



11237  
90  
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
SECRETARIA DE SALUD

" IMPORTANCIA DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO EN  
LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA "

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener la Especialidad en:

**PEDIATRIA MEDICA**

P r e s e n t a:

**DR. DANIEL JAVES PORTOCARRERO**

A s e s o r:

**Dr. Ernesto Escobedo Chavez**



MEXICO, D. F.

1992



## **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.

## I N D I C E

I.- ANTECEDENTES .....	1
II.- MARCO TEORICO .....	5
III.- MATERIAL Y METODOS .....	10
IV.- RESULTADOS .....	15
V.- DISCUSION .....	27
VI.- CONCLUSIONES .....	31
VII.- ANEXOS .....	32
VIII.- REFERENCIAS .....	37

### ANTECEDENTES:

En América Latina mueren anualmente un millón de niños menores de 5 años por causas en su mayoría evitables (1), situación que se ve favorecida por la crisis económica y la deuda externa que agobia a nuestros países, ya que no sólo afecta a los más necesitados sino que dentro de las familias pobres resulta mayor el impacto sobre los niños, las madres gestantes ya que tienen una mayor demanda de nutrientes.

Otro factor que ha contribuido y que pudiera explicar la elevada mortalidad en los menores de un año, es el amplio abandono que ha presentado la lactancia materna durante los últimos 20 años (2-3) y es así que ya desde 1973 la Organización Panamericana de la Salud informa que de cada 10 niños fallecidos en el segundo semestre de la vida en América Latina, 8 fueron destetados antes de cumplir los 6 meses de edad (4), con el consecuente riesgo de infección, alergia y desnutrición (5-7); lo cual ha sido relacionado con el empleo de lactancia artificial por diferentes investigadores (8).

En la Ciudad de México la disminución de la alimentación con leche materna también ha sido drástica, como lo muestra el estudio del Dr. Vega Franco en 1973, en el que uno de cada dos niños era alimentado al seno materno, mientras que para 1979 sólo uno de cada tres recibía este beneficio (9-10).

Más recientemente en otro estudio realizado en área urbana, se reporta que sólo el 5% de las madres encuestadas ofrecen

sene materno a sus hijos hasta el año de edad (11).

Ante esta panorámica y con profunda preocupación por la mortalidad infantil fue que se llevó a cabo en Cocoyoc, Estado de Morelos, México, El Primer Seminario sobre la situación y perspectivas de la mortalidad en menores de 5 años; esta reunión culminó con la Declaración de Cocoyoc, documento que fija metas de alta significancia para la preservación de la vida y la salud del binomio madre-hijo Latinoamericanos, entre los que resaltan:

- a) Prevenir la desnutrición de niños y madres.
- b) Reducir la proporción de niños con bajo peso al nacer.
- c) Promover la lactancia materna.
- d) Prevenir y tratar las principales causas de mortalidad infantil y preescolar.
- e) Desplazar las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias de los cinco primeros lugares de mortalidad en menores de 5 años a otros inferiores (1).

La Declaración de Cocoyoc en 1988 proporcionó un nuevo mecanismo para promover el compromiso popular y político hacia la salud infantil, y es así que un año después en la Habana, Cuba, en el marco de la reunión conocida como Cocoyoc II, se desarrollaron las estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad de las madres e hijos en Latinoamérica y el Caribe; en la que se ratifica la Declaración de Cocoyoc y se establecen los criterios que deberán conducir a la adopción de una auténtica política social en favor de los más pobres, así como la definición y

y ejercicio de los programas nacionales en beneficio de la salud materno-infantil (12).

Con los antecedentes mencionados, la OMS y UNICEF propusieron en 1989 los "Diez pasos básicos para una lactancia exitosa" (Anexo 1), mismos que fueron ratificados en 1990 en Florencia, Italia y que tienen como finalidad incrementar la práctica de la lactancia materna, siendo en esta misma ciudad donde se establecieron las metas operacionales que deberá ser acatadas por todos los gobiernos para 1995, resaltándose como prioridad mundial el que las mujeres puedan amamantar a sus hijos y que todos los lactantes deban ser alimentados exclusivamente al pecho materno desde el nacimiento hasta los 4 a 6 meses de edad en que deberá iniciarse la ablactación, sin dejar de mencionar que seguirán siendo amamantados hasta entrados los 2 años de edad (13).

Sobre estas bases se desarrollaron programas complementarios de atención prenatal y perinatal en varias partes del mundo, como en el caso de México en que la Dirección General de Atención Materno-Infantil de la Secretaría de Salud para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos, estableció el Programa Nacional de Lactancia Materna (14).

Al mismo tiempo la OPS/OMS y el UNICEF lanzaron la iniciativa de los Hospitales amigo del niño (15), donde la característica primordial es el establecimiento de alojamiento conjunto, con el propósito de transformar la estancia hospitalaria puerperal en una oportunidad

extraordinaria para la educación de la madre, además de iniciar la lactancia materna desde el momento mismo de del nacimiento y dar así el mejor comienzo para el nuevo miembro de la familia .

Sin embargo, el compromiso de México fue más ambicioso en su búsqueda por favorecer la atención integral al binomio madre-hijo y a partir del mes de Agosto de 1991, el concepto inicial de Hospital amigo del niño se convierte en "Hospital amigo del niño y de la madre ", el cual tiene como objetivo establecer un modelo de atención hospitalaria para los mismos donde además del desarrollo de actividades en favor de la lactancia materna y el alojamiento conjunto se incluyan acciones de: planificación familiar, de educación y promoción para la salud materno-infantil, de información y capacitación al personal de salud, de enseñanza e investigación y el aprovechamiento de oportunidades perdidas durante la prestación de servicios como el caso de la vacunación del niño y de la madre y la detección oportuna del cáncer, entre otras.

### MARCO TEORICO:

El concepto de "Alojamiento conjunto madre-niño" significa que el infante recién nacido se tiene a fácil alcance de su madre las 24 horas del día, haciéndose así posible el amamantamiento al petición del niño si la madre lo desea (16).

El alojamiento conjunto madre-niño es necesario para el establecimiento del vínculo y la lactancia, así el recién nacido sano debe permanecer junto a su madre durante toda la hospitalización haciéndose indispensable la coordinación entre los servicios de obstetricia y pediatria a fin de ofrecer al binomio la atención integral adecuada (17).

El alojamiento conjunto se relaciona con una mayor frecuencia de alimentación al seno materno y un tiempo más prolongado de lactancia natural después de salir del hospital (18)..

Desde hace 2 ó 3 décadas muchos países industrializados realizaron esfuerzos para juntar nuevamente a la madre y al niño en la misma habitación, desarrollando para ello diferentes modelos de salas de alojamiento conjunto como se ilustra en el Anexo 2 .

La justificación de que se buscaran diferentes diseños para las habitaciones se basaba en la creencia de que algunas madres se negaban a soportar el llanto de otros niños que no fuera el propio además existía preocupación por el descanso de la madre y el riesgo de padecimientos infectocontagiosos entre los niños.

Así en diferentes lugares del mundo se hacen esfuerzos para regresar al amamantamiento y a la mejor integración madre-hijo ya que con ello se puede recuperar el patrón cultural sobre lactancia; un ejemplo claro de lo anterior es el caso de Filipinas, donde el esfuerzo de la Dra. Relucio-Clavano en cuanto a promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto se vio coronado con el éxito al conseguir modificaciones definitivas en la comunidad (19).

En México existen diversos modelos, los más importantes son los implementados por el Hospital General de Tlalnepantla en donde se estableció habitación conjunta en Agosto de 1976 y el del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en 1977. En el primer caso el reporte de lo realizado en los 5 primeros años manifestó diferencias significativas en edad de destete, conducta de las madres hacia sus hijos, peso al primer mes de edad, frecuencia de patología infecciosa al comparar los niños que recibieron leche materna y que se vieron beneficiados en relación a los de lactancia artificial (20).

Tanto el modelo anterior como el implementado por el INPer son similares, en este último además de las ventajas antes mencionadas se demuestra que no existe incremento en los episodios de diarrea, como tampoco en la presentación de hipoglucemia únicamente se reporta una incidencia de 5% de ictericia que requiere de fototerapia.

De Igual forma se ha estudiado las actividades del personal médico y de enfermería demostrándose que disminuye la carga de trabajo, ya que las madres vigilan y atienden a sus hijos

permitiéndoles mayor tiempo para dedicarse a actividades de enseñanza (21).

Más recientemente se han agregado otros hospitales como el Hospital General de México, el Hospital Regional del IMSS en el Estado de México y el Hospital de la Mujer logrando con ello incrementar el número de niños que reciben lactancia materna.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es factible implementar el sistema de habitación compartida y lactancia materna exclusiva inmediata en el Hospital General de Cuautla.

#### JUSTIFICACION:

En el Hospital General de Cuautla se atienden alrededor de 2,100 nacimientos por año de los cuales aproximadamente el 22% de los recién nacidos requieren de ser atendidos en salas de cuidados intermedios o intensivos; de tal forma de que alrededor de 1600 recién nacidos sanos ingresan al cuñero fisiológico donde permanecerán hasta el alta de sus madres,

lo cual ocurre entre 24 a 72 horas posteriores al nacimiento alterando así la relación del binomio madre-hijo.

La alimentación que reciben los recién nacidos en el Hospital es con leche industrializada en el 100% de los casos, privándose al niño de los grandes beneficios de la leche materna, al no poderse iniciar ésta de manera temprana debido a que las rutinas ya establecidas y la separación del binomio no lo permiten.

Por lo anterior consideramos necesario llevar a cabo acciones que permitan promover la lactancia materna como prioridad y la adecuada relación madre hijo desde el nacimiento a través de diferentes estrategias como serían: habitación compartida del binomio, prohibir la lactancia artificial en los niños sanos y el desarrollo de actividades tendientes a incrementar el conocimiento del personal del hospital sobre lactancia materna que pudiera modificar la actitud de la mayoría en este aspecto.

Los beneficios que las modificaciones planteadas reditúan serán múltiples, ya que aumentaría el número de madres que al egreso del Hospital ofrezcan a sus hijos alimentación natural y la habitación compartida facilitará la integración adecuada del binomio, así como el desarrollo de actividades de aprendizaje supervisado de la madre en cuanto a lactancia materna y los cuidados de su hijo, además de reducir la incidencia de padecimientos de las vías respiratorias e intestinales, permitiendo así el crecimiento y desarrollo óptimos del nuevo miembro de la familia.

### OBJETIVOS:

- 1.- Implementar el alojamiento conjunto con lo que se logrará:
  - a.- Favorecer el contacto inmediato y la relación afectiva madre-hijo desde el momento del nacimiento.
  - b.- Evitar la separación madre-hijo en el puerperio inmediato.
  - c.- Lograr que el 100% de las madres que estuvieron en alojamiento conjunto egresen del Hospital dando leche materna a sus hijos.
- 2.- Implementar la lactancia materna exclusiva entre las pacientes que acuden al Hospital General de Cuautla, mediante la capacitación del personal médico y paramédico, en lactancia materna.

### HIPOTESIS:

Si mediante la implementación del alojamiento conjunto se logran modificar las rutinas de atención al neonato y la lactancia materna depende de estas rutinas, entonces al capacitar al personal médico y paramédico y educar a las madres a fin de modificar tales rutinas se conseguirá lactancia materna exclusiva.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se trata de un estudio experimental, prospectivo y longitudinal.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

**UNIVERSO DE ESTUDIO:** Todas las mujeres embarazadas que se atiendan en el Hospital General de Cuautla.

**TAMANO DE LA MUESTRA:** Todas las mujeres embarazadas que ingresen para atención de parto al servicio de gineco-obstetricia, en un periodo de 6 meses.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

**A.- De la madre:**

1.- Puerperio fisiológico post-parto.

**B.- Del producto:**

1.- RN de término clínicamente sano.

2.- Peso adecuado para edad gestacional.

3.- Peso entre 2,300 a 3,900 gramos.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

**A.- De la madre:**

- 1.- Preeclampsia.
- 2.- Patología que requiera de cuidados intensivos.
- 3.- Patología infecciosa en la madre.

**B.- Del producto:**

- 1.- RN con edad gestacional menor de 36 semanas.
- 2.- RN con peso menor a 2,300 grs. o mayor de 3,900 grs.
- 3.- Calificación de Apgar menor de 7 al minuto de vida.
- 4.- Patología respiratoria al nacimiento.
- 5.- Malformaciones congénitas.
- 6.- Patología quirúrgica.
- 7.- Ictericia que requiere de fototerapia.
- 8.- Recién nacidos pequeños para su edad gestacional.
- 9.- Hipoglucemia sintomática.
- 10.- Policitemia sintomática.

#### **VARIABLES:**

Sexo, Calificación de Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida, valoración de Silverman al nacimiento, peso, talla, tipo de parto, características del líquido amniótico, edad gestacional, edad materna, control prenatal y días de estancia hospitalaria.

#### **PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:**

Una vez conseguida la autorización para iniciar la habitación compartida, se llevó a cabo la capacitación del personal que labora en los servicios de Pediatría y Obstetricia, donde además de presentar los beneficios de los cambios en la rutina de atención del neonato, se les dio a conocer las características de los pacientes que ingresarían al alojamiento conjunto y las actividades que se realizaron en el mismo, incluyendo el seguimiento que se hizo de los niños a través de la consulta externa de los servicios de Pediatría y Nutrición.

Las actividades en el alojamiento conjunto fueron dirigidas por un representante de los servicios de Pediatría, Obstetricia, Enfermería y Nutrición, con el propósito de contar con un grupo multidisciplinario que asegure el buen funcionamiento del programa, además de que cada uno promovió y protegió la lactancia materna en su área de influencia.

Terminada la capacitación a los diferentes turnos de los 2 servicios se llevó a cabo la capacitación a todo el personal del Hospital, se realizó la selección de las personas que participaron en el alojamiento conjunto de acuerdo a los conocimientos adquiridos y a la motivación mostrada en la entrevista que se llevó a cabo al término de las actividades teóricas (Anexo 3) y posterior a la realización de TV-Foro ( Anexo 4).

A las madres se les impartió pláticas con técnica interpersonal directa utilizando rotafolios y tarjetas sin leyendas proporcionadas por UNICEF, que estuvieron a cargo del Médico Residente de Pediatría y el personal del servicio de Nutrición cuyo contenido fue: cuidados del recién nacido, prevención de enfermedades diarreicas y principalmente los beneficios de la leche materna y técnica de lactancia.

Al egresar los pacientes se citaron a la consulta externa de Pediatría y Nutrición a los 7 días posteriores al nacimiento y se continuaran citando mensualmente hasta cumplir el primer año de edad, con la intención de vigilar su crecimiento y desarrollo, como también la continuidad de la lactancia.

#### **PARAMETROS DE MEDICION:**

- 1.- Incidencia de complicaciones metabólicas o infecciosas durante la estancia del niño en alojamiento conjunto.

2.- Número de niños que egresaron con lactancia materna exclusiva.

3.- Detección de problemas en la técnica de amamantamiento.

**RECURSOS HUMANOS:** El personal que labora en los servicios de Pediatría, Gineco-Obstetricia y Nutrición.

**RECURSOS MATERIALES:** El Hospital General de Cuautla cuenta con todo lo necesario para esta investigación.

**RECURSOS FINANCIEROS:** La presente investigación no necesitó de apoyo financiero especial.

**VALIDACION DE DATOS:**

En el presente estudio se utilizó estadística descriptiva.

## RESULTADOS:

Durante un período de 6 meses (abril a septiembre de 1991) se obtuvieron 1,060 recién nacidos vivos, que se muestran en la gráfica 1, de los cuales 240 (22.8%) no ingresaron al alojamiento conjunto por diferentes razones que puede observarse en el cuadro No. 1, llama la atención el elevado número de recién nacidos potencialmente infectados (52%) que estrictamente no había justificación para separarlos de sus madres, pero la decisión del médico tratante fue respetada.

Una vez descartados los recién nacidos anteriores, podemos mencionar que los 820 restantes fueron incluidos en el estudio al ingresar a la habitación compartida.

Los antecedentes prenatales de estos pacientes se muestran en el cuadro No. 2 donde apreciamos un elevado porcentaje (34%) de colporeas incluso 14 madres que cursan con preeclampsia. La edad materna varió de 14 a 42 años con amplio predominio en el grupo de 20 a 24 años y destacando el hecho de 66 madres adolescentes que hacen un 8% del total. (Gráfica 2).

El control prenatal ya fuera en la unidad o en consulta privada se muestra en la Gráfica 3, reportando un control regular sólo en 38% de los casos contra un 28% que nunca acudió al médico.

La mayoría de los recién nacidos fueron producto de la gesta III (31%) seguidos de la gesta II (22%), I (21%), V ó más (16%) y IV (10%) respectivamente.

El tipo de parto fue eutócico en 623 (76%) pacientes contra 187 (22.7%) que fueron obtenidos por cesárea y sólo 11 (1.3%) distócicos (Gráfica 4). El líquido amniótico fue normal en el 81% de los casos y de características meconiales en el 19% restante.

No se requirió de cambios en el área física del hospital para llevar a cabo el alojamiento conjunto: las cunas del antiguo cuñero fisiológico se ubicaron junto a las camas de las madres en el servicio de Gineco-Obstetricia. Se modificaron algunas de las rutinas en la atención del recién nacido, suspendiéndose el lavado gástrico e iniciándose la alimentación al seno materno, inmediatamente después del nacimiento; los pacientes fueron aseados en la antigua área de cuñero fisiológico donde se les aplicó cloranténicol oftálmico y vitamina K, reliquándose el cordón umbilical en caso necesario y pasando a su cuna junto a su madre en un tiempo no mayor de una hora, si la valoración médica así lo indicaba.

Durante su estancia hospitalaria las madres recibieron diariamente 3 pláticas: una sobre técnica de amantamiento, otra sobre cuidados del recién nacido y una tercera sobre ventajas nutricionales de la leche materna, todas ellas fueron impartidas por el médico adscrito, residente de Pediatría y Lic. en Nutrición respectivamente. A todos los recién nacidos que permanecían en alojamiento conjunto se les realizó visita médica una vez por turno.

Las modificaciones en las rutinas hospitalarias que se realizaron no encontraron resistencia en la mayoría del personal del Hospital, ya que únicamente fue necesario el cambio de personal de enfermería en 3 ocasiones debido a que proporcionaron fórmula industrializada sin justificación médica alguna.

Al iniciar alojamiento conjunto no se cerró completamente el conero fisiológico, pero sí disminuyó drásticamente el número de pacientes, a tal grado que 2 enfermeras generales de dicha área fueron reasignadas a otros servicios.

#### CONSIDERACIONES ETICAS:

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo primero, artículo 17, sección 1: investigación sin riesgo.

CUADRO No. 1

**CAUSAS DE NO INGRESO A ALOJAMIENTO CONJUNTO**

<b>CAUSAS</b>	<b>n-</b>	<b>243</b>	
Potencialmente infectado	125	52%	
Prematurez	36	15%	
Peso bajo	17	7%	
Hipoxia perinatal	17	7%	
Síndrome de aspiración de meconio	17	7%	
Post-termino	6	3%	
Peso alto	5	2%	
Meningocelo	5	2%	
Insuficiencia respiratoria	5	2%	
Condilomatosis materna	2	1%	
Sospecha de sífilis congénita	2	1%	

CUADRO No. 2.

**ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PACIENTES**

**EN ALOJAMIENTO CONJUNTO**

<u>ANTECEDENTE</u>	<u>PORCENTAJE</u>	<u>No.</u>
Ninguno	53%	435
Colporrea	34%	280
Infección de vías		
Urinarias	3%	25
Amenaza de aborto	2.56%	21
Preeclampsia	1.7%	14
Hipertensión	1.5%	12
Cardiopatía	1.3%	10
Alcoholismo	0.86%	7
Tabaquismo	0.86%	7
Diabetes mellitus	0.75%	6
Otros	0.37%	3
<b>TOTAL</b>	<b>100.00%</b>	<b>820</b>

CUADRO No. 3

**CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS RECIEN NACIDOS  
INGRESADOS AL ALOJAMIENTO CONJUNTO**

n= 820

Sexo (masculino/femenino):	426/394
Peso (Kg.): (rango 2.1-4.3)	$\bar{X} = 3.04 \pm 0.44$
Talla(cm.): (rango 46-57)	$\bar{X} = 50.87 \pm 2.15$
Edad gestacional (semanas): (rango 36-42)	$\bar{X} = 39.52 \pm 1.06$

**\*Apgar al minuto:**

7	74	( 9.00%)
8	739	(90.15%)
9	7	( 0.85%)

**\*Apgar a los 5 minutos:**

7	n	
8	800	(97.5 %)
9	20	( 2.5 %)

**+Silverman al nacimiento:**

0	779	(95%)
1	41	( 5%)

**\* Apgar:** frecuencia cardiaca (2), esfuerzo respiratorio (2), tono muscular (2), respuesta a estímulos (2), coloración (2).

**+ Silverman:** Movimientos toraco-abdominales (2), tiro intercostal (2), retracción xifoidea (2), Aleteo nasal (2), quejido espiratorio (2).

CUADRO No. 4

**CAUSAS DE SUSPENSION DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO**

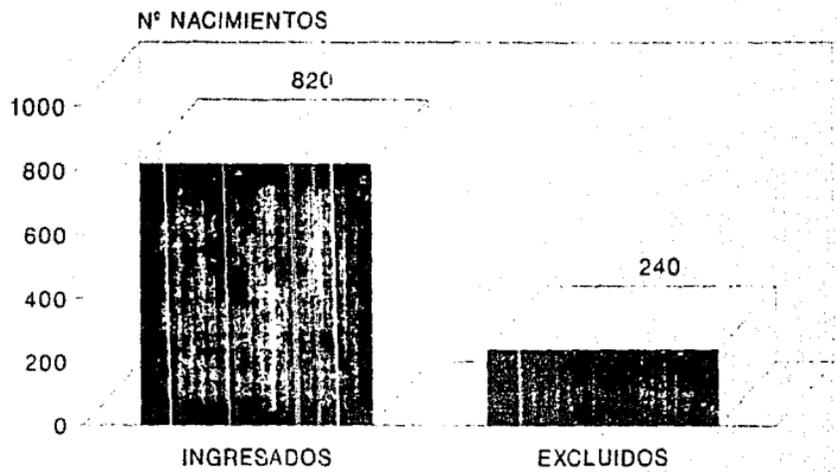
	n= 50	
Hipertermia 38°C	24	(48%)
Ictericia que ameritó fototerapia	14	(28%)
Evacuaciones diarreicas	3	( 6%)
Septicemia materna	2	( 4%)
Varios **	7	(14%)

\*\* onfalitis, hidrocefalia, trauma obstétrico,  
hipocalcemia severa, enfermedad hemorrágica  
del recién nacido y vómitos(2).

GRAFICA 1

# ALOJAMIENTO CONJUNTO

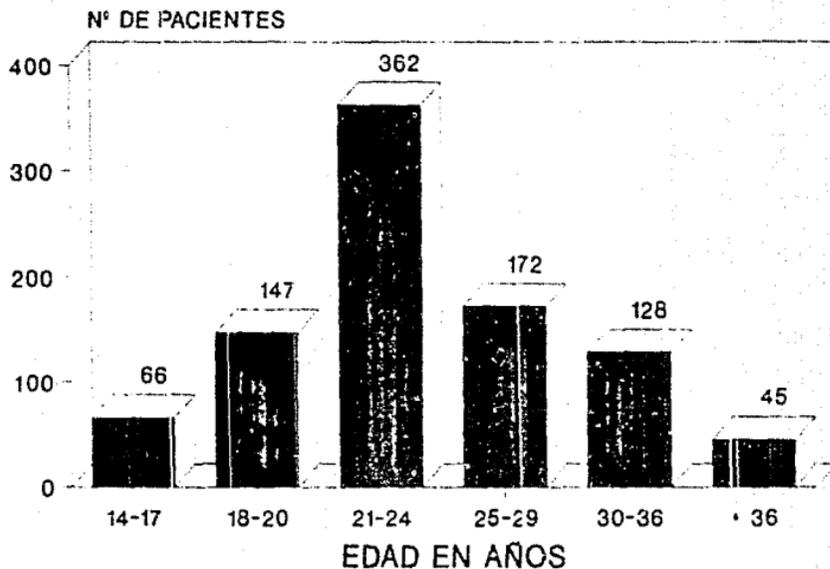
## Nº NACIMIENTOS EN 6 MESES



■ ■ 1060 RN TOTALES

GRAPICA 2

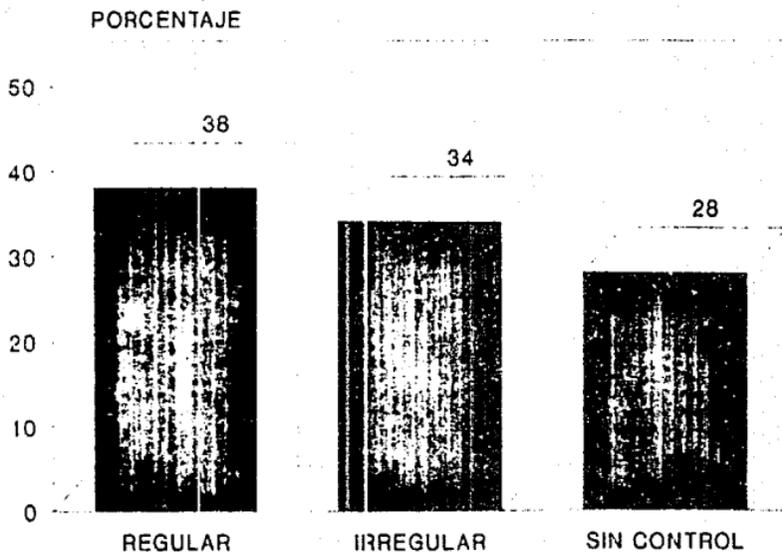
# ALOJAMIENTO CONJUNTO EDAD MATERNA



SUBDIRECCION DE PEDIATRIA

GRAFICA 3

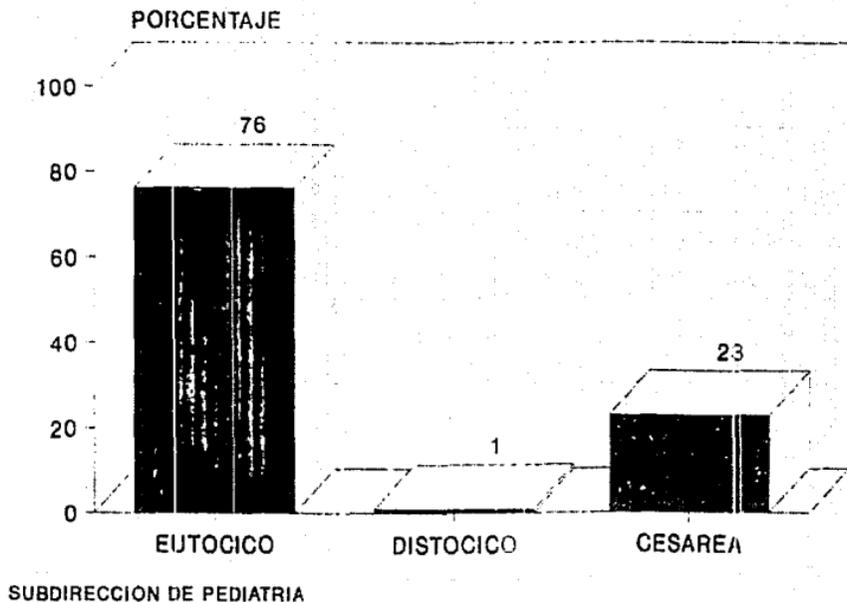
# ALOJAMIENTO CONJUNTO CONTROL PRENATAL



SUBDIRECCION DE PEDIATRIA

GRAFICA 4

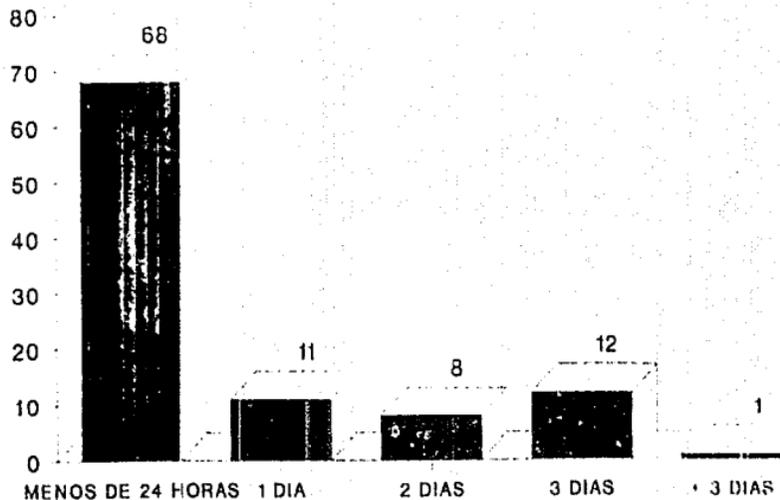
# ALOJAMIENTO CONJUNTO TIPO DE PARTO



GRAFICA 5

# ALOJAMIENTO CONJUNTO ESTANCIA HOSPITALARIA

PORCENTAJE



SUBDIRECCION DE PEDIATRIA

## DISCUSION:

Existen algunas rutinas hospitalarias que impiden el inicio temprano de la alimentación con leche materna, como son la separación de la madre y el recién nacido inmediatamente después del parto, la alimentación con leche artificial durante su estancia y sobre todo la falta de motivación del personal médico y paramédico para influir decididamente en lactancia materna exclusiva.

Un ejemplo de lo anterior lo constituía el Hospital General de Cuautla, ya que aunque los médicos no aconsejaban lactancia artificial, prácticamente todos los recién nacidos que ahí se encontraban la recibían.

El programa de alojamiento conjunto como base para la promoción de la lactancia materna fue instalado en el Hospital General de Cuautla en abril de 1991, el presente reporte incluye los primeros 6 meses de su funcionamiento.

Desde hace mucho tiempo se ha mencionado que la educación de la mujer embarazada es el camino más adecuado para modificar conceptos y favorecer la lactancia materna (22); sin embargo, ultimamente muchos autores han establecido que la modificación de las rutinas hospitalarias y la capacitación del personal médico y paramédico del Hospital en lactancia natural es el mejor método para promoverla (23-24).

Y es sobre estas bases que se programó la capacitación del personal en la unidad como un evento previo a la modificación de rutinas. Los resultados en este sentido fueron exitoso, ya

que se logró capacitar al 100% del personal de las áreas de Pediatría y Gineco-Obstetricia, así como al 90% del personal que laboraba en otras áreas.

Teniendo como base experiencias previas en diferentes partes del mundo (25) y específicamente en México como la de Ledezma y colaboradores en el Hospital de Tlalnepantla (20) y la del Instituto Nacional de Perinatología (21), en relación al manejo del binomio madre-hijo en la misma habitación, se decidió iniciar en el Hospital General de Coahuila el programa de alojamiento conjunto utilizando para ello el personal que había mostrado mayor motivación durante la capacitación.

El análisis de los resultados en los primeros seis meses de funcionamiento es adecuado y aunque aún no podemos determinar el tiempo de lactancia materna exclusiva por encontrarse los niños en seguimiento, sí podemos mencionar que los 820 recién nacidos egresados de dicho programa se vieron beneficiados con este tipo de alimentación.

Es claro sin embargo que existe controversia entre la relación que pueda guardar el alojamiento conjunto y la mayor duración de la lactancia, ya que estudios recientes como el de Ruiz y Cravioto (11) y el de Kurinij y colaboradores (26) no lo encuentran como un factor decisivo; a diferencia de la educación de la madre durante la hospitalización y el de tiempo de vida en horas en que se inicia la primera alimentación al seno; de cualquier forma en nuestro caso se cubrieron también estos requisitos, ya que se instruyó a la madre en la técnica de amamantamiento y en la calidad de la leche materna, iniciándose la alimentación de este tipo en las primeras 2 horas de post-parto.

El ingreso de los RN al programa de alojamiento conjunto estuvo reglamentado ingresandose fundamentalmente RN de término clinicamente sanos, aunque también se incluyeron prematuros limitrofes que no presentaran complicaciones, como ya ha sido reportado por otros investigadores (20).

Llama la atención el número tan elevado de pacientes que hubo de retirar del alojamiento conjunto y la ausencia de patología confirmada incluyendo hipoglucemia e infección en todos ellos, lo cual pudiera ser explicado aunque no justificado, por los diferentes criterios de los médicos pediatras. Lo más interesante de este tipo de paciente fue que continuaron recibiendo leche materna, aunque ahora la madre era la que tenía que desplazarse.

La experiencia del programa de educación a las madres fue favorable, tuvo como resultado la participación más activa de éstas, mejoras en el cuidado de sus hijos, modificación de creencias populares sobre el recién nacido, cambios en conceptos erróneos sobre lactancia.

Durante los seis meses de evaluación del programa, la disminución en el empleo de leche artificial fue muy importante, ya que sólo se empleó en 7 pacientes del alojamiento conjunto y fue por decisión de la enfermera encargada, motivo por el que hubo que reubicar a 3 de ellas durante los 2 primeros meses de funcionamiento.

Pensamos que los resultados de esta evaluación a un programa que ya será permanente, son muy alentadores y promisorios; ya

que nos permiten señalar que a pesar de que todo cambio es difícil y requiere de tiempo para consolidarse, los beneficios que puede brindar son múltiples, a saber: para el Hospital ahorro económico y reubicación de personal hasta ese momento utilizado en el cuñero "fisiológico", para el binomio madre-hijo la oportunidad de formar un lazo afectivo tempranamente y para el recién nacido nutrición óptima que le permitirá un crecimiento y desarrollo adecuados, además de recibir elementos inmunológicos que lo protegerán contra infecciones y desde luego un mayor equilibrio emocional.

ANEXOS

### CONCLUSION

En los lugares donde la alimentación con biberón predomina, el reconocimiento de los beneficios de la leche materna es el factor principal para iniciar amamantamiento, por tanto consideramos que la capacitación a diferentes niveles tanto de las madres como del personal de atención en salud es indispensable para lograr cambios a favor de este recurso natural, el alojamiento conjunto constituye una oportunidad para la realización de actividades de enseñanza a través de los cuales el personal de salud sea convencido de la importancia de su contribución al mejor desarrollo del niño y las madres logren el conocimiento óptimo sobre lactancia y cuidados de sus hijos.

Conocedores de los beneficios inmediatos y de las repercusiones posteriores a favor de la salud del niño y de la madre que un servicio de alojamiento conjunto puede lograr, este debe ser implementado en toda institución de atención perinatal, adaptándose a la características de cada comunidad y desde un principio como esfuerzo multidisciplinario para la atención integral del binomio.

## ANEXO 1

### **DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL. (OMS/UNICEF)**

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

- 1.- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención en salud.
- 2.- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política.
- 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5.- Mostrar a las madres cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6.- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- 7.- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8.- Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- 9.- No dar a los niños alimentados al pecho chupetes artificiales.
- 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos al salir del Hospital o Clínica.

Anejo 2

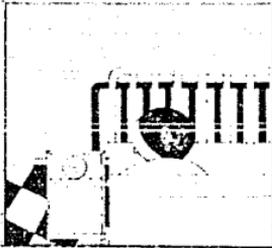


Fig. 1: Alojamiento conjunto en una habitación privada

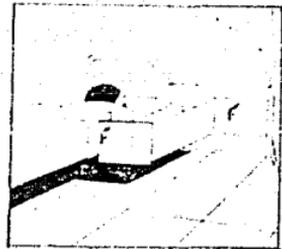


Fig. 2: La cuna-cajón

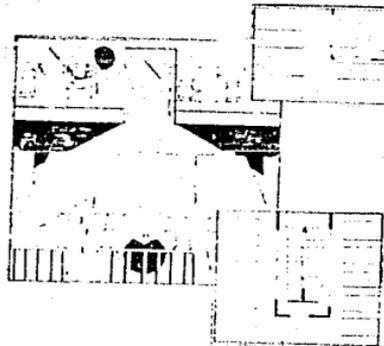


Fig. 3: Pequeño cuarto de niños detrás de una mampara de cristal a prueba de ruidos en un rincón de la habitación

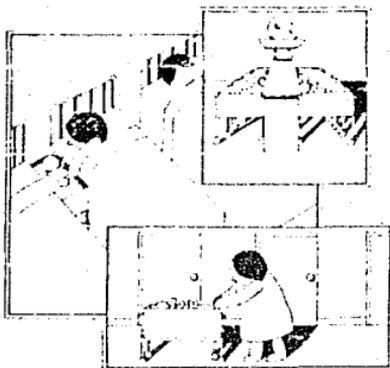


Fig. 4: Cuna sobre ruedas para alojamiento conjunto de tiempo parcial

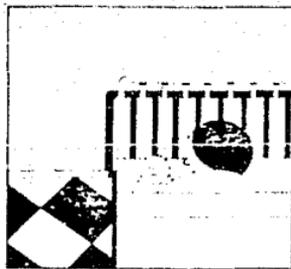


Fig. 5: Madre e hijo compartiendo la misma cama en una habitación privada, todavía una excepción en las naciones industrializadas

ANEXO 3

**PLATICA SOBRE LACTANCIA MATERNA DIRIGIDA AL PERSONAL DEL HOSPITAL**

**Duración:** 4 horas.

**Técnica:** interpersonal intermedia.

**Material:** audiovisual.

**Programa:**

- Presentación.
- Ronda de preguntas al personal asistente.
- Características inmunológicas, nutritivas y bioquímicas de la leche materna.
- Anatomía y fisiología de lactancia.
- Técnica de amamantamiento.
- Importancia de la promoción en la lactancia natural
- Alojamiento conjunto.
- Exposición de dudas por parte del auditorio.
- Sugerencias sobre alojamiento conjunto.
- Preguntas y comentarios.

ANEXO 1

**TV-PORO**

**Duración:** 2 horas.

**Técnica:** interpersonal directa.

**Material:** 2 películas, TV y videocasetera.

**Contenido:**

- Película: lactancia materna, cómo proteger un recurso natural.
- Ronda de preguntas y exposición de dudas.
- Resaltar la importancia de la lactancia.
- Sugerencias para conservarla.
- 
- Película: Miriam (terapia de rehidratación oral)
- Beneficios de la lactancia materna como prevención y medio de recuperación nutricional.

REFERENCIAS

- 1.- UNICEF, OMS, SSA. Memorias de Cocoyoc. México D.F. 1988.
- 2.- Notzen F. Trends in infant feeding in developing countries. Pediatrics 1984;74 (Supl):66-68.
- 3.- Arrieta R, Cravioto J. Lactancia materna México D.F.: Ediciones Médicas Hospital Infantil de México, 1983:53-67.
- 4.- Puffer R. Características de la mortalidad en la niñez Washington. DC: Organización Panamericana de la Salud. Publ Cientif: 262. 1977:227-232.
- 5.- Kanaanch H. The relationship of bottle feeding to malnutrition and gastroenteritis in a preindustrial setting. J Trop Pediatr 1972;18:302-310.
- 6.- Robinson M. Infant morbidity and mortality: a study of 3,266 infants. Lancet 1951; 1:788-794.
- 7.- Matthew DJ, Norman AP, Southill JF, Taylor B, Turner MW. Prevention of eczema. Lancet 1977;1:421-424.
- 8.- UNICEF Alimentación al pecho. México D.F.;Edit. Pax México, 1983: 11-30.
- 9.- Vega-Franco L, Toca T, Ferrás MP. Alimentación al seno en las clases populares de la ciudad de México. Salud Pública Mex 1977;19:227-232.

- 10.- Vega-Franco L, Alanís SE, Iñárritu MC, Gárnica ME, Spindel B. Influencia de la alimentación al seno y la ablactación en el estado de nutrición de niños y lactantes. En: Conceptos actuales sobre nutrición del lactante. México; Academia Mexicana de Pediatría. 1984:57-64.
- 11.- Ruiz FJ, Cravioto A. Factores que afectan la duración de la lactancia al seno materno en una cohorte de madres urbanas seguidas longitudinalmente. Bol Med Hosp Infant Mex 1989;46:705-708.
- 12.- UNICEF México/Cuba. Cocoyoc II resumen ejecutivo. México D.F. 1990:45-46.
- 13.- Asociación Americana de Salud Pública, INCAP. Declaración de Innocenti, sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna. Madres y Niños 1221;10:6-7.
- 14.- Diario Oficial de México: Comite Nacional de Lactancia Materna.
- 15.- UNICEF, ALAPE. Hospital amigo: una iniciativa para reducir la morbilidad y mortalidad infantil. Criterio Pediátrico Latinoamericano 1991;1:16.

- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Fomento de la lactancia materna en el parto y el puerperio inmediato. En: Módulo para capacitación sobre lactancia materna. Oficina Sanitaria Panamericana, 1990:14-20
- 17.- Ladas A. How to help mothers breastfeed. Clinical Pediatrics. 1970;9:702-705
- 18.- Arruda RV, Godin WC. Estudios de lactamento materno em Fortaleza. Pediatría Práctica 1970;41:331-334.
- 19.- Relucio-Clavano N. Resultados de un cambio en las prácticas hospitalarias. En: Alimentación al pecho. Edit. Pax México. México D.F. 1983:179-210.
- 20.- Ledezama FX, Chi J, Rodríguez B, Zamora I. Alojamiento conjunto: relación intrahospitalaria madre-hijo en el puerperio. Bol Med Hosp Infant Mex 1983;40:375-378.
- 21.- Atkin L, Reyes J. Alojamiento conjunto en México, la experiencia del INPer-DIF. En: Alimentación al pecho. Edit. Pax México. México D.F. 1983: 147-178.
22. Galopan C. Studies on lactation in poor Indian communitie. J Trop Pediatr 1958;4:87-95

- 23.- Vera L, Cruz A, Anderson R, Jeldres V, Jimenez J y Patri A. Influencia de la actitud médica en la duración de la lactancia natural Pediatría 1975;18:77-81.
- 24.- Sosa P. Maternal-infant interaction during the immediate post-partum period. Adv Pediatr. 1978;25:251-265
- 25.- Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less developed countries. Pediatrics 1984;74 (supl.):667-701.
- 26.- Kurinij N, Shiono P. Early formula supplementation of breast-feeding. Pediatrics 1991;88:745-750.
- 27.- Klaus M, Kennell J, Plumb N y Cols. Human maternal behavior at the first contact with her voug. Pediatrics 1970;46:187.
- 28.- Perez Navarrete JL, Vega -Franco L, Vilchis A y Cols. Estudio longitudinal de un grupo de niños a los que se siguió durante el primer año de la vida en la Villa de Tlaltizapán del Estado de Morelos, República Mexicana. Bol Med Hosp Infant Mex 1960;17:283-296.