

11217
60
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado Hospital General

"Cral. Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E.

ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE - RECIEN
NACIDO EN PUERPERIO QUIRURGICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECO - OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. MA. DELIA MUÑOZ ARREOLA

Director: Dr. Rafael Rodríguez Ledezma

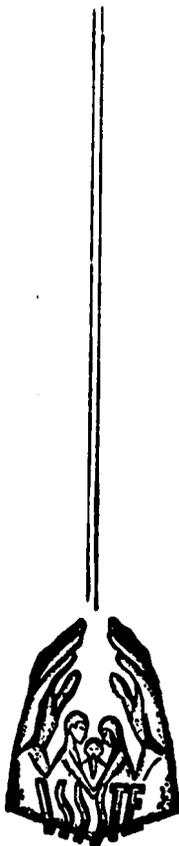
Asesor: Dra. Ana Lilia Méndez

Dr. Carlos Vargas García

México, D.F.

Febrero 1986

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Página
1.- INTRODUCCION.....	01
2.- HIPOTESIS.....	05
3.- JUSTIFICACION.....	06
4.- OBJETIVOS.....	07
5.- MATERIAL Y METODOS.....	08
6.- RESULTADOS.....	14
7.- COMENTARIOS.....	29
8.- CONCLUSIONES.....	34
9.- BIBLIOGRAFIA.....	36

1.- INTRODUCCION:

Al nacer, el neonato depende por entero de su madre, o de la persona que lo atiende, para satisfacer todas sus necesidades físicas y emocionales, la intensidad y duración -- del apego puede determinar si habrá de sobrevivir y desarrollarse de manera óptima. El contacto cutáneo, el tacto, el olor, la tibieza del cuerpo y los estímulos auditivos y visuales se combinan para promover este apego.

Es importante señalar que la madre no solo depende de la enfermera, sino también de otras madres, ya que debe atender a las necesidades de su bebe; así, antes de llevárselo a su casa adquiere pericia y confianza en si misma (4,7,10,11) Sin embargo esto es difícil en el manejo tradicional y más en los grandes hospitales donde se maneja un volúmen considerable de pacientes, observándose que en ocasiones existe hacinamiento en los cuneros fisiológicos con las consecuentes epidemias, principalmente de diarreas (1,16).

Existen muchas ventajas para la madre y el recién nacido que participan en el sistema de alojamiento conjunto, en relación con las que se manejan en forma habitual, el número de complicaciones intra y extrahospitalarias es significativamente mayor en el binomio madre-hijo que son manejadas con el sistema tradicional (16,20).

Con los cuneros fisiológicos se imposibilita la enseñanza para práctica del manejo del recién nacido para la madre, teniendo así mismo la necesidad de utilizar leches artificiales, lo que implica una serie de manipulaciones con alto riesgo de contaminación, y no teniendo el recién nacido la dicha del seno materno, que es su mejor nutriente y protector de infecciones.

Con el sistema de alojamiento conjunto se reducen considerablemente las complicaciones de la madre, principalmente de sus mamas (mastitis, grietas del pezón) y se presenta -- una más pronta involución uterina en comparación con las madres que son manejadas en forma tradicional intrahospitalariamente (15,16,24).

En los comienzos de la década de 1940 se separaba por completo al niño de sus padres durante la hospitalización, -- en los principales hospitales de Pediatría no se permitían -- visitas más de 30-60 min. por semana. No sólo había epidemias de diarrea, sino que las infecciones respiratorias plagaban los hospitales de Pediatría y los servicios de maternidad y neonatología. Como el enemigo eran los microbios, los padres y sus familiares no podían entrar (10).

En el mismo año de 1940 se renovó el interés del alojamiento conjunto para las madres con productos de término (7) Investigaciones subsecuentes han recalcado la importancia de la interacción madre-hijo en el alojamiento conjunto con sus resultados satisfactorios en cuanto a la evolución de la madre y el recién nacido tanto biológica como psicológicamente.

Seidemann y Cole. en un período de 4.5 años no encontró infecciones en 527 neonatos del alojamiento conjunto, pero, si encontraron en el mismo número de neonatos en el alojamiento tradicional, que fué de 16 casos (23).

Mortimer y Cole. encontraron que el grado de colonización de la nariz y garganta, así como del cordón umbilical -- por estafilococo fué de 27 % de 75 neonatos en el alojamiento conjunto, y de 43 % en 224 neonatos en el sistema convencional. Sin embargo la diferencia no fué significativa. La -- enfermera tuvo contacto tanto con neonatos del sistema convencional, como los del alojamiento conjunto (18).

2.- HIPOTESIS:

2.1.- La madre sana, con una cesárea sin otras complicaciones, está capacitada y apta para manejar a su recién nacido en Alojamiento Conjunto.

2.2.- El Alojamiento Conjunto es benéfico para la madre y el recién nacido, en los casos de cesárea sin otras complicaciones.

4.- O B J E T I V O S:

- 1.- Valorar la posibilidad del manejo del recién nacido en alojamiento conjunto por pacientes con puerperio poscesárea.
- 2.- Establecer las condiciones y características que deben tener las pacientes de puerperio quirúrgico para que puedan llevar a cabo alojamiento conjunto.
- 3.- Establecer los beneficios que se obtienen en el puerperio quirúrgico con el alojamiento conjunto.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Embarazo no deseado.
- Antecedentes familiares de Diabetes.
- Hipertensión crónica.
- Hipertensión durante el embarazo.
- Anemia.
- Rh Negativo.
- Crisis convulsivas.
- Pérdida del conocimiento.
- Madre soltera.
- Accidentes anestésicos.
- Otras que puedan alterar la buena evolución del puerperio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Ruptura de membranas de más de 4 hrs.
- Prolapso de cordón.
- S.F.A.
- Procesos infecciosos.
- Administración de tranquilizantes de cualquier origen en el transoperatorio.
- Administración de anestésicos generales.
- Complicaciones trans o posoperatorias.
- Apgar menor de 7 a los 5 min.
- Recién nacido con broncoaspiración.
- Recién nacido con malformaciones.
- Peso del recién nacido menor de 2500 ó mayor de 4000 gr.

MÉTODOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES:

Para el grupo 1 (Alojamiento Conjunto) se llevó a cabo la evaluación de las pacientes en el puerperio quirúrgico inmediato y si llenaba los requisitos biológicos y psicológicos establecidos se les preguntó si querían participar en el programa, así mismo se preguntaba al pediatra si el recién nacido estaba en condiciones de ser manejado por su madre.

Una vez hecha la evaluación se enviaba a la paciente de recuperación (después de 2-3 hrs. del posoperatorio) y de ahí a su cama en el 5o. piso (ala oriente) y su recién nacido les fué llevado del cuenco de observación después de un período de 12 a 24 hrs. permaneciendo con ellas hasta su egreso.

Se proporcionó a la paciente orientación teórica y práctica sobre el manejo de su hijo, sobre: Cuidados generales, evolución normal especialmente manejo de lactancia, ombligo, etc.

Para las pacientes del grupo 2 (Alojamiento Tradicional) se siguieron los mismos lineamientos, fueron enviadas al 5o. piso (ala poniente) para ser manejadas en condiciones similares que las del grupo 1, con excepción de que se les dió únicamente orientación teórica sobre el manejo y evolución normal de su recién nacido, con la permanencia de éste en el cuenco fisiológico hasta su egreso (como normalmente se hace).

MANEJO DE LA MADRE DURANTE SU ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA:

- 1.- Evaluación por médico Gineco-Obstetra a las 12-24 hrs. - para decidir con ella si puede y quiere manejar a su recién nacido en Alojamiento Conjunto.
- 2.- Inicio de deambulación a las 8 hs poscesárea.
- 3.- El recién nacido les fué llevado a las madres de alojamiento conjunto de 12-24 hrs poscesárea, previa evaluación por el médico Pediatra.

ENSEÑANZA QUE RECIBIO LA MADRE DURANTE SU ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA:

- 1.- Manejo del recién nacido en forma objetiva para baño, -- cambio de ropa, alimentación al seno materno, cuidados generales. Esta enseñanza le fué proporcionada en forma directa y personal por enfermeras de neonatología y Gineco-obstetricia.
- 2.- Prevención de infecciones en su recién nacido, evolución natural del cordón umbilical, respiración, llanto, color de piel, manejo de biberones, etc. todo proporcionado -- por Gineco-obstetras, Pediatras y Enfermeras.
- 3.- Manejo del recién nacido en su hogar. Proporcionado por médicos Pediatras.
- 4.- Profilaxis de grietas del pezón y bescosos mamarios. Proporcionado por médicos Gineco-obstetras.
- 5.- Planificación familiar por médicos Gineco-obstetras y -- trabajadoras sociales.

- 6.- Durante su estancia intrahospitalaria se restringieron - las visitas. Solo se permitieron a su compañero y/o a su madre.
- 7.- La madre y el recién nacido fueron egresados en forma si multánea a los 3-4 días posoperatorios.
- 8.- Ambos grupos de pacientes fueron citados al mes en con--sulta externa con su recién nacido para revisión y eva--luación sobre las experiencias vividas durante su estancia hospitalaria, siendo esta consulta por médicos residentes de Gineco-Obstetricia y Pediatría.

6.- RESULTADOS:

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

EDAD	Grupo 1 A.C.	Grupo 2 A.T.	TOTAL	
20-24 años	18	27	45	
25-29 años	27	17	44	$\chi^2 = 5.96$
30-35 años	15	16	31	$P = > 0.05$
TOTAL	60	60	120	

A.C. = Alojamiento Conjunto

A.T. = Alojamiento Tradicional.

Fig. 1.- Distribución por grupos de edad.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

PARIDAD	A.C.	A.T.	TOTAL	
NULIPARAS	23	16	39	
PRIMIPARAS	21	24	45	$\chi^2 = 1.90$
MULTIPARAS*	16	20	36	$P = < 0.05$
TOTAL	60	60	120	

*= 2 ó más hijos

Fig. 2.- Distribución en cuanto a paridad.

I S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

ESCOLARIDAD	A.C.	A.T.	TOTAL	
PRIMARIA	16	25	41	
SECUNDARIA	21	19	40	$\chi^2 = 3.34$
PREPARATORIA	5	4	9	$P = < 0.05$
PROFESIONAL	18	12	30	
TOTAL	60	60	120	

Fig. 3.- Distribución por grado de escolaridad.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

OCUPACION	A.C.	A.T.	TOTAL	
HOGAR	29	31	60	
EMPLEADA	13	17	30	$\chi^2 = 1.90$
PROFESIONISTA	18	12	30	$P = < 0.05$
TOTAL	60	60	120	

Fig. 4.- Distribución por ocupación.

I S S T E
HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

	A.C.	A.T.	TOTAL	
C. DE ADSC.	363	383	746	
ESPECIALIDAD	41	75	116	$\chi^2 = 19.64$
PERINATOLOGIA	82	47	129	$P = > 0.05$
TOTAL	486	505	991	

Fig. 5.- Consulta prenatal.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES	A.C.	A.T.	TOTAL	
UROSEPSIS	0	2	2	
DISTENSION ABDOMINAL ANORMAL	0	2	2	N= 60
ANEMIA	1	1	2	
ENDOMETRITIS	1	0	1	
TOTAL	2	5	7	

Fig' 6.- Complicaciones intrahospitalarias poscesárea de la madre.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES	A.C.	A.T.	TOTAL	
C. DIARREICO	0	2	2	
ICTERICIA	0	1	1	N= 60
TOTAL	0	3	3	

Fig. 7.- Complicaciones intrahospitalarias del R.N.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES	A.C.	A.T.	TOTAL	
GRISTAS DEL PEZON	0	8	8	
MASTITIS	0	3	3	N = 60
DERISGENCIA DE H. QUIRURGICA	1	0	1	
TOTAL	1	11	12	

Fig. 8.- Complicaciones extrahospitalarias de la madre.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES	A.C.	A.T.	TOTAL	
C. DIARREICO	0	2	2	
ICTERICIA	0	1	1	N= 60
TOTAL	0	3	3	

Fig. 7.- Complicaciones intrahospitalarias del R.N.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES	A.C.	A.T.	TOTAL	
GRIETAS DEL PEZON	0	8	8	
MASTITIS	0	3	3	N = 60
DEHISCENCIA DE H. QUIRURGICA	1	0	1	
TOTAL	1	11	12	

Fig. 8.- Complicaciones extrahospitalarias de la madre.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES	A.C.	A.T.	TOTAL	
DERMATITIS	1	5	6	
CONJUNTIVITIS	0	4	4	
GASTROENTERITIS	1	3	4	
DISPEPSIA TRAN-				N= 60
SITORIA	0	2	2	
C. GRIPAL	0	2	2	
ICT. FISIOLÓGICA	1	0	1	
TOTAL	3	16	19	

Fig. 9.- Complicaciones extrahospitalarias del R^oN.

I S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO'-OBSTETRICIA

CONCEPTO	A.C.	A.T.	TOTAL	
GRIETAS DEL PEZON	0	8	8	
MASTITIS	0	3	3	N = 60
TOTAL	0	11	11	

Fig. 10.- Consultas NO programadas de la madre durante el 1er mes.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

CONCEPTO	A.C.	A.T.	TOTAL	
DERMATITIS	1	5	6	
GASTROENTE- RITIS	0	2	2	
DISPEPSIA TRANSITORIA	0	2	2	N = 60
CONJUNTIVI- TIS	0	2	2	
C. GRIPAL	0	2	2	
TOTAL	1	13	14	

Fig. 11.- Consultas NO programadas durante el primer mes del R.N.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

	A.C.	A.T.
DIAS DE ESTANCIA	3.2	3.8

Fig. 12.- Dias de estancia intrahospitalaria
por paciente.

1 9 5 7
HOSPITAL GENERAL "DRAL. INACIO SARAGOSA"
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

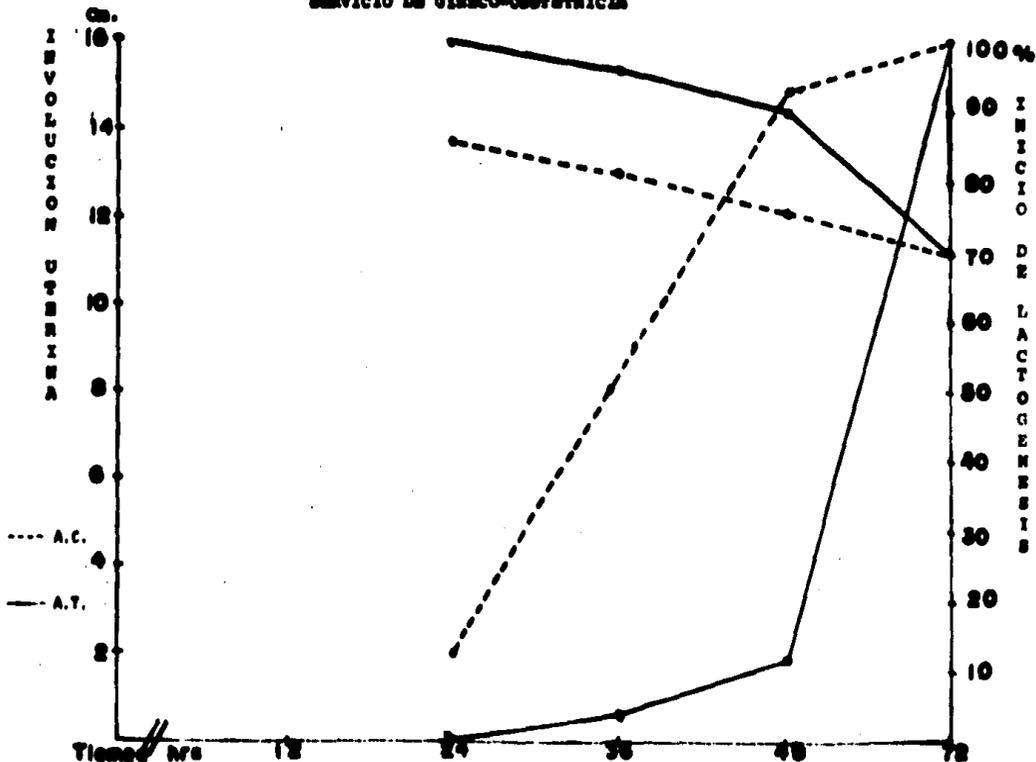


Fig. 13.- Correlación entre involución uterina con el inicio de la lactogénesis.

El análisis estadístico de algunas características de las pacientes nos demuestra que existe similitud en lo que se refiere a Paridad, Escolaridad y Ocupación de las madres en ambos grupos estudiados (Fig. 2,3,4), siendo estos al parecer no similares en cuanto a distribución por grupos de edad y en cuanto al número de consultas prenatales recibidas (Fig 1,5).

Las complicaciones intrahospitalarias de la madre y el recién nacido poscesárea parecen tener una tendencia a ser más frecuentes con la atención tradicional que con el alojamiento conjunto, siendo estas muy similares a las que ya se reportaron con las pacientes en puerperio normal (Fig. 6,7).

La misma observación puede hacerse para las complicaciones maternas y del recién nacido que ocurrieron en el domicilio, tanto para la madre como para su hijo, esta observación condiciona lo encontrado en el cuadro 10 que nos muestra que el número de consultas NO programadas durante el primer mes para el binomio madre-hijo fué ostensiblemente mayor para las pacientes que tuvieron alojamiento tradicional (Fig. 10, 11).

En el cuadro 13 se observa que la involución uterina parece ser más temprana y se relaciona en forma importante con el inicio de la lactogénesis, siendo ambos más tempranos en las púérperas que tuvieron alojamiento conjunto.

En lo que se refiere a los días de estancia intrahospitalaria esta fué ligeramente mayor en las púérperas de alojamiento tradicional, sin que este resultado sea estadísticamente significativo (Fig 12).

7.- COMENTARIOS:

Hasta la fecha resulta tanto para los Obstetras como -- para los Pediatras, y lo que es más importante para las propias madres una utopía el poder manejar a su recién nacido -- en forma temprana después del nacimiento. Sin embargo, existe en el mundo, en nuestro país y afortunadamente en nuestra Institución, específicamente en el Hospital General Ignacio Zaragoza (pionero del alojamiento conjunto) experiencias completamente favorables a esta modalidad de atención de la madre y su recién nacido con resultados ampliamente significativos del beneficio que significa tanto para las madres como para los recién nacidos y para la Institución en el manejo de embarazadas de bajo riesgo en alojamiento conjunto con su recién nacido.

Resulta sin embargo, un tabú, aun muy lejos de superar el tratar de extender los beneficios de este tipo de manejo a las madres en las que por alguna razón se ha tenido que -- resolver el embarazo por medio de un acto quirúrgico como la cesárea.

Se aduce como fundamento de esta conducta el que la madre en etapa posquirúrgica:

- 1.- No acepte a su recién nacido porque su manejo le puede -- ocasionar molestias importantes.
- 2.- No está capacitada físicamente para atender a su recién nacido.

3.- El manejo del recién nacido por la madre es el posoperatorio puede ocasionar en ella complicaciones importantes

En el trabajo llevado a cabo, se observa que las características de las poblaciones estudiadas, en el grupo 1 (Alojamiento conjunto) como en el grupo control (Alojamiento tradicional) son similares en lo que se refiere a Paridad, Escolaridad y Ocupación, aunque existe alguna diferencia estadística en cuanto a la distribución por intervalos de edad.

Esta similitud valida los resultados obtenidos.

En lo que se refiere al número de consultas prenatales recibidas, llama la atención tan solo el hecho de que su número en el servicio de Perinatología del hospital para el -- grupo de alojamiento conjunto es prácticamente el doble que el del grupo control, lo que podría ser interpretado como -- una desviación, en el sentido de que con el proceso educativo que se da en este servicio pudiera influir en la aceptación del procedimiento: Esto no invalida los resultados, pero si nos llama la atención para que a futuro se tome en -- cuenta la importancia que puede tener el proceso de condicionamiento previo de la paciente.

En cuanto a resultados positivos que benefician altamente a la paciente y al recién nacido puede considerarse de enorme trascendencia un hecho ya observado en el grupo de alojamiento conjunto con puerperio fisiológico y que se refiere a la aceleración de la involución uterina directamente relacionada con la presencia temprana de lactogénesis, lógicamente propiciada por el reflejo de succión que se inicia mas tempranamente en las madres en las atendidas en alojamiento conjunto.

Las ventajas de ambos fenómenos son ampliamente conocidos y solo cabe señalar o recalcar que esto puede dar origen a egreso más temprano del binomio madre-hijo y a la disminución de complicaciones intra y extrahospitalarias tanto de la madre como del recién nacido.

Los factores biológicos, aunados a la enseñanza que reciben las madres, igual para ambos grupos, pero lógicamente con manejo directo del recién nacido por las madres de alojamiento conjunto, derivan a los resultados tan ostensiblemente observables en lo que se refiere a las complicaciones tanto intra como extrahospitalarias de la madre y del recién nacido, ya que cuando la madre maneja directamente a su recién nacido se propicia la lactancia al seno evitando para éste - una fuente importante de contaminación que le produce cuadros infecciosos y para la madre complicaciones principalmente en las mamas.

Resulta de extraordinaria importancia señalar que en base a estos factores de enseñanza: Directa para el manejo del recién nacido y, mejoría biológica de ambos, tras como consecuencia lógica el hecho observado de que el número de consultas NO programadas dentro del 1er mes posterior al procedimiento quirúrgico sea tan extraordinariamente alto de las madres y su recién nacido que fueron manejadas mediante el procedimiento de alojamiento tradicional y que sea tan esporádica en el binomio que fué manejado en alojamiento conjunto.

Las ventajas tan evidentes que nos muestran los resultados obtenidos se complementan con dos hechos fundamentales - que contribuyen a cambiar el concepto tradicional de los profesionistas de la salud y de las propias madres hacia una visualización positiva de alojamiento conjunto en pacientes -- con puerperio quirúrgico:

1o.- La totalidad de las pacientes a las que se les propuso

el manejo integral de alojamiento conjunto y se les dió una explicación muy sucinta de éste lo aceptaron sin mayores preámbulos.

2o.- De los 60 pacientes que fueron manejadas en alojamiento conjunto solamente cuatro opinaron al final del proceso que en un futuro embarazo, en el caso de que terminara en cesárea NO volverían a aceptar el alojamiento conjunto, aduciendo que muchas de las indicaciones que se dieron para llevarlas a cabo no fueron cumplidas en forma adecuada por el servicio de enfermería.

Esta situación nos hace ver la importancia que tiene el que la persona que quiera llevar a cabo éste o cualquier otro procedimiento en beneficio de sus pacientes, debe tener como requisito indispensable al estar plenamente identificado, tanto con los aspectos técnicos como materiales con ese procedimiento, pero con una condición, sin la que a pesar de todo, no podrá cumplir cabalmente sus objetivos y que consiste en llevarlos a cabo con una mística de trabajo para la su peración en beneficio de los demás.

8.- CONCLUSIONES:

1.- El alojamiento conjunto puede llevarse a cabo en pacientes con puerperio quirúrgico bajo ciertas condiciones mínimas para su selección.

2.- El alojamiento conjunto en el puerperio quirúrgico sin complicaciones, beneficia a la madre porque le proporciona incentivos positivos de tipo Psicológico en el manejo directo y temprano de su hijo.

3.- El alojamiento conjunto a la madre le permite adquirir un conocimiento fundamental de las características de su recién nacido y del proceso educativo que le permite manejarlo con seguridad, confianza, racionalidad y cariño.

4.- El alojamiento conjunto en la madre acelera la presentación de fenómenos biológicos positivos importantes como la involución uterina, la iniciación temprana de lactogénesis.

5.- El alojamiento conjunto le da oportunidad al recién nacido de obtener ventajas Psicológicas importantes que resultan de estar al lado de su madre desde las etapas tempranas posteriores al nacimiento, activando procesos afectivos, y recibiendo cuidados intensivos, e interesado cariño de la madre.

6.- La lactancia al seno materno es propiciada por el alojamiento conjunto, con todas las ventajas que tiene para el recién nacido: Mejor nutrición, afecto, prevención de enfermedades, etc.

En general en el sistema de alojamiento conjunto se obtienen beneficios de indudable valor para las instituciones y/o para la propia familia al:

- a).- Acortar el tiempo de estancia intrahospitalaria.
- b).- Contribuir a la preservación de la salud que origina a su vez un menor número de consultas médicas y lógicamente menor enfermedades y/o complicaciones en el puerperio inmediato y en las etapas de recién nacido.

7.- Se propone que dados los magníficos resultados obtenidos en este trabajo, se incremente para todas las madres y su recién nacido la posibilidad de que sean manejadas mediante el sistema de ALOJAMIENTO CONJUNTO, aun en el Puerperio quifugi

co.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Adams, C.: Infection Control in rooming in environment - (letter), Infect. Control 3 (6): 445 Nov-Dic 1982.
- 2.- Bennett H.L.: Note on experiences with a rooming in arrangement for newborn infants in a small hospital J. Pediatr. 31: 49, 1947.
- 3.- Bishop, R.F., D.H. P. CARMEN, A.A. Veenstra, G.L. Barnes Diarrhea and rotavirus infection associated with differing - regimens for postnatal care of newborn babies, J. Clin. Microbiol. 9 (1979) 525.
- 4.- Connor, S. MD, Peter M, Vietze, Ph D, Kathryn B, Sherrod PhD, Howard M Sandler, PhD, and William A. Altemaler III, M D: Reduced incidence of parenting in adequacy following rooming in, Pediatrics, 66 (2): 176-182, Aug. 1980.
- 5.- Czarlinsky, D.K., R.T. Hall, W.G. Barnet, D.C. Jenkins, PhG. Rhodes, D.J. Harris: Staphylococcal colonization in a newborn nursery. 1971-1976. Am. J. Epidemiol. 102 (1979)216.
- 6.- Daschner, F.: Infection hazards in rooming in system, J. Perinat. Med. 12 (1): 3-6 1984.
- 7.- Dharamraj, C. MD Concepcion G. Sia, M D, Catherine M.P. Kierney, M B ChB, Aruna Parekh, MD, Rita G. Harper, MD, and Barry Weissman, MD: Observation on maternal preference for - rooming in facilities, Pediatrics. 67 (5): 638-40 May 1981.

8.- Jackson E. Olmstead R, Foord A.: Hospital rooming in unit for 4 newborn infants and their mother: Descriptive account of background, development, and procedures with few preliminary observations. *Pediatrics*. 1: 28, 1948.

9.- Kennell, J. H., Chesler, D., Welfer, H., and Klaus, M.H: Nesting in the human mother after mother infant separation, *Pediatrics Res.* 7: 269, 1973.

10.- Klaus-Kennell: La relación madre-hijo, Editorial Médica Panamericana, Pag. 15-98, 1978.

11.- Kumar. V: Home care of the newborn and management of -- high risk pregnancies in rural India, *Indian J. Pediatrics*. 47 (384) 33-6 Feb. 1980.

12.- Ledesma-Luján F.: Rooming in the hospital mother child, relation in the puerperium'. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 40 (7): 375-8 Jul.1983.

13.- Leifer. A.D., Leiderman, P.H., Barnett, C.P., and Williams, J"A.: Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior, *Child. Dev.* 43: 1203-18, 1972.

14.- Martin, K: 1 year experience in open rooming in system *Arch. Gynecol*, 288 (1-4): 50 Jul. 1979.

15.- Melts J., Hopkins T.F.: Mechanism of action of oxytocin in retarding mammary involution: Study in hipophysectomised rats. *J. Endocrinol*, 52: 207-13, 1972.

16.- Mendez M.A.L. : Alojamiento conjunto (programa siempre juntos) Tesis, H. Gral. "Gral Ignacio Zaragoza" ISSSTE 1984.

17.- Montgomery T L, Steward RE, Shenk EP: Observations on -
therooming in program of baby with mother in ward and priva-
te service Am, J. Obstet. Gynecol, 57: 176, 1949.

18.- Mortimer A., E. Wolinsky, D. Hines: The effect of roomi
ing in on the acquisition of hospital staphylococci by new--
born infants. Pediatrics 37 (1966) 605.

19.-OConnor Susan: Reduce incidence of inadequacy following
rooming in. Pediatrics 66 (2): 176-82, Auge 1980.

20.- Prill H.: 8 year experience in open rooming in system.
Arch, Gynecol. 228 (1-4): 49 Jul. 1979.

21.- Proianoy R.S.: The influence of rooming in on breathe-
ding, J. Trop. Pediatrics. 29 (2): 112-14, Abr. 1983.

22.- Robrecht D, Richter D, Hillemanns H G: Experience in og
ganization and performance system, Arch. Gynecol, 228 (1): -
50-1, Jul. 1979.

23.- Seidemann I, H. Eisenhoff: Roomin in service in a me--
dium sized community hospital, N.Y. State J. Med. 56 (1956)
2533.

24.- Suk J.: The effect of the rooming in system on uterine
involution, Cesk. Gynecol. 48 (10): 740-2, Dic. 1983.

25.- Zubke W, Mayer R, Herrman H: Comparison of a conventio-
nal and a recently developed rooming in care unit. Arch. --
Gynecol, 228: 51 1979.