



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL**

TÍTULO:

**“Riesgos y beneficios del alojamiento conjunto temprano
madre - hijo en el hospital Enrique Garcés, en el período
comprendido de enero a agosto 2010”**

Autoras:

Elsa Berónica Guadalupe Borja

María Anita MopositaTenelema

Tutores:

Dr. Fernando Agama C.

MsC. Mary Alvear

Riobamba - Ecuador

2010

ACEPTACION DEL TUTOR

Dr. Fernando Agama y Máster. Mary Alvear en calidad de TUTORES DE LA TESINA con el título, **“RIESGOS Y BENEFICIOS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO TEMPRANO MADRE - HIJO EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCES EN EL PERÌODO COMPRENDIDO DE ENERO A AGOSTO 2010,** de las señoritas: Elsa Beronica Guadalupe Borja y María Anita Moposita Tenelema, certificamos que la misma, ha sido revisada y aprobada, y se encuentra apta para la defensa publica, ante el tribunal que se le designe.

Atentamente:

Dr. Fernando Agama

Máster. Mary Alvear

DERECHO DE AUTORÍA:

Nosotras, Berónica Guadalupe y Anita Moposita somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo. Los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

RECONOCIMIENTO:

Al Dr. Fernando Agama, por su ayuda, dedicación y colaboración para la realización de la presente, y por los conocimientos brindados en el año del Internado Rotativo.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, nuestro Padre Celestial,
que siempre está con nosotros
guiándonos e iluminándonos para
que podamos dar lo mejor de
nosotros a nuestra sociedad

A nuestros padres que han sabido
orientarnos, quienes con su amor
y su cariño nos han dado fuerzas
para superarnos cada día en la
lucha continua para enfrentar la
vida.

RESUMEN

El alojamiento conjunto es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación día y noche, lo más pronto posible después del parto, lo cual conlleva beneficios materno neonatales dentro de los más importantes están: favorecer el contacto precoz permanente y la práctica de lactancia materna exclusiva, la termorregulación. El objetivo de este estudio fue reconocer los riesgos y beneficios del alojamiento conjunto en el periodo comprendido de enero – agosto del 2010 en el Hospital doctor Enrique Garcés. El diseño que se utilizó fue descriptivo, retrospectivo, transversal. La técnica utilizada en el presente trabajo fue la observación y la encuesta, la misma que fue aplicada a un grupo de madres ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia en el periodo comprendido de enero – agosto del 2010 y los instrumentos que sirvieron para la recolección de datos fueron las historias clínicas. De forma sistemática se revisaron la hoja de evolución de la madre y la hoja perinatal. **Resultados:** El tiempo promedio del alojamiento conjunto fue mayor de cuatro horas que (correspondiente al 98%) en los partos normales y en las cesáreas, el tiempo promedio fue mayor a las seis horas y, tan sólo el 1%, corresponde a menos de cuatro horas. El 100% no presentaron ningún tipo de complicaciones durante el alojamiento conjunto.

SUMMARY

The altogether joint is the location of the RN and her mother in the same room day and night, as soon as possible after the birth of which entails benefits maternal neonatal within the most important this, encouraging ongoing early contact and the practice of exclusive breastfeeding, thermoregulation. The objective of this study is to recognize the risks and benefits of joint accommodation in the period January - August 2010 in the Hospital Doctor Henry Garcés. The design is I use was descriptive, retrospective, transversal. The technique used in the present work was the observation and the survey, it is applied to a group of mothers entered in the service of gynecologist's-obstetrics in the period January - August 2010, and served for the data collection instruments were the clinical histories., systematically reviewed the evolution datasheet maternal and perinatal sheet. **Results:** The average time joint accommodation was greater than four hours than (98%) in normal deliveries and caesarean sections, the average time was more than six hours, and only 1% corresponds to less than four hours.100% did not provide any kind of complications during the altogether joint.

INDICE GENERAL

Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos.....	v
Resumen.....	i
Summary.....	ii
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL	
1.1. Problematización	3
1.2.Planteamiento del problema.....	3
1.3.Formulación del problema	4
1.4.Objetivos.....	4
1.4.1.Objetivos generales.....	4
1.4.2.Objetivos específicos.....	4
1.5.Justificación.....	4

CAPÍTULO II.

2, MARCO TEÓRICO.....	5
2.1.Posicionamiento teórico personal.....	5
2.1.1. Criterios de exclusión.....	6
2.1.2. Criterio de inclusión.....	7
2.2.Fundamentación teórica.....	7
2.3.Antecedentes históricos.....	7
2.4.Alojamiento conjunto.....	8
2.4.1. Definición.....	8
2.4.2. Beneficios del alojamiento conjunto.....	11
2.4.2.1.Contacto temprano.....	14
2.4.2.2.El apego.....	16
2.4.2.3.Efecto del alojamiento conjunto sobre la lactancia.....	17
2.4.2.4.Contacto piel a piel y amamantamiento inmediato.....	18
2.4.2.5.Puerperio y periodo neonatal.....	18

2.4.2.6.Efectos del contacto precoz sobre la lactancia.....	19
2.4.2.7.Lactancia materna.....	20
2.4.2.8.Influencias del contacto inmediato del recién nacido con la madre en la regulación térmica.....	23
2.4.2.9. Riesgos del alojamiento conjunto.....	26
2.5.Hipótesis y variables.....	27
2.5.1. Hipótesis.....	27
2.5.2. Variables.....	27
2.5.2.1.Variable independiente.....	27
2.5.2.2.Variable dependiente.....	27
2.6.Operacionalización de las variables.....	28

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1.Método.....	30
3.1.1. Tipo de investigación.....	30
3.1.2. Diseño de la investigación.....	30
3.1.3. Tipo de estudio.....	30
3.2. Población y muestra.....	31
3.2.1. Población.....	31
3.2.2. Muestra.....	31
3.3.Técnica e instrumento de la recolección de datos.....	32
3.4.Técnica para el análisis e interpretación de resultados.....	32

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	33
4.1.Comprobación de hipótesis.....	41

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
5.1. Conclusiones.....	42
5.2.Recomendaciones.....	43
6. Bibliografía.....	44
7. Anexos.....	47

INDICE DE TABLAS

Tabla No.1

Relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva.....11

Tabla No.2

Relación entre el alojamiento conjunto y el uso de complementos de líquidos12

Tabla No.3

Relación entre el alojamiento conjunto y la posición de la madre en el momento de lactar.....13

Tabla No.4

Relación entre el alojamiento conjunto y la posición del pezón la areola a la boca del niño.....14

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico No1

Alojamiento conjunto.....9

Grafico No2

Alojamiento conjunto.....10

Grafico No 3

Contacto temprano.....15

Grafico No4

Contacto piel a piel y amamantamiento inmediato.....17

Grafico No5

Lactanciamaterna.....20

Grafico No6

Lactancia materna.....21

INTRODUCCIÓN

Se define como alojamiento conjunto a la permanencia de la madre, junto a su bebé recién nacido, en la misma habitación durante los días que permanezcan en el establecimiento de salud donde tuvo lugar el nacimiento¹⁻⁶. Si el nacimiento es domiciliario o las circunstancias hospitalarias lo permiten, el alojamiento es temprano porque a los pocos minutos de dar a luz el niño es llevado junto a su madre.

El alojamiento conjunto consiste en hacer que el recién nacido permanezca con sus padres en la misma habitación del hospital durante las 24 horas del día e, idealmente, debe dar inicio inmediatamente después del nacimiento.⁶

El alojamiento conjunto facilita que se establezca la lactancia natural, pues la madre rápidamente podrá satisfacer la necesidad de alimentación del bebé en el momento mismo que él lo solicite, sin necesidad exclusiva del llanto como señal¹⁻⁶

En el presente trabajo que realizamos sobre el alojamiento conjunto podemos decir que conlleva beneficios importantes materno - neonatales las cuales son sustentados en el marco teórico.

Previo a la realización del presente trabajo, se verificó si existía algún trabajo previo, del cual no encontramos antecedentes aunque sí existen trabajos relacionados con la lactancia materna pero no con el tiempo y su relación con el apego inmediato, por lo que el trabajo expuesto es el primero de su naturaleza.

Como universo de estudio se tomó a todas las pacientes ingresadas con trabajo de parto y que dieron a luz un recién nacido en el Centro Obstétrico del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital "Dr. Enrique Garcés" de la ciudad de Quito; en ellas se tomaron en cuenta el tiempo, expresado en horas, que toma desde que nació el bebé, considerado desde el momento del corte del cordón umbilical, luego de la presentación del niño a su madre, hasta cuando es dado el pase a cualquiera de los dos pisos de hospitalización de Obstetricia desde la Unidad de Neonatología del hospital en el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de agosto del 2010.

Realmente no se toma en el momento que se escribe el pase junto a la madre porque en el momento de recopilar los datos en la perinato no se encontraba la hora exacta en la cual se escribió el pase junto a la madre, pero en la encuesta realizadas a las madres ellas nos dijeron realmente a que tiempo de haber dado a luz llego junto a ellas, motivo por el cual no se toma en cuenta los dos tiempos; sino solo la fecha y hora del nacimiento / fecha y hora en que el bebe llego al cuarto con la madre.

Como punto de partida para la elaboración del presente trabajo se necesitaron los registros clínicos individuales archivados en el Servicio de Estadística del Hospital en los cuales esperamos encontrar, con detalle, todos los procedimientos, evolución de pacientes (madres y recién nacidos), constituyendo tal documento una fuente primaria para la recolección de datos.

Dentro del primer capítulo, en lo que se refiere al Marco Referencial, haremos mención al Planteamiento del Problema de estudio, así como a la importancia y necesidad de promover el alojamiento conjunto temprano y difundir sobre los beneficios que éste produce, tanto en la madre como en el recién nacido. Se mencionan el objetivo general y los objetivos específicos que permitirán guiar al estudio en las conclusiones y recomendaciones.

En el Segundo Capítulo encontramos el Marco Teórico en el que consta una guía que permite entender los conceptos básicos de alojamiento conjunto, sus riesgos y beneficios de acuerdo al tiempo; además de las diferentes patologías que podían alargar el alojamiento conjunto tanto en la madre como en el recién nacido.

en lo que se refiere al tercer capítulo, hallaremos las conclusiones a las que hemos llegado en base al planteamiento de objetivos específicos que permitirán realizar las respectivas recomendaciones, basadas en y demostradas con una interpretación de cuadros y bases estadísticas.

CAPITULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1.Problematización

1.2.Planteamiento del problema:

A nivel mundial el sistema de alojamiento conjunto está siendo promovido para que exista una buena relación madre - hijo; y a nivel de Latinoamérica el alojamiento conjunto ya está siendo acogido por los enormes beneficios que este les brinda tanto a la madre como así recién nacido y a su desarrollo biopsicosocial. Todo estos beneficios nos proporcionan, los requerimientos nutricionales necesarios para el recién nacido y su buen desarrollo biopsicosocial.

En nuestro país no es la excepción sabemos que ya se está implementando en casi todos las casas de salud incluyendo el hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito el alojamiento conjunto temprano, teniendo siempre en cuenta que pacientes con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, madres adolescentes y por violaciones no se debe dar este alojamiento temprano por los riesgos que estos pueden darse como: asfixia neonatal, muerte súbita y aspiración.

En el hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito es un centro de referencias de las 4 especialidades y cuenta con un servicio especializado para atender partos y cesáreas.

En las últimas décadas varios centros de salud están implementando el sistema de alojamiento conjunto cuyos propósitos son las de obtener beneficios maternosneonatales como: lactancia materna precoz, termorregulación.

1.3. Formulación del problema:

- ¿Cuáles son los riesgos,y/o beneficios del alojamiento conjunto madre – hijo en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero a agosto del 2010?

1.4. OBJETIVOS:

1.4.1. Objetivo general:

- Determinar cuáles son los riesgos y/o beneficios del alojamiento conjunto madre-hijo en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, en el periodo comprendido entre enero a agosto del 2010.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Determinar el tiempo promedio en que ocurre el alojamiento conjunto
- Investigar el tiempo promedio del contacto directo de la madre con recién nacido en el periodo enero-agosto del 2010.
- Informar y capacitar al personal de salud y a las madres acerca de todos los beneficios y los riesgos que conlleva un alojamiento conjunto temprano.

1.5. JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio se realizó con la finalidad de detectar los tiempos que toma conseguir el alojamiento conjunto, identificar los riesgos y beneficios que conlleva el que éste sea precoz y las dificultades que puede traer su demora, tanto en la madre como en el recién nacido, además de buscar las posibles causas maternas y neonatales que provocan un alojamiento conjunto tardío.

Mientras rotamos por el área de Gineco - Obstetricia y la Unidad de Neonatología observamos que las madres pasaban mucho tiempo en la sala de recuperación a pesar de no tener ninguna patología al igual que los recién nacidos no eran trasladados en forma rápida al alojamiento conjunto y nos llamó la atención que al no pasar rápido con la madre, los alimentaban con suplementos nutricionales, ya que estos no les brindan beneficios ni para el recién nacido ni a la madre.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO:

2.1 Posicionamiento teórico personal:

Este trabajo está realizado tomando en consideración como teoría del conocimiento al pragmatismo, ya que este está vinculando la teoría con la práctica. Siendo un trabajo de tipo: *Retrospectivo, Documental, de Serie de Casos, de Campo, de Corte Transversal y de tipo Descriptivo.*

El presente trabajo, es un estudio de tipo: Documental, Descriptivo, Transversal y Retrospectivo de Serie de Casos. Documental debido a que para la recolección de datos, acudimos a una fuente primaria, la cual es la Historia Clínica, tomando como referencia a todos las pacientes con diagnóstico de Embarazo a término y los recién nacidos, que fueron ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital “Dr. Enrique Garcés”, reconociendo que la Historia Clínica viene a ser un documento de tipo legal, fiable, en el cual se registra todos los acontecimientos, y se reportan todos los detalles acerca de la naturaleza de la evolución y condición del paciente hasta el momento del alta. Este estudio es de tipo Retrospectivo, ya que se basó en la revisión de casos con las siguientes características:

1. Mujeres gestantes ingresadas al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Enrique Garcés”, con diagnóstico de embarazo a término.
2. Recién nacidos sanos que no presentaron ninguna patología en el momento que ingresa a la sala de neonatología.
3. Datos completos en la historia clínica, tanto de la madre como del recién nacido.

2.1.1. Criterios de inclusión:

- Todas las pacientes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital “Dr. Enrique Garcés”, que culminen su embarazo con el nacimiento de un bebé, independientemente de la forma de terminación de éste en el periodo escogido para la realización del estudio.
- Todos los recién nacidos llegados al ambiente de recuperación de la unidad de Neonatología en el periodo escogido para la realización del estudio.

2.1.2. Criterios de exclusión:

- Aquellas madres o recién nacidos que fueron ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia y a la unidad de neonatología y que tuvieron complicaciones como:
 - Parto séptico.
 - Madres con enfermedad hipertensiva del embarazo que fueron llevadas a la unidad de cuidados intensivos.
 - Madres VIH positivas.
 - Partos prematuros (finalizados antes de las 37 semanas de amenorrea).
 - Partos pos términos (finalizados a partir de las 42 semanas de amenorrea).
 - Recién nacidos con malformaciones congénitas mayores diagnosticadas al nacer.
 - Recién nacidos trasladados a otra institución (transferidos).

La información se obtuvo también a partir de una fuente secundaria, por medio de la revisión de los expedientes clínicos (historia clínica). Para su recolección se utilizó un formulario estandarizado que contenía un sistema de clasificación, que nos permitió categorizar a los pacientes en función al tipo de parto, sexo del bebé, fecha y hora de nacimiento, puntaje de APGAR, fecha y hora del pase junto a la madre y complicaciones del recién nacido.

Los datos fueron introducidos a una base de datos en el software excel versión 2007, siendo, posteriormente, procesados y analizados mediante cuadros y pasteles. Se realizó análisis univariado y bivariado a través de proporciones para variables discretas y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas, los cuales fueron presentados posteriormente en tablas y gráficos.

El alojamiento conjunto representa un avance en la atención del recién nacido porque permite una relación más estrecha, reporta enormes beneficios, en especial para el recién nacido tales como:

- Disminución de la morbilidad neonatal.
- Lactancia materna precoz.
- Prevenir infecciones recurrentes.
- Evitar la pérdida de calor corporal.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

2.3 Antecedentes históricos

A lo largo de casi toda la historia, las madres y sus recién nacidos permanecían juntos después del parto. (9) Los bebés permanecían a salvo y calentitos, con fácil acceso a la leche materna, y las madres y sus hijos aprendían uno del otro. A principios del siglo XX a medida que los nacimientos se trasladaban de los hogares hacia los hospitales, la mayoría de los bebés ya no permanecían con sus madres después del nacimiento (9-14).

La madre era enviada a un cuarto del hospital, mientras que su bebé era atendido en el cunero. Las madres esperaban largas horas para ver a sus bebés y las visitas de los recién nacidos solo ocurrían en horarios programados por la institución para ser alimentados.

La comunidad médica creía que esto era más seguro para los bebés y que las madres descansaban mejor estando sus bebés en el cunero. En años recientes las investigaciones han demostrado que lo mejor para las madres y sus bebés es permanecer juntos después

del parto. Interrumpir, demorar o limitar el tiempo que una madre y su bebé pasan juntos puede tener efectos perjudiciales en su relación y en el éxito de la lactancia.

Los bebés se mantienen calientes, lloran menos y la lactancia tiene un buen comienzo cuando las madres y los bebés permanecen juntos desde el nacimiento. Las madres aprenden a reconocer las necesidades de sus bebés respondiendo delicada y amorosamente. De esta manera, empieza una conexión que durará toda la vida. (9-14).

2.4. ALOJAMIENTO CONJUNTO

2.4.1 Definición

El alojamiento conjunto permite a la madre convivir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de este; establece una estrecha relación madre/hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo; promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud, lo que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre(3-8);establece el vínculo madre/pediatra de manera más concreta, impulsa a la madre a concurrir al consultorio periférico para el control adecuado del crecimiento y desarrollo de su hijo; capacita a la madre para atender al recién nacido normal desde las primeras horas de vida, lo cual permite al equipo técnico atender mejor al niño tanto al normal como al de riesgo; disminuye la posibilidad de infecciones cruzadas al evitar el confinamiento en la unidad de internación, y permite al equipo de salud, a través de la práctica diaria de la enseñanza, mejorar sus condiciones docentes y lograr una mejor comprensión de las necesidades de la comunidad (8).

Consiste en la ubicación del niño o niña y su madre en la misma habitación día y noche, lo más pronto posible después del parto, para favorecer el contacto precoz, permanente y la práctica de lactancia materna exclusiva (12-17).

Se han recogido diversos estudios sobre el tema donde se reportan los beneficios de un alojamiento conjunto temprano y entre los más importantes se resumen los siguientes (14).



Fuente 1:

http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Alojamiento+Conjunto&lang=2

El alojamiento conjunto representa un avance en la atención del recién nacido porque permite una relación más estrecha entre la madre, el bebé y el equipo de salud. Su interrelación diaria, sin duda, reporta enormes beneficios, en especial para el niño.

El alojamiento conjunto permite a la madre convivir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de éste; establece una estrecha relación madre-hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo; promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre; establece el vínculo madre/pediatra de manera más concreta, impulsa a la madre a concurrir al consultorio periférico para el control adecuado del crecimiento y desarrollo de su hijo; capacita a la madre para atender al recién nacido normal desde las primeras horas de vida, lo cual permite al equipo técnico atender mejor al recién nacido de riesgo; disminuye la posibilidad de infecciones cruzadas al evitar el confinamiento en la unidad de internación, y permite al equipo de salud, a través de la práctica diaria de la enseñanza, mejorar sus condiciones docentes y lograr una mejor comprensión de las necesidades de la comunidad. (1-2)



Fuente 2

http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Alojamiento+Conjunto

El alojamiento conjunto facilita la lactancia para la madre. Cuando ambos están juntos, la madre aprende a reconocer las primeras “demandas” que hace el bebé buscando alimento y bienestar, ofreciendo rápidamente lo que el niño necesita (6)

El alojamiento conjunto permite establecer una lactancia temprana, en comparación con aquellas madres que tienen contacto limitado con sus bebés o con aquellas que sus bebés pasan la noche en el cunero. Las madres que piden alojamiento conjunto, tienen mejor suministro de leche y tienen mayor probabilidad de continuar lactando exitosamente a sus bebés hasta los 4 ó 6 meses de edad.

Algunos estudios han encontrado que las madres cuyos bebés son atendidos en el cunero, no duermen más que aquellas que solicitan alojamiento conjunto. La madre puede dormir más tranquila sabiendo que el bebé está con ella. (6)

Tiene sentido que entre más tiempo pasan juntas dos personas, mas pronto se llegan a conocer una a la otra. Las madres que están con sus niños por largos periodos, incluyendo durante la noche, tienen mejores resultados en las pruebas que se utilizan para medir el apego de una madre hacía su bebé.

El alojamiento conjunto también es lo mejor para los bebés. Los bebés que se alojan junto con sus madres, lloran menos y pasan mayor tiempo dormidos tranquilamente, suben mejor de peso día con día y tienen menor probabilidad de ictericia. (14)

El alojamiento conjunto también puede tener beneficios a largo plazo para la madre y para el bebé. Los estudios sugieren que las tazas de abuso infantil, maltrato, negligencia

y abandono son menores en las madres que tienen contacto frecuente y extenso con sus recién nacidos durante el periodo de posparto temprano. (14)

2.4.2. Beneficios del alojamiento conjunto:

- Disminución de la morbimortalidad neonatal.
- Lactancia materna precoz.
- Prevención de infecciones recurrentes.
- Disminución de la pérdida de calor corporal.
- Reconocimiento de la madre de las necesidades de su hijo desde el nacimiento

• Además se han podido recoger datos sobre los principales riesgos de un alojamiento conjunto tardío. Estos estudios fueron de tipo explicativo, prospectivo, pro lectivo, longitudinal y comparativo, y se hicieron en dos grupos: uno con mujeres puérperas postcscareadas que estuvieron en alojamiento conjunto con su hijo, y el otro en puérperas post-cascareadas, con las mismas características que no estuvieron en alojamiento conjunto, dicho trabajo se realizó en el Hospital San José de Chíncha del Perú entre enero–marzo del 2005, mediante una guía de observación. Cuando se trató de determinar la relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva se pudo encontrar que el grupo de las puérperas que tuvieron alojamiento conjunto en el 39 por ciento dieron lactancia materna exclusiva, mientras que de las que no tuvieron alojamiento conjunto el 19 por ciento tuvo este tipo de lactancia, esto se presentó sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. (29)

		Alojamiento conjunto			
		SI	NO	Total	
Lactancia Materna Exclusiva	SI	Nº	10	5	15
		%	38,5%	19,2%	28,8%
	NO	Nº	16	21	37
		%	61,5%	80,8%	71,2%
Total		Nº	26	26	52
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 2.342, \quad p > 0.05$$

Tabla 1.

Relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva,

En relación a si el niño recibe algún otro líquido además de la lactancia materna se pudo encontrar que del total de las madres que tuvieron alojamiento conjunto solamente el 12 por ciento recibió complementación, mientras que de las que no tuvieron alojamiento conjunto el 46 por ciento dio complemento, esto con diferencias altamente significativas.

		Alojamiento conjunto		Total	
		SI	NO		
El niño recibe algún otro líquido fuera de la leche materna	SI	Nº	3	12	15
		%	11,5%	46,2%	28,8%
	NO	Nº	23	14	37
		%	88,5%	53,8%	71,2%
Total		Nº	26	26	52
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 7,589, \quad p < 0.01$$

Tabla 2.

Relación entre el alojamiento conjunto y el uso de complementos líquidos.

En cuanto a la posición de la madre se pudo encontrar que del total de las que tuvieron alojamiento conjunto, el 54 por ciento dieron de lactar sentadas y un 46 por ciento echadas, sin embargo el 92 por ciento de las que no tuvieron alojamiento conjunto dieron de lactar sentadas. Esto se mostró con diferencias muy significativas. Para amamantar correctamente se debe tener en cuenta tanto la posición de la mamá como la del niño

		Alojamiento conjunto		Total	
		SI	NO		
Posición de la madre en el momento de dar de lactar	Acostada	Nº	12	2	14
		%	46,2%	7,7%	26,9%
	Sentada	Nº	14	24	38
		%	53,8%	92,3%	73,1%
Total		Nº	26	26	52
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 9,774, \quad p < 0.01$$

Tabla 3.

Relación entre el alojamiento conjunto y posición de la madre en el momento de dar de lactar

Respecto a la posición del pezón y la areola en el momento de dar de lactar se pudo encontrar que del total de las puérperas que tuvieron alojamiento conjunto el 96 por ciento colocaba el pezón completamente en la boca y ninguna el pezón, mientras que las que no tuvieron alojamiento conjunto el 54 por ciento colocó el pezón completamente en la boca, y el 31 por ciento pezón y areola.

		Alojamiento conjunto		Total	
		SI	NO		
Posición del pezón y areola a la boca del niño	Pezón parcialmente en boca	Nº	1	4	5
		%	3,8%	15,4%	9,6%
	Pezón completamente en boca	Nº	25	14	39
		%	96,2%	53,8%	75,0%
	Pezón y areola completamente en boca	Nº	.00	8	8
		%	.00	30,8%	15,4%
Total		Nº	26	28	52
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 12.903, p < 0.01$$

Tabla 4.

Relación entre el alojamiento conjunto y la posición del pezón y la areola a la boca del niño

Respecto a los resultados, no se encontró relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva, entre el alojamiento conjunto y el medio de alimentación tampoco se pudo encontrar asociación. Por el contrario, si se pudo encontrar que el alojamiento conjunto se encuentra relacionado con el intervalo de lactancias, en donde las que tienen alojamiento dan de lactar en mejores intervalos que las que no lo tienen. No se pudo encontrar relación entre el alojamiento conjunto y el tiempo de lactadas. (29) Respecto a la complementación con otros líquidos, las mujeres sin alojamiento, dan más complementos y líquidos que las que si lo tienen. Tampoco pudo encontrarse relación entre el alojamiento conjunto y la posición del niño en el momento de lactar, sin embargo sí se encontró que las madres sin alojamiento dan de lactar prioritariamente sentadas, mientras que las que tienen alojamiento, lo hacen acostadas. Finalmente se pudo concluir que las mujeres sin -alojamiento conjunto dan de lactar más

frecuentemente con la posición del pezón y la areola de forma correcta, que las que si tienen alojamiento.

En otro estudio, llevado a cabo en el Servicio de neonatología del materno lógico 18 de mayo de la Caja Nacional de Salud en Bolivia durante el mes de agosto de 1999 se estudiaron a recién nacidos de término, sanos, de parto vaginal, con un peso al nacer mayor de 2500 gramos, atendidos en la sala de partos, con un puntaje de APGAR al primer minuto igual ó mayor a 6.

Ingresaron en el estudio 66 neonatos los que fueron distribuidos en dos grupos:

GRUPO A aquellos que tuvieron contacto inmediato con la madre tiene influencia en la evolución de la temperatura corporal. (30)

Se estudiaron recién nacidos de termino, sano nacidos por parto vaginal y con peso mayor de 2500 gr, ingresaron al estudio 66 neonatos los que fueron distribuidos en dos grupos: Grupo A, aquellos que tuvieron contacto inmediato con la madre. En el Grupo B se ubicaron los que no tuvieron dicho contacto. Concluyeron el estudio 60:30 en el grupo A y 30 en el grupo B; a todos ellos se les tomó la temperatura rectal a los 15 minutos, a las 2 y 4 horas de vida. La moda del grupo A mostró una temperatura ascendente de 36 grados y 36,2 y 37 respectivamente, en el grupo B una temperatura descendente 37 grados, 36,2 grados y 36 grados. (30)

Se concluyó que los neonatos con contacto inmediato piel a piel con su madre tienen mejor respuesta de adaptación térmica.

2.4.2.1. Contacto temprano

La naturaleza prepara a la madre y a su bebé para necesitarse el uno al otro desde el momento del nacimiento (14)

La oxitocina, hormona que causa que el útero de la mujer se contraiga, también causa la elevación de la temperatura de sus pechos y le ayuda a sentirse calmada y sensible. Esta hormona estimula los sentimientos “maternales”, mientras la mamá toca, contempla y amamanta a su bebé. (14)



Fuente 3

<http://www.bebesymas.com/ser-padres/la-importancia-del-contacto-precoz>

Más oxitocina es liberada mientras ella abraza a su bebé en contacto piel a piel (9). Las endorfinas, hormonas que actúan como narcóticos naturales, también son liberadas y elevan los sentimientos maternos. Altos niveles de adrenalina, normales en los bebés al nacer hacen que el bebé esté alerta para buscar a su madre, encontrar el camino a su pecho y amamantarse. (14) Durante los días subsecuentes al nacimiento, una madre aprende diversas maneras para comprender las señales de su bebé y la forma única que tiene para comunicarse con ella. Los expertos recomiendan que inmediato al parto un recién nacido saludable sea colocado piel con piel sobre el abdomen o el pecho de su madre, que sea secado y se cubra con toallas tibias(14)Algunos investigadores llaman a este contacto piel a piel “Cuidados de la madre Canguro” u “Operación Canguro”. Ser colocado desnudo contra la piel de su madre es la forma perfecta para que un bebé se adapte a su nueva vida fuera del cuerpo de su madre. La temperatura de la madre se ajusta naturalmente para mantener al bebé calentito evitando que se enfríe. (14)

Los recién nacidos colocados piel con piel junto con sus madres lloran menos y se mantienen más calientes que aquellos que son colocados en cunas térmicas. De igual manera, los bebés que perdieron temperatura, incluyendo los prematuros, regresan a una temperatura normal rápidamente cuando son abrazados piel a piel por sus madres. Años atrás, los profesionales de la medicina, pensaban que los bebés estaban más seguros en el cunero porque había menor posibilidad de que estuvieran expuestos a gérmenes. (14)

Ahora sabemos que el contacto piel con piel proporciona la oportunidad para que un bebé sea expuesto a las bacterias normales, que se encuentran en la piel de su madre, y esto disminuye el riesgo de que el niño enferme por otros gérmenes más dañinos. Otros beneficios del contacto piel a piel incluyen el respirar más fácilmente, niveles altos y constantes de azúcar en la sangre y un progreso natural de la lactancia. La mayoría de los bebés colocados piel con piel con sus madres instintivamente, después del nacimiento, se pegarán solos al pecho y comenzarán a amamantarse, usualmente en el lapso de una hora. Las madres que sostienen a sus bebés piel a piel después del nacimiento, tienen mayor probabilidad de continuar amamantando y menor probabilidad de alimentar a sus bebés con fórmula. Sin embargo, cuando los bebés son separados de sus madres 20 minutos o más después del nacimiento, tienen menor probabilidad de amamantarse durante la primera hora después del nacimiento. Muchos investigadores que han estudiado el comportamiento animal, creen que, como pasa con los demás mamíferos, los bebés humanos al ser separados de sus madres lloran significativamente más por angustia, necesitando físicamente el calor, la protección y el acceso a la leche materna que sólo pueden encontrar en los brazos de su madre.(14)

2.4.2.2. El apego

El apego es el establecimiento de un vínculo físico-afectivo que ha demostrado influir en la producción de relaciones afectivas normales entre los hijos, sus padres y su entorno. Un buen apego se favorece si se promueve el contacto físico precoz y continuado con el alojamiento conjunto del recién nacido con su madre y la participación activa del padre desde el nacimiento (2-7)

El apego debe ser reforzado durante toda la vida del niño. En ocasiones, por razones de salud del recién nacido o de su madre, no se puede realizar el contacto físico inmediatamente después del parto.

Esto claramente no afecta el cariño ni la calidad del vínculo que se produce si los padres entienden en qué consiste el proceso de apego.

La vinculación y el apego conducen a la formación de lazos afectivos que son necesidades vitales del ser humano y que proporcionan la base de su desarrollo biopsicosocial desde el nacimiento hasta la adultez para su supervivencia y buena adaptación con el medio para elaborar un sentido de sí mismo. (2-7)

apego seguridad regulador de la experiencia emocional

2.4.2.3 .Efecto del alojamiento conjunto sobre la lactancia:

Estudios realizados sugieren que el alojamiento conjunto tiene un efecto beneficioso a corto y a largo plazo sobre la lactancia materna, que sólo se mantiene si va acompañado de orientación sobre ésta. Adicionalmente, el alojamiento conjunto puede facilitar la producción inicial de leche. (17- 22)

2.4.2.4. Contacto piel a piel y amamantamiento inmediato:

Es indispensable que se facilite el establecimiento del contacto inmediato madre hijo/hija, sin separarlos salvo patología materna o del recién nacido/a que haga imprescindible separarlos. Se colocará al niño o niña sobre el abdomen de la madre, inmediatamente después del parto fomentando el contacto piel a piel. Se deberán evitar todas las maniobras invasivas que puedan interferir en este momento favoreciendo el apego e inicio temprano de la lactancia (22). Se recomienda que el padre acompañe este proceso. El equipo de salud presente en sala de parto deberá apoyar a la madre a iniciar la lactancia en la primera hora post parto.



Fuente 4

<http://www.baradero.com/2010/08/-al-7-de-agosto-semana-mundial-de-la-lactancia-materna/>

El contacto piel a piel debe facilitar el inicio del amamantamiento) e informar a la madre sobre la importancia del calostro.

En los casos de partos normales, el examen del recién nacido/a, la colocación de la profilaxis ocular, administración de vitamina K y la evaluación de la antropometría se deberá realizar luego del primer contacto piel con piel para no interferir en el primer contacto visual del niño/a con su madre y el ambiente. Cuando sea necesario, gineco-obstetra, partera y pediatra deberán acordar el uso de medicamentos de forma que éstos no interfieran en la lactancia. ⁽²⁶⁾

En casos de cesárea ⁽¹⁰⁻¹⁶⁾el contacto piel a piel deberá realizarse inmediatamente después del nacimiento o por lo menos durante la primera hora después de que la madre haya recuperado el conocimiento, en caso de anestesia general. Se promoverá la alimentación con calostro materno en la primera hora post cesárea. Para ello:

- Se promoverá el uso de anestesia peridural.
- Para la analgesia se preferirá paracetamol o ibuprofeno.
- Se evitará el uso de oxitócicos.
- Se brindará apoyo especial a la mujer en esta situación de parte del equipo que interviene.
- Se colocará a la niña o el niño al lado de su madre en la sala de puerperio inmediato o en la sala de recuperación post-anestésica en el caso de cesárea, manteniendo una observación estricta y ofreciendo apoyo constante para facilitar el amamantamiento.

En el caso de cesárea ⁽¹⁵⁾el equipo de salud buscará alguna persona que acompañó a la madre, en especial el padre, con el fin que la niña/niño realice el apego necesario para el buen desarrollo del/la recién nacido/a. Se procurará trasladar a la madre e hija/o juntos simultáneamente a la sala de Alojamiento Conjunto. (14)

2.4.2.5. Puerperio y periodo neonatal

Alojamiento conjunto: los establecimientos de salud que brinden servicios de atención a gestantes y a recién nacidos; deberán implementar el alojamiento conjunto del recién

nacido al lado de su madre a partir de su nacimiento hasta el momento en que ambos sean dados de alta, debiendo: (1-5-9)

- Mantener al recién nacido junto a su madre las 24 horas del día hasta el momento del alta de ambos.
- Verificar y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda entrenando a la madre y supervisando la técnica de amamantamiento desde el comienzo y en forma continua.
- Promover la alimentación a libre demanda sin restricciones en cuanto a duración o frecuencia de las mamadas.
- Asegurarse de que la mujer amamantando cuente con una buena alimentación y líquidos abundantes.
- Desaconsejar el uso de chupete e intermediarios informando el efecto negativo que producen al confundir el reflejo de succión del recién nacido.
- Brindar consejería a la mujer sobre los beneficios del calostro (contenido de inmunoglobulinas y efecto laxante que permite la eliminación del meconio) y técnicas de amamantamiento, de ser posible en forma individual, por el equipo de salud o de forma colectiva.

2.4.2.6. Efectos del contacto precoz sobre la lactancia:

El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia. Incluso 15 ó 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, mientras que una interrupción del contacto de 20 minutos en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una relación con la dosis. (19)

Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto, es de gran importancia el contacto precoz con la madre sobre la duración de la lactancia materna.

2.4.2.7.Lactancia materna:

La leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos y lactantes hasta los seis meses, tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intra a la extra útero. (18)



Fuente 5

<http://www.e-lactancia.org/ped/ped09.htm>

Se recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.

Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes de vida en un 95%(22) y disminuye al 80% durante el sexto mes, al 60% el noveno y al 32,5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación alrededor del sexto mes(13-18).

Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en el primer año de vida, protección contra problemas alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma.(27)

Se encontró que la lactancia materna temprana y exclusiva tiene un importante papel en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida,

así como la pérdida de la lactancia materna aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía (15)

Por otra parte, la lactancia al seno materno ofrece protección a la madre de padecer cáncer de mama además de fortalecer la relación afectiva madre-hijo y ventajas económicas.

alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma⁽²⁷⁾

Se encontró que la lactancia materna temprana y exclusiva tiene un importante papel en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida, así como la pérdida de la lactancia materna aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía⁽¹⁵⁾

Por otra parte, la lactancia al seno materno ofrece protección a la madre de padecer cáncer de mama además de fortalecer la relación afectiva madre-hijo y ventajas económicas.



Fuente 6

<http://www.bebesecuador.com/bebe/el-bebe/nutricion?start=10>

Se debe iniciar la lactancia humana desde el momento mismo del nacimiento el bebé puede comenzar a succionar y la madre producirá ya calostro.

Es conveniente, cuando mamá y bebé están sanos, que tengan alojamiento conjunto, es decir, que el bebé y la madre no sea separados, para que la madre lo alimente sólo con leche humana.

La succión del bebé estimulará a la madre para que se liberen dos hormonas (prolactina y oxitocina) que favorecerán la producción de leche.

A mayor demanda del bebé, mayor producción de leche por parte de mamá. Desde el momento mismo del nacimiento, el bebé puede comenzar a succionar y la madre producirá ya calostro.

Las ventajas para el niño son las siguientes: nutricionales, pues brindan azúcares que no solo ayudan proporcionando energía si no también defensas para el niño; grasas que son únicas, pues favorecen un mejor desarrollo de su cerebro; y, proteínas de muy fácil digestión, que favorecen que el estómago se vacíe más rápidamente (90 minutos), en relación a los niños alimentados con leche de vaca (180 minutos), no producen alergias y brindan un amplio esquema de defensas para el niño ⁽²⁰⁾

Otras ventajas para el niño es la menor incidencia de caries y de problemas de desarrollo dental.

El impacto emocional y de desarrollo neurológico son puntos que no debemos olvidar que se dan de mejor manera en los niños amamantados naturalmente. Es más segura e higiénica y protege al niño de enfermedades diarreicas, respiratorias, alérgicas, y otras.

La primera leche, llamada calostro, que es más escasa, densa y amarilla, proporciona alta protección contra las infecciones.

La leche materna puede darse en cualquier lugar, sin tener que esterilizar, ni cargar pomas ni teteras.

Está siempre a temperatura adecuada, fortalece y estrecha el vínculo emocional entre la madre y el niño.

Facilita la digestión adecuada.

Puede ingerirse con la frecuencia que el bebé la desee, sobre todo al principio. Se puede dar a cualquier hora del día o de la noche y no requiere de preparación previa.

El 60% de las proteínas de la leche humana, son proteínas solubles de fácil digestión. Tiene bajo contenido de fenilalanina y tirosina, aminoácidos aromáticos de difícil utilización por los lactantes pequeños, principalmente los pretérminos. La grasa contenida tiene alta proporción de ácidos grasos insaturados, sobre todo de ácido linoleico el cual es esencial para el crecimiento y crear las bases para evitar el desarrollo de la aterosclerosis.

Contiene un sulfoconjugado de vitamina D hidrosoluble capaz de prevenir el desarrollo del raquitismo.

El alto cociente calcio/fósforo unido a la baja concentración de fósforo favorece una eficiente utilización de estos minerales.

El bajo contenido de fósforo unido a las bajas concentraciones de proteína y altas de lactosa favorecen la absorción del hierro contenido en la leche materna haciéndolo suficiente para satisfacer sus necesidades hasta el 5° o 6° mes de edad. La baja, pero suficiente, concentración de hierro favorece la acción bacteriostática de la lactoferrina.

El bajo contenido de proteínas y minerales impide la sobrecarga del riñón del lactante y reduce las necesidades de agua. El agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades hídricas de un lactante alimentado a pecho exclusivamente.

Las prostaglandinas presentes en la leche materna juegan un papel importante en la maduración de la mucosa intestinal y en la protección del epitelio en general⁽¹⁴⁾

2.4.2.8. Influencias del contacto inmediato del recién nacido con la madre en la regulación térmica:

La transición del medio intrauterino al extrauterino es un proceso complejo, durante el cual se producen múltiples modificaciones en varios sistemas en forma simultánea en el transcurso de pocos minutos⁽²¹⁾

El éxito del proceso de adaptación depende de que esta se realice en forma correcta, por su complejidad y la interferencia que ejercen factores externos fácilmente se ven

dificultades que causan trastornos de la adaptación, principal causa de morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal⁽²¹⁾

Es vital brindara todos los recién nacidos las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina.



Fuente 7

<http://autorneto.com/referencia/domesticas/familia/la-temperatura-corporal-del-bebe/>

La intervención debe ser precoz en situaciones que ponen en riesgo la vida o se asocian con secuelas, y dadas inmediatamente al nacimiento permitiendo la interacción madre-hijo, evitando la pérdida de calor corporal, previniendo infecciones, suministrando apoyo vital en los casos que así lo requieran.

Debe proveerse al neonato de un ambiente adecuado que evite la pérdida de calor corporal lo cual ha demostrado ser un factor determinante en la disminución de la mortalidad infantil.

Es básico mantener la temperatura ambiental en un nivel óptimo descrito como zona térmica neutral; en esta zona, la temperatura del cuerpo es normal, la actividad metabólica es mínima y la regulación de la temperatura se logra por medio de procesos físicos que no incluyen la evaporación.²¹⁻²⁸

Por otro lado la capacidad de reptar del neonato, la sensibilidad del pezón de la madre, la marcada disminución del llanto cuando el niño está en contacto íntimo con la madre y la calidez del pecho materno son fenómenos adaptativos.¹⁴

Un área especial de intervención sobre el vínculo entre padres e hijos se ha concentrado en aumentar el tiempo de contacto madre-hijo en las primeras horas y días posteriores al parto. ⁽²¹⁾

El recién nacido se considera homeotérmico, los índices de morbilidad y mortalidad aumentan cuando se permite que la temperatura central descienda por debajo de los 36 grados centígrados. Los neonatos a término expuestos al frío después de nacer pueden desarrollar acidosis metabólica, hipoxemia e hipoglucemia y aumentar su excreción renal de agua y solutos debido a su intento por compensar la pérdida de calor ⁽²¹⁾

Las necesidades básicas del recién nacido son; asistencia inmediata al nacimiento (reanimación si es que hace falta), apoyo posterior para conseguir una nutrición adecuada, mantener una temperatura corporal normal y evitar que se enferme. Estas necesidades se deben satisfacer en un entorno que además le proporcione una asistencia constante por parte de médicos y enfermeras que estén preparados para detectar cualquier signo de enfermedad concreta pero reduciendo al mínimo el tiempo de separación entre madre e hijo. ⁽²¹⁻²⁸⁾

Se toma en cuenta que el desarrollo normal del lactante depende en parte de una serie de respuestas afectivas recíprocas entre la madre y su hijo que les unen psicológica y fisiológicamente y que se ha demostrado que luego de ser secado y colocado desnudo sobre el tórax de la madre mantiene su propia temperatura corporal de la misma manera en que lo haría con un sofisticado calefactor cuando, generalmente, se separa a la madre de su niño. ⁽²⁸⁾

Debido a que tanto la madre como el niño traen una riqueza de recursos internos a estos primeros momentos juntos, la responsabilidad más importante de quienes los atienden es permitir que florezcan estas habilidades naturales y no interferir con ellas. Un ejemplo es la habilidad de los recién nacidos de ser dejados sobre el abdomen de la madre, después del nacimiento, de desplazarse gradualmente hasta el pecho, encontrar el pezón y empezar a succionar. ⁽²⁸⁾

El nacimiento expone al neonato a pérdidas de calor por evaporación, convección, conducción e irradiación lo que puede ocasionar un descenso de su temperatura corporal

hasta en un grado centígrado por minuto si no es protegido adecuadamente.(28) La termorregulación es el conjunto de mecanismos que se integran para mantener un nivel óptimo de temperatura en el organismo. Para mantener la temperatura interna constante, el recién nacido debe ser capaz de perder calor en ambientes calientes y conservarlo o producir calor en ambientes fríos. ⁽²⁸⁾

2.4.2.9. Riesgos del alojamiento conjunto.

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período.

Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino.

Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación ³⁹

Las razones del riesgo de un alojamiento temprano en los recién nacidos son:

- Parto Séptico en la cual el recién nacido no puede pasar de manera temprana junto a la madre
- Madres con enfermedad hipertensiva del embarazo que fueron llevadas a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Madres VIH positivas.
- Partos prematuros (finalizados antes de las 37 semanas de amenorrea).
- Partos pos términos (finalizados a partir de las 42 semanas de amenorrea).
- Recién nacidos con malformaciones congénitas mayores diagnosticadas al nacer.

Todas estas patologías tanto del recién nacido y de la madre no permiten que tengan un alojamiento conjunto temprano.

Otras causas que se considerarían un riesgo para el alojamiento conjunto serían:

- Madres con enfermedades psiquiátricas que no están preparadas para dar un alojamiento conjunto.
- Madres adolescentes.
- Adolescentes que fueron violadas y no quieren a sus hijos.

La causa que mencionamos a continuación no se puede sostener bibliográficamente pero sería un riesgo para el alojamiento conjunto temprano una madre que no desea concebir a su hijo y esta la podría asfixiar cuando se le pase junto a ella, se considera un riesgo de alojamiento conjunto por que en nuestra experiencia en el hospital hemos escuchado de casos que han sucedido pero esto no es frecuente y tampoco es documentado por lo que no es común encontrar.

2.5. Hipótesis y Variables

2.5.1. Hipótesis

El alojamiento conjunto en los recién nacidos sanos, tiene mayor beneficio materno-neonatal durante las primeras 4 horas de vida.

2.5.2. Variables

2.5.2.1. Variable Independiente: Alojamiento conjunto a las 6 horas de vida.

2.5.2.2. Variable Dependiente: Beneficios maternos neonatales

2.6. Operacionalización de las variables

Variables	Definiciones Conceptuales	Categorías	Indicadores	Técnicas Instrumentos E
<p>Variabes Independientes</p> <p>Alojamiento conjunto a las 6 horas de vida</p>	<p>Tiempo</p> <p>El tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos sujetos a cambio, de los sistemas sujetos a observación, esto es, el período que transcurre entre el estado del sistema</p>	<p>Tiempo promedio</p>	<p>Entre más temprano es el alojamiento obtendremos mayores beneficios materno - neonatales</p>	<p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Observación <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Guía • Historia Clínica • Cuestionario • Hoja de perinato
<p>Variable Dependiente</p> <p>Beneficios Maternos Neonatales</p>	<p>Ubicación del niño o niña y su madre en la misma habitación día y noche, lo más pronto posible después del parto</p>	<p>Alojamiento Conjunto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación • Prevenir Infecciones • Buena succión • Buena relación madre hijo. 	<p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Observación <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Guía • Historia Clínica • Cuestionario • Hoja de perinato

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

Como se menciona, el método científico es uno, pero existen diversas formas de describir, identificar y aplicar una investigación. La forma más común de clasificar las investigaciones es aquella que pretende ubicarse en el tiempo, y distingue la investigación en hechos pasados, presentes y futuros identificando estudios de tipo: Retrospectivo, Descriptivo y Experimentales. ⁽⁶⁾

La investigación de tipo retrospectivo se basa en hechos pasados y describe lo que era y representa una búsqueda crítica de la verdad, sustentando los acontecimientos pasados. Así, el investigador cuenta con fuentes primarias y secundarias los cuales le proveen información, en el primer caso verifica la autenticidad de un documento y en el segundo, determina el significado y validez de los datos que contiene el documento que considera auténtico. ⁽⁶⁾

La investigación descriptiva trabaja sobre la realidad de los hechos y su característica fundamental es la de presentar su interpretación correcta. Este puede incluir a los siguientes tipos de estudio: encuesta, casos: exploratorios, causales, de desarrollo, predictivos, de conjuntos, de correlación. ⁽⁶⁾

La investigación experimental consiste en la manipulación de una o más variables.

El método que se utilizó en esta investigación es el *inductivo-deductivo*, aquel que va de lo particular a lo general. Por su naturaleza, este es un estudio: **retrospectivo, documental, de serie de casos, descriptivo y de corte transversal.**

Es de tipo **retrospectivo**, porque el estudio a realizar toma en cuenta los fenómenos a estudiar en un período previo al inicio de la investigación.

Es de tipo **documental**, porque acude a una fuente primaria de datos la cual es la Historia Clínica, en donde se registran todos los procedimientos, así como los detalles de evolución y complicaciones de los sujetos de estudio.

Es de **campo** porque el fenómeno a estudiar se desarrolla en el lugar de la investigación el cual se efectuará (el Hospital “Dr. Enrique Garcés”), donde realizamos nuestro Internado Rotativo, teniendo como universo un número de 196 pacientes los cuales cumplieron los criterios de inclusión ya expuestos.⁽⁶⁾

Es de corte transversal porque se va a realizar en un límite de tiempo.

- 1.- Mujeres gestantes ingresadas al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Enrique Garcés”, con diagnóstico de embarazo a término.
- 2.- Recién nacidos sanos ingresados en el ambiente de Recuperación de la Unidad de Neonatología.
- 3.- Existencia de datos completos necesarios en la Historia Clínica tanto de la madre como en la del recién nacido.

Como punto de partida, para la elaboración del presente trabajo se necesitaron los registros clínicos (Historia Clínica e Historia Perinatal), archivados en el Servicio de Estadística del Hospital “Dr. Enrique Garcés”, correspondientes al periodo de Enero a Agosto del 2010 en la que se encuentran la evolución, de la madre y la del recién nacido.

3.1 Método

3.1.1. Tipo de la investigación: Se realizará a través de una investigación descriptiva-explicativa.

3.1.2. Diseño de la investigación: De campo y documental, porque el fenómeno a estudiarse o analizarse será estudiado en el lugar donde se está produciendo y será recopilado de una fuente primaria que es la Historia Clínica.

3.1.3. Tipo de estudio: Transversal.

3.2 .Población Y Muestra

3.2.1. Población

El universo total que conformo nuestro estudio fue de 3.335 recién nacidos, de madres que fueron ingresadas con diagnóstico de embarazo a término en el Servicio de Gineco - Obstetricia y los recién nacidos productos de los partos que fueron ingresados al ambiente de Recuperación de la Unidad de Neonatología en el Hospital “Dr. Enrique Garcés” en el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de agosto del 2010.

De este universo la muestra que se obtuvo al aplicar la fórmula fue de 234 pacientes en el periodo comprendido de enero a agosto del 2010.

De este valor el ochenta y cuatro por ciento corresponde a recién nacidos sanos.

3.2.2. Muestra.

El tipo de muestra fue probabilístico y la selección de pacientes se realizó en forma aleatoria y estuvo constituido por 234 recién nacidos de madres que fueron ingresados con diagnóstico de embarazo a término los cuales no presentaron ninguna complicación durante y después del parto, mediante la aplicación de la formula.

Formula:⁽³¹⁾

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot (p \cdot q)}{d^2 + Z^2 \cdot (p \cdot q)}$$
$$n = \frac{3335 \times (1.6)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{3335 \times (0.05)^2 + (1.6)^2 \times (0.5 \times 0.5)}$$
$$n = \frac{3335 \times (2.56) \times (0.25)}{3335 \times (0.0025) + (2.56) \times (0.25)}$$
$$n = \frac{2134,4}{8,33 + 0,64}$$
$$n = \frac{2134,4}{8,97} = 234$$

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada en el presente trabajo fue la observación y la encuesta, la misma que es aplicada a un grupo de madres ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el periodo comprendido de enero – agosto del 2010 y los instrumentos que sirvieron para la recolección de datos fueron las Historias Clínicas, las cuales se encontraron en el Servicio de Estadística del Hospital “Dr. Enrique Garcés”. Una vez validada la Hoja para recolección de datos, se procedió a la revisión individual de cada Historia Clínica, de forma sistemática se revisaron la Hoja de Evolución de la madre y la hoja Perinatal del recién nacido. Los datos obtenidos fueron ingresados en una Hoja Electrónica de Datos: Microsoft Excel versión 2007, para ser tabulados.

3.4. Técnicas para el análisis e interpretación de resultados

Los datos se recogieron a través de observación y revisión de las Historias Clínicas y encuestas de los pacientes que fueron ingresados en el Servicio de Gineco-Obstetricia y en la Unidad de Neonatología. Como instrumento se usó una hoja guía de recolección de datos que nos permitió saber el tiempo promedio del alojamiento conjunto con sus riesgos y beneficios que este produce.

Posteriormente los datos fueron ingresados y analizados en una hoja de datos de Excel versión 2007.

Tras haber identificado la muestra de estudio, en función de las diferentes variables establecidas para realizar el presente trabajo, nosotros pudimos determinar cuál fue el tiempo promedio de alojamiento conjunto en dicha casa de salud, además nos permitió conocer que el Alojamiento Conjunto, mientras menor es el tiempo mayores beneficios obtenemos, en cambio que a mayor tiempo menos beneficios maternos y neonatales obtenemos.

Además, consideramos que dicho estudio ayudará al equipo de salud a mejorar el vínculo materno-neonatal para, así, evitar complicaciones en el futuro de los recién nacidos, tales como: desnutrición, infecciones repetidas, retraso en el desarrollo psicomotriz, etcétera.

CAPITULO IV:

4. Análisis e interpretación de resultados:

Número de pacientes que fueron atendidas con diagnóstico de eutócico y cesárea, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Eutocico	140	60%
Cesarea	95	40%
Total	234	100%

Tabla N 1.

Fuente: Ficha Médica (Historia Clínica) de pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010

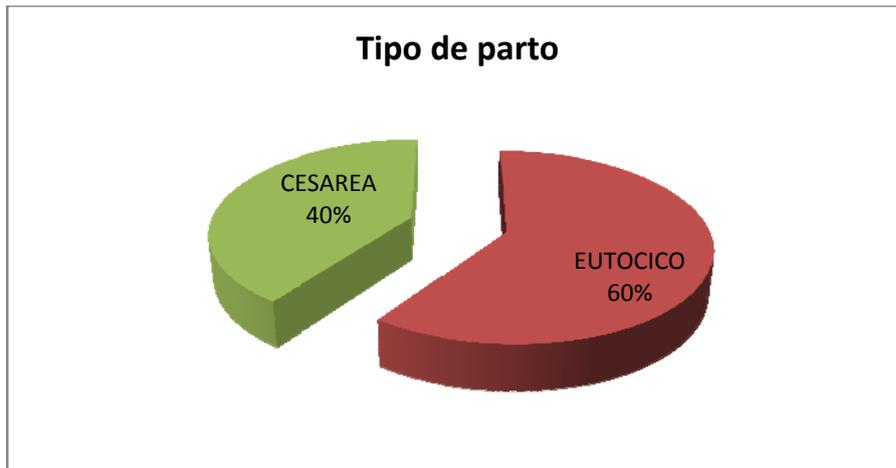


Gráfico N 1.

Fuente: Ficha Médica (Historia Clínica) de pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010

Análisis. De los 234 pacientes el mayor número de partos atendidos en el hospital Enrique Garcés en el periodo 2010 corresponde al 60% a partos eutócicos y el 40% a cesáreas.

Sexo del recién nacido.

Distribución de sexo del recién nacido, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	137	59%
Femenina	97	41%
Total	234	100%

Tabla N 2.

Fuente: Ficha Médica (Perinato) de pacientes Hospitalizados en servicio de Neonatología el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010



Gráfico N 2.

Fuente: Ficha Médica (Perinato) de pacientes Hospitalizados en servicio de Neonatología el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010

Análisis. En relación al sexo del recién nacido, el 41% corresponde al sexo femenino y el 59% al sexo masculino.

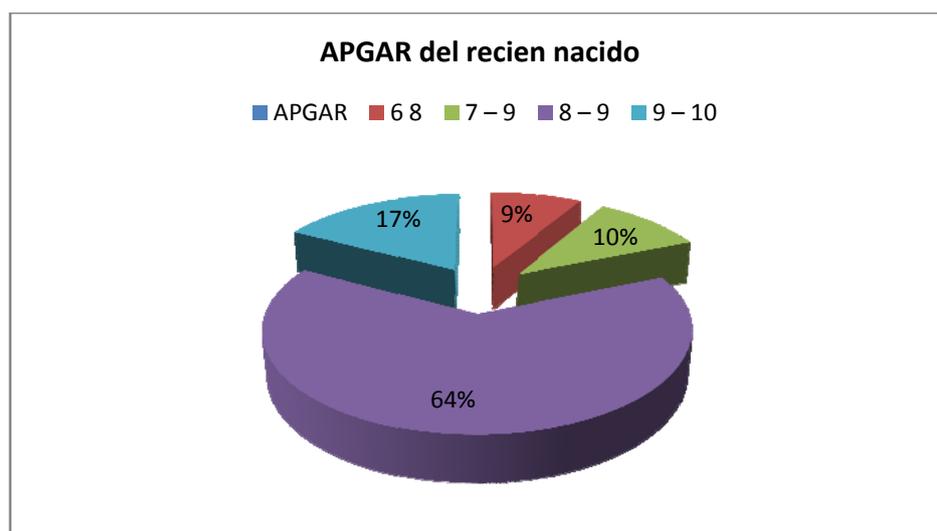
APGAR del recién nacido.

Distribución de APGAR del recién nacido, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 - 8	20	9%
7 - 9	24	10%
8 - 9	150	64%
9 - 10	40	17%
TOTAL	234	100%

Tabla N 3.

Fuente: Ficha Médica (Perinato) de pacientes Hospitalizados en servicio de Neonatología el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 - 2010



Fuente: Ficha Médica (Perinato) de pacientes Hospitalizados en servicio de Neonatología el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 - 2010

Gráfico N 3.

Análisis. De los 234 recién nacidos en nuestro estudio, los niños obtuvieron un puntaje de APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida entre 8 - 9 en un 64% de casos; 9 - 10 en un 17%; 7 - 9 en un 10%; 6 - 8 en un 9%.

Tiempo de alojamiento conjunto del recién nacido.

Distribución de los recién nacidos según el tiempo de alojamiento conjunto, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 6 h	229	98%
Mayor a 6h	5	2%
Total	234	100%

Tabla N 4.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco – Obstetricia en el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010



Gráfico N 4.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco – Obstetricia en el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010

Análisis. De los 234 recién nacidos el tiempo promedio que toma desde el nacimiento de un niño hasta que llega a encontrarse en el alojamiento conjunto con su madre fue menor de seis horas que (correspondiente al 98%) en los partos normales y en las cesáreas, el tiempo promedio fue mayor a las ocho horas y, tan sólo e 2%, corresponde a mayor de seis horas en partos normales.

Complicaciones del recién nacido durante el alojamiento conjunto en partos normales

Numero de recién nacido que fueron atendidas sin ninguna complicación, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	234	100%
Total	234	100%

Tabla N 5.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco – Obstetricia en el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010



Gráfico N 5.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.

Análisis. De los 234 recién nacido el 100% no presentaron ningún tipo de Complicaciones.

Seguridad de las madres de que si son sus hijos según las encuestas

Numero de madres ingresadas en el servicio de obstetricia en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010, y que tan seguras están de que son verdaderamente sus hijos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	234	100%
Poco	0	0%
No	0	0%
Total	234	100%

Tabla N 6.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.



Gráfico N 6.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.

Análisis. En las encuestas que se realizó a las madres de los recién nacidos, se concluyó que el 100% de ellas sí están seguras de que el niño que tienen en sus manos en ese momento sí es su verdadero hijo (aquel que parieron en la sala de partos), independientemente del tiempo que haya tomado conseguir el Alojamiento Conjunto.

Complicaciones del recién nacido durante el alojamiento conjunto de partos normales según encuestas.

Numero de recién nacido que fueron atendidas sin ninguna complicación, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010 posterior a un parto eutócico.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	234	100%
Total	234	100%

Tabla N 7.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el
Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.



Gráfico N 7.

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el
Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés
Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.

Análisis. Dentro de la encuesta sobre riesgos y beneficios se concluyó que no tuvieron complicaciones durante el Alojamiento Conjunto los recién nacidos de aquellas madres que tuvieron partos eutócicos.

Complicaciones del recién nacido postcesarea.

Complicaciones en el manejo del recién nacido al momento de pasar junto a la madre, en el hospital Dr. Enrique Garcés en el periodo enero a agosto del 2010, postcesarea

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
No	180	77%
Lactancia	34	14%
Enfriamiento	0	0%
Irritabilidad	20	9%
Buen apego	0	0%
Total	234	100%

Tabla N 8 .

Fuente: Pacientes Hospitalizado en el servicio de Gineco - Obstetricia el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.

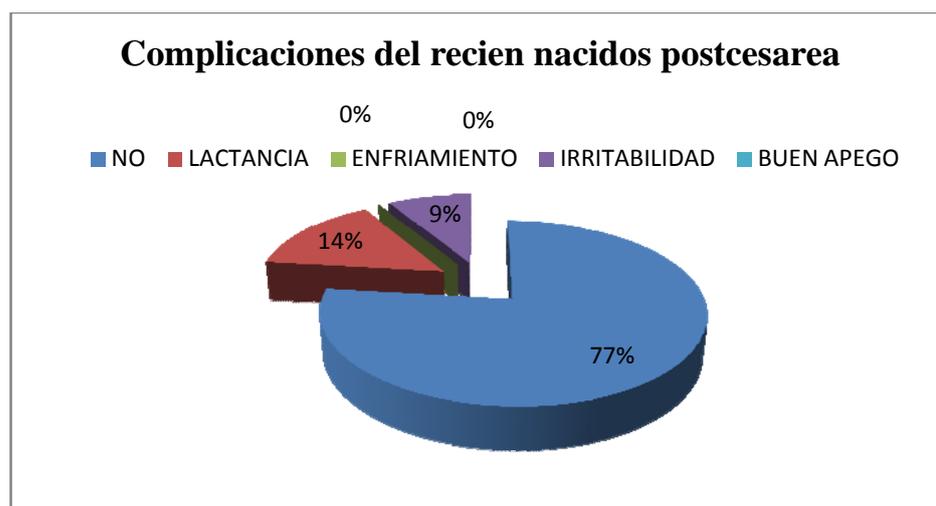


Gráfico N 8

Fuente: Pacientes Hospitalizados en servicio de Gineco - Obstetricia el Período: Enero a Agosto del 2010 en el Hospital Dr. Enrique Garcés

Elaboración: Internos Rotativos de Medicina: 2009 – 2010.

Análisis. Dentro de la encuesta sobre riesgos y beneficios se concluyó que si tuvieron un rango de complicaciones durante el Alojamiento Conjunto, sobre todo en la alimentación e irritabilidad del bebé, en aquellas madres que tuvieron un parto por cesárea.

4.1. Comprobación de hipótesis:

Se ha identificado la muestra de estudio, en función de las diferentes variables establecidas para realizar el presente trabajo, se pudo determinar cuál fue el tiempo promedio de alojamiento conjunto en dicha casa de salud posterior a un parto normal fue de cuatro horas por lo que se nos permitió conocer que el Alojamiento Conjunto, mientras menor es el tiempo mayores beneficios obtenemos, en cambio que en madres postcesareadas el tiempo fue mayor a seis horas y por lo tanto este grupo de recién nacidos tuvo menos beneficios maternos y neonatales obtenemos, por lo que nuestro trabajo investigativo la hipótesis es positiva

Además, consideramos que dicho estudio ayudará al equipo de salud a mejorar el vínculo materno-neonatal para, así, evitar complicaciones en el futuro de los recién nacidos, tales como: desnutrición, infecciones repetidas, retraso en el desarrollo psicomotriz, etcétera.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones:

En este capítulo damos a conocer los resultados de la investigación realizada, es decir los riesgos beneficios al limitar o alargar el tiempo de alojamiento conjunto después del nacimiento.

Tras la elaboración del presente estudio, las conclusiones a las que hemos llegado al finalizar el análisis de los componentes que integran dicho trabajo de investigación son:

5.1. Conclusiones

- El sistema de Alojamiento Conjunto tiene mucha importancia y debería ser practicado por todas las Instituciones de Salud que atiendan madres y recién nacidos ya que allí donde las madres tuvieron la oportunidad de practicar tempranamente el Alojamiento Conjunto éste les sirvió como "una escuela ", durante su período de internación, en donde se enseña y ellas aprenden o perfeccionan la técnica de la lactancia, la importancia de la leche materna, los cuidados higiénicos del bebé, se les orienta sobre los cuidados de la piel del recién nacido, el cordón umbilical y otros aspectos generales referidos a la salud del niño, incluidas las inmunizaciones y el control periódico.
- Los recién nacidos, en las cunas, lloran más porque sus cuidadores no responden tan a menudo como las madres que están en la misma habitación. Por lo tanto, los recién nacidos, deben permanecer en la habitación con sus madres las 24 horas de día
- Mientras es menor el tiempo que toma en ocurrir el alojamiento conjunto, mayores son los beneficios como:
- Mejor lactancia.

- Buena succión.
- Buena termorregulación.
- Menor irritabilidad.
- Encontramos que el tiempo promedio de alojamiento conjunto fue de cuatro horas a pesar de que el recién nacido no tuvo ninguna complicación el tiempo que demora es por la demanda de RN que se encuentra en el área de Neonatología y el personal de esta área no abastece para poder enviar al alojamiento menos de las cuatro horas.

5.2. Recomendaciones

- Implementar más personal de salud en la Unidad de Neonatología para que pueda abastecer con la demanda de RN y dar un Alojamiento Conjunto más temprano que el que actualmente ocurre.
- Capacitar a todo el personal de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica el Alojamiento Conjunto temprano.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- Los recién nacidos deben ser colocados, desnudos, sobre el abdomen de su madre, sin molestarles hasta que han conseguido mamar por primera vez; y se deben promover activamente sus esfuerzos para alcanzar el pecho.
- El contacto precoz, incluyendo tocar el pezón, puede tener importantes efectos sobre la conducta maternal en general y sobre el vínculo entre madre e hijo en particular.
- El contacto piel con piel es en extremo importante y se debe recomendar fuertemente, tanto para las madres que tienen intención de dar el pecho como para las que no.

6. BIBLIOGRAFIA.

1. ALVARADO, B., Tabarez, R., Delisle, H. y Zunzunegui, M. (2003). Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro Colombianos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 55, (1), 55-63.
2. AROS AS. Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75: 270-4.
3. E. Casada de Frías A. Nogales. *Espert Pediatría*, Editorial Harcourt Brace, cuarta Edición 1997, Madrid.
4. HOYOS. Ángela, *Pautas de Neonatología*, Colombia. Año 1998.
5. *Metodología de la Investigación*, Austin M. Tomás. *Conceptos de Investigación*. Capítulo 16: *Metodología de la Investigación*. Editorial Masson 2006.
6. VALDERRAMA A, Bueno M. Influencia del alojamiento conjunto precoz en la lactancia humana en madres cesareadas. Estudio randomizado. Hospital Regional del Cusco. 1994. © Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño. ISSN versión electrónica 1728-2403. *Pediátrica* 2001 4(1): 6 - 9.
7. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Alojamiento-Conjunto/83019.html>
8. <http://www.revistapediatria.cl/vol1num1/pdf/apego.pdf>
9. <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/elapego/index.php>
10. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v04_n1/influencia.htm
11. Revista Hospital Enrique Garcés Mayo 2010. Edición N°1. Pag 12
12. Datos proporcionados por el HEG
13. .Visión y misión recolectada de los datos del HEG. Mayo 2010. Edición N°1
14. <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v78n5p391.pdf>
15. <http://www.lamaze.org/Portals/0/Research%20and%20Advocacy/NoSeparationSpanish.pdf>
16. <http://www.insp.mx/rsp/files/File/1997/alojamiento.pdf>
17. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10639204.pdf>

18. <http://www.amamanta.org.ve/v2/lactancia-materna/72-alojamiento-conjunto.html>
19. <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/lactancia.pdf>
20. http://www.quenoesparen.info/documentos/MN10_72.pdf
21. <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/mayo99/difunden%20beneficios%20de%20la%20leche%20materna.html>
22. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp02410202.pdf>
23. http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu_principal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/PIELpielRN.pdf
24. <http://es.wikipedia.org/wiki/Estadística....>
25. <http://www.prematuros.cl/webenfermerianeonatal/diciembre06/Fortaleciendoap ego.pdf>
26. <http://www.sld.cu/sitios/williamsoler/temas.php?idv=13695>
27. <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20II%202009/8-%20Alojamiento%20Conjunto.pdf>
28. <http://maternoinfantil.org/archivos/B52.pdf>
29. <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/alojamientoconjunto.pdf>
30. http://www.neonatpr.fmed.edu.uy/Descarga/SEM_EST/NORMA09.pdf
31. http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/abc_duran.pdf
32. http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Alojamiento+Conjunto&lang=2
33. http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Alojamiento+Conjunto&lang=2
34. <http://www.bebesymas.com/ser-padres/la-importancia-del-contacto-precoz>

35. <http://www.baradero hoy.com/2010/08/02/1%C2%B0-al-7-de-agosto-semana-mundial-de-la-lactancia-materna/>
36. Fuente 5
37. <http://www.e-lactancia.org/ped/ped09.htm>
38. <http://autorneto.com/referencia/domesticas/familia/la-temperatura-corporal-del-bebe/>
39. http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Pediatria_Neonatologia.pdf

ANEXOS

ANEXO I
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION PARA LA REALIZACION DEL TEMA DE TESINA:

TEMA DE INVESTIGACION:

“RIESGOS Y BENEFICIOS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO TEMPRANO MADRE -HIJO EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCES EN EL PERÌODO COMPRENDIDO DE ENERO A AGOSTO 2010”

INVESTIGADORES: ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNACH

TUTOR: DR: FERNANDO AGAMA

INSTRUCCIONES:

Por favor coloque una x en el espacio que usted considere su respuesta correcta.

ENCUESTA REALIZADA A MADRES DE LOS RN DEL H.E.G

1. Indique cual fue el tiempo que le pasaron a su hijo junto a usted

A las 6 horas

Mayor de 6 horas.....

2. ¿ESTA REALMENTE SEGURA QUE ESTE ES EL NIÑO QUE USTED DIO A LUZ EN LA SALA DE PARTOS ?

SI.....

NO.....

POCO.....

3.- Tuvo alguna dificultad en el manejo del recién nacido, al momento que paso junto a usted?

SI..... NO.....

Si puso si de que tipo

- a) Lactancia.....
- b) Enfriamiento.....
- c) Irritabilidad.....
- d) Buen apego.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO II

HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
SERVICIO DE: GINECOLOGIA Y NEONATOLOGIA
GUIA DE OBSERVACION

Este Instrumento de observación y recolección de datos será apoyo para la realización de la tesis **“Riesgos y Beneficios del Alojamiento Conjunto Temprano Madre - Hijo en el Hospital Enrique Garcés en el Período Comprendido de Enero a Agosto 2010”** en el servicio de Ginecología y Neonatología; durante las 24h, datos que serán llenados únicamente por los **INTERNOS DE MEDICINA:** Anita Moposita Tenelema, Beronica Guadalupe Borja

No de Historia	Nombre	Tipo de parto		Nacimiento		SEX O		APGAR	Tiempo de alojamiento conjunto R.N			Complicación de R.N	
		Eutócico	Cesárea	Fecha	Hora	M	F		Fecha	4 Horas	Mayor a las 4 horas	SI	NO







