

Escola Superior Ciències de la Salut

Tecnocampus Mataró-Maresme

2013-2014

Proposta formativa per a professionals d'infemèria en neonatologia de com educar als familiars sobre el mètode cangur

Treball final de grau

**Escola Superior
de Ciències de la Salut**

Centre adscrit a la



Mònica Ramos Villanueva

Tutora: Griselda Manzano Monfort

Assignatura: Treball fi de grau II

4t Infermeria

RESUM

Introducció: En aquest treball es parla del mètode mare cangur, un mètode que forma part de les cures centrades en el desenvolupament que s'apliquen als recent nascuts prematurs. Les quals centren la seva atenció, entre d'altres, en la implicació familiar. És aquí on els professionals d'infermeria tenen un paper important, es vol promoure aquest rol, en la fomentació i educació del mètode cangur.

Objectius: Objectiu general, crear una proposta formativa per als professionals d'infermeria de neonatologia, de l'hospital de Mataró, sobre com educar als pares respecte el mètode cangur. Objectius específics: Formar professionals d'infermeria del MMC, en la unitat de neonatologia de l'Hospital de Mataró, donar habilitats comunicatives als professionals d'infermeria de la unitat de neonatologia de l'Hospital de Mataró i elaborar un tríptic informatiu del MMC per als pares dels nadons prematurs.

Mètode: Per dur a terme els objectius plantejats s'ha creat una proposta formativa que consta d'una sessió de 5h dividida en dos bloc. El primer bloc on es fa una pluja d'idees sobre el MMC i posteriorment una explicació teòrica que inclou els punts següents: CCD, definició MMC, beneficis, com es realitza i requisits necessaris. El segon bloc es parla de l'educació sanitària i la comunicació, on es plantegen diferents situacions de rol-playing conjuntament amb explicacions teòriques de com realitzar una bona entrevista educativa. Per avaluar la proposta formativa s'han creat dues enquestes una per a professionals i l'altre per als pares dels RN.

Conclusions: Importància del paper d'infermeria en la realització i seguiment del MMC i la necessitat d'estar formats respecte els coneixements teòrics del MMC i de com transmetre aquesta informació als pares.

Paraules Claus: mètode cangur, formació, professionals d'infermeria, educació sanitària.

ABSTRACT

Introduction: In this project we talk about the kangaroo method. This method is part of the development cares applied to premature newborns. It focuses, among other, on the implication of the family. In these cases nurses have an important role to motivate and provide education to the parents about the kangaroo method

Objectives: The general objective is to create a training proposal for neonatal nurses in the Hospital of Mataró about how to educate parents regarding the kangaroo method (KM). The specific objectives are training nurses of KM in the neonatal unit at the Hospital of Mataró, providing communication skills to nursing professionals in the neonatal unit at the Hospital of Mataró and producing a factsheet for parents of kangaroo method of premature infants.

Method: In order to achieve the objectives, we have created a training proposal consisting in a session of 5 hours divided in 2 blocks. The first block is a brainstorm about the KM and then an explanation that includes: developmental care in newborns, KM definition, benefits, how to perform KM and requirements. In the second part we talk about health education and communication, where some situations of role-playing with theoretical explanations of how to make a good education interview are suggested. To evaluate this proposal training, we created two surveys, one for the nurses and the other for the newborns' parents.

Conclusions: The important role of nurses in the implementation and monitoring of the kangaroo method and the need to be trained with theoretical knowledge about KM and how to transmit this information to the parents.

Key words: kangaroo method, training, nurses, health education.

INDEX

1.Introducció	4
1.1 Justificació	8
2. Objectius	12
3.Mètode	13
3.1 Descripció del centre al que s'aplicaria el treball	13
3.2 Descripció de l'activitat	13
3.3Desenvolupament de la proposta	15
3.4 Avaluació	19
3.5 Limitacions	21
4.Conclusions i recomanacions per a praxis futures	21
5.Implicacions potencials per a la pràctica professional	22
6.Bibliografia	23
7.Annex	26

1.INTRODUCCIÓ

Els recent nascuts (RN) prematurs són aquells que han nascut abans de la 37 setmana de gestació (SG) o abans dels 259 dies contats a partir del primer dia de la última regla. Dins de la prematuritat trobem tres subcategories:

- Prematur moderat → nascut entre la 32 SG i abans de complir la 37 SG.
- Prematur extrem → nascut entre la 28-32 SG.
- Prematur molt extrem → nascut abans de la 28 SG. ^{1,2}

Segons un informe² realitzat per la Organització Mundial de la Salut (OMS) el 2012 més de 15 milions de nadons neixen prematurament cada any al món, és a dir, més de 1 de cada 10 nascuts entre ells i més d'un milió mor per complicacions derivades dels naixements prematurs.

A Espanya, segons dades del Institut nacional d'estadística del 2012 es van produir 454.648 naixements, dels quals 6,4%, uns 29.122 van ser prematurs³ i pel que fa a Catalunya, el 7,3% segons l'informe d'indicadors de salut perinatal del 2012⁴. En l'informe de la OMS, esmentat anteriorment s'entreveu un augment de la taxa de prematurs arreu del món, essent un dels principals problemes de morbiditat infantil. No és únicament en els països en desenvolupament, sinó en els ja desenvolupats també, ja sigui per diferents causes².

Causes de l'augment de la taxa de prematurs	
Països desenvolupats	Països en desenvolupament
-Edat avançada de la mare	-Infeccions
-Més tractaments fertilitzants	-Embarassos en adolescents
-Embarassos múltiples	-Males condicions socioambientals/ sanitàries
-Patologies de la mare	-Patologies de la mare.
-Cesàries	

Malgrat aquest augment de prematurs arreu del món, s'observa una gran diferència pel que fa a la supervivència d'aquests RN, depenent de si han nascut en països en desenvolupament o en països ja desenvolupats. Això és degut a les grans desigualtats que hi ha en quant a recursos disponibles, ja no només a nivell material sinó també de professionals. Els diferents avenços tecnològics que s'han aplicat a la sanitat han facilitat el tenir cura d'aquests nadons més immadurs, sobretot en els nascuts extremadament prematurs.

Al ser nadons que han nascut abans d'hora, no estan preparats per adaptar-se a la vida extrauterina degut a la immaduresa dels seus òrgans i sistemes (respiració, control de temperatura, digestió, metabolisme...). Aquest fet comporta que siguin més vulnerable a les malalties i als agents externs, com poden ser les condicions ambientals. Per tant, seran necessàries l'aplicació de cures especials que es duren a terme a la unitats de cures intensives neonatals¹ (UCIN).

Amb el pas dels anys, les maneres de tenir cura d'aquests nadons de risc han anat evolucionant. Tot i les grans millores que s'han produït, encara s'observa una preocupació sobre el desenvolupament neurosensorial i emocional d'aquests prematurs, ja que s'ha estudiat que els recent nascuts prematurs tenen un major risc de patir trastorns de comportament, d'integració i d'aprenentatge que els nascuts a terme. Per aquest motiu, a les UCIN s'estan introduint les cures centrades en el desenvolupament⁵ (CCD).

Les CCD, segons un article d'anales de pediatria⁶, estan definides com un sistema de cures pel RN prematur que tenen per objectiu afavorir el desenvolupament neurosensorial i emocional d'aquest. El nucli principal d'aquests tipus de cures es basa en la reducció de l'estrès, la pràctica d'intervencions que recolzin el RN i el reconeixement de la família com a una referència permanent en la vida dels nens. Comprèn intervencions dirigides a millorar el macroambient (llums, sorolls...) i el microambient (postures, manipulacions, dolor...) sempre procurant la participació dels pares en les cures del nounat. Per tal de poder garantir aquestes cures és important un canvi d'actitud dels professionals que s'hauran d'adaptar a un canvi de paradigma assistencial, on el RN i la família passen a ser el centre d'atenció.

Els objectius de les CCD són: reduir els factors ambientals estressants, estructurar les activitats de cura en resposta de les conductes del nadó i una major implicació per la família. Per dur a terme aquests objectius s'han desenvolupat diferents estratègies d'intervenció:

- Modificacions macroambientals: on s'inclouen intervencions sobre els factors externs: reduir la llum, el soroll i la concentració d'activitats a la UCIN.
- Modificacions microambientals: s'inclouen el maneig postural, de manipulacions del recent nascut i el maneig del dolor.
- Augment de la implicació familiar: promoure la participació dels pares en el tenir cura dels seus nadons, establir horaris de visita lliures en la unitat.

Un dels mètodes que s'adapta molt bé a totes aquestes intervencions és el mètode cangur^{7,8,9}.

El programa NIDCAP (*New born individualized developmental care and assessment*), que s'engloba dins de les CCD, segons un article⁷ fet per infermeres de la unitat neonatal del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau és un programa d'intervenció, conduït per professionals entrenats en neurodesenvolupament basat en observacions formalitzades del nadó abans, durant i després dels procediments de tenir cura. Les cures per tant seran administrades a partir de la capacitat de cada nadó en relacionar-se amb l'entorn i no tant en funció dels protocols ja pre-establerts⁹.

EL MÈTODE CANGUR

El mètode mare cangur (MMC) es defineix, segons la OMS, com el contacte pell amb pell entre la mare i el recent nascut prematur el més precoç, continu i perllongat possible amb lactància materna perquè mare i fill es beneficiïn dels seus avantatges¹⁰.

Els primers en adoptar aquest mètode al 1979 van ser els Doctors Rey i Martínez a Bogotà (Colòmbia), on es va desenvolupar per la falta d'incubadores, ja que tenien més prematurs que incubadores, i un augment de la morbimortalitat d'aquests RN. Aquest fet va suposar que iniciessin un programa de tenir cura que consistia en el contacte pell a pell del RN entre els pits de la mare, alletament matern i l'alta precoç, continuada d'aquestes cures a domicili. Després d'aquesta experiència es va observar una disminució en les mortalitat d'aquests nadons i una millora en la morbiditat, cosa que va fer que aquest mètode s'adoptés en nombroses unitats de neonatologia de diferents països desenvolupats¹⁰.

A partir de diferents estudis s'ha demostrat que l'aplicació del MMC és beneficiós, tant pel nadó com per la família i pels hospitals. Segons un article de la Societat de pediatria del Canada¹¹ exposa que el MMC és un dels camins per humanitzar les experiències dels RN en les UCIN i que reporta diferents beneficis pel RN com són principalment: un augment en la temperatura corporal, estabilitat en els paràmetres de freqüència cardíaca i freqüència respiratòria, augment de períodes de son i vigila més tranquils, una disminució d'infeccions nosocomials i més facilitat de realització d'alletament matern. També hi ha una eficàcia del MMC per disminuir les respostes físiques i psicològiques al dolor del prematur. I sobretot un augment en la participació dels pares en la cura dels seus nadons. Un altre article de Renée Flacking¹² tracta de l'aproximació i separació dels RN a les UCIN, on afirma la importància d'aquesta aproximació física, emocional i l'empoderament del pares, que permetrà un millor desenvolupament del RN. Tot i això, també comenta que encara hi ha barreres arquitectòniques a les UCIN per poder acabar de desenvolupar el MMC de manera més segura

i beneficiosa pels pares, ja que ells mostren alts nivells de preocupació pel que fa a l'estat del seu fill, la falta de privacitat i confiança amb l'equip sanitari que vetlla pel seu nadó. En resum, és important també preparar als pares per què s'adaptin a aquestes noves situacions.

Els pares mostren emocions contradictòries al principi cosa que fa que dificulti la realització del MMC. Diferents articles^{13,14,15,16,17} manifesten la gran necessitat del paper d'infermeria per facilitar, animar i acompanyar als pares en aquesta nova situació, d'un nadó prematur, i a l'adaptació a la metodologia del mètode mare cangur. És molt important també que hi hagi un interès des de la direcció de l'hospital per donar suport als equips professionals encarregats de donar cures als RN.

Per últim un estudi del Breastfeeding medicine¹⁸ tracta de les barreres i oportunitats de fer MMC en prematurs en diferents UCIN. Una de les principals barreres que hi ha és la falta de definicions pel que fa a l'estabilitat clínica del nadó per començar amb el MMC, tot i que s'ha vist que depèn molt de cada centre quins són els valors d'edat, pes, pressió sanguínia, temperatura períodes d'apnea, FC i saturació d'oxigen que permeten definir una estabilitat clínica. Una altra barrera són les diferents polítiques dels hospitals pel que fa als horaris i les restriccions de visites a les unitats neonatals. Els diferents contextos culturals on pertanyen les famílies, la motivació per part de la família i de l'equip professional, el consens per l'aplicació del MMC i la falta d'informació als pares, en quin moment i de quina manera, són també barreres.

A Europa les CCD s'estan implementant en nombrosos països, són principalment els països nòrdics els que estan liderant aquest canvi. A Espanya, es van començar a implementar en el 1999 moment en el qual la presència dels pares a les unitats neonatals era testimonial. Més endavant amb els resultats de diferents estudis, s'observa com ja està implementat. Un estudi recent realitzat a Espanya⁶ posa de manifest que tot i la gran millora en l'aplicació de les CCD, encara hi ha petites limitacions que no acaben de permetre del tot la realització de les CCD. Pel que fa al mètode cangur, Espanya és un dels països que limita més la pràctica d'aquest. L'ús del MMC encara mostra una gran diferència entre les diferents unitats. La creació de protocols consensuats entre tots els professionals podria disminuir probablement aquestes diferències entre centres.

EDUCACIÓ SANITÀRIA

Dins de les funcions dels professionals d'infermeria hi ha la promoció i prevenció per la salut. Una de les millors maneres de fer-ho és a partir de l'educació per a la salut (EpS). Segons la

OMS¹⁹ és una combinació d'experiències d'aprenentatge dissenyades per ajudar als individus i a les comunitats a millorar la salut, mitjançant el augment dels seus coneixements i influir en les seves actituds. Una altra definició més completa proposada pel IV Grupo de Trabajo de la National on Preventive Medicine (Usa 1975)¹⁹ és: "La EpS és un procés que informa, motiva i ajuda a la població a adoptar y mantenir pràctiques i estils de vida saludables, propugna els canvis ambientals necessaris per facilitar els objectius, i dirigeix la formació professional i la investigació cap aquests mateixos objectius". On es defineixen els següents objectius de la EpS:

- Informar a la població
- Motivar a la població per canviar hàbits
- Ajudar a la població a adquirir coneixements i capacitats necessàries per mantenir l'hàbit i l'estil de vida saludable.
- Promoure ensenyament , formació i capacitació d'agents de EPS de la comunitat
- Investigar i millorar el coneixements previs perquè siguin més efectius.

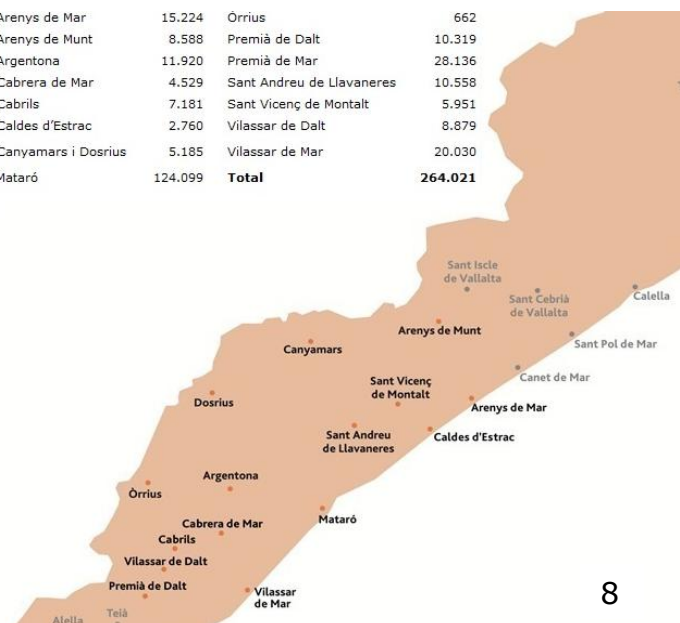
Els professionals d'infermeria com a agents d'EpS tenen un paper molt important en la societat i per tant amb aquest treball es vol formar als professionals d'infermeria per tal de que ells després siguin capaços de fer educació per la salut respecte

1.1 JUSTIFICACIÓ

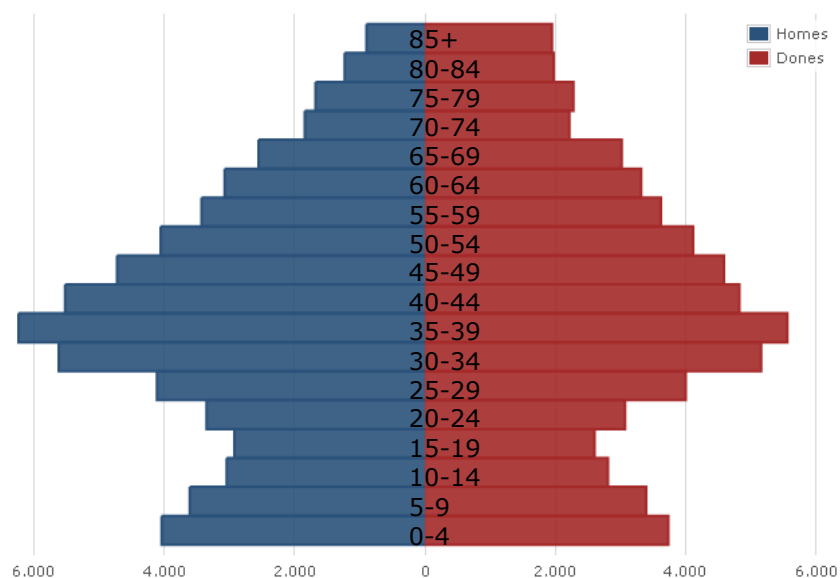
Per a poder crear la proposta formativa especificada, cal conèixer la població de referència del lloc on es vol implementar. Destacarem diferents dades epidemiològiques i sociodemogràfiques de la població de Mataró, ja que seran els receptors de la informació transmesa per les infermeres. Les dades són extretes del institut d'estadística de Catalunya²⁰.

L'Hospital de Mataró, és el centre d'atenció hospitalària d'aguts referent per a tot el Maresme Central, amb un total de 15 municipis i 264.021 d'habitants . Un 47% dels individus són de la capital, Mataró. S'agafarà la població de Mataró per tal de descriure el perfil dels habitants de l'àrea d'influència de l'Hospital de Mataró.²¹

Arenys de Mar	15.224	Orrius	662
Arenys de Munt	8.588	Premià de Dalt	10.319
Argentona	11.920	Premià de Mar	28.136
Cabrera de Mar	4.529	Sant Andreu de Llavaneres	10.558
Cabrils	7.181	Sant Vicenç de Montalt	5.951
Caldes d'Estrac	2.760	Vilassar de Dalt	8.879
Canyamars i Dosrius	5.185	Vilassar de Mar	20.030
Mataró	124.099	Total	264.021



➤ Piràmide poblacional de Mataró. 2013



Mataró l'any 2013, té una població de 124.099 habitants on destaquen els grups d'edat entre 30 i 44 anys, en el qual s'observa major presència del sexe masculí, en canvi a partir dels 50 hi ha més presència femenina on s'observa una gran diferència pel que fa l'esperança de vida dels homes i de les dones. S'entreveu un augment de la població infantil, per tant també un augment de naixements. Hi ha major població dependent <de 15 anys i >65 anys fet a contemplar. Hi ha un lleuger envelliment.

➤ Nacionalitat

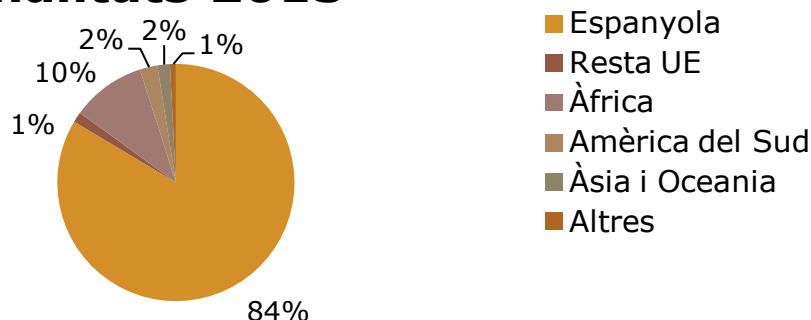
Edat	Espanyola			Estrangera			Total		
	Homes	Dones	TOTAL	Homes	Dones	TOTAL	Homes	Dones	TOTAL
0-14a	8.393	7.765	16.158	2.290	2.171	4.461	10.683	9.936	20.619
15-64a	34.094	34.184	68.278	8.918	6.660	15.578	43.012	40.844	83.856
>65a	8.042	11.214	19.256	148	220	368	8.190	11.434	19.624
TOTAL	50.529	53.163	103.692	11.356	9.051	20.407	61.885	62.214	124.099

Any

2013

Pel que fa al creixement demogràfic, Mataró ha crescut demogràficament gràcies a la població immigrant (nacionalitat espanyola o estrangera). Concretament, identifiquem un 16,4% de la població de nacionalitat estrangera, dada que s'haurà de tenir en compte a l'hora de transmetre la informació donada la variabilitat cultural. Dins de les diferents nacionalitats destaquen Àfrica, Amèrica del Sud i Àsia i Oceania.

Nacionalitats 2013



➤ Natalitat

- Nombre de parts segons edat mare i tipus de part

Edat	TIPUS DE PART									
	Natural				Cesària					
	A terme	Prematur	Noconsta	TOTAL	A terme	Prematur	Noconsta	TOTAL	Noconsta	TOTAL
< 15 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19a	11	1	0	12	1	0	0	1	2	15
20-24a	82	1	5	88	22	2	1	25	15	128
25-29a	181	8	6	195	57	11	2	70	24	289
30-34a	363	14	11	388	131	15	3	149	37	574
35-39a	293	15	4	212	94	18	2	114	15	341
40-44a	46	1	1	48	14	2	3	19	4	71
45-49a	1	0	0	1	0	2	0	2	0	3
>50a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	877	40	27	944	319	50	11	380	97	1.421

Any

2012

Pel que fa el nombre de parts al 2012, es van realitzar 1421 parts, dels quals 380 van ser cesàries i d'aquests el 13,2% van ser prematurs, a diferència dels parts naturals on el percentatge de és de un 4,2% prematurs.. Per tant s'observa diferència pel que fa el tipus de parts amb la prematuritat. Del total de parts un 6,3% van ser prematurs. Es confirma una major taxa de prematurs en les cesàries.

- Nombre de parts segons multiplicitat i maturitat

MATURITAT PART				
MULTICITAT PART	A terme	Prematur	No Consta	TOTAL
Simple	1.242	77	70	1.389
Dobles	13	18	0	31
Triples	0	1	0	1
Quàdruples o més	0	0	0	0
TOTAL	1.255	96	70	1.421

Any

2012

Segons la multiplicitat i la maturitat del part, podem extreure que el 97,8% dels parts han sigut simples i que només hi ha hagut un de triple. Dins dels parts simple el 5,5% han sigut prematurs per altra banda els parts dobles un 58,1% han sigut prematurs. Per tant és confirma

una de les causes de prematurs com són els embarassos múltiples. Fet que haurem de tenir present ja que potser que ens trobem una família amb dos nadons prematurs per tant s'hauran d'encarar de maneres diferents.

- Nascuts vius segons edat i nacionalitat de la mare

EDAT MARE	ESPANYOLA	ESTRANGERA	TOTAL
<15 anys	0	0	0
15-19a	9	6	15
20-24a	53	78	131
25-29a	175	122	297
30-34a	449	131	580
35-39a	274	75	349
40-44a	46	26	72
45-49a	1	2	3
>50a	0	0	0
TOTAL	1.007	440	1.447
Any			2012

Pel que fa el nombre de nascuts vius, s'observen diferències amb l'edat de la mare en relació amb la seva nacionalitat. En la nacionalitat espanyola es concentren els nascuts vius als grups d'edat de la mare de 30-34 anys amb un 44,6% i 35-39 anys amb un 27,2%. En el cas de mare de nacionalitat estrangera els nascuts vius es concentren en els grups d'edat de la mare entre 25-29 anys un 27,7% i un 29,7% amb l'edat de 30-34 anys. Dins de la nacionalitat estrangera predomina la africana amb una majoria que són del Marroc (227 nascuts vius) a part de Gambia i Senegal de Amèrica del Sud són de Bolívia i de Àsia i Oceania són de Xina. Dins d'aquests 16,4% de nacionalitat estrangera.

- Nascuts vius segons edat i nivell educatiu

Edat mare	NIVELL EDUCATIU				TOTAL
	1*	2*	3*	No consta	
<15 anys	0	0	0	0	0
15-19 anys	7	7	0	1	15
20-24 anys	55	57	3	16	131
25-29 anys	85	137	39	36	297
30-34 anys	67	255	213	45	580
35-39 anys	55	149	118	27	349
40-44 anys	20	26	18	8	72
45-49 anys	2	1	0	0	3
>50 anys	0	0	0	0	0
TOTAL	291	632	391	133	1447

ANY 2012 1*→ No sap llegir o escriure, sense estudis o estudis de primer grau, 2*→ EGB, ESO, Batxillerat i formació professional, 3*→ Formació Universitària

Segons dades del idescat un 20% té un nivell educatiu 1* i d'aquest 20% i 3% no sap llegir o escriure sent la majoria de nacionalitat estrangera. Per tant serà una petita limitació que ens podem trobar en el treball. És important saber quin nivell educatiu tenen les mares a l'hora de fer l'educació sanitària ja que poder necessitem una persona que ens pugui facilitar aquesta comunicació

Un cop feta la revisió bibliogràfica sobre el tema, estudiada la població de referència i amb la meua experiència prèvia de quan vaig realitzar pràctiques acadèmiques a la unitat de neonatologia de Mataró, he pogut observar que en cara queda molt de camí per recórrer en aquest àmbit i principalment pel que fa als coneixements dels professionals i de les famílies implicades.

És un mètode que es porta fent tota la vida, però sense acabar de posar noms i cognoms ni pautes concretes. Considero, que els professionals d'infermeria com agents de la EpS tenen un paper molt important i seria una bona idea realitzar una proposta formativa a aquests professionals de com han de ensenyar als pares sobre aquest mètode de la millor manera possible ja que, pels pares és un moment de grans conflictes interns. Atès que durant molt de temps han estat esperant l'arribada del seu fill i al final no ha sigut com esperaven, situació que implica que no se'l podran emportar a casa i haurà d'estar ingressat a la UCIN. Aquest fet comportar un canvi en la visió i l'experiència de ser pares i ens molts casos pot crear una situació de rebuig cap al nadó prematur i una alta preocupació per la debilitat del fill i del seu futur.

En resum, penso que és important la informació que és dóna com a professionals sanitaris sobre aquest mètode, donant èmfasis en el com es dóna i quin és el millor moment, ja que els pares, com he dit anteriorment, es troben en un moment difícil, i la realització del mètode cangur els pot beneficiar a augmentar el vincle pares-fill, a banda de molts més beneficis que quedaran plasmats al llarg del treball.

2.OBJECTIUS A DESENVOLUPAR

Objectiu General:

- ✓ Crear una proposta formativa per als professionals d'infermeria de neonatologia, de l'hospital de Mataró, sobre com educar als pares respecte el mètode cangur.

Objectius específics:

- ✓ Formar professionals d'infermeria del MMC, en la unitat de neonatologia al Hospital de Mataró.
- ✓ Donar habilitats comunicatives als professionals d'infermeria de la unitat de neonatologia de l'Hospital de Mataró
- ✓ Elaborar un tríptic informatiu del MMC per als pares dels nadons prematurs.

3. MÈTODE

Per a dur a terme els objectius del treball hem desenvolupat una acció formativa destinada a donar a conèixer i fomentar el mètode cangur entre els pares i mares de la unitat de neonatologia. Es formarà a un total de 6 infermeres que posteriorment seran les encarregades de realitzar l'educació sanitària.

3.1. Descripció del centre al que s'aplicaria el treball²¹

El centre on es vol desenvolupar la proposta és a l'Hospital de Mataró que forma part del Consorci Sanitari del Maresme (CSdM). El CSdM és una entitat pública que vol contribuir a la millorar de l'estat de salut de la població de la seva àrea d'influència i per això, ofereix una cartera de serveis adaptada a les necessitats i expectatives dels ciutadans en els diferents centres que el formen. Consta a part de l'atenció hospitalària d'aguts, amb atenció primària, atenció sociosanitària, atenció social i també atenció a la Salut Mental i Addiccions.

Ens centrarem en l'atenció hospitalària d'aguts, l'Hospital de Mataró, construït el 1999 amb una ampla cartera de serveis entre els quals destacarem la hospitalització convencional de pediatria, obstetrícia i ginecologia a part de l'hospitalització específica de neonatologia.

El nostre treball va enfocat a l'àrea neonatal, que consta de 22 bressols per nadons sans, que estaran a les habitacions de les mares i dins de la sala de nounats o *nursery* hi han 10 bressols per nounats patològics, 5 incubadores i un parell de respiradors. L'equip mèdic està format per 3 metges especialistes en neonatologia a part dels residents de pediatria que estiguin rotant per l'àrea neonatal. Pel que fa l'equip d'infermeria està format per 6 infermeres amb contracte fix, més les suplents, a part també de les auxiliars d'infermeria. A cada torn hi ha una auxiliar i dues infermeres, una està dins de la *nursery* i l'altra porta els nounats sans, cada mig mes van rotant. Al torn de nit només hi ha una infermera i una auxiliar.

L'àrea neonatal de Mataró només té capacitats per rebre nadons prematurs a partir de 32 setmanes de gestació. Aquells nadons nascuts a l'Hospital de Mataró amb menys de 32 SG són traslladats a hospitals de tercer nivell com ara la Vall d'Hebron o el Sant Joan de Déu. Per a tenir una idea a l'Hospital de Mataró s'atenen aproximadament uns 1.600 parts a l'any.

3.2 Descripció de l'activitat

Per començar ens posarem en contacte amb la cap d'infermeria de neonatologia de l'Hospital de Mataró per explicar la proposta formativa, posteriorment es procedirà a la selecció i difusió

de les infermeres de neonatologia amb contracte fix, les quals entraran a la proposta formativa. Finalment mitjançant un correu electrònic es confirmarà dia i hora definitiu de la sessió formativa.

La finalitat de l'activitat formativa és formar a les infermeres per ser capaces de fer educació sanitària i fomentar el mètode cangur. Per aconseguir aquesta formació de les infermeres de neonatologia de l'hospital de Mataró, es realitzarà una sessió formativa la qual consta de una presentació i de dos blocs. En el primer bloc s'explicarà que és el MMC, com s'ha de fer, beneficis... és a dir teoria i en el segon bloc serà la part més pràctica on també s'explicarà quina és la millor manera per educar i com comunicar-se amb els pares sobre el MMC.

A continuació hi ha una fitxa on s'explica de manera esquemàtica el contingut i la dinàmica de la sessió.

FITXA SESSIÓ FORMATIVA MMC

Docent: Investigador principal Lloc: Aula Hospital de Mataró Duració: aproximada 5 hores Data: 15/9/2014 Horari: 8:30-13.30 Recursos materials: projector, ordinador, tríptic del MMC	
Presentació	10'
<u>BLOC 1 MMC</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pluja d'idees • Teoria del MMC <ul style="list-style-type: none"> – Cures Centrades en el Desenvolupament – Què és el MMC – Beneficis – Com realitzar MMC – Requisits necessaris • Dubtes i preguntes 	
DESCANS	45'

BLOC 2 ED. SANITARIA/COMUNICACIÓ

Entrega del fulletó explicatiu que serà pels pares.

- Rol-playing + discussió
- Com realitzar una bona comunicació
- Rol-playing + discussió
 - Mare assertiva amb bessons
 - Mare negativa
 - Mare amb culpabilitat
- Dubtes i preguntes

2.30h

3.3 Desenvolupament de la proposta

BLOC 1

Primer de tot es realitzarà una pluja d'idees sobre el mètode cangur, per saber una mica que és el que saben i després facilitar o aclarir aquells dubtes que no hagin quedat tant clars. Posteriorment és passarà a l'explicació teòrica del mètode mare cangur seguint aquest esquema, sempre amb possibilitat d'ampliar un tema concret depenen dels coneixements, interessos o inquietuds dels assistents.

1 CCD

Els nadons prematurs necessiten una atenció especial degut a la immaduresa dels seus òrgans i sistemes. Aquest fet comporta més vulnerabilitats als agents externs i malalties i per tant, passaran a ser atesos a la UCIN, on estaran dins de les incubadores.

Actualment arreu del món s'estan introduint unes cures centrades en el desenvolupament que són un sistema de cures pel prematur que tenen per objectiu afavorir el desenvolupament neurosensorial i emocional d'aquest. El nucli principal es basa en la reducció de l'estrès, la pràctica d'intervencions que recolzin el RN i el paper essencial dels pares. Comprèn aspectes com el macroambient(il·luminació sorolls) el microambient (manipulacions, dolor, maneig postural i mètode cangur) i l'augment de la implicació familiar. El mètode cangur s'adapta i facilita l'aplicació de les CCD.

2. Què és el mètode cangur

El mètode cangur s'origina el 1979 a Bogotà (Colòmbia) pels Doctors Rey i Martínez davant la falta de incubadores pels recent nascuts prematurs, on van iniciar un programa de tenir cura que consistia en el contacte pell amb pell del RN entre els pits de la mare, alletament matern i l'alta precoç continuada d'aquestes cures a domicili. A partir d'aquesta experiència es va començar a aplicar en diferents hospitals i a investigar sobre la seva utilitat i efectivitat.

El MMC segons la OMS, és el contacte pell a pell entre la mare i el recent nascut prematur el més precoç, continu i perllongat possible conjuntament amb lactància materna. Encara que pot ser realitzat també pel pare.

3. Beneficis i avantatges

El MMC permet humanitzar les experiències dels RN prematurs a les UCIN i aporta diferents beneficis tant per la mare com pel nadó i l'hospital.

BENEFICIS

- ✓ Millora la termoregulació
- ✓ Estabilitat en els paràmetres FC i FR
- ✓ Facilita el desenvolupament neuromotor del RN (increment del son profund, redueix el plor, afavoreix maduració Sistema Nerviós Central)
- ✓ Menor risc d'infeccions nosocomials
- ✓ Afavoreix la estimulació tàctil o cutània.
- ✓ Afavoreix la lactància materna.
- ✓ Redueix els episodis d'apnea
- ✓ Afavoreix el vincle afectiu pares- fills.
- ✓ Disminueix l'ansietat dels pares
- ✓ Augmenta el sentiment de competència del pares en el tenir cura
- ✓ Redueix la estància hospitalària

4. Com es realitza

El MMC es pot realitzar de manera continua més utilitzat en els països en desenvolupament, on no disposen de tants recursos o de manera intermitent utilitzada en els països

desenvolupats. En aquest cas serà de manera intermitent i a ser possible aprofitant les preses de llet materna.

Es col·locarà el nounat entre els pits de la mare, en posició vertical, de tal manera que el pit del nadó quedi en contacte amb el de la mare pell amb pell. Posarem el cap de costat, lleugerament estès, per tal de mantenir la via respiratòria oberta i un contacte visual. Els malucs han d'estar flexionats i les cames esteses amb una postura que recordi la de una granota, el braç també flexionats. La mare ha d'estar amb una posició còmode una mica reclinada, per exemple pot estar en una butaca reclinable. Per facilitar la posició es pot fer ús de una faixa de cotó amb lycra i així subjectar millor el RN. El nadó anirà vestit únicament amb un gorret i el bolquer. Per altra banda, tant la mare o pare és important anar amb roba còmode, una higiene personal apropiada, cabell recollit, sense joies. Important que l'ambient sigui tranquil, amb llum baixa i temperatura ambiental adequada.

El moment de començar pot ser al mateix moment del naixement fins a uns dies més tard, després de superar el període màxim de risc vital per la salut. Depenen de la situació i estabilitat clínica de cada nadó però si no hi ha contraindicacions la recomanació serà al cap de 24-48h del naixement del nounat. Sempre s'explicarà abans el MMC i s'acompanyarà en tot moment als pares durant la realització del MMC.

Es recomanen sessions de MMC superior a 60 minuts, ja que el canvis freqüents estressen els nadons, el temps depenen de cada cas però sempre és recomanable fer de 3-5 hores diàries. Es realitzarà el MMC fins que el recent nascut o la mare demostrin incomoditat i no es sentin agust o hi hagi algun inconvenient clínic

5.Requisits necessaris

Per tal de poder realitzar el MMC és important la voluntat del progenitors per realitzar-ho, a part també de la disponibilitat. Es necessari personal sanitari, en aquest cas infermers, que comptin amb una capacitat especials que informin i facin el seguiment del MMC, on registrin al curs clínic les constants vitals del nadó abans, durant i després del MMC a part de les sensacions de la mare i del nadó. Cal un entorn propici amb espais adequats a la realització d'aquesta pràctica amb intimitat i tranquil·litat a més a més d'una política de portes obertes al hospital.

BLOC 2

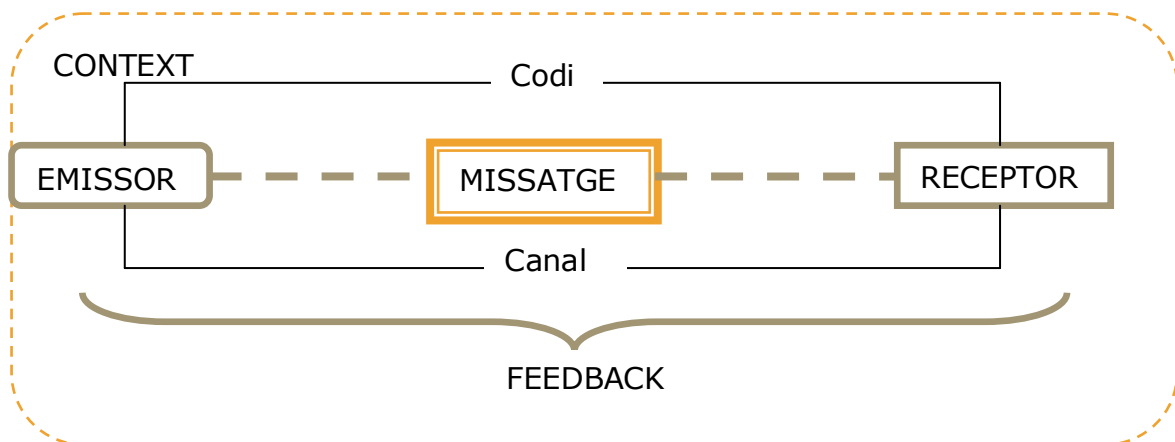
Aquest bloc està dissenyat per tal d'explicar quina és la millor manera de transmetre tota la informació del MMC als pares. Es treballarà la comunicació de l'educació sanitària. A partir de la metodologia de rol-playing on es practican diverses situacions.

Primer es realitzarà un rol-playing per observar com afrontarien la situació i posteriorment es discutirà. A partir d'aquí es passarà a la explicació de la millor manera de fer-ho.

Com realitzar una bona educació^{22,23,24}

Per a la realització de l'educació sanitària l'element més important és que hi hagi una comunicació eficaç. Utilitzarem com a mètode una entrevista educativa, forma part de la comunicació bidireccional que ens permet un intercanvi actiu amb feedback i facilita una adaptació del missatge als receptors, aclarir dubtes... S'utilitzarà un espai habilitat per evitar interferències.

En un procés comunicatiu hi participen o intervenen diferents elements:



Per tal de realitzar una bona comunicació s'ha de fer una valoració de tot els elements i adaptar-los a cada situació. En aquest cas l'emissor serà el professional d'infermeria, els receptors els progenitors, el missatge serà la informació del MMC, el codi serà la llengua catalana o castellana i el canal aeri i escrit (tríptic). És important conèixer el receptor per tal d'adaptar el missatge i el codi a cada una de les persones, ja que tots som diferents i tenim emocions i pensaments diferents. Cal no tenir prejudicis i empatitzar amb el receptor. Respecte el context i la situació estaran en un àmbit sanitari i amb un context i una situació que no s'esperaven, per tant són elements que en aquest cas s'hauran de cuidar molt ja que l'estat emocional dels pares d'aquests nadons pot ser de tristesa, de por, de culpabilitat per

tant seran emocions que s'hauran de gestionar a partir de diferents tècniques. És vital que en aquests moments els hi donem recolzament emocional de manera que empatitzem amb els pares, validem les seves emocions i preocupacions i explorem si les respostes són imprecises o incomprensibles. Utilitzarem tècniques avançades com la ventilació emocional (facilitar expressió emocional) , exploració emocional, normalitzar les situacions i reconceptualitzar (donar un altre sentit a les emocions). Això facilitarà el intercanvi d'opinions dels professionals d'infermeria amb els pares del nadó fet que permetrà disminuir l'ansietat, preocupació i culpabilitat dels pares.

A l'hora de transmetre el missatge cal que intervinguin els diferents tipus de comunicació que existeixen, la comunicació verbal (oral i escrita) i la no verbal (associada al llenguatge o al comportament). En la comunicació verbal, és important que s'utilitzi un vocabulari adequat. Cal donar missatges clars, comprensibles i complets amb informació verdadera i autèntica, per donar seguretat als progenitors. Per facilitar la comprensió i recordar tota la informació disposem d'un tríptic amb aquelles dades més importants que han de recordar els pares. No podem oblidar que tota comunicació verbal va acompanyada de comunicació no verbal, aquells factors associats amb el llenguatge com poden ser el, to, ritme, volum i el silenci adequats. Com aquells factors associats al comportament on són important els gestos, les mirades, les postures... És important jugar adequadament la comunicació verbal i la no verbal , voler dir les mateixes coses, així la comunicació serà eficaç.

Posteriorment es procedirà a unes últimes situacions de rol-playing, on el paper de la mare estarà determinat per uns papers. Hi ha tres possibles situacions: una mare amb una actitud assertiva però que ha tingut bessons, una mare amb actitud negativa però que al final acaba cedint i per últim una mare amb elevat sentiment de culpabilitat. Un cop es realitza cada situació es discutirà si s'ha fet bé i com es podria millorar.

Finalment s'obrirà el torn de dubtes i preguntes que hagin quedat sense resoldre.

3.4 Avaluació:

Per avaluar la funcionalitat de la proposta formativa, s'avaluaran diferents coses.

Primerament es farà una avaluació de la sessió formativa, mitjançant una enquesta anònima, per tal de conèixer quina és la opinió dels professionals d'infermeria si la informació rebuda els hi ha sigut suficient, si la dinàmica de la sessió ha sigut profitosa... Els resultats d'aquesta avaluació permetrà millorar la sessió per posteriors casos que es faci.

L'enquesta s'entregarà al principi de la sessió i es recollirà al final de la sessió.

Enquesta sessió formativa		
(Puntua del 0-5) + comentaris.		
Com valeres el contingut de la sessió		
Com valeres la dinàmica de la sessió		
Com valeres el docent		
T'ha sigut d'utilitat la sessió		
Aspectes que canviaries		

A part de l'avaluació dels professionals d'infermeria, és vol conèixer el nivell de satisfacció per part dels pares de l'educació sanitària rebuda. En el moment de l'alta del nadó, es donarà la següent enquesta:

ENQUESTA ENTREVISTA EDUCATIVA	
Coneixien el mètode mare cangur? On havíeu sentit a parlar?	
En quin moment han rebut l'educació sanitària? Ha sigut el millor moment?	
S'han sentit còmodes durant l'entrevista educativa? Els hi ha sigut d'utilitat?	
Creieu suficient la informació rebuda?	
Ha disminuït el vostre estat d'angoixa i preocupació amb l'entrevista educativa?	
Realitzen el mètode cangur? Qui?	
S'han sentit acompanyats pels professionals d'infermeria, durant l'aplicació del mètode cangur?	
Se us ha entregat el tríptic informatiu?	
Recomanaríeu l'entrevista educativa?	

Es valoren diferents ítems per tal de fer una posterior valoració de si el que es proposa és efectiu o no i quines coses s'han de canviar per millorar. L'enquesta es recollirà a l'hospital.

L'investigador principal realitzarà un seguiment telefònic bimensual amb la unitat neonatal per tal de saber com van les entrevistes amb els pares i com se senten els professionals d'infermeria i de manera trimestral l'investigador principal recollirà les enquestes realitzades per les famílies, tot això durant el primer any. Durant els 2 anys següents l'investigador acudirà al centre per recollir les enquestes un cop a l'any i farà un seguiment telefònic trimestralment.

Un cop acabat aquest període es valorarà conjuntament amb la cap d'àrea d'infermeria, les infermeres participants i l'investigador el funcionament de la proposta formativa i la dinàmica de la realització de les entrevistes educatives.

3.5 Limitacions

- A l'hora de posar en marxa la proposta formativa ens podem trobar amb possibles limitacions que són:
- Una negativa per part del Hospital, ja sigui en tot o coses concretes. Per exemple en la política de portes obertes.
- Que no hi hagi RN prematurs.
- Negativa per part dels professionals d'infermeria en participar.
- Dificultats idiomàtiques
- Negativa dels pares.

5.CONCLUSIONS I RECOMANACIONS DE PRAXIS FUTURES

A partir de l'elaboració del treball s'ha arribat a la conclusió, de la importància de tenir professionals d'infermeria formats respecte el mètode mare cangur. D'aquesta manera permet que el col·lectiu d'infermeria realitzi educació sanitària als pares dels nous RN en la realització del MMC, a banda de la fomentació i acompanyament durant el MMC. Ja que una de les barreres principals que s'han observat al llarg d'aquest treball és el desconeixement i desatenció que manifesten els pares i la falta d'implicació per part dels professionals d'infermeria.

És molt important que des de la direcció de l'Hospital s'acceptin i es recolzin aquests nous canvis de cures que permetran donar una millor atenció tants als pares com als recent nascuts.

Per poder realitzar una bona educació sanitària, és imprescindible tenir bones habilitats comunicatives. En aquests casos, on les situacions són més complicades, degut a les diferents emocions contradictòries que presenten i manifesten els pares, els professionals d'infermeria

han de saber reconduir aquestes emocions en benefici de les cures del nadó i finalment també dels pares.

M'agradaria esmentar per finalitzar les conclusions que encara queda molt de camí per a seguir investigant sobretot pel que fa a la dificultat de descriure quina és la definició d'estabilitat clínica del nadó per tal d'iniciar el MMC.

Pel que fa a recomanacions de praxis futures, tot i formar als professionals d'infermeria de l'àrea neonatal, considero que seria una bona idea centralitzar en un futur i depenen de les condicions de cada hospital aquesta funció a una infermera que ella s'hagi presentat voluntàriament per dur a terme aquesta feina. De la mateixa manera que en molt hospitals hi ha per exemple l'educador en diabetis o ostomies, que hi hagi també l'educadora del MMC. Penso que aquesta proposta formativa podria ser un primer pas per posteriorment aconseguir una especialista en el tema que es formaria més en el tema.

També seria positiu començar l'educació sanitària del mètode cangur durant el seguiment del embaràs, en aquells casos que es detectin que puguin ser finalment prematurs i així facilitar el moment d'aquesta informació i reforçar-la més endavant.

6.IMPLICACIONS POTENCIALS A LA PRACTICA

L'elaboració d'aquesta proposta formativa permetrà unes unitats neonatals més humanitzades amb professionals d'infermeria sensibilitzats amb el mètode mare cangur que eduquin i fomentin el MMC i amb ganes d'incorporar les cures centrades en el desenvolupament de les quals sortiran beneficiats tants els nadons com els pares i la pròpia unitat.

7.BIBLIOGRAFIA

1. Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008:59-77
2. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012. Disponible a: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística. 2014. Instituto Nacional de Estadística [Pàgina web]. Madrid: INE. [Consulta 30 de gener del 2014]. Disponible a: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/nacim/a2012/l0/&file=01011.px&type=pcaxis&L=0>
4. Jané Checa M, Vidal Benedé MJ, Tomás Bonodo Z. Indicadors de Salut Perinatal a Catalunya 2012. Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/indicadors/indicadors_maternoinfantil_2012_execiuu.pdf
5. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna [Internet]. 2010 [Consulta el 23 de gener del 2014]; (26): 15-27. Disponible a: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/196127/262943>
6. López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. An Pediatr [Internet]. 2013 [Consulta el 23 de gener del 2014]; Disponible a: [http://www.elsevier.es/eop/S1695-4033\(13\)00447-5.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S1695-4033(13)00447-5.pdf)
7. Valle Torres E, Amat Giménez MI. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. Desenvolupa: La revista d'Atenció Precoç [Internet]. 2012 [Consulta el 15 gener del 2014]; (33) Disponible a: <http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-33/Metodo-canguro-y-lactancia-materna-en-una-UCI-neonatal-E.-Valle-Ma-I.-Amat>
8. Ministerio de Sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]. Madrid 2010. Disponible a: https://www.sergas.es/gal/muller/docs/cuidados_desde_el_nacimiento.pdf

- 9 Ruiz López A, Rodriguez Belmonte R, Miras Baldó MJ, Robles Vizcaino C, Jerez Calero A, González Linde A et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Bol. SPAO[Internet]. 2013[Consulta el 23 de gener del 2014]; 7 (2): 39-59. Disponible a: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-29-secciones-74597.pdf>
10. Organització Mundial de la Salut. Método madre canguro: guía práctica. World Health Organization.Suiza [Internet]. 2004 Disponible a: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf?ua=1>
11. Jefferies A L, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. Paediatr Child Health [Internet]. 2012 [Consulta 15 de gener del 2014];17(3):141-6. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449885>
12. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran V H, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. Acta Paediatr [Internet]. 2012[Consulta el 28 de desembre del 2013]; 101(10): 1032-1037. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22812674>
13. Kymre I G, Bondas T. Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. Int J Qual Stud Health Well-being[Internet]. 2013[Consulta el 28 de desembre del 2012];8. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710397/>
14. Arivabene JC, Rubio Tyrrell M A. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010[Consulta28 de desembre del 2013]; 18(2):[07 pantallas]. Disponible a: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf
15. Lasiuk G C, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2013 [Consulta el 28 de desembre del 2013];13(Suppl 1): S13. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3561145/>
16. Lemmen D, Fristedt P, Lundqvist A. Kangaroo Care in a Neonatal Context: Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents. Open Nurs J [Internet]. 2013 [Consulta el 28 de desembre del 2013];7: 41-48. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23802029>

17. Brett, J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N, Taylor L . A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ open* [Internet]. 2011 [Consulta el 28 de desembre del 2013];1(1). Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22021730>
18. Lee H C, Martin-Anderson S, & Dudley R A. Clinician perspectives on barriers to and opportunities for skin-to-skin contact for premature infants in neonatal intensive care units. *Breastfeeding Medicine* [Internet].2012 [consulta el 28 de desembre del 2013]; 7(2): 79-84. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22011130>
19. Salleras Samartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. 1ªed. Madrid:Ediciones Diaz de Santos; 1985
20. Institut d'estadística de Catalunya. 2014. Institut d'estadística de Catalunya [Pàgina web]. Barcelona:Idescat. [Consulta 5 de Maig del 2014]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/>
21. Consorci Sanitari del Maresme. 2014. Consorci Sanitari del Maresme [Pàgina web] Mataró: Csdm. [Consultat 3 de Maig del 2014]. Disponible a: <http://www.csdm.es/>
22. Organització Mundial per la Salut. Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. World Health Organization. Ginebra [Internet]. 1989 Disponible a: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38660?locale=es>
23. García González R, Suárez Pérez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Pan American Journal of Public Health* [Internet] 1997 [Consulta 9 de maig del 2014]; 2(1): 32-36. Disponible a: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v2n1/v2n1a6.pdf>
24. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería integral* [Internet] 2006 [Consulta 12 de maig del 2014]; 27-34. Disponible a: http://www.enfervalencia.org/ei/73/articulos-cientificos/ac_6.pdf

ANNEXES

EL MÈTODE MARE CANGUR



**“No hi ha millor
tecnologia, que el calor
d’una mare”**

Dra Nathalie Charpak

“Deixeu-vos portar i emocionar per aquest mètode que inclou coneixement real de les necessitats específiques d’un nadó fràgil i la humanització de les seves cures”



Contacte:

Tel : 629407376

metodecangur@gmail.com

www.metodecangur.org

BENEFICIS:

- ✓ Millora la TEMPERATURA CORPORAL
- ✓ Estabilitat de la freqüència cardíaca i respiratòria
- ✓ Millora períodes son- vigília
- ✓ Menor risc d’infeccions
- ✓ Afavoreix la estimulació del sentit del tacte
- ✓ Disminueix la sensació de dolor
- ✓ Afavoreix la lactància materna
- ✓ Redueix les pauses respiratòries
- ✓ Afavoreix el vincle afectiu pares- fills
- ✓ Disminueix l’ansietat dels pares
- ✓ Augmenta el sentiment dels pares en el tenir cura del seu nadó
- ✓ Redueix la estància hospitalària

QUÈ ÉS EL MÈTODE MARE

CANGUR?

És el contacte pell amb pell entre la mare i el recent nascut prematur el més precoç, continu i perllongat possible conjuntament amb lactància materna. També pot ser realitzat pel pare.

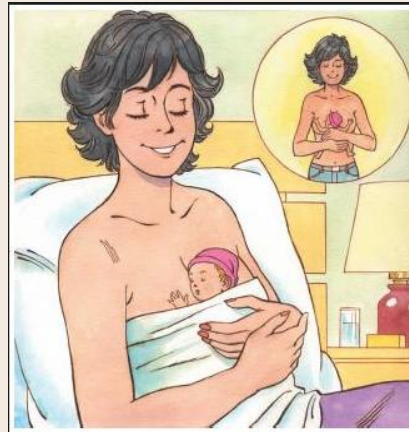
QUAN S'INICIA EL MMC?

El MMC, s'inicia abans o després depenent de cada cas i l'estabilitat clínica del nadó. Es recomana l'inici entre les 24-48h després del naixement del nounat.



Sempre es realitza en nadons clínicament estables i previ acord amb el pediatra, els professionals d'infermeria i la família.

COM ES REALITZA:



Es situarà la mare o pare en un butaca reclinable i el professional d'infermeria posarà el nadó sobre el pit pell amb pell, únicament vestit amb el bolquer i un gorret i el cobrirà amb una tovallola o llençol per ajudar a mantenir la temperatura. Es realitzarà mínim durant 1 hora per aconseguir l'adaptació del nadó.

Espai tranquil, amb ambient relaxat, sense sorolls excessius i temperatura ambient agradable.

Sempre sota supervisió dels professionals d'infermeria.

Es recomana als pares:

- Portar roba còmode que es pugui obrir per davant (ex: camisa)
- Dutxa diàriament i no utilitzin perfums.
- Actitud col·laborativa
- Davant de qualsevol dubte, dirigiu-vos als professionals d'infermeria.

Si està amb algun procés infecciós comentar-ho a la infermera.



HORARIS:

En un principi no hi ha horaris, dependrà de la disponibilitat de les famílies i de les situacions puntuals del servei