿Es un hospital promotor de la lactancia materna y por lo tanto, ésta se complementa con el Método Canguro?

- SI
- NO

21. ¿Las enfermeras continúan realizando sus cuidados habituales mientras el bebé está en posición canguro?

- SI
- NO

22. ¿Han notado una mejor evolución en los bebes que realizan el método canguro con respeto a los que no se les hace?

- No aporta beneficios
- Mejor evolución

13.5. Anexo 5 - Tablas

TABLA 1. NÚMERO DE PARTOS DIARIOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 1 y 5 partos	34	81,0	81,0	81,0
	Entre 6 y 10 partos	5	11,9	11,9	92,9
	Más de 10 partos	3	7,1	7,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 2. NÚMERO DE CAMAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 1 y 10 camas	13	31,0	31,0	31,0
	Entre 11 y 20 camas	14	33,3	33,3	64,3
	Entre 21 y 30 camas	10	23,8	23,8	88,1
	Más de 30 camas	5	11,9	11,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 3. MATRONA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	41	97,6	97,6	97,6
	NO	1	2,4	2,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 4. GINECÓLOGO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	37	88,1	88,1	88,1
	NO	5	11,9	11,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 5. AUXILIAR DE ENFERMERÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	19	45,2	45,2	45,2
	NO	23	54,8	54,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 6. ENFERMERÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	9	21,4	21,4	21,4
	NO	33	78,6	78,6	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 7. ANESTESISTA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	5	11,9	11,9	11,9
	NO	37	88,1	88,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 8. RESIDENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	12	28,6	28,6	28,6
	NO	30	71,4	71,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 9. PEDIATRA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	6	14,3	14,3	14,3
	NO	36	85,7	85,7	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 10. CONOCIMIENTO DEL MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	42	100,0	100,0	100,0

TABLA 11. RELACIÓN USO MÉTODO CANGURO EN CESÁREA Y PERSONA CON EL QUE SE REALIZA

			Quién realiza la técnica			Total
			Madre	Padre	No se realiza	
Uso de método en caso de cesárea	SI	Recuento	12	24	1	37
		% del total	28,6%	57,1%	2,4%	88,1%
	NO	Recuento	0	3	2	5
		% del total	,0%	7,1%	4,8%	11,9%
Total		Recuento	12	27	3	42
		% del total	28,6%	64,3%	7,1%	100,0%

TABLA 12. EN EL CASO DE QUE NO SE REALICE ESTE CUIDADO CON LA MADRE, ¿CON QUIÉN SE REALIZA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con el padre	39	92,9	92,9	92,9
	No se realiza	3	7,1	7,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 13. AÑOS DE REALIZACIÓN DEL MÉTODO CANGURO EN RELACIÓN A LA PROVINCIA

			PROVINCIA				Total
			Barcelona	Lérida	Gerona	Tarragona	
TIEMPO	Más de 5 años	Recuento	15	3	4	6	28
		% del total	35,7%	7,1%	9,5%	14,3%	66,7%
	Entre 3 y 5 años	Recuento	6	1	0	1	8
		% del total	14,3%	2,4%	,0%	2,4%	19,0%
	Entre 1 y 3 años	Recuento	3	1	1	0	5
		% del total	7,1%	2,4%	2,4%	,0%	11,9%
	Desde el último año	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	2,4%	,0%	,0%	,0%	2,4%
Total		Recuento	25	5	5	7	42
		% del total	59,5%	11,9%	11,9%	16,7%	100,0%

TABLA 14. ACEPTACIÓN DE LOS PADRES FRENTE AL MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy bien	32	76,2	76,2	76,2
	Bien	9	21,4	21,4	97,6
	Regular	1	2,4	2,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 15. DIFERENCIAS SOCIOCULTURALES FRENTE AL MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	27	64,3	64,3	64,3
	NO	15	35,7	35,7	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 16. TIEMPO QUE SE REALIZA EL MÉTODO CANGURO EN SALA DE PARTOS.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Más de una hora	33	78,6	78,6	78,6
	Una hora	5	11,9	11,9	90,5
	De media hora a tres cuartos de hora	4	9,5	9,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 17. TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL MÉTODO CANGURO EN LOS HOSPITALES QUE SIEMPRE LO USAN.

			MC en todos los partos.		Total
			SI	NO	
TIEMPO	Más de una hora	Recuento	29	4	33
		% del total	69,0%	9,5%	78,6%
	Una hora	Recuento	5	0	5
		% del total	11,9%	,0%	11,9%
	De media hora a tres cuartos de hora	Recuento	3	1	4
		% del total	7,1%	2,4%	9,5%
Total	Recuento		37	5	42
	% del total		88,1%	11,9%	100,0%

TABLA 18. LUGAR DE REGISTRO MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Historia clínica del niño/hoja de continuación	10	23,8	23,8	23,8
	Hoja específica	14	33,3	33,3	57,1
	No se registra	18	42,9	42,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 19. REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS HABITUALES DURANTE EL MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	32	76,2	76,2	76,2
	NO	10	23,8	23,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 20. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA JUNTO AL MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	41	97,6	97,6	97,6
	NO	1	2,4	2,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 21. EVOLUCIÓN RECIÉN NACIDO CON LA APLICACIÓN O NO DEL MÉTODO CANGURO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mejor evolución	42	100,0	100,0	100,0

TABLA 22. IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	21	50,0	50,0	50,0
	En proyecto de realizarlo	3	7,1	7,1	57,1
	NO	18	42,9	42,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0	