



11217  
27 20j

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Dirección de Estudios de Postgrado**

**I. S. S. T. E.**

**Hospital Regional "Gral Ignacio Zaragoza"**

**ALOJAMIENTO CONJUNTO DE  
CORTA ESTANCIA**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**P R E S E N T A:**

**DRA. MARIA CECILIA CALDERON SALDAÑA**

**Director de Tesis: Dr. Carlos Vargas García**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## I N D I C E

I. INTRODUCCION .....	1
II. JUSTIFICACION .....	7
III. HIPOTESIS .....	10
IV. OBJETIVOS .....	11
V. MATERIAL Y METODOS .....	12
VI. RESULTADOS .....	16
VII. ANALISIS .....	34
VIII. CONCLUSIONES .....	47
IX. RESUMEN .....	49
X. BIBLIOGRAFIA .....	51
XI. RECONOCIMIENTO .....	54

## I. INTRODUCCION

La tendencia natural del ser humano lo lleva a buscar la mayor facilidad y comodidad para la obtención de satisfactores.

Con el advenimiento de la Medicina Institucional y la distribución de recursos de acuerdo a niveles de atención se facilita el manejo de grandes masas de pacientes de manera sistematizada, creando entre los usuarios la idea de recibir una mejor atención y calidad médica en los grandes hospitales.

Sin embargo, a pesar del gran desarrollo de los servicios de Medicina Perinatal en México, éstos siguen funcionando con criterios comunes a la medicina general dando prioridad a la medicina curativa y obteniendo elevadas tasas de morbilidad materna y perinatal en relación con otros países con organizaciones más tendientes a la prevención ( 9,11 ).

Se debe agregar el hecho de que la medicina curativa resulta mucho más costosa al aplicar recursos de alto nivel en una población que no los necesita (riesgo bajo) lo cual propicia que no se den en forma adecuada a quienes sí los requieren ( riesgo alto ) ( 7,9,11 ).

parece que esto ha pasado con el manejo de la madre y su recién nacido que de acuerdo a las normas hospitala-

rias son separados desde el momento del nacimiento para recibir un manejo sistematizado especialmente el recién nacido en los llamados " cuneros fisiológicos ", lugares en donde se atienden en común sus necesidades básicas de aseo, alimentación y observación médica por personal especializado.(1).

La evolución de este tipo de cuneros al incrementar el número de pacientes, ha dado por resultado que se propicie mala atención por hacinamiento, insalubridad y alimentación en condiciones insatisfactorias de higiene que propician frecuentes brotes epidémicos de infección por contaminación.

Este problema llega a ser tan serio que en algunas ocasiones se tienen que cerrar los cuneros enviando a los recién nacidos a otro hospital donde como consecuencia se propicia también el hacinamiento y otra vez se cierra el círculo de producción de infecciones con la consecuente elevación de la morbimortalidad neonatal.

La necesidad de utilizar lechos artificiales en estos cuneros incrementa el riesgo de contaminación ya que la preparación de éstos implica una serie de manipulaciones que no se presentan con la lactancia al seno materno.

Se ha demostrado en estudios de grandes poblaciones de todas clases sociales y de diversos grados de cultura que la alimentación del recién nacido al seno materno,

es lo más benéfico ya que no hay mejor nutriente que la leche materna.

La práctica de la alimentación al seno materno se disminuyó desde que la mujer tuvo necesidad de salir del hogar para trabajar y de creencias erróneas sobre la lactancia todo esto favorecido por la separación temprana de la madre y el recién nacido desde el momento del nacimiento debido al tipo de alojamiento tradicional.

La leche materna es muy importante para el recién nacido pues con ella se le protege contra infecciones ya que todos los tipos de inmunoglobulinas se encuentran presentes en la leche materna y sus concentraciones son mayores en el calostro principalmente la IgA que es resistente a la digestión triptica.

También se encuentran presentes otros elementos como C3 y C4, lactoferrinas, lactoperoxidasas, lactobacilos e interferón que protegen al recién nacido contra gran número de microorganismos como E coli, Salmonella, Shigella, etc,...( 18 ).

Uno de los estímulos más fuertes para la lactogénesis y lactopoyesis es la estimulación del recién nacido con la succión temprana, situación que se dificulta con la separación de la madre y el recién nacido y se favorece la aparición de complicaciones mamarias y fiebre que además pueden predisponer a la madre en contra de la lactancia natural ( 10,16,17 ).

Con el manejo hospitalario tradicional se altera el aspecto psicológico de la familia, madre y recién nacido que se ven separados hasta el momento del egreso a domicilio dificultando el desarrollo temprano de diferentes niveles de estimulación recíproca entre la madre y el recién nacido como el contacto piel con piel, contacto visual, lenguaje rítmico de la madre y el olor del pecho materno entre otros ( 19 ).

Con el manejo hospitalario tradicional separando a la madre del recién nacido se imposibilita la capacitación objetiva de la madre sobre el manejo de su recién nacido lo que origina que egrese con un niño prácticamente desconocido, sin seguridad ni información palpable sobre la técnica de alimentación al seno materno, aseo, emuntorios, uñas, ojos, oídos, cuidados del cordón umbilical, características normales de evacuaciones, orina, coloración de la piel, respuestas normales así como la detección y prevención de padecimientos como resfriados, dispepsia o complicaciones más graves que si se detectan oportunamente tendrán una mejor resolución.

La falta de capacitación de la madre trae consigo la consulta general más frecuente por problemas banales que congestionan la consulta de primer nivel de atención y propician el riesgo de infección del recién nacido al acudir a estos lugares ( pudiendo haber sido prevenidos en el hogar ).

En el periodo puerperal la pareja enfrenta una serie

de cambios ya que experimentan sensaciones diferentes al periodo preparto y/o durante el mismo caracterizado por mayor nerviosismo y preocupación, mayor ansiedad y labilidad emocional sobre todo si no han recibido información sobre los sucesos que van a desarrollarse, hay menor energía y seguridad, sin embargo, se aprecia un incremento en el afecto, en el deseo de permanecer juntos, debiendo vivir por separado estas experiencias como consecuencia de las normas hospitalarias que mantienen al padre alejado de su mujer e hijo durante el parto y puerperio propiciando así la desintegración familiar.( 14 ).

A partir de 1985 se instituyó en el Hospital General " Gral Ignacio Zaragoza " el alojamiento conjunto madre recién nacido y el programa de investigación sobre el manejo especial del parto de bajo riesgo ( en cama ) en el cual se permitía a la mujer un trabajo de parto más libre y natural integrando al padre desde su inicio hasta el nacimiento ( 12 ).

La implantación del alojamiento conjunto propicia:

- La integración de la madre y el recién nacido desde las primeras horas después del nacimiento.
- Favorece el inicio de la lactancia temprana con las ventajas consiguientes.
- Disminuye el riesgo de infección en el recién nacido al abolir el hacinamiento del cunero, evitando el manejo de biberones y propiciando toda la atención

de la madre, sin embargo persiste la exclusión del padre de estos eventos permaneciendo alejado de su mujer e hijo en los primeros días del puerperio (6,8).

## II. JUSTIFICACION

De acuerdo al Programa Nacional de salud 1981-1988 dentro de los programas de acción, se conformó el Programa de Atención Materno Infantil en el que se señala una orientación fundamental a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio protegiendo la salud física y mental de los menores tratando al binomio madre-hijo en forma integral ( 6 ).

Esta situación no se cumple con el tipo de hospitalización tradicional en el puerperio inmediato, así mismo se considera que la mortalidad infantil debe su etiología más amplia a padecimientos infecciosos que pueden evitarse con el adiestramiento e información materna sobre el manejo de su recién nacido.

Si a todo esto se agrega el costo originado directa o indirectamente por el manejo sistematizado del recién nacido en cunas dentro de los hospitales, se conforma un panorama que resulta inexplicable en la época actual en que se han llevado a cabo estudios científicos de muy diversa índole que nos muestran las enormes ventajas que tiene el manejo del recién nacido en forma natural, sin apartarlo de su madre para que puedan llevarse a cabo todos los procesos biológicos y psicológicos que le son más favorables disminuyendo la morbilidad posterior y el costo en el tratamiento de éste o sus complicaciones.

En el Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza" tradicionalmente se consideró una estancia promedio para puerperio fisiológico de 3 días, hasta 1983 en que se inició el programa "Siempre juntos" de alojamiento conjunto que disminuyó el promedio a 2.1 días de estancia.

Con el consecuente cierre de unidades después de los sismos de 1985 se disminuyó considerablemente la capacidad hospitalaria en todas las instituciones sobrecargando las no afectadas e incrementando aún mas los problemas de hacinamiento y contaminación en el área de cuneros y puerperio.

Debido a este problema agudizado surgió la necesidad de habilitar tempranamente el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" iniciando la atención obstétrica y el alojamiento conjunto específicamente ( 7,8,9,10 ) basados en experiencia adquirida en la propia unidad con los programas de alojamiento conjunto.

El reducido número de camas que se pudo habilitar y la gran demanda de servicio obligó a reducir el tiempo de estancia hospitalaria de la madre y del recién nacido a 1.5 días en promedio para cumplir el lineamiento específico de los programas que señalaban este límite de acuerdo con la experiencia de otras unidades ( 14,17 ).

Aún el acortamiento de la estancia a este límite no fué suficiente por lo que en Junio de 1987, se inició por las autoridades del Hospital el programa de alojamiento conjunto de estancia corta ( 24 horas ).

No habiendo sido valorado el impacto de esta medida desde el punto de vista médico y administrativo, se propuso hacer una evaluación de resultados de estas medidas tanto para la madre como el recién nacido y para la institución que nos permita fundamentar este sistema o establecer sus desventajas para corregirlas.

### III. HIPOTESIS

El manejo hospitalario de madre y recién nacido de riesgo bajo en alojamiento conjunto con estancia corta no aumenta la morbimortalidad materna y/o neonatal

El alojamiento conjunto con estancia corta propicia la integración madre - recién nacido - familia en forma temprana.

El alojamiento conjunto con estancia corta disminuye el riesgo de infección para el binomio principalmente para el recién nacido en relación con el manejo de éste en el llamado " Cunero fisiológico " .

#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar los resultados del manejo de pacientes con estancia corta en alojamiento conjunto durante el puerperio inmediato, mediato y tardío a los 30 días del nacimiento valorando las complicaciones que podían haber sido detectadas si la estancia hospitalaria hubiera sido de 3 días (lo habitual), tanto en la madre como en el recién nacido.

##### OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1.- Propiciar la lactancia temprana al seno materno.
- 2.- Propiciar la integración familiar con una estancia hospitalaria corta.
- 3.- En caso de resultados positivos en este estudio, fundamentar y proponer la utilización de este recurso en forma institucional.
- 4.- Incrementar la productividad del servicio aprovechando los recursos existentes en forma sistematizada y racional.

## V. MATERIAL Y METODOS

Se estudió un grupo de 579 madres a las que se atendió su parto en las salas de expulsión del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE las cuales no presentaron factores de exclusión. (ANEXO I)

Se valoraron las condiciones de salud de la madre en el puerperio inmediato, en recuperación (las primeras 2-4 horas) y posteriormente se trasladaron al área de alojamiento conjunto.

El recién nacido pasó inicialmente al cunero de transición y en caso de no presentar complicaciones con aceptación de la vía oral pasó al alojamiento conjunto después de 4-6 horas de observación.

### MANEJO DE LAS PACIENTES EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

El área de alojamiento conjunto en líneas generales tiene las siguientes características:

- Área común para 20 camas y 20 cunas intercaladas
- Un cubículo para almacenamiento de material
- Un cubículo para baño y atención del recién nacido
- 3 baños comunes para todas las pacientes
- Área de control de enfermería.

**CRITERIOS DE EXCLUSION MATERNOS**

- Hemorragia transparto mayor de 1000 ml
- Asistencia con anestesia general
- Desgarros perineales de 2o y 3er grados
- Incompatibilidad a Rh
- Diabetes mellitus o cualquier otra endocrinopatía
- Cardiopatía
- Hipertensión arterial
- Hipertérmia
- Anemia
- Parto múltiple
- Fórceps indicado
- 2 cesareas previas
- Otros de enfermedad materna

**CRITERIOS DE EXCLUSION DEL RECIEN NACIDO**

- Riesgo alto en el parto
- Líquido amniótico verdoso o amarillento
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Sufrimiento fetal moderado o severo
- Edad gestacional menor de 37 semanas
- Peso menor de 2500 gramos
- Apgar al minuto y los 5 minutos de 6 o menos
- Oligohidramnios
- Reanimación con medicamentos o intubación

La madre fué manejada por el médico residente de 1er año de la especialidad supervisado por el residente de 3er año y el médico adscrito del Servicio de Ginecología y obstetricia con los lineamientos generales ya establecidos para todas las pacientes en puerperio.

La madre recibió una explicación sobre el manejo de su hijo en aspectos de higiene, nutrición y prevención de enfermedades.

El recién nacido fué manejado por un médico residente de 2o año supervisado por un médico adscrito del Servicio de Pediatría que pasó visita una vez por la mañana quedando bajo vigilancia del pediatra de guardia, de las enfermeras de piso y de la madre.

Durante su estancia en alojamiento conjunto, la madre recibió enseñanza sobre:

- Manejo del recién nacido en forma objetiva sobre: baño, cambio de ropa, alimentación al seno, manejo de biberones, cuidados generales, evolución del cordón umbilical, coloración, llanto, etc.. Esta enseñanza le fué proporcionada en forma directa y personal por enfermeras de Neonatología y médico pediatra.
- Orientación sobre profilaxis de grietas, abscesos mamarios e infecciones en general, cuidado de heridas hemorragias, involución uterina, etc.. Todo proporcionado por médicos ginecobstétricos y enfermeras.
- Información de planificación familiar de parte

de trabajadoras sociales así como prevención en la detección oportuna del cáncer.

La madre y el recién nacido fueron dados de alta en forma simultanea en dos turnos dependiendo de la hora del nacimiento de 10:30-14:00 horas y de 16:00-18:30 horas de manera que su estancia en alojamiento conjunto fuera de 12-24 horas con la condición de haber recibido la capacitación para el manejo de su recién nacido.

Los recién nacidos que presentaron alguna complicación que a juicio del pediatra requirieron de áreas más adecuadas para su manejo fueron enviados a ésta pero no fueron excluidos del estudio así mismo, las puérperas que presentaron alguna complicación durante su puerperio inmediato y mediate pasaron a otra área hospitalaria pero no fueron excluidos del estudio.

Las madres y los recién nacidos fueron citados a su egreso para una consulta de evaluación conjunta por el médico obstetra y el pediatra al cumplirse un mes después del nacimiento.

Los datos principales para la evaluación de resultados fueron anotados en libretas especiales por los médicos responsables del estudio en el puerperio mediate y a la evaluación mensual

## VI. RESULTADOS

Se manejaron un total de 667 pacientes en el área de alojamiento conjunto del 15 de Agosto al 30 de Septiembre de 1987 de las cuales 88 presentaron criterios de exclusión quedando 579 pacientes incluidas en el estudio.

La distribución de pacientes de acuerdo con sus características fué:

En cuanto a la edad(cuadro 1):

### I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

Edad (años)	No.	%
20 ó menos	65	11.2
21- 25	192	33.1
26- 30	197	34.0
31- 35	86	14.8
36 ó más	39	6.9
TOTAL	579	100.0

Cuadro 1. Distribución por grupo de edad.

En relacion con antecedentes obstétricos  
(Cuadro 2):

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

Factor	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS
0- 1 %	143 24.7	199 34.3	556 96.0	579 100.0
2- 3 %	251 43.3	242 41.8	15 2.6	0 0.0
4 y más %	185 32.0	138 23.9	8 1.4	0 0.0
TOTAL MADRES	579	579	579	579
TOTAL %	100.0	100.0	100.0	100.0

Cuadro 2. Distribución según antecedentes obstétricos.

En relación a la escolaridad ( Cuadro 3 ):

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

Años aprobados	No.	%
menos de 6	35	6
6 o más	544	94
TOTAL	579	100

Cuadro 3. Distribución por escolaridad.

En relación al tipo de nacimiento ( Cuadro 4 ):

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
 ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

Tipo de nacimiento	No.	%
PARTO	562	97
FORCEPS PROFILACTICO	17	3
TOTAL	579	100

Cuadro 4. Distribución según tipo nacimiento.

En relación al sexo de los recién nacidos se encontró ( Cuadro 5 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

S E X O	No.	%
Femenino	293	50.6
Masculino	286	49.4
T O T A L	579	100.0

Cuadro 5. Distribución por sexo del recién nac.

En relación a la edad gestacional de los recién nacidos se encontró ( Cuadro 6 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

EDAD GESTACIONAL	No.	%
TERMINO	575	99.3
POSTERMINO	4	0.7
TOTAL	579	100.0

Cuadro 6. Distribución por edad gestacional.

En relación al peso de los recién nacidos al nacimiento se encontró ( Cuadro 7 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

P E S O	No.	%
EUTROFICO	530	91.5
HIPERTROFICO	49	8.5
T O T A L	579	100.0

Cuadro 7. Distribución por peso del recién nac.

En relación al APGAR solo se consideraron los mayores de 8 al minuto y a los 5 minutos ( Cuadro 8 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

APGAR 8- 10	No.	%
AL MINUTO	579	100
A LOS 5 MINUTOS	579	100
Total	579	100

Cuadro 8. Distribución de acuerdo al APGAR.

En la población de recién nacidos encontramos los siguientes traumas obstétricos ( Cuadro 9 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

TRAUMA OBSTETRICO	No.	%
CEFALOHEMATOMA	1	0.2
FRACTURA CLAVICULA	1	0.2
FRACTURA PEMUR	1	0.2
SIN TRAUMA	576	99.4
TOTAL	579	100.0

Cuadro 9. Distribución según trauma obstétrico.

Las malformaciones congénitas encontradas son:  
( Cuadro 10 )

I S S I S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

MALFORMACIONES	No.	%
LUXACION CONGENITA DE CADERA	3	0.5
AGENESIA PARCIAL, PABELLON AURIC. Y COND AUDIT EXT.	1	0.2
CARDIOPATIA	3	0.5
HERNIA INGUINAL	1	0.2
HIDROCELE	1	0.2
SINDACTILIA	1	0.2
Sin MALFORMACIONES	569	98.2
T O T A L	579	100.0

Cuadro 10. Distribución por malformaciones cong.

No se presentó ninguna muerte materna y solo hubo la muerte neonatal de un recién nacido portador de cardiopatía congénita del tipo estenosis pulmonar, quien murió a las 48 horas de nacido habiendo egresado 24 horas antes del alojamiento conjunto.

No se encontró ninguna complicación inmediata en los recién nacidos estudiados.

Las complicaciones maternas inmediatas encontradas fueron ( Cuadro 11 ):

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

COMPLICACIONES	No.	%
HEMORRAGIA	2	0.4
SIN COMPLICACIONES	577	99.6
T O T A L	579	100.0

Cuadro 11. Distribución según tipo de complicación materna intrahospitalaria.

Las complicaciones mediatas que se encontraron en la madre en alojamiento conjunto ( primeras 24 horas) fueron ( Cuadro 12 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

COMPLICACIONES	No.	%
HEMORRAGIA	1	0.2
DECIDUITIS	1	0.2
HIPERTENSION ARTERIAL	3	0.5
DEHISCENCIA EPISIORRAFIA	2	0.4
SIN COMPLICACIONES	572	98.7
T O T A L	579	100.0

Cuadro 12. Distribución según tipo de complicación materna mediata intrahosp.

Las complicaciones mediatas encontradas en el recién nacido en alojamiento conjunto (primeras 24 horas) fueron ( Cuadro 13 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

COMPLICACIONES	No.	%
INFECCIONES NEONATALES	1	0.2
INCOMPATIBILIDAD Rh	4	0.8
CARDIOPATIAS	3	0.6
SIN COMPLICACIONES	571	98.4
T O T A L	579	100.0

Cuadro 13. Distribución por tipo de complicaciones mediatas del recién nacido.

Al total de pacientes del estudio que fueron dadas de alta en el tiempo promedio de 24 horas se les citó para una consulta de evaluación conjunta un mes después; de ellas asistieron solamente 241 púerperas o sea el 41.6% de la población inicialmente estudiada.

Los resultados obtenidos en esta evaluación fueron:

En cuanto a lactancia ( Cuadro 14 ):

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

LACTANCIA	No	%
SENO MATERNO	159	66
MIXTA	58	24
ARTIFICIAL	24	10
T O T A L	241	100

Cuadro 14. Distribución por tipo de alimentación del recién nacido al mes de nacido.

De las 241 pacientes que acudieron al mes, 11 acudieron por 6 causas diferentes de patologia materna ( Cuadro 15 ) a consulta no programada :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

CONCEPTO	No.	%
INFECCIONES RESPIRATORIAS	3	1.2
UROSEPSIS	1	0.4
DOLOR ABDOMINAL	3	1.2
DEHISCENCIA EPISIORRAFIA	2	0.8
HEMORROIDES	1	0.4
DERMATOSIS	1	0.4
SIN COMPLICACIONES	231	95.6
T O T A L	241	100.0

Cuadro 15. Distribución según complicaciones maternas que ameritaron consulta no programadas durante el mes.

De los recién nacidos que acudieron al mes 46 requirieron consulta no programada por 10 patologías; 9 acudieron a 2 consultas al mes y 2 a 3 consultas. Solo 27 asistieron a su revisión programada a la semana y 39 solicitaron leche artificial. Los resultados son:(Cuadro 16):

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

COMPLICACIONES	No	%
DERMATOSIS	11	4.5
DISPEPSIA	14	5.8
ICTERICIA	5	2.1
MONILIASIS ORAL	2	0.8
SINDROME DIARREICO	7	2.9
INFECCIONES RESP.	9	3.7
CONJUNTIVITIS	5	2.1
OTRAS	4	1.6
SIN COMPLICACIONES	184	76.5
T O T A L	241	100.0

Cuadro 16. Distribución según complicaciones del recién nacido al mes en consulta.

La cobertura de planificación familiar que se logró en la población estudiada en el puerperio mediato fué ( Cuadro 17 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

METODO	No.	%
SALPINGOCLASIA	4	1
D I U	64	11
SIN METODO	511	88
T O T A L	579	100

Cuadro 17. Distribución según planificación familiar en el puerperio mediato.

El tipo de cobertura de planificación familiar encontrado al mes fué ( Cuadro 18 ) :

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL\* GRAL IGNACIO ZARAGOZA\*  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DE CORTA ESTANCIA

METODO	No.	%
SCB PROGRAMADA	57	23.6
SCB POSTPARTO	4	1.6
VASECTOMIA	5	2.1
HORMONALES	8	3.3
D I U	152	63.1
RITMO	10	4.2
BARRERA	5	2.1
T O T A L	241	100.0

Cuadro 18. Distribución según tipo de planificación familiar al mes.

## VII. ANALISIS

Se estudiaron todas las pacientes que llenaron los requisitos y que ingresaron al área de alojamiento conjunto del del 15 de Agosto al 30 de Octubre de 1987, siendo -- en total un grupo de 579 puérperas.

El promedio de estancia fué de 24 horas o sea, 2 a 3 veces menor de la estancia habitual que tradicionalmente ha sido de 2 a 3 días.

### 1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

#### 1.1.- Maternas :

1.1.1.- Edad. El mayor porcentaje ( 67.1%) se encontró entre los 21-30 años.

1.1.2.- Antecedentes obstétricos. El 43.3% tuvieron entre 2 y 3 embarazos. El 41.8% de la población estudiada presentó de 2 a 3 partos y solo el 2.6% tenían 2 abortos. Ninguna presentó 2 cesareas previas.

Estos datos caracterizan una población de riesgo bajo que según otros investigadores (11), constituyen el 75% de la población obstétrica general por lo que este recurso, en caso de sistematizarse en todas las unidades descongestionaría los centros de especialización obstétrica al propiciar la atención selectiva de esta población de riesgo bajo en unidades de primer nivel.

1.1.3. Escolaridad. El 94% del grupo tenían 6 o más años aprobados siendo analfabetas únicamente el 1% de la población.

Esto rodunda en la aceptación y buen entendimiento del programa así como en la capacitación sobre el manejo del recién nacido disminuyendo las creencias y costumbres erróneas al respecto.

1.1.4.- Resolución del embarazo. De las 579 madres estudiadas, 562 fueron atendidas de parto eutócico y 17 con fórceps profiláctico ya que el fórceps indicado fué un criterio de exclusión debido a su posible repercusión ; principalmente sobre el recién nacido.

Se encontró que una de las 2 pacientes que presentaron hemorragia en el puerperio inmediato tenían como antecedente la aplicación de fórceps.

De las pacientes con dehiscencia de episiorrafia a las 24 horas, una tenía antecedente de aplicación de fórceps. sin embargo en las 15 púerperas restantes no se encontró morbilidad mayor a las púerperas atendidas con parto eutócico por lo que debemos prestar mayor vigilancia a las pacientes con aplicación de fórceps profiláctico cuando son manejadas en alojamiento conjunto de estancia corta.

1.2.- Características del recién nacido.

1.2.1.- Sexo. El 50.6% fueron femeninos y el 49.4% fueron masculinos no encontrandose predominio de alguno.

1.2.2.- Edad gestacional. El 99.3% de los recién nacidos fué de término y el 0.7% de postérmino(éstos fueron incluidos debido a que presentaron calificación de APGAR mayor de 8 en la valoración al minuto y 5 minutos así como un peso dentro de límites normales, no encontrand<sub>o</sub> se morbilidad mayor en este grupo que en el resto de la población estudiada debido a que el riesgo del embarazo o del parto no condiciona necesariamente riesgo en el puerperio).

1.2.3.- Peso al nacimiento. El 91.5% de los recién nacidos fueron eutróficos y solo el 8.5% hipertróficos no encontrando aumento en la morbilidad de este grupo al compararlo con el resto de la población estudiada.

1.2.4.- APGAR. Todos los recién nacidos presentaron calificación de APGAR mayor de 8 al minuto y a los 5 minutos ya que un apgar menor fué criterio de exclusión.

De acuerdo a estas características la población se clasifica como de riesgo bajo con lo que disminuye la posibilidad de morbilidad de la madre y el recién nacido.

## 2.- EVOLUCION EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO INMEDIATO

( 2 - 6 HORAS ).

2.1.- Complicaciones maternas. 2 pacientes presentaron hemorragia; una secundaria a fórceps y otra debido a retención de restos placentarios que ameritó revisión de cavidad constituyendo el 0.4% de la población estudiada

Ambas egresaron satisfactoriamente dentro de las 48 horas siguientes.

2.2.- Complicaciones en el recién nacido: no se encontró ninguna.

### 3.- EVOLUCION EN ALOJAMIENTO CONJUNTO MEDIATO

( PRIMERAS 24 HORAS ).

3.1.- Complicaciones maternas. 7 pacientes en total presentaron complicaciones correspondiendo al 1.2% de la población estudiada:

- Hemorragia en 1 paciente (0.2%) que respondió a oxitócicos y egresó a las 24 horas.
- Deciduitis en 1 caso (0.2%) con el antecedente de ruptura prematura de membranas de 20 horas cuyo recién nacido presentó datos de infección neonatal egresando ambos a las 72 horas con tratamiento y sin complicaciones.
- Hipertensión arterial en 3 pacientes (0.5%) se les inició tratamiento y se egresaron con sus recién nacidos a las 48 horas en promedio con tratamiento y cita a consulta externa para control posterior.
- Dehiscencia parcial de episiorrafia en 2 casos (0.4%) que ameritaron resutura en sala quirúrgica egresando a las 48 horas sin complicaciones posteriores.

3.2 Complicaciones del recién nacido. 8 recién nacidos en total presentaron complicaciones correspondiendo al 1.3% de la población estudiada:

- Infección neonatal. 1 caso (0.2%) con el antecedente en la madre de ruptura prematura de membranas quien presentó deciduitis. Ambos recibieron tratamiento y fueron egresados sin complicaciones.
- Ictericia en 4 recién nacidos (0.8%) que al estudiarse resultaron con incompatibilidad a Rh; reteniendo a los recién nacidos en cunero patológico para determinación de bilirrubinas y Coombs recibiendo manejo conservador 3 de ellos y el otro manejado con fototerapia, egresando sin complicaciones posteriores en 3 días promedio.
- Cardiopatías congénitas en 3 recién nacidos (0.5%) valorados por cardiología. 2 de ellos estuvieron 24 horas más en cunero patológico para observación egresando con cita para control posterior y el otro egresó con la madre en 24 horas y también fué citado a consulta externa.

3.2.1.- Trauma obstétrico. 3 recién nacidos con problemas (0.5%) que no se detectaron en la valoración inicial:

- Cefalohematoma moderado
- Fractura de clavícula
- Fractura de fémur

3.2.2.- Malformaciones congénitas. 10 recién nacidos correspondiendo al 1.8% de la población estudiada :

- Luxación congénita de cadera en 3 recién nacidos (0.5%) cuyo tratamiento se inició de inmediato llevando un seguimiento en consulta externa de especialidad
- Cardiopatía congénita en 3 casos(0.5%) uno con estenosis pulmonar detectado y valorado por cardiología que autorizó su egreso al domicilio para control posterior e ingresó a urgencias de Pediatría a las 40 horas del nacimiento en franca descompensación que le causó la muerte 8 horas después correspondiendo a la única muerte neonatal del estudio.

Las otras 2 fueron valoradas en cunero patológico durante 24 horas continuando su control posterior en consulta externa de especialidad.

- Agenesia parcial de pabellón auricular y conducto auditivo externo en 1 caso, hernia inguinal, hidrocele y sindactilia en los 3 casos restantes (0.7%) todos fueron enviados al Hospital 20 de Noviembre para control

#### 4.- EVOLUCION TARDIA EN CONSULTA EXTERNA ( 1 MES

De las 579 pacientes que se citaron para control al mes solo acudieron 241 (41.6%) de la población inicialmente estudiada en las que se investigó:

#### 4.1.- Tipo de alimentación.

- Al seno materno 159 ( 66 % )
- Mixta 58 ( 24 % )
- Artificial 24 ( 10 % )

El 90% de la población refirió lactancia al seno materno constituyendo un resultado excelente en este objetivo. Solo 2 madres no aceptaron lactancia al seno materno y 22 presentaron ausencia de lactogénesis.

4.2.- Complicaciones maternas. 11 pacientes acudieron durante el mes a consulta no programada por 6 tipos de patología:

- Infecciones de vías aéreas superiores en 3 casos
- Dolor abdominal difuso en 3
- Dehiscencia parcial de episiorrafia en 2
- Urosepsis, hemorroides y dermatosis en los 3 restantes

Las complicaciones fueron tratadas con medidas generales y antibióticoterapia teniendo buena resolución.

De todas ellas, únicamente las dehiscencias parciales de episiorrafia podrían haber sido detectadas en el alojamiento conjunto de corta estancia y el resto corresponden a patología iniciada en general, después del egreso.

4.3.- Complicaciones del recién nacido. 46 recién nacidos acudieron a consulta no programada durante el mes (23.7%) por 10 tipos de patología diferente, presentando algunos 2 motivos de consulta.

9 tuvieron 2 consultas y 2 tuvieron 3 consultas durante el mes.

Las patologías que generaron las consultas fueron:

- Dermatitis en 11 recién nacidos
- Dispepsia en 14
- Moniliasis oral en 2
- Síndrome diarreico en 7 que ameritaron tratamiento con antibióticos sin complicaciones posteriores.
- Infecciones respiratorias superiores en 9
- Conjuntivitis en 5 tratadas con medidas generales
- Ictericia en 5 que ameritaron consulta en la primera semana y uno de ellos fué remitido al hospital para exanguino transfusión sin complicaciones posteriores.

#### 5.- PLANIFICACION FAMILIAR

5.1.- Cobertura postparto. Fué muy baja (12 %) del total de las madres atendidas. Solo se realizaron 4 salpingoclasias postparto debido a la saturación del Servicio de Tococirugía de la unidad que impide atender la solicitud de las púerperas con paridad satisfecha.

Se aplicaron 64 DIU ( 11% ).

El 88.2% de las madres en estudio se egresó sin método de planificación familiar.

5.2.- Cobertura al mes. Se aprecia un claro incremento de usuarias ya que se aplicaron: 88 DIU en la consulta.

Se programaron 57 salpingoclasias para realizarse en un plazo no mayor de 15 días con lo que se logró una cobertura del 100% en la población que acudió al mes.

Al analizar los resultados del estudio se observa que las complicaciones detectadas en el alojamiento conjun-  
tode corta estancia fueron tratadas dentro de las primeras  
24 horas y no tuvieron repercusiones en el puerperio  
tardío.

Las causas por las cuales la madre acudió a consulta  
no programada durante el primer mes se debieron a patolo-  
gias comunes al resto de la población general, que no  
son inherentes al alojamiento conjunto ni a la estancia  
hospitalaria corta, excepto los 2 casos de dehiscencia  
de episiorrafia que pudieron haber sido prevenidos con  
una exploración física más exhaustiva en el puerperio  
inmediato y mediato.

En cuanto al recién nacido se presenta la misma  
situación excepto por los casos de ictericia la cual  
sería previsible al implantar como sistema la determina-  
ción de grupo sanguíneo y Rh en la madre o hijo ó en  
cordón umbilical, al ingreso o en puerperio inmediato  
con lo que se seleccionaría a la población de riesgo  
y se acentuaría la vigilancia en estos niños en caso  
de manejarse en alojamiento conjunto.

la capacitación de la madre es fundamental para  
el éxito del programa y de la prevención de complicaciones

La instrucción sobre el manejo del recién nacido,  
la detección de complicaciones a través de señales de  
alarma, el conocimiento de las respuestas normales, dismi-  
nuye el número de consultas no programadas y no necesita-

das al aumentar la seguridad y confianza de la madre.

La enseñanza práctica de la madre con su recién nacido sobre metodología de la alimentación previene la aparición de complicaciones en la lactancia que son frecuentemente causa de consulta no programada y previene además, la aparición de infecciones en el recién nacido a través del efecto inmunológico transmitido de la madre y de la ausencia de biberones en cuya preparación y manejo se corre el riesgo potencial de contaminación.

La lactancia al seno materno como un suceso fisiológico acelera la recuperación de la madre por su efecto oxitócico y cuanto más temprano se inicie su estimulación -como efectivamente se realiza con un alojamiento conjunto de corta estancia- mejores resultados se obtendrán.

La madre y el recién nacido establecen comunicación a través de la lactancia natural la cual les permite acercarse conocerse y sentirse logrando una mejor identificación entre ellos.

Cuando la madre y el recién nacido vuelven a casa a las 24 horas permiten al padre y al resto de la familia participar tempranamente en este conocimiento mutuo favoregiéndose así la integración familiar.

De las complicaciones encontradas, el 0.4% correspondió a complicaciones inmediatas y el 1.3% a complicaciones mediatas (dentro de las primeras 24 horas). Todas fueron tratadas y no tuvieron repercusiones en el puerperio tardío.

El alojamiento conjunto de corta estancia es seguro para las pacientes cuando se realiza una valoración correcta de las madres y sus recién nacidos ya que el número de complicaciones en éste es mínimo.

Desde un punto de vista administrativo el alojamiento conjunto de corta estancia es altamente benéfico ya que se elimina del hospital una área llamada "cunero fisiológico" con el consiguiente aprovechamiento del personal humano y material eliminando además un foco de alto riesgo de infección por hacinamiento.

Se disminuye el costo de preparación de biberones y la posibilidad de contaminación-infección por ellos.

Se incrementa la capacidad hospitalaria con mejor aprovechamiento del recurso cama.

En el aspecto educativo, las pacientes no han alcanzado una educación para la salud satisfactoria ya que solo el 41.6% de la población estudiada acudió al control final a pesar de que la escolaridad fué mayor de 6 años cumplidos en el 94% de las madres y solo el 16.1% de los recién nacidos fueron llevados a la consulta programada a la semana.

Este hecho es trascendental ya que determina la aceptación de una medicina curativa cuyos resultados se manifiestan en las tasas elevadas de morbilidad perinatal, neonatal e infantil propiciadas por falta de prevención.

Llama la atención el hecho de que las pacientes

hayan respondido a la "concientización" realizada en su plática de capacitación intrahospitalaria en el puerperio inmediato sobre planificación familiar ya que permitió alcanzar el 100% de cobertura con métodos anticonceptivos en estas pacientes.

Debemos señalar que se presentó una falla en la detección hospitalaria del niño con incompatibilidad a Rh quien sin embargo, fué llevado prontamente a consulta en su clínica de adscripción y allí correctamente evaluado y remitido al hospital para su tratamiento oportuno; este hecho refleja la importancia de capacitar a la madre sobre la detección de complicaciones en el recién nacido.

Es indiscutible que se necesita una mejor capacitación del personal médico y paramédico que participan en el alojamiento conjunto de corta estancia y en la unidad de Tococirugía para detectar con mayor oportunidad algunas complicaciones que son frecuentes como las ictericias del recién nacido y para detectar el riesgo que representa otras como las malformaciones específicamente en lo que se refiere a cardiopatías.

Probablemente a futuro, cuando los prestadores y los usuarios de servicios médicos tengamos una educación para la salud adecuada, podamos funcionar con mejor prove

Se propone el empleo Institucional sistematizado del alojamiento conjunto de corta estancia con valoración adecuada de las pacientes en el puerperio inmediato respetando estrictamente los criterios de exclusión, con vigilancia adecuada durante la estancia hospitalaria con

la capacitación obligatoria de la madre que debe ser extensiva al padre.

La capacitación integral de la pareja debe hacerse a través de un curso de psicoprofilaxis perinatal y de la participación del padre en el parto y puerperio para facilitar así su inclusión en la nueva dinámica familiar que lo compromete más directamente en la responsabilidad hacia su hijo.

El alojamiento conjunto de estancia corta muestra ventajas indiscutibles para la madre, el recién nacido y para la institución ya que siendo revisados los resultados con estudios previos en los que se maneja el puerperio tradicional con estancia promedio de 2 a 3 días no se encuentra ningún fundamento para prolongarlo y si existen muchos de gran trascendencia para acortarlo.

## VIII. CONCLUSIONES

1.- El alojamiento conjunto de corta estancia no incrementa la morbimortalidad materno-fetal en comparación con el alojamiento conjunto con promedio de estancia de 2 a 3 días.

2.- El alojamiento conjunto de corta estancia favorece la integración madre-recién nacido con el resto de la familia a través de una estancia hospitalaria corta.

3.- El alojamiento conjunto evita infecciones que se propician por el hacinamiento del recién nacido y por la manipulación de biberones en los cuneros tradicionales.

4.- El alojamiento conjunto favorece la lactancia temprana al seno materno redundando en beneficio para la madre y el recién nacido debido al efecto sobre la movilización temprana de la madre y al efecto inmunológico de la leche materna así como al aspecto psicológico del acercamiento temprano madre-recién nacido.

5.- El alojamiento conjunto de corta estancia con capacitación materna en el manejo de su recién nacido disminuye la necesidad de consulta no programada.

El alojamiento conjunto de corta estancia incrementa la productividad del servicio a través de un aprovechamiento racional y sistematizado de los recursos existentes en la unidad.

7.- El alojamiento conjunto de corta estancia propicia la estimulación temprana del recién nacido con lo cual se mejora su desarrollo y el aspecto afectivo de la familia.

## IX. RESUMEN

Se estudió un grupo de 579 puérperas del Servicio de Ginecología y Obstetricia que se manejaron en alojamiento conjunto de corta estancia, del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE del 15 de Agosto al 30 de Octubre de 1987.

Se evaluaron las complicaciones inmediatas y mediatas del recién nacido y la madre.

Se capacitó a la madre intrahospitalariamente sobre: manejo del recién nacido, metodología de la alimentación al seno materno y detección de signos de alarma sobre patología materna y neonatal.

La madre y el recién nacido fueron dados de alta con un promedio de estancia de 24 horas y con cita al mes para evaluación conjunta con pediatría.

A la cita mensual únicamente acudieron 41.6 % de la población inicialmente estudiada.

Los resultados obtenidos muestran que el alojamiento conjunto de corta estancia no incrementa la morbimortalidad de la madre o del recién nacido, en el puerperio y en el periodo neonatal.

El número de complicaciones intrahospitalarias fué del 1.7 % en la madre y del 1.4 % en el recién nacido. Estas no son originadas por el tipo de alojamiento sin

embargo, se pudieron detectar y manejar intrahospitalariamente sin complicaciones posteriores.

En el transcurso del mes siguiente al egreso el 4.6 % de las madres recibieron consultas no programadas cuya causa fué: en el 3.8% por patología general, en el 0.8 % a condiciones obstétricas que pudieron prevenirse con una exploración más acuciosa.

De los recién nacidos el 23.5 % acudieron a consulta no programada en el primer mes por patología general pudiendo haber sido detectados y prevenidos 5 casos de ictericia (2.1 %) con medidas adecuadas.

Entre las ventajas del alojamiento conjunto de corta estancia se señalan:

- Los trámites administrativos se agilizan y el costo paciente se disminuye significativamente al aumentar el rendimiento cama.

- El número de consultas no programadas disminuye permitiendo la optimización del uso de los recursos .

- Se favorecen los procesos afectivos que se desarrollan durante las primeras horas después del nacimiento entre la madre y el recién nacido y se propicia la integración del padre y del resto de la familia más tempranamente

Se propone institucionalizar el método de alojamiento conjunto de corta estancia para todas las madres y recién nacidos de riesgo bajo.

## X. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Normas y procedimientos generales para el recién nacido en hospitalización INPER 1983.
- 2.- Programa nacional de salud S.S.A. México 1984.
- 3.- Programa de funcionamiento del módulo de obstetricia. Subdirección General Médica. Hospital Gral Ignacio Zaragoza ISSSTE. 1985.
- 4.- Programa Alojamiento Conjunto. Subdirección General Médica. hospital Gral Ignacio Zaragoza ISSSTE. 1985.
- 5.- Normatividad para el programa puerperio de corta estancia. Subdirección General Médica. Hospital Gral Ignacio Zaragoza ISSSTE 1985.
- 6.- Lineamientos Generales de manejo: Pediatría Perinatal. Alojamiento conjunto programa Siempre juntos. Subdirección General Médica. Hospital Gral Ignacio Zaragoza.
- 7.- Programa de valoración de riesgo en el embarazo. Subdirección General Médica. Hospital Gral Ignacio Zaragoza
- 8.- Manual de normas técnicas para la atención materno infantil. ISSSTE 1987.
- 9.- Propuesta de norma general para evaluación de riesgo en el embarazo.
- 10.- MENDEZ M.A.: Alojamiento conjunto. Tesis de postgrado. Hospital general " Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE. UNAM. 1985.

11.- ZUÑIGA G.G.: Evaluación de riesgo durante el embarazo. Tesis de postgrado. hospital General "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE. UNAM. 1985.

12.- PIÑA M.M.: Atención del parto de bajo riesgo en cama con trabajo de parto ambulatorio. Tesis de postgrado. Hospital General "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE. UNAM. 1985.

13.- ZAPATA P.J.: Valoración del riesgo perinatal en el recién nacido. Tesis de postgrado. Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutierrez" ISSSTE. UNAM. 1987.

14.- QUADAGNO D.M., DIXON L.A.: Postpartum moods in men and women. Am. J. Obstet. Gynecol. 1986 May 154 (5) : 1018-1023.

15.- MOORE T.R., ORIGEL W.: The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic population. Am. J. Obstet. Gynecol. 1986 Jan 154 (1) : 29- 33.

16.- ALMEIDA O.D., KITAV D.Z.: Lactation supression and puerperal fever. Am. J. Obstet. Gynecol. 1986 April 154 (4) : 940-941.

17.- SEGURA T., JIMENEZ V.M.: Calidad de la lactancia materna: variables sociobiológicas. rev. Esp. Obst. y Gín. 1986 45, 185-190.

18.- LEDEZMA L.F., CHI CH.J.: Alojamiento conjunto: relación intrahospitalaria madre-hijo en el puerperio. Bol. Méd. Hosp. Infant. Mex. 1983 Jul 40 (7) 375-378.

19.-MACFARLANE A. : Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. En: Parent infant interaction. Ciba Foundation Symposium 33 Elsevier Publishing Co. 1975: 103-117.

20.- ESPINOZA M.A., VILLALOBOS D.A. : Asistencia simultanea materno infantil o habitación compartida en el Hospital General de México. SSA. Bol. Méd. Hosp. Infant Mex. 1979 36:45 286- 302.

21.- WATTERS N.E.: Combined mother-infant nursing care. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1985 Nov-Dec; 14 (6) : 478-483.

22.- CHAPMAN M.G., JONES M.: The use of a birthroom: a randomized controlled trial comparing delivery with that in the labour ward. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1986 Feb (2) : 182-187.

23.- HELSING E., KJAERNES U.: A silent revolution- changes in maternity ward routines with regard to infant feeding in Norway 1973-1982. Acta Paediatr. Scand. 1985 May 74(3) 332-337.

A MI MADRE:

Que su tenacidad y fortaleza lograron  
encausar los objetivos de mi vida.

A BEATRIZ ARACELI

Y CARLOS GERARDO:

Vamos juntos.  
Yo ya llegué  
Y aca los espero.

AL DR. CARLOS VARGAS G.

Quien con su ejemplo me ha enseñado a dar a los demás lo mejor de mí misma.

AL DR EUTIOQUIO VELAZQUEZ V.

Quien ha sido un guía en el desarrollo de mi profesión.

AL DR JUAN MIRANDA M.

Por saber ser maestro y amigo.

AL HOSP. IGNACIO ZARAGOZA.

Superandoma día a día para dejar muy en alto su nombre donde yo este presente.

A MIS MAESTROS Y AMIGOS.

Cada uno contribuyó a la meta de hoy