

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

***CAUSAS DE INGRESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO A UN AREA DE HOSPITALIZACION.***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

NEONATOLOGIA

PRESENTA:

DR. CHRISTIAN ALEJANDRO MARTINEZ SANCHEZ

TUTOR DE TESIS:

DR. LUIS PAULINO ISLAS DOMINGUEZ

TUTOR DE TESIS

NEONATOLOGO PEDIATRA

DR. JORGE CHAVEZ HUERTA

ASESOR DE TESIS

NEONATOLOGO PEDIATRA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DR. LINO EDUARDO CARDIEL MARMOLEJO
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HGM

DR. EDGAR REYNOSO ARGUETA
PROF. TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO DE NEONATOLOGIA

DRA. MARIA DEL CARMEN ESPINOZA SOTELO
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HGM

DR. LUIS PAULINO ISLAS DOMINGUEZ
TUTOR DE TESIS
NEONATOLOGO PEDIATRA

DR. JORGE CHAVEZ HUERTA
ASESOR DE TESIS
NEONATOLOGO PEDIATRA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme estos años de vida y permitirme alcanzar mis metas.

A mis papas Felipe y Veronica por su apoyo, comprension y amor que me permite lograr lo que me proponga.

A mi esposa Pipis gracias por apoyarme y por ser parte de mi vida; eres lo mejor que me ha pasado.

A mi hermano por la confianza y el amor que siempre me ha tenido.

A todos mis maestros por sus enseñanzas.

RESUMEN

INTRODUCCION

En 1991 la UNICEF y la OMS presentaron la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre para mejorar la salud de todos en el año 2000, México suscribió dicho acuerdo y a partir de Julio de 1994 apareció en el Diario Oficial de la Federación un programa llamado Hospital de Niño y la Madre, cuyas premisas más importante son el alojamiento conjunto y la lactancia materna.

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

OBJETIVO

Identificar los factores clínico-epidemiológicos de recién nacidos del área de alojamiento conjunto que ingresan a un área de hospitalización.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio observacional, retrospectivo de cohorte, porcentual. Se revisaron expedientes de los recién nacidos atendidos en un servicio de hospitalización durante el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2010 al 31 de diciembre de 2010.

Se incluyeron a todo recién nacido que ingresa proveniente del área de alojamiento conjunto a un área de hospitalización y se excluyeron a los recién nacidos que ingresaron a UCIN o UTIN así como los que ingresaron a alojamiento conjunto y no ameritaron ingreso a hospitalización.

RESULTADOS

Las causa de ingreso más frecuente es fiebre en un 21% (n = 13) seguida por hiperbilirrubinemia 20%(n = 12), otros padecimientos como, labio y paladar hendido, deshidratación, vomito en posos de café, taquipnea, etc. ocupan el 3er lugar con 18% (n = 11); hipoglicemias 15% (n = 9), sepsis 15% (n = 9), HBM x incompatibilidad a grupo 10%(n = 6), intolerancia a la vía oral 8%(n = 5) y en último lugar las cardiopatías con 5% (n = 3)

Se inicia manejo antimicrobiano en 50% (n = 30) de los ingresos de los cuales 6.7% (n = 2) iniciaron con ampicilina y cefotaxima y 93.3% (n = 28) con ampicilina y amikacina.

CONCLUSIONES

Este trabajo nos permite establecer un diagnostico situacional del estado actual en el área de alojamiento conjunto y hacer una revisión sistemática de los criterios de ingreso a esta área los cuales ya están establecidos, por lo tanto el apego a estos lineamientos seguramente provocara una disminución en el ingreso de estos recién nacidos a otra área, esto dará por resultado una mejora en la calidad de atención del binomio madre e hijo.

INDICE

Resumen.....,	4
Índice.....	5
Índice de gráficas.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	12
Pregunta de investigación.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Material y métodos.....	16
Resultados.....	27
Discusión.....	30
Conclusión.....	32
Bibliografía.....	33

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1a.....	18
Gráfica 1b.....	18
Gráfica 2.....	19
Gráfica 3.....	19
Gráfica 4.....	20
Gráfica 5.....	20
Gráfica 6a.....	21
Gráfica 6b.....	22
Gráfica 7a.....	23
Gráfica 7b.....	23
Gráfica 8.....	24
Gráfica 9.....	25
Gráfica 10.....	25
Gráfica 11.....	26
Tabla 1.....	21
Tabla 2.....	22
Tabla 3.....	24

ANTECEDENTES:

INTRODUCCION

En 1991 la UNICEF y la OMS presentaron la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre para mejorar la salud de todos en el año 2000, México suscribió dicho acuerdo y a partir de Julio de 1994 apareció en el Diario Oficial de la Federación un programa llamado Hospital de Niño y la Madre, cuyas premisas más importantes son el alojamiento conjunto y la lactancia materna.⁽¹⁾

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

Para mejorar las condiciones actuales de salud de los niños y en la orientación de la mujer con relación a la lactancia materna los profesionales de la salud deben jugar un papel decisivo, por eso el sistema de alojamiento conjunto tiene mucha importancia y debería ser practicado por todas las madres y recién nacidos. Desde el punto de vista materno, las investigaciones han demostrado que la mayoría de las madres que tuvieron la oportunidad de practicar alojamiento conjunto aprobaron este sistema de internación. El alojamiento conjunto también es “una escuela para madres” porque durante el periodo de internación a las madres se les enseña la técnica de lactancia, la importancia de la leche materna, los cuidados higiénicos (baños) se les orienta sobre la piel del recién nacido, el cordón umbilical y otros aspectos generales referidos a la salud del niño incluidas las vacunas⁽²⁾

El alojamiento conjunto está constituido por recién nacidos que han superado su primera hora de vida y la madre está capacitada para atenderlo y vigilarlo aun cuando se encuentra en las primeras horas de vida; también se atienden recién nacidos que proceden del lactario, sin problema y sean manejados por la madre.

Los recién nacidos serán examinados por el médico cada 24 hrs hasta el egreso y en caso de presentar algún problema, el médico examinará al recién nacido y normará la conducta a seguir. La enfermera vigilará a los recién nacidos las 24 hrs del día y la madre cuidará a su recién nacido las 24 hrs del día si no tiene ningún problema que se lo impida.⁽³⁾

BENEFICIOS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO

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 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.

El alojamiento conjunto precoz en cesareadas es posible y es aceptado por las madres, induce mayor frecuencia de lactadas y mayor volumen de secreción láctea lo cual facilita el establecimiento de la lactancia humana.⁽⁷⁾

OBJETIVOS

Este programa tiene como objetivos: a) capacitar a la madre para que atienda a su hijo; b) incrementar el número de madres que amamantan a sus hijos; c) aumentar el número de recién nacidos controlados en los consultorios periféricos; d) disminuir la morbimortalidad de la población asistida por el programa durante el primer año de vida. (4)

Recursos humanos. El Programa de Alojamiento Conjunto funciona con el personal siguiente

1. Neonatólogos
2. Obstetras
3. Enfermeras
4. Asistente social
5. Auxiliares
6. Servicios generales

ACTIVIDADES

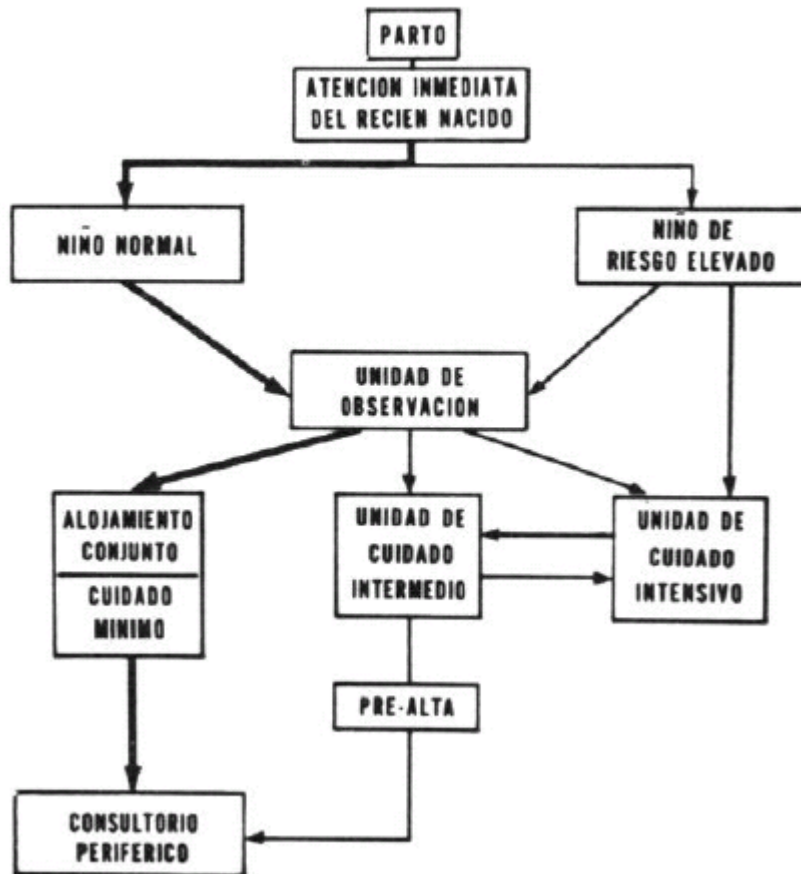
Dinámica. Los recién nacidos pasan las primeras seis horas de vida junto a su madre en la unidad de observación. Luego son trasladados por el personal de enfermería a la unidad de alojamiento conjunto. Todos los recién nacidos que no requieren cuidados especiales (intermedios o intensivos) son asignados a este programa. Según el criterio del obstetra o del neonatólogo, los niños cuyas madres no presenten distocia o condiciones que puedan perjudicar al neonato, podrán ser asignados al programa. Cada recién nacido tiene su área individual constituida por la cuna. Todos los cuidados del recién nacido se hacen en su cuna con la participación activa de la madre y bajo la supervisión del personal de enfermería. Para manipular al niño, previamente, la madre procede al lavado de sus manos y antebrazos. La visita ha sido restringida al padre; si el padre desea tomar a su hijo en brazos debe asearse las manos.

El equipo técnico (obstetra, neonatólogo y enfermera) visita cada mañana a todas las madres y a sus hijos con el fin de establecer relaciones con ellos; este hecho contribuye a aclarar sus dudas y calmar sus ansiedades. Además, el equipo realiza un examen completo de los recién nacidos que tienen entre 24 y 48 horas de vida, el cual se efectúa en el compartimiento que corresponde al recién nacido y al lado de la madre.

Es conveniente contar con la presencia del padre durante ese examen. En horas de la tarde o de la noche se efectúa una segunda visita, a cargo del médico y tiene por objeto aclarar dudas y solucionar los problemas técnicos que se hayan presentado. El equipo técnico que realiza la visita en horas de la mañana es el autorizado para dar de alta a la madre y al niño. En ese momento se habla personalmente con cada madre y con su ayuda se ubica, en un mapa colocado en la unidad, el consultorio periférico

más cercano a su domicilio, al cual deberá llevar al recién nacido para su control. Es conveniente que durante esta entrevista se encuentre presente el padre. La asistente social comunica al consultorio periférico correspondiente el alta del recién nacido y la fecha en que debe ser conducido para efectuar el control.

FIGURA 1—Flujograma asistencial. El grosor de las flechas representa el flujo mayoritario de neonatos. Las flechas más gruesas corresponden al neonato sano.



Docencia. El Programa de Alojamiento Conjunto tiene un alto contenido docente que el equipo técnico considera como una necesidad prioritaria. Las enfermeras y las auxiliares de enfermería imparten las enseñanzas a las madres de manera individual, continua y sistemática, las cuales se complementan con diapositivas didácticas programadas por el personal técnico. Las diapositivas y las instrucciones correspondientes contribuyen a: uniformar los conocimientos del equipo de salud, creando normas para la enseñanza que se brinda en los tres días que dura la internación de la madre en la unidad de alojamiento conjunto; subrayar aquellos aspectos que ya han sido señalados en la enseñanza individual y enriquecerlos con discusiones de grupo.

La enseñanza que se imparte a las madres se orienta hacia tres aspectos fundamentales: a) la importancia de la alimentación al seno;

- b) la prevención de las infecciones digestivas y respiratorias del recién nacido; su higiene, en particular el cuidado del cordón umbilical,
- c) la importancia del control médico precoz del recién nacido, en el consultorio periférico.

La enseñanza individual a cargo del personal de enfermería, las discusiones de grupo con proyección de diapositivas didácticas en las que interviene todo el equipo técnico, y la participación activa de la madre en los cuidados de su hijo, constituyen los pilares que sustentan el programa docente de la unidad de alojamiento conjunto.

ACTIVIDADES MÁS IMPORTANTES EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO(5)

1. Identificación del niño y revisión del expediente.
2. Entrega del niño a la madre corroborando: sexo y nombre en "brazalete".
3. Hoja de enfermería del recién nacido.
4. Colocación al lado de su madre, verificando estabilidad de temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria.
5. Registro cada 4 horas de temperatura axilar, frecuencia cardiaca y respiratoria, además de baño diario.
6. Registro de alimentación, evacuaciones y micciones cuando se presentan y peso cada 24 hrs.
7. Enseñanza directa a la madre de las técnicas del baño, toma de temperatura, cambio de pañales y como colocar al recién nacido al amamantarlo, asistencia de la madre por el personal de enfermería.
8. Enseñanza directa a la madre de la limpieza de los senos antes de amamantar al neonato y el cuidado de los pezones, por enfermería
9. El medico:
 - a. Realizara exploración física completa cada 24 hrs.
 - b. Realizara exploración neurológica en una ocasión: investigando tono activo, pasivo y reflejos.
10. Requisitos para que el recién nacido sea egresado:
 - a. Que controle su temperatura.
 - b. No se ponga en peligro su vida.
 - c. Que este egresada la madre.

REGLAS PARA CUMPLIR POR LA MADRE

1. Lavado de manos y limpieza de pezón y areolas con agua.
2. Sentarse en una silla cómoda, colocar el niño sobre su regazo y alimentarlo.
3. Sacarle el aire a la mitad y al final.
4. Si la lactopoyesis es mínima o nula se podrá administrar leche modificada en proteínas después de cada tetada, solo por indicación médica.

INDICACIONES PARA EL EGRESO

1. Alimentación al seno materno a libre demanda.
2. No dormir en decúbito ventral.
3. Ropa de algodón y de acuerdo al clima. No debe usarse fajero ni guantes.
4. Baño diario con jabón neutro. No aplicar talco.

5. Mantener cordón umbilical limpio y seco.
6. Corte de uñas una vez a la semana.

7. Signos de alarma: diarrea, vómito, fiebre, ictericia, cianosis, convulsiones.
8. Lavado de ropa con jabón neutro de pastilla, no usar detergentes.
9. No dar te ni agua
10. No administrar medicamentos no recetados por el médico.
11. Seguimiento médico para continuar su guía de alimentación, ablactación, vacunación y evaluar su crecimiento y desarrollo adecuados así como detectar problemas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El alojamiento conjunto es un área a la cual ingresan recién nacidos que no requieren cuidados especiales (intermedios o intensivos), cuyas madres deben de cursar con un puerperio filológico, por lo tanto el ingreso a esta área deberá cumplir con el requisito de madre sana-hijo sano.

En los últimos 9 meses hemos observado un incremento en el ingreso de recién nacidos de alojamiento conjunto a hospitalización. No hay reportes de investigación con este objetivo.

¿Se cumple con los criterios para ingreso de pacientes a alojamiento conjunto?

¿Existe alguna relación entre los factores clínico-epidemiológicos de estos recién nacidos que ameritaron ingreso a un área de hospitalización?.

¿Que porcentaje de estos recién nacidos se ingresaron a hospitalización?

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Existe alguna relación clínica o epidemiológica entre los recién nacidos que ingresan a la unidad de alojamiento conjunto y posteriormente a alguna otra área de hospitalización?

JUSTIFICACION:

A través de la respuesta a la pregunta de investigación se podrán identificar los factores clínico-epidemiológicos de los recién nacidos que se encuentran en el área de alojamiento conjunto y la influencia de dichos factores para su ingreso a hospitalización, permitiendo establecer las bases teóricas para la realización de un estudio que tenga como resultado la aclaración de las dudas planteadas.

Por otro lado dilucidando esta duda se tendrá la oportunidad de mejorar la calidad en la atención de los recién nacidos con riesgo de hospitalización.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:

Identificar los factores clínico-epidemiológicos de recién nacidos del área de alojamiento conjunto que ingresan a un área de hospitalización.

ESPECIFICOS:

1. Identificar factores de riesgos clínicos y epidemiológicos.
2. Identificar patologías de ingreso más frecuentes.

MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO.

Es un estudio observacional, retrospectivo de cohorte

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Es un estudio porcentual.

UBICACIÓN ESPACIO Y TIEMPO

Se revisaron expedientes de los recién nacidos atendidos en un servicio de hospitalización durante el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2010 al 31 de diciembre de 2010.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los expedientes de pacientes de 0 a 28 días de vida atendidos en un servicio de hospitalización en el Hospital General de México.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Todo recién nacido que ingresa proveniente del área de alojamiento conjunto a un área de hospitalización.

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos que ingresaron a UCIN o UTIN
- Recién nacidos que ingreso a alojamiento conjunto y no ameritaron ingreso a hospitalización.

ELABORACION DE INSTRUMENTOS (PARA RECOLECTAR INFORMACION)

Se elaboró un instrumento tipo encuesta hospitalaria en el cual se registra la información de las variables de estudio.

RECURSOS:

Recursos Humanos:

Los comprende el investigador y expertos en el tema tratado así como asesores metodológicos.

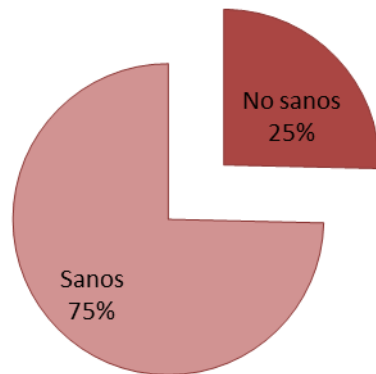
Recursos Materiales:

El equipo comprenderá el sistema de computación, 1 mesa, 2 sillas, el archivo clínico de pediatría, 2 laptops, 1 libro de metodología de la investigación. El material de consumo incluye 1 paquete de hojas blancas y 1 cartucho de impresora.

Recursos Financieros:

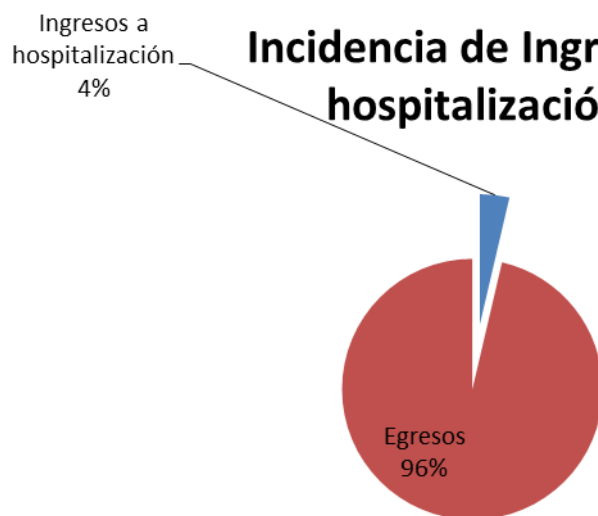
Se aportó por el investigador.

Nacimientos entre Abril y Diciembre 2011

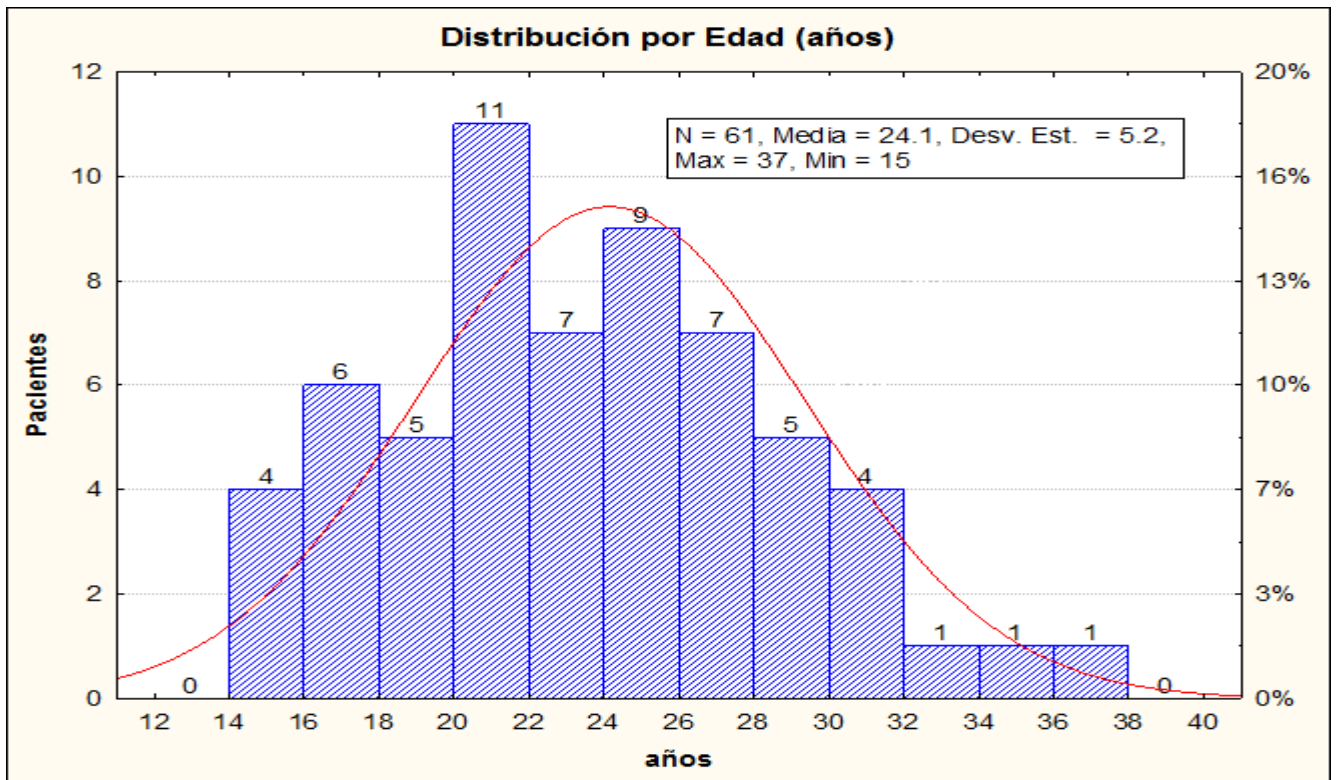


Grafica 1ª. Del total de nacimientos en los 9 meses de estudio 2872 (75%) fueron sanos y 976 (25%) presentaron algún problema de salud.

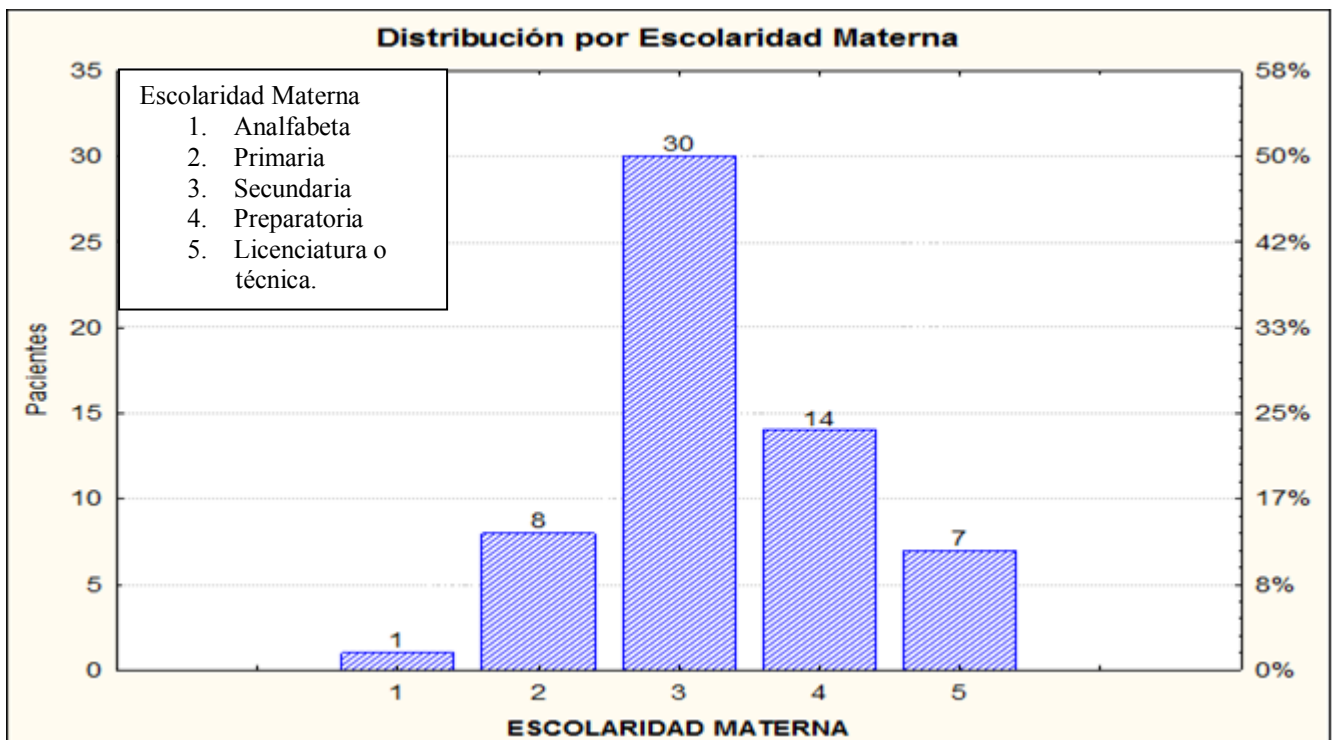
Incidencia de Ingreso a hospitalización



Grafica 1b. Del total de ingresos a alojamiento conjunto (2872), 105 (4%) ingresan a hospitalización y 2767 (96%) egresan a su domicilio.



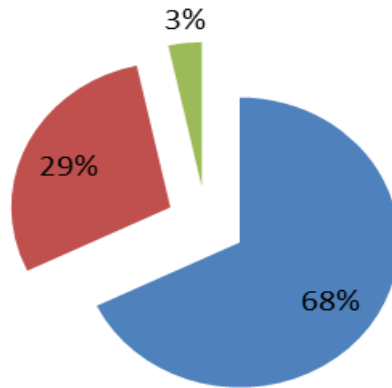
Grafica 2. Las edades maternas variaron de 15 a 37 años con una media de 21.4 años



Grafica 3. Observamos que 30 mamás (50%) cuentan con escolaridad secundaria, 14 (23%) cuentan con preparatoria, 8 (13%) cuentan con primaria, 7 (12%) cuentan con estudios superiores y solo 1 (2%) es analfabeta.

Control Prenatal por Trimestres

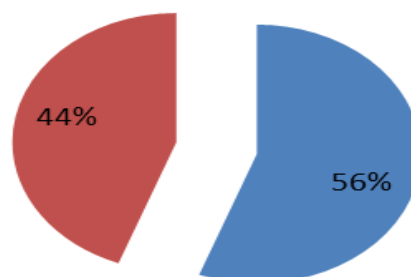
■ Primer ■ Segundo ■ Tercer



Grafica 4. Se reportan que el 68% de las embarazadas tuvieron control prenatal desde el 1er trimestre, 29% desde el 2do trimestre y 3% en el 3er trimestre

Control Prenatal

■ Menos de 7 ■ 7 o más

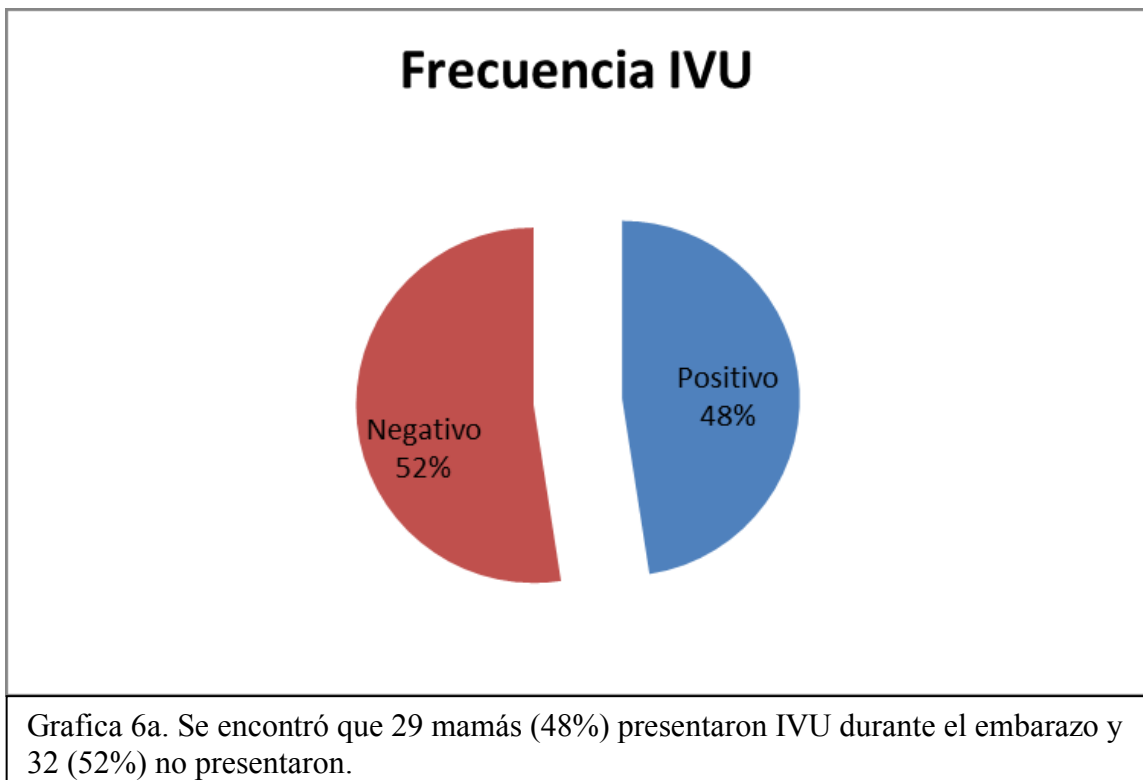


Grafica 5. Se encontró que 44% (27) de las embarazadas llevo un control prenatal adecuado contra un 56% (34) que no tuvo adecuado control prenatal.

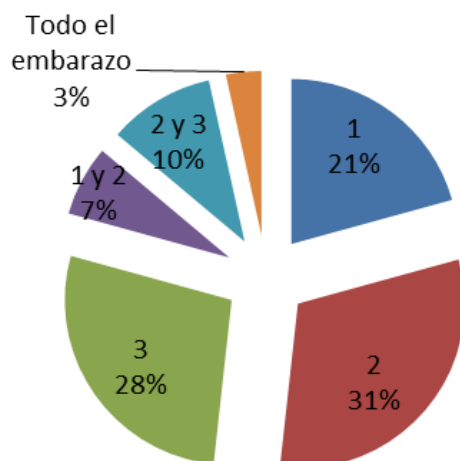
Tabla1. CONTROL PRENATAL

Control Prenatal(Lugar)	No. De Consultas	%
1	27	44.26
2	8	13.11
3	8	13.11
5	1	1.64
6	2	3.28
1 Y 2	5	8.20
1 Y 3	3	4.92
1 Y 4	1	1.64
2 Y 3	1	1.64
2 Y 4	1	1.64
2 Y 6	1	1.64
3 Y 6	1	1.64
1 Y 2 Y 3	1	1.64
2 Y 3 Y 4	1	1.64

1. Centro Salud
2. HGM
3. Particular
4. IMSS
5. No refiere
6. Similares



Frecuencia IVU por Trimestre

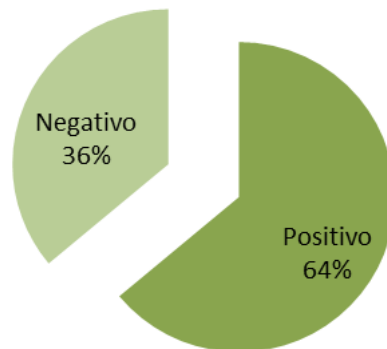


Grafica 6b. Podemos observar el porcentaje de infección de vías urinarias por trimestre y se incluyen a aquellas mamás que refirieron infección en más de 1 trimestre.

Tabla 2. Interacción entre IVU con tratamiento y remisión

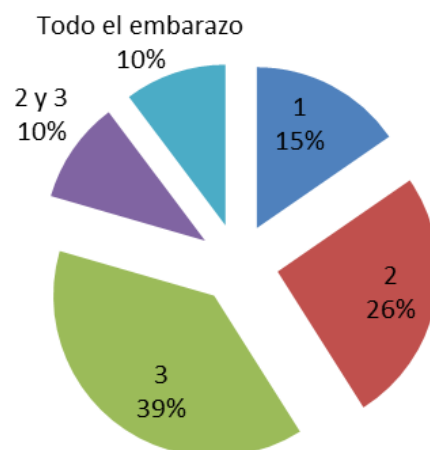
TRIMESTRE EN QUE SE DIO IVU	TX	No Remitió	Si Remitió	Total
1	si	1	5	6
2	si	0	9	9
3	si	4	4	8
1 Y 2	si	2	0	2
2 Y 3 1 y 2 y 3	si	3	0	3
	no	1	0	1
			Total	29

INCIDENCIA DE CERVICOVAGINITIS



Grafica 7a. Se encontró que 39 mamás (64%) presentaron CV durante el embarazo y 22 (36%) no presentaron.

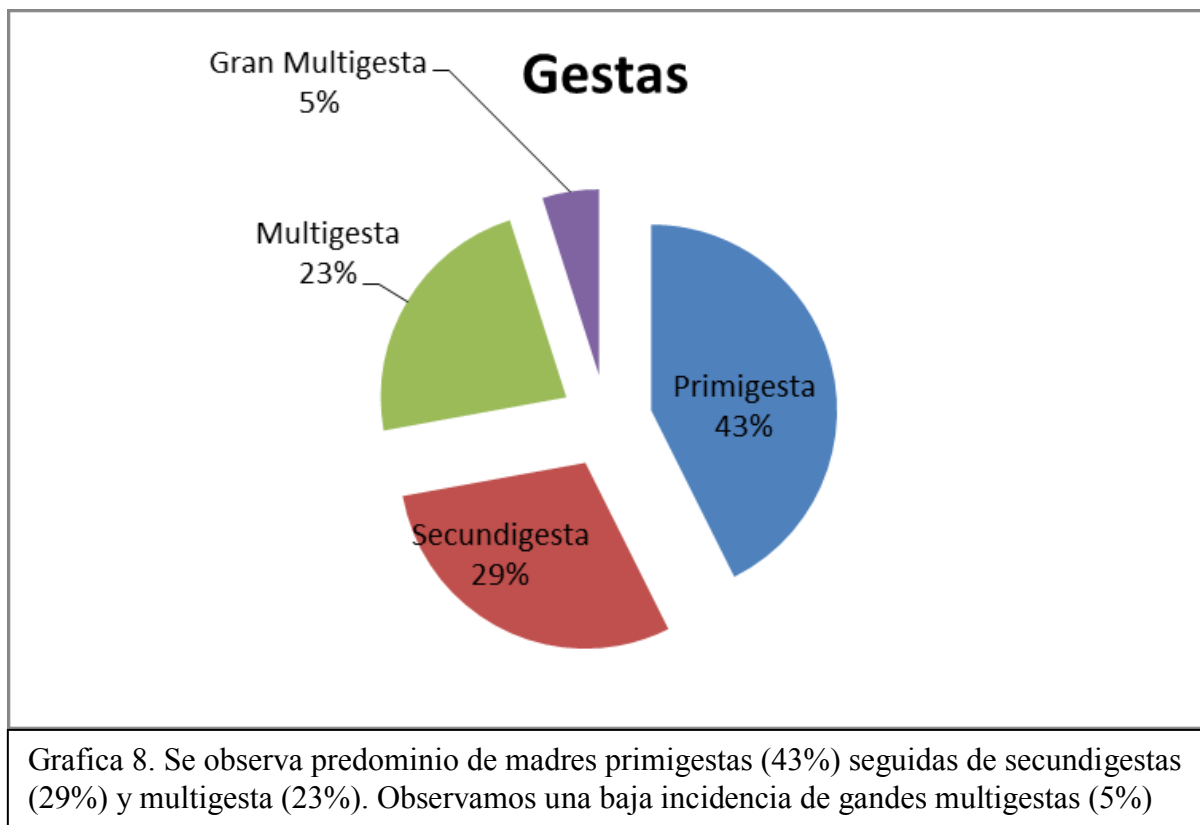
Cervicovaginitis y trimestre de aparición

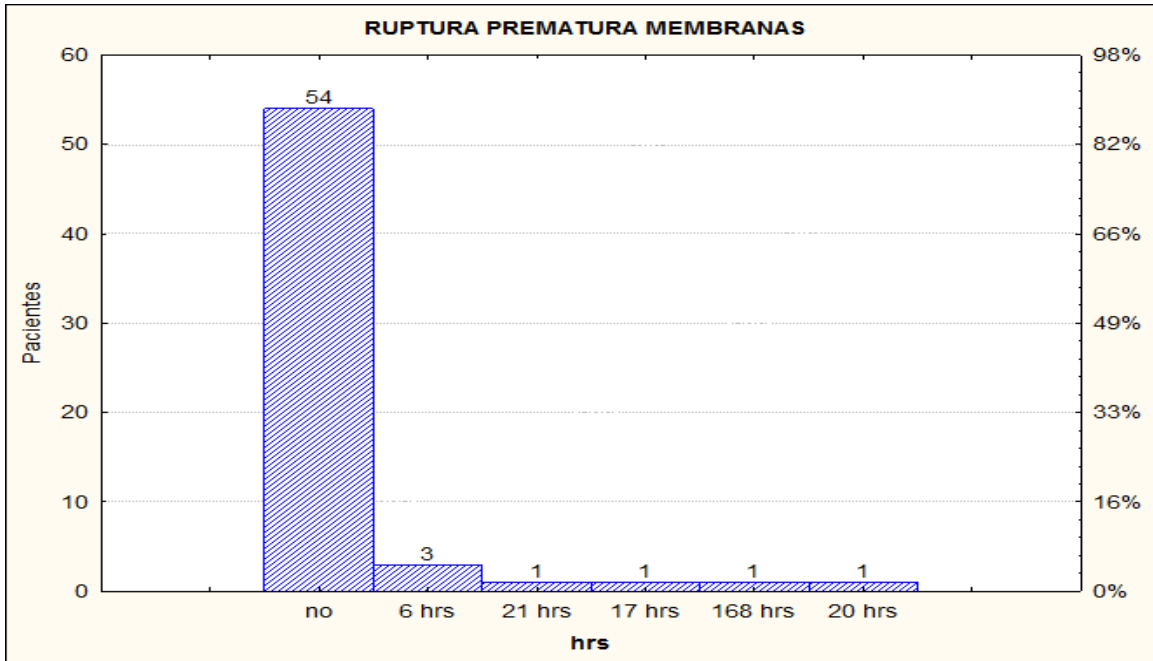


Grafica 7b. Podemos observar el porcentaje de cervicovaginitis por trimestre y se incluye aquellas mamás que refirieron infección en más de 1 trimestre.

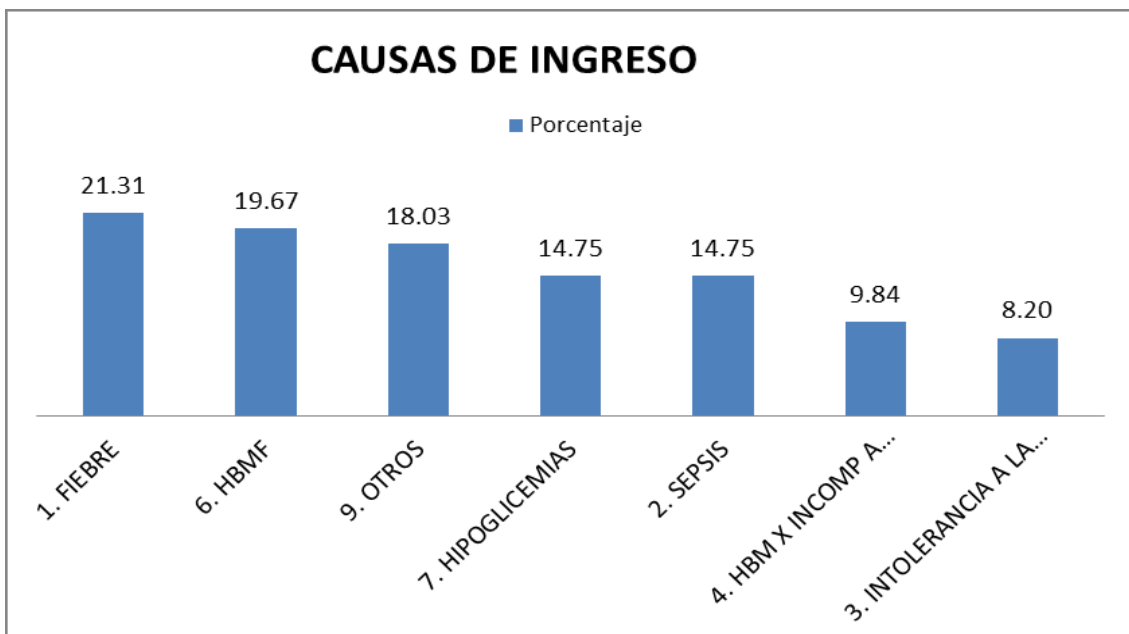
Tabla 3. Interacción entre CV con tratamiento y remisión

TRIMESTRE	TX	No remitió	Si remitió	TOTAL
1	si	0	6	6
2	si	0	10	10
3	si	5	7	12
	no	2	1	3
2 y 3	si	3	0	3
	no	1	0	1
1 y 2 y 3	si	4	0	4
			Total	39



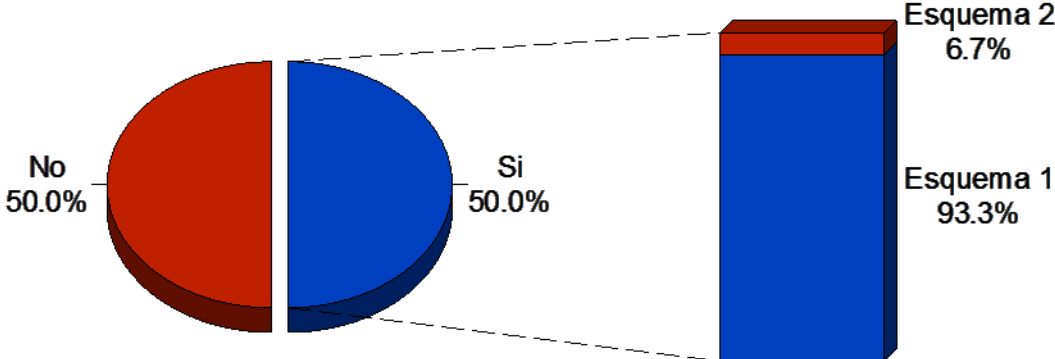


Grafica 9. 11% de los RN (7) del estudio presento RPM de entre 6 y 168 hrs. de evolución.



Grafica 10. Causas más comunes de ingreso a hospitalización (9. Otros: deshidratación, vomito en posos de café, taquipnea, labio y paladar hendido)

Inicio de Antibiotico



Grafica 11. Se inicio manejo antimicrobiano al 50% de los RN al ingreso a hospitalización, 6.7% con ampicilina/cefotaxima y 93.3% con ampicilina/amikacina

RESULTADOS:

Durante el periodo de abril a diciembre de 2010 hubo un total de 3848 nacimientos de los cuales solo el 25% (n = 976) se enviaron a un área de hospitalización, el restante 74% (n = 2872) se enviaron al área de alojamiento conjunto.

De estos recién nacidos que ingresaron al área de alojamiento conjunto el 96% (n = 2767) se egresan a su domicilio y solo el 3% (n = 105) ingresan al área de hospitalización.

De este 3% (n = 105) de pacientes hospitalizados, 44% (n = 27) son masculinos y 56% (n = 34) son femeninos.

Se reportan 13% (n = 8) de recién nacidos con edad gestacional entre 36 y 37.6 sdg; 50% (n = 31) recién nacidos con edad gestacional entre 38.1 y 40.6 sdg; 61% (n = 22) recién nacidos con edad gestacional mayor de 41 sdg.

Se reportan 28% (n = 17) con peso menor de 2500gr; 21% (n = 13) con peso entre 2500 y 3000gr; 31% (n = 19) con peso entre 3001 y 3500gr; 20% (n = 12) con peso entre 3501 y 4000gr. No se reportan casos de recién nacidos con peso mayor de 4000gr.

Se reportan 57% (n = 35) con talla entre 45 y 50 cm; 43% (n = 26) con talla entre 51 y 55 cm. No se reportaron casos de recién nacidos con talla mayor a 55 cm.

Se reportan edades maternas en un rango de 15 a 37 años encontrándose una media de 24.1 años, de las cuales 18% (n = 11) se reportan con una edad entre 20 y 22 años siendo esta la mayoría. Menores de 18 años se reportan solo 16% (n = 10).

La escolaridad materna más frecuentemente reportada es la secundaria en un 50% (n = 30), seguida por la preparatoria 23% (n = 14) y primaria 13% (n = 8), 12% (n = 7) reporta estudios superiores como licenciatura o carrera técnica y solo se reporta 2% (n = 1) de analfabetismo.

El control prenatal se inicia con más frecuencia durante el primer trimestre en 68% (n = 41) de los casos seguido del segundo con 29% (n = 18) y en el tercer trimestre se reportó una incidencia de solo el 3% (n = 2).

Se reporta una incidencia del 100% (n = 61) de asistencia a consultas de control prenatal. El control prenatal se lleva a cabo en centro de salud en un

44% (n = 27) de los casos 13% (n = 8) en el HGM así como particular y en 27% (n = 15) de los casos se lleva el CPN en más de 1 sitio. 2% (n = 5) de los casos no refieren donde se llevó a cabo el CPN y 3% (n = 6) se lleva en similares.

La incidencia de IVU es del 48% (n = 29) encontrándose mayor frecuencia en el 2do trimestre con 31% (n = 9). De los 29 casos que se reportan a 28 se les dio tratamiento obteniéndose remisión en un 64% (n = 18) de los casos; no remiten 34% (n = 10) y solo se reporta 1 caso sin tratamiento el cual no remite.

La incidencia de CV fue del 64% (n = 39) encontrándose mayor frecuencia en el 3er trimestre con 39% (n = 15). De los 39 casos que se reportaron a 35 se les da tratamiento obteniéndose remisión en un 66% (n = 23) de los casos y 34% (n = 12) que no remite a pesar del tratamiento. Se reportan solo 1% (n = 3) sin tratamiento antimicrobiano.

Se reporta 43% (n = 26) de las mamás como primigestas, 29% (n = 18) secundigestas, 23% (n = 14) multigestas y 5% (n = 3) gran multigestas

El tiempo de estancia de las madres en labor se reporta en horas las cuales se encuentran en un rango entre 1 y 15 hrs de estancia con una media de 5 hrs.

En relación a la rpm solo el 7% (n = 4) corresponden al rango entre 17 hrs y 7 días y esto constituye un factor de riesgo para sepsis.

Se reporta en un 3% (n = 2) apgar bajo recuperado (5 al minuto y 8 a los 5 minutos) y un 2% (n = 1) de apgar de 7 al minuto sin sufrir modificación a los 5 minutos.

El tiempo de estancia de los recién nacidos en alojamiento conjunto se reporta en horas las cuales se encuentran en un rango entre 6 y 84 hrs de estancia con una media de 31.4 hrs.

Las causa de ingreso más frecuente es fiebre en un 21% (n = 13) seguida por hiperbilirrubinemia 20% (n = 12), otros padecimientos como, labio y paladar hendido, deshidratación, vomito en posos de café, taquipnea, etc. ocupan el 3er lugar con 18% (n = 11); hipoglicemias 15% (n = 9), sepsis 15% (n = 9), HBM x incompatibilidad a grupo 10% (n = 6), intolerancia a la vía oral 8% (n = 5) y en último lugar las cardiopatías con 5% (n = 3)

Se inicia manejo antimicrobiano en 50% (n = 30) de los ingresos de los cuales 6.7% (n = 2) iniciaron con ampicilina y cefotaxima y 93.3% (n = 28) con ampicilina y amikacina.

DISCUSION:

De acuerdo a los resultados del presente estudio podemos observar que del total de pacientes que ingresan al servicio de hospitalización el sexo más afectado es el femenino en un 56%.

Se observa que los recién nacidos de 38.1 a 40.6 sdg continúan representando el mayor porcentaje (31%) de ingresos a alojamiento conjunto lo cual es algo esperado ya que son recién nacidos que no tienen factores de riesgo para presentar alteraciones metabólicas, infecciosas o de otra índole. Con el peso la situación es similar ya que los recién nacidos de término con un peso adecuado de 3001 a 3500 (31%) representa el mayor número de ingresos. Llama la atención que el segundo grupo que más ingresa a alojamiento conjunto es el de los recién nacidos con peso menor de 2500gr a pesar de que estos se encuentran en riesgo de presentar alteraciones metabólicas como hipoglucemia en los primeros días de vida.

En cuanto a la edad de las madres de los recién nacidos que ingresan a hospitalización, observamos que el grupo etario con mayor porcentaje (18%) lo ocupan aquellas que se encuentra en una edad reproductiva de bajo riesgo (20-22 años) o en donde estos se presentan en menor proporción, afortunadamente se encontró que el grupo de madres adolescente (menores de 18 años) ocupó un menor porcentaje.

En este estudio se reporta un nivel de alfabetización materna del 98% y de estas el 50% cursaron la primaria, lo cual podría reflejar que la mayor parte de las madres están conscientes de la importancia de llevar a cabo un adecuado control prenatal esto coincide con los resultados de este estudio el cual reporta 100% de asistencia materna a control prenatal, sin embargo no hay consistencia en el lugar de atención prenatal ya que el 25% de las mamás acudieron a más de 1 centro de atención para dicho control

En cuanto a las enfermedades que se presentan en el embarazo la mayor parte está representada por las cervicovaginitis en un 64%, seguidas por las infecciones de vías urinarias en un 48% ambos son considerados factores de riesgo perinatal importante para desencadenar ruptura prematura de membranas y/o amenaza de parto pretérmino.

La cervicovaginitis fue más frecuente en el tercer trimestre en un 39% lo cual se considera normal ya que durante el embarazo existe mayor actividad secretora de las glándulas mucosas del endocervix lo que hace que la embarazada presente frecuentemente un aumento de flujo vaginal que debe considerarse normal si es escaso, transparente y sin mal olor.

Un factor de riesgo importante es la paridad ya que las madres primigestas y multigestas pueden presentar mayores complicaciones como trabajo de parto complicado que puede resultar en trauma obstétrico, inserción baja de placenta y atonía uterina. Las primigestas ocuparon el mayor porcentaje en cuanto a la paridad (43%) y las multigestas y grandes multigestas el 23 y 5 % respectivamente.

La ruptura prematura de membranas se define como la pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del parto, esta tiene importantes repercusiones en los resultados perinatales siendo la causa de más del 30% de los partos pretermino y es factor importante para infección entre más tiempo tenga de evolución, En nuestro estudio se observa que de evolución lo cual motivo su hospitalización, solo el 7% de las mamás presentan ruptura prematura de membranas entre 17 hrs y 7 días lo cual por sí solo no es diagnóstico de sepsis sin embargo constituye un factor de riesgo para la misma.

El Apgar es una escala que permite valorar la gravedad de la depresión respiratoria o neurológica del recién nacido mediante la puntuación de signos físicos al minuto y a los 5 minutos de vida. Una puntuación baja de puede estar causada por asfixia perinatal entre otros. En el presente estudio se reportan 2 pacientes con Apgar 5 al minuto y 8 a los 5 minutos que representa el 3% de la población observada cabe mencionar que en ambos casos el motivo de ingreso no está relacionado al Apgar previamente mencionado, sin embargo siguiendo los criterios de ingreso no deben de ingresar al área de alojamiento conjunto.

El egreso temprano es un factor de riesgo importante para futuros reingresos a las diferentes áreas de hospitalización. En este estudio se reporta un tiempo de estancia en alojamiento conjunto muy amplio desde 6 a 84 hrs encontrándose una media de 31.4 hrs sin embargo con las estancias cortas menores de 12 hrs no dan tiempo a identificar sintomatología de patología temprana. Por lo tanto el neonatólogo o pediatra deberá de tener como objetivo recolectar el mayor número de datos posibles a la exploración física o antecedentes para valorar egreso y evitar los reingresos.

Las causas de ingreso más frecuentes a hospitalización es fiebre en 21%, seguido por hiperbilirrubinemia multifactorial 20%, otras patologías como lactopoyesis inadecuada, mala técnica de amamantamiento ocupan el 18%, las hipoglucemias y la sepsis se reporta en 15% de los casos, hiperbilirrubinemia por incompatibilidad de grupo 10% y en último lugar la intolerancia a la vía oral con 8%

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio de las causas de ingreso más frecuentes a hospitalización puedo concluir

1. Que todas ellas están relacionadas con una alimentación insuficiente del recién nacido en las primeras horas posteriores a su nacimiento. Dentro de estas causas puedo considerar:
 - a. Lactopoyesis insuficiente en las primeras horas postparto.
 - b. Desconocimiento de la técnica de amamantamiento.
 - c. Carencia de instrucción prenatal con respecto a la lactancia y la importancia de lactar por parte del equipo médico de atención.
 - d. Patología mamaria que limita el amamantamiento.
 - e. Patrones de succión inadecuados.
 - f. Recién nacido cuyas madres tienen enfermedad sistémica.
 - g. Recién nacido con enfermedades sistémicas.
 - h.

Algunos recién nacidos ingresaron con diagnóstico de septicemia temprana tendiendo como sintomatología inicial fiebre e hiperbilirrubinemia, por lo cual recomiendo el protocolo establecido para septicemia: toma de citometría hemática completa, la determinación de un reactante de fase aguda (PCR) así como bilirrubina directa, indirecta y total, coombs y reticulocitos, dependiendo de los resultados determinara la conducta a seguir en cada uno de los casos.

En cuanto a los criterios de ingreso a alojamiento conjunto se sugiere el apego a estos lineamientos con la finalidad de limitar el número de ingresos a un área de hospitalización.

Monitoreo estricto de las condiciones del neonato y de la madre durante su estancia en el área de alojamiento conjunto.

Este trabajo nos permite establecer un diagnóstico situacional del estado actual en el área de alojamiento conjunto y hacer una revisión sistemática de los criterios de ingreso a esta área los cuales ya están establecidos, por lo tanto el apego a estos lineamientos seguramente provocara una disminución en el ingreso de estos recién nacidos a otra área, esto dará por resultado una mejora en la calidad de atención del binomio madre e hijo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Osorio A, Díaz J, Capurro H. Programa de Alojamiento Conjunto para la Madre y el Recién nacido. Bol Of Sanit Panam 84(3), 1978.
2. Avalos L. Alojamiento Conjunto Capitulo No. 29.
3. Perales J. Relación entre el alojamiento conjunto y la adecuada lactancia materna exclusiva en puérperas cesareadas en el Hospital san José de Chincha. Revista Salud, Sexualidad y Soci edad 2(1,2) , 2008.
4. Nski Soares AVN, Galdzi RR, Cirico MOV. Nursing intervention identification in rooming-in. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):307-16.
5. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. Alojamiento Conjunto Madre-Hijo y lactancia humana exclusiva. Salud Publica de México 1997; 39: 110-16
6. Zullini M, Alvarado J. Alojamiento conjunto: una opción para la madre y el recién nacido durante su permanencia en el hospital. Rev. Epidemiol comunitaria 1991; 2(2): 16-20
7. Valderrama A, Bueno M, Influencia del alojamiento conjunto precoz en la lactancia humana en madres cesareadas. estudio randomizado. Paediatrica 2001; 4(1): 6-9
8. Huerta F, Cisneros I. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. Salud pública Mex. 1997; 39(2): 110-6
9. Delgado A, Arroyo L, Diaz M. Lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atenciona. Bol Med Hosp Infant Mex 2006:63:31-39.
10. Villasís KMA, Romero TRM, Campos LG. Impacto del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ginecol Obstet Mex. 1998; 66: 474-9.