



11237  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

82

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

*Morbilidad del Servicio de Alojamiento Conjunto  
Del Hospital Infantil del Estado de Sonora*

**T E S I S**

**Que para obtener el grado de Especialidad en Pediatría**

**Presenta:**

295712

***Dra. María Alejandra Gutiérrez Retana***

Hermosillo, Sonora, Febrero del 2000.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

***Morbilidad en el Servicio de Alojamiento Conjunto del  
Hospital Infantil del Estado de Sonora.***

**TESIS**

**Que para obtener el Grado de Especialidad en  
Pediatría Médica**

**Presenta:**

***Dra. María Alejandra Gutiérrez Retana***

SECRETARÍA DE MEDICINA  
Sec. de Servs. Escolares  
MAR. 23 2001  
Unidad de Servicios Escolares  
RMC de ( Posgrado )

**Dr. Ramiro García Álvarez  
Profesor Titular y Director de  
Enseñanza, Capacitación e Investigación**

Hospital Infantil del Estado de Sonora  
Asesoría Enseñanza-Investigación  
ENSEÑANZA  
ASESOR

**Dr. Norberto Sotelo Cruz  
Director General del Hospital  
del Estado de Sonora.**

**Dra. Irma Lucía Jaramillo Quiroga  
ASESOR**

Hermosillo, Sonora, Febrero del 2000.

## ***Dedicatoria***

***Gracias a Dios, porque has hecho de mi lo que soy, porque siempre me has llevado en tus brazos y jamás me has abandonado.***

***A mi hermosa Mamá, porque el amor y apoyo que Tengo de ti es instituíble e invaluable, es el de mi MAMA. Papá te amo mucho, Gracias por ser mi Padre.***

***Tía Sofia, eres muy importante en mi vida, Gracias por el cariño, amor y apoyo que siempre me has dado.***

***Juan Antonio y María Isabel, su cariño y apoyo son Invaluables, los quiero mucho hermanos, Luis Gerardo, eres y siempre serás mi pequeño hermano, Te quiero mucho.***

*A mi Hermosa Hija: pequeña Bebé, mi vida entera es tuya me has hecho conocer el don más grande que Dios me ha dado como mujer que es el ser madre. Te amo.*

*Victor, espero que Dios ilumine nuestros caminos y que cada día seamos mejores como humanos y como pareja..*

***Al personal de enfermería, Agradezco su apoyo y comprensión durante mi desarrollo como Médico Pediatra.***

***A la Dra. Irma Jaramillo, por su apoyo en la realización de esta Tesis, Gracias.***

***A mis Compañeros Residentes, Por su amistad y comprensión durante el camino que recorrimos juntos.***

***A mis Profesores, A cada uno agradezco su participación en mi formación como especialista y de manera especial al Dr. Carlos Arturo Ramírez, Dr. Julio Gutiérrez Lizardi, Dr. Marco Antonio Manzo, que siempre se han preocupado por nuestro bienestar como Médicos y como humanos.***

***A mis Pequeños pacientes: Gracias porque de ustedes he aprendido mucho no sólo en el aspecto médico sino en el humano también.***

# INDICE

	<b>Página</b>
INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION.....	9
OBJETIVOS .....	10
MATERIAL Y METODOS .....	11
RESULTADOS .....	13
DISCUSION .....	24
CONCLUSIONES .....	28
BIBLIOGRAFIA .....	30

## RESUMEN

**Título:** Morbilidad de Alojamiento Conjunto del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

**Introducción:** Se realizó un estudio en el Servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Infantil del Estado de Sonora,

**Objetivo Principal:** de detectar la morbilidad en el neonato que ingresa a este servicio y asistirlo; y como Objetivo particular, la detección oportuna de la patología del recién nacido y protocolizar su manejo una vez detectada.

**Material y Métodos:** el estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo y observacional, en el que se incluyeron neonatos que ingresaron al servicio de alojamiento Conjunto en el periodo de enero a octubre de 1999, los pacientes fueron valorados inicialmente según el organigrama de atención del recién nacido que utilizamos en nuestro hospital, se incluyeron en el estudio 100 pacientes elegidos al azar, en el periodo mencionado y de cada uno se estudiaron variables como: edad materna, fecha y hora de nacimiento, peso, talla, y perímetro cefálico, sexo, y diagnóstico al ingreso y egreso del servicio.

**Resultados:** De los pacientes estudiados 53% fueron femeninos y 47% masculinos, la edad materna se dividió en tres grupos que fueron madres menores de 20 años, de 20-35 y de 36 y más años (32,66 y 2% respectivamente), la vía de nacimiento de nuestros pacientes fue vaginal en el 74% y abdominal en el 26%, la edad gestacional por FUM también se dividió en tres grupos que fueron de 36 y menos semanas de gestación (6%), de 37 a 40 SDG (88%) y de 41 y más SDG (6%). El peso de los productos fue clasificado en menores de 2.5 kg (9%), 2.5 a 2.9kg (16%); 3.0 a 3.4kg (42%), 3.5 a 3.9 kg (25%) y 4.0 y más kg (8%).

**Conclusiones:** Encontramos que el Servicio de alojamiento Conjunto del HIES, un 25% de patologías al egreso en sus pacientes, de estos pacientes el 12% requirieron manejo intrahospitalario en el servicio de neonatos y los restantes pacientes con alguna patología fueron seguidos en la consulta externa de las especialidades correspondientes a su patología. La patología encontrada con mayor frecuencia fue recién nacidos hipotróficos, hipertróficos, malformaciones congénitas y otras. Al estudiar y contrastar factores predictivos de riesgo para enfermedad o muerte del recién nacido encontramos una mayor incidencia de patología en pacientes masculinos que en femeninos; mayor incidencia de patología en edades gestacionales menores de 37 semanas y mayores de 40 semanas de gestación, en cuanto a peso la patología se presentó con mayor frecuencia en pacientes menores de 3000grs y mayores de 3,499gr; el factor edad materna en nuestro trabajo no mostró diferencia en cuanto a la presentación de patología y finalmente los pacientes obtenidos por vía abdominal, presentaron una mayor incidencia de patología que los obtenidos por vía vaginal.



## INTRODUCCIÓN

La relación madre e hijo en el puerperio inmediato es un acto tan natural y antiguo como nuestra existencia, es este de suma importancia, ya que de aquí se derivan importantes aspectos psicobiológicos en el binomio madre e hijo, es también el momento en el que ocurren cambios de conducta de la madre y el neonato que serán definitivos y con efectos benéficos o catastróficos para ambos.

El proyecto de Alojamiento conjunto se ha venido afirmando, aceptando y tomando fuerza a través del paso de los años, dando como consecuencia un aumento en la lactancia natural, disminución de infecciones en el periodo neonatal, mejor adiestramiento de las madres para el cuidado de sus hijos y una agilización y disminución del trabajo de la enfermera así como disminución de costos hospitalarios. Dentro de la estancia en el servicio se lleva a cabo un proceso natural de adaptación del binomio madre e hijo y con el medio ambiente que los rodea, su nuevo mundo. Esta estancia no se encuentra libre de percances sí bien es cierto en este conjunto se alojan recién nacidos aparentemente sanos, existe una morbilidad dentro del servicio que depende no únicamente de las condiciones del recién nacido como peso y

tiempo transcurrido de ayuno entre otros, así como de factores relacionados con la madre como son edad, paridad patología propia del embarazo, distocias en la obtención del producto, edad gestacional, todo esto llevando a una morbilidad, resuelta dentro del servicio, o bien derivada a otro servicio para manejo de patología específica. Dado lo anterior es necesario conocer el tipo de patología observada en esta etapa y su frecuencia para un mejor control.

El servicio maneja aspectos que indican que la morbilidad que es la de un cuero de transición, de tal manera que la transición se da desde la primera respiración hasta 6-15 horas en relación a la adaptación del recién nacido de término. Cualquier entidad nosológica en la madre durante el trabajo de parto durante las primeras horas postparto incide aun más en la morbilidad del neonato, aspectos como: producción de leche materna, cambios térmicos, cambios metabólicos, cambios neurológicos, cambios cardiorespiratorios.

El primer programa de Alojamiento Conjunto se desarrollo de 1946 a 1952, en el Hospital de Grace-New Haven, Conneticut en Estados Unidos de Norteamérica, <sup>(1)</sup> en 1947 se formaron programas similares por el grupo “The Cornelian Corner” en donde se se fomentaba la lactancia materna y la enseñanza a los padres acerca de las necesidades básicas del niño, <sup>(1)</sup> en ese mismo año en Pennsylvania, en el Hospital de Duke, hubo una epidemia de

diarrea, por lo que los médicos se vieron obligados a alojar a los niños con sus madres, logrando de esta manera el control de esta.

En Latinoamérica los primeros informes datan de 1975 en Uruguay y Argentina; y en nuestro país los primeros datos son de 1979 en el Hospital General de México de la secretaria de salud, en donde se llevó a cabo una comparación entre dos sistemas de atención neonatal diametralmente opuestos, el primero representaba el cunero fisiológico, en donde el recién nacido permanecía en ayuno por el lapso de 4-6 horas posteriormente se iniciaba su tolerancia a la vía oral, con solución glucosada y posteriormente pasaba a alimentarse de su mamá cada 3 horas; el segundo de acuerdo al sistema de atención simultánea materno infantil o habitación compartida en donde la madre y su hijo se colocaban en la misma habitación en camas separadas pero siendo la madre la encargada de su alimentación y cuidados, esto permitió la disminución de las infecciones observadas en los pequeños atendidos bajo este procedimiento y permitiendo a largo plazo la disminución de los costos de hospitalización. <sup>(1-3)</sup> En 1982 se inicia en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el programa denominado “Binomio madre e hijo” <sup>(1)</sup> y en 1983 se reporta la experiencia que tuvieron en el Hospital de Tlalnepantla, con relación al programa de Alojamiento Conjunto madre e hijo, realizado

desde agosto de 1976 hasta diciembre de 1981, el cual reporta mejoras en cuanto al cuidado de los pequeños especialmente en lo que concierne al aspecto de aseo, cuidados de muñón umbilical, así como modificación de las creencias populares y costumbres erróneas en torno al recién nacido. Mundialmente el servicio de Alojamiento Conjunto se estableció posterior a una declaración conjunta de la OMS/UNICEF emitida en Ginebra en el año de 1989 y en 1991 la UNICEF presentó la iniciativa para establecer el “Hospital Amigo de la Madre “, en el cual se incluyen 28 acciones básicas, siendo el alojamiento conjunto una de ellas. <sup>(3,5)</sup>

Inicialmente las ventajas vistas en la existencia de un servicio como Alojamiento Conjunto fueron encaminadas a ver beneficios de tipo psicológico, en cuanto al desarrollo posterior del producto ya que este permite la formación de un lazo emocional entre madre e hijo, <sup>(5)</sup> y posteriormente se tomaron en cuenta otras ventajas como son aspectos en cuanto al cuidado del producto inmediatos como mantener una temperatura adecuada evitar hipoglicemias, fomento de la lactancia materna disminución de infecciones, disminución de costos, etc.

En nuestro Hospital el servicio se estableció a partir de agosto de 1995 como parte de las pautas para ser reconocido como Hospital Amigo de la Madre y

de la incorporación del servicio de Gineco-Obstetricia. Se estableció como servicio en noviembre de 1997 con manual de organización interna y programas incluyendo la morbilidad. En este servicio se realiza la promoción de las 28 acciones básicas que comprenden el programa de Hospital Amigo de la Madre y, se da un manejo integral de cada paciente. Cada uno de los pacientes al nacimiento es valorado en el servicio de quirófano o labor, dependiendo de donde se obtuvo el recién nacido, su valoración se hace a través de una puntuación de morbilidad (ver anexo 2), historia clínica y exploración minuciosa y se decide su ingreso a Neonatos o Alojamiento Conjunto; una vez en Alojamiento Conjunto se revalora paciente y se da seguimiento durante su estancia, cuando amerita su manejo el paso a otro servicio como neonatos este se hace, si su manejo se puede realizar en el servicio se dá el seguimiento correspondiente por la consulta externa, bien sea de pediatría ó de especialidades según corresponda. (Anexo 1)

En cuanto a nuestra realidad y en un marco general las tasas de mortalidad infantil es el numero de muertes que ocurren en el primer año de vida por 1000 niños nacidos vivos, y esta puede subdividirse en mortalidad neonatal que ocurre en las primeros 29 días de vida, que puede considerarse como resultado de factores relacionados con embarazo y parto y la mortalidad postneonatal

que ocurre de los 29 días al año de edad, aunque la tasa de mortalidad infantil refleja el estado general de salud de una comunidad, la mortalidad neonatal tanto temprana como tardía es responsable del 67% de todas las muertes neonatales en países como México, las cuatro principales causas de muerte son el bajo peso al nacimiento, asfixia perinatal, anomalías congénitas e infecciones perinatales. Como causas de morbilidad mas frecuentes tenemos el bajo peso al nacimiento, estimándose que el México el 20 % de los niños nacen con peso bajo en comparación con un 7% de los Estados Unidos de Norteamérica y 1% de España. <sup>(13)</sup>

Para el año de 1980, la mortalidad neonatal temprana osciló entre 12.0 y 19.4: 100 recién nacidos registrados, en nuestro país no esta actualizado el registro estadístico, en realidad presenta un grave problema el establecer factores causales, factores favorecedores o predisponentes así como factores asociados en donde intervienen condiciones económicas y políticas, es sin duda una gran gama de factores los que pueden influir en las condiciones del recién nacido, dado lo anterior se ha intentado modelos predictivos de valoradores epidemiológicos, que al aplicarse al momento del nacimiento que le proporcionen un significado de riesgo potencial o real de enfermedad o muerte al que un recién nacido se expone, si se toma en cuenta cierto número de

factores que guardan la acción significativa con determinado resultado final; cabe que los factores de riesgo sean específicos del nacimiento y caractericen a los recién nacidos que tienen más posibilidades de enfermar o de morir, por lo tanto, se establecen como factores de riesgo al nacer el peso del producto, ya que esta relación resulta muy evidente, se dice que la morbimortalidad más baja ocurre entre los 3500 y 4000 grs de peso al nacer y que esta se eleva de manera ligera cuando el peso al nacimiento excede los 4000grs y de forma drámatica cuando este es menor de 2500 gr. La edad gestacional como factor de riesgo sigue una curva muy similar a la de morbimortalidad por peso al nacimiento, siendo esta en mayor proporción en menores de 37 SDG, bajo para el grupo de 37 a 41 SDG y se eleva después de las 42 SDG. El problema se analiza mejor cuando se consideran juntos el peso la nacimiento y la edad gestacional., Hay también factores de riesgo asociados con los antecedentes maternos como son la edad materna, paridad, talla, nivel socioeconómico, grupo étnico e historial, que parecen actuar de modo independiente en la gestación. Se menciona que hijos de madres muy jóvenes así como hijos de madres mayores de 35 años presentan un mayor riesgo cada uno para diferentes patologías. En cuanto al sexo del producto se ha demostrado que el sexo masculino tiene un mayor riesgo que el sexo femenino, finalmente otro

de los estados del producto que influye notablemente como factor de riesgo es la presencia de asfixia al nacimiento. <sup>(12)</sup>



## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Detectar la morbilidad en el neonato que ingresa al programa de Alojamiento Conjunto y asistirla.

### **PARTICULARES:**

Detección oportuna de patología en el recién nacido.

Protocolizar manejo de la morbilidad encontrada.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, en la población de neonatos ingresados al servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo comprendido de Enero de 1999 a octubre del mismo año. El tamaño de la muestra se calculó considerando una población de recién nacidos durante el transcurso del año anterior en este Hospital de 5,400 niños, con una prevalencia del 50%, un grado de precisión de 0.10 y un nivel de confianza del 95%.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron los siguientes: todo neonato ingresado al Servicio de Alojamiento Conjunto en el periodo antes mencionado, los cuales fueron valorados a su nacimiento con una historia clínica y una puntuación menor de 20 en cuanto a los parámetros de morbimortalidad de su historia clínica (anexo 1,2) y observación por equipo multidisciplinario en la transferencia.

No se incluyeron en el estudio los recién nacidos con patología neonatal que al nacimiento requirió manejo inmediato con internamiento en el servicio de

Neonatos ya que su puntuación en los parámetros de morbimortalidad fue mayor de 20 y su patología por si misma así lo requirió.

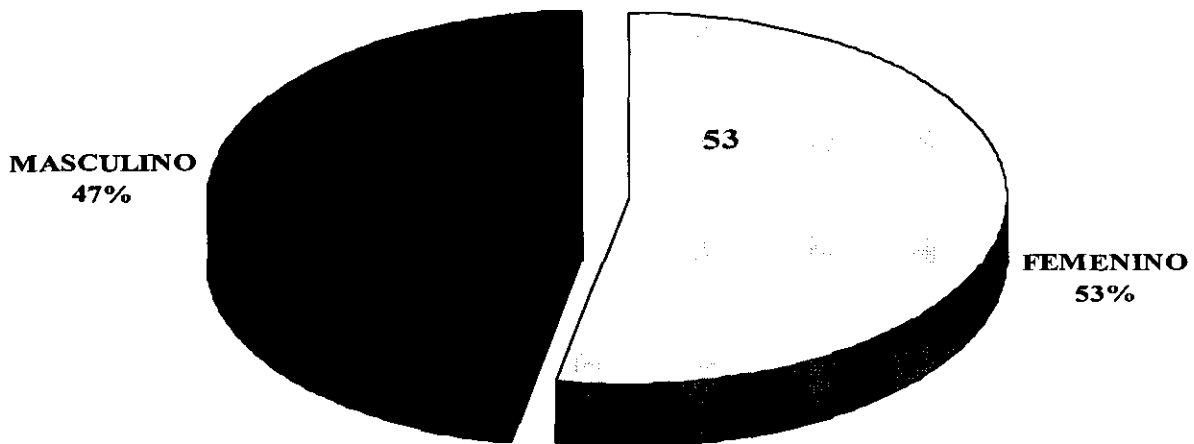
Los recursos con los que contamos para realizar el presente trabajo fueron los siguientes: El área física destinada al servicio de Alojamiento conjunto ubicada en el 4to. Piso del Hospital Infantil del Estado de Sonora, personal médico y de enfermería que labora tanto en esta área como en el área de expulsión y quirófano durante las 24 hrs de cada día. Cada uno de los pacientes cuenta con una historia clínica del recién nacido en la cual se incluye una escala de valoración para riesgo de morbimortalidad, además cada uno fue captado en una libreta diseñada para recabar algunos datos en los que se incluyeron el nombre y edad de la mama, fecha y hora de nacimiento, fecha y turno de ingreso a Alojamiento Conjunto, peso, talla, perímetro cefálico y sexo del paciente, vía de obtención, edad gestacional, diagnóstico de ingreso y de egreso al servicio.

## RESULTADOS

Se estudió una muestra de 100 niños de los pacientes que ingresaron al Servicio de Alojamiento Conjunto en el período de enero de 1999 a octubre del mismo año, tomados al azar, en los que se encontraron los siguientes resultados:

**Gráfica 1**

**DISTRIBUCION POR SEXO  
DEL UNIVERSO ESTUDIADO  
n = 100**



*Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.*

La edad de las madres de los pacientes estudiados se distribuyó de la siguiente manera:

<b>EDAD MATERNA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>&gt;20 años</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
<b>20-35 años</b>	<b>66</b>	<b>66</b>
<b>36 años y más</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Así mismo la vía de nacimiento de los pacientes fue la siguiente:

<b>VIA DE NACIMIENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Vaginal</b>	<b>74</b>	<b>74</b>
<b>Abdominal</b>	<b>26</b>	<b>26</b>

La edad gestacional (FUM) de los pacientes se distribuyo como sigue:

<b>EDAD GESTACIONAL (FUM)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>26 SDG y menos</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>37 a 40 SDG</b>	<b>88</b>	<b>88</b>
<b>41 SDG y más</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

El peso de los pacientes se encontró distribuido de la siguiente manera:

<b>PESO (GRS)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>&lt;2500</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>2500 - 2999</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>3000 – 3999</b>	<b>42</b>	<b>42</b>
<b>3500 – 3999</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>4000 a más</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

### Orden y Frecuencia de las patologías presentadas

PATOLOGIA	INGRESO	%	EGRESO	%
<b>RN HIPOTROFICO</b>	9	27.2	9	36
<b>RN HIPERTROFICO</b>	7	21.1	7	28
<b>H/MADRE Rh NEG.</b>	4	12.1	0	0
<b>POTENCIALMENTE INFECTADO</b>	4	12.1	1	4
<b>MALFORMACIONES</b>	2	6	3	12
<b>HIPOGLICEMIA</b>	1	3	2	8
<b>TRAUMA OBSTETRICO</b>	2	6	2	8
<b>ASFIXIA NEONATAL</b>	1	3	0	0
<b>H/MADRE PREECLAMP.</b>	1	3	0	0
<b>H/MADRE TOXICOMANA</b>	1	3	0	0
<b>S A M</b>	1	3	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

De los pacientes estudiados en los que se encontró alguna patología, 3 requirieron manejo intrahospitalario en Neonatos, lo que corresponde a un 12% y sus motivos de ingreso fueron los siguientes:

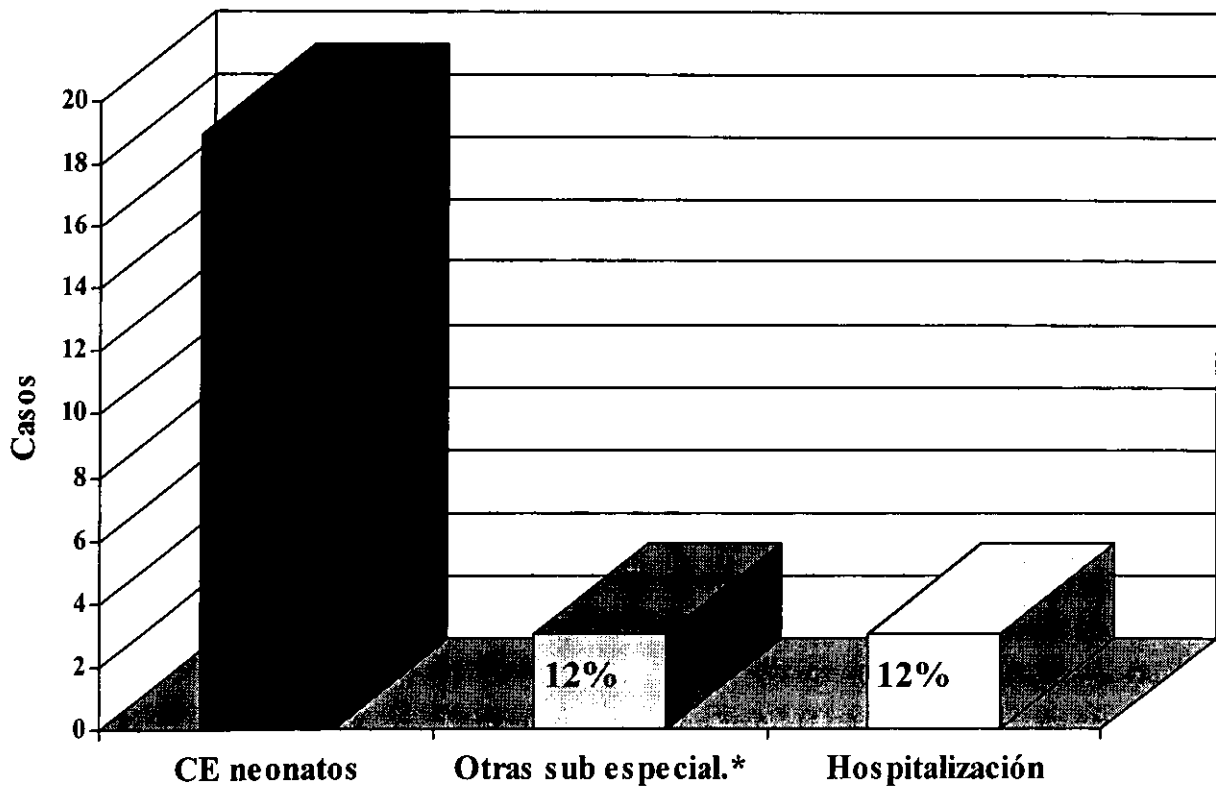
- **Síndrome de Aspiración de Meconio**
- **Hipoglicemia Secundaria a Poliglobulia**
- **Paciente potencialmente infectado.**



Servicios a los que se interconsultó y derivó a los pacientes con alguna patología a su egreso del servicio de Alojamiento Conjunto.

**Gráfica 2**

**SERVICIOS A LOS QUE SE INTERCONSULTO Y DERIVO A 25  
PACIENTES CON ALGUNA PATOLOGIA**



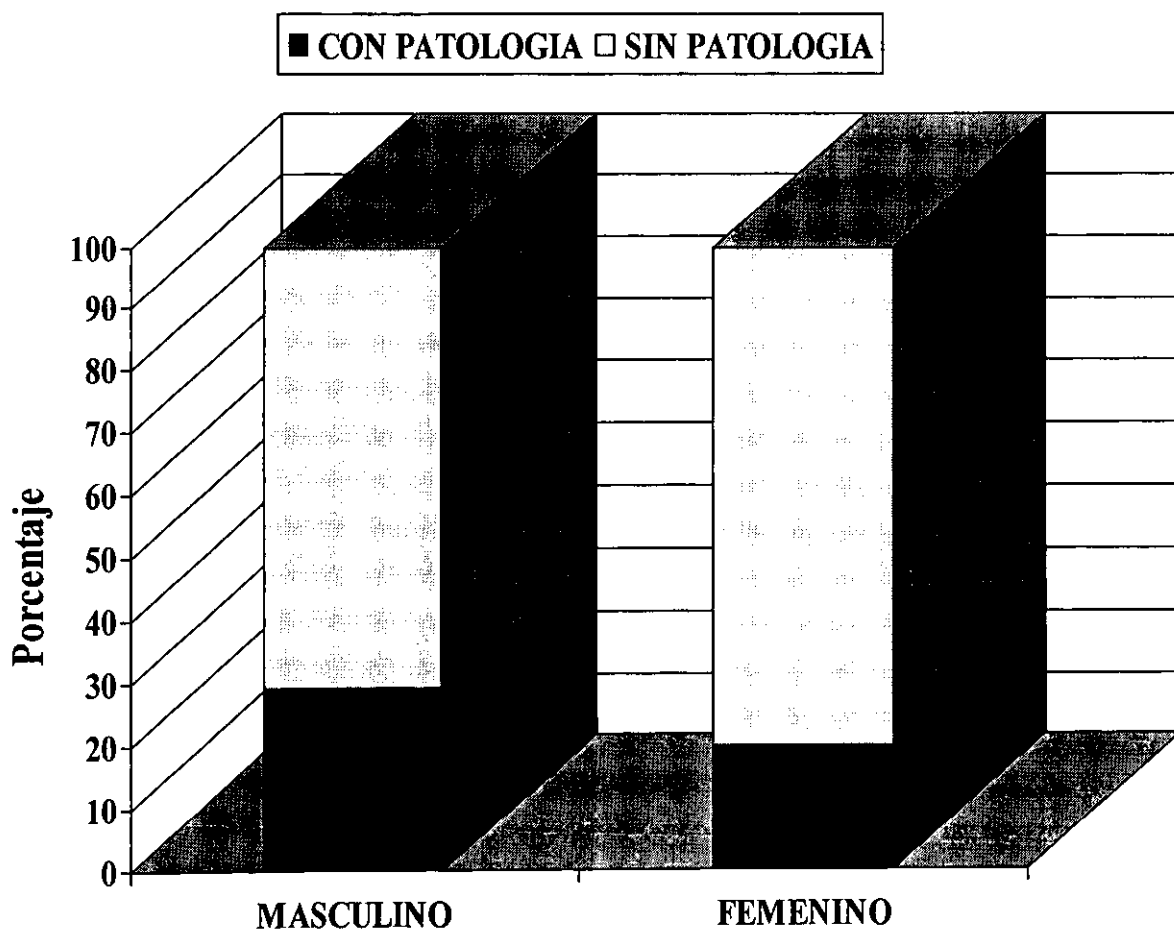
\* *Cardiología, traumatología, genética, etc.*

*Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.*

En cuanto al sexo relacionado con la patología encontramos en los pacientes estudiados la siguiente distribución.

**Gráfico 3**

**DISTRIBUCION POR SEXO  
DE 25 PACIENTES CON ALGUNA PATOLOGIA**

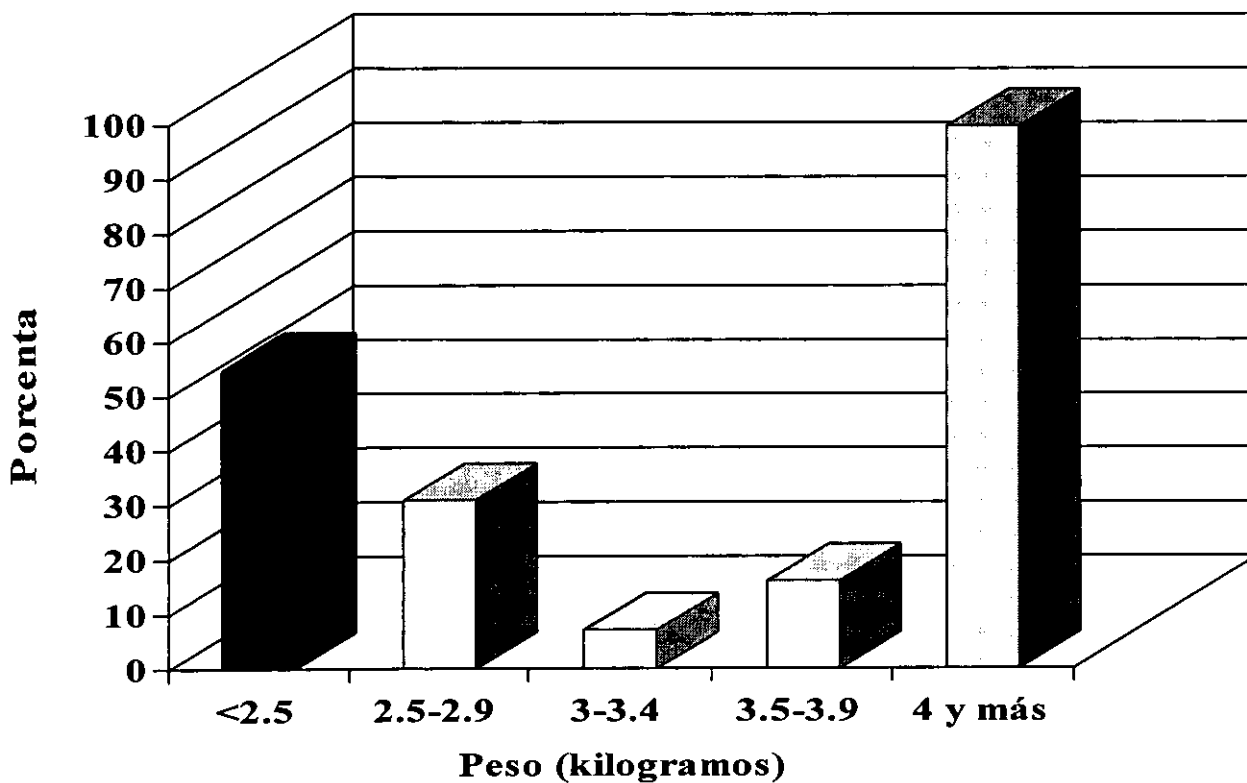


*Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.*

Al relacionar los pacientes estudiados con presencia de alguna patología con respecto a su peso encontramos la siguiente distribución.

Gráfico 4

**PESO DE 25 PACIENTES CON ALGUNA PATOLOGIA**



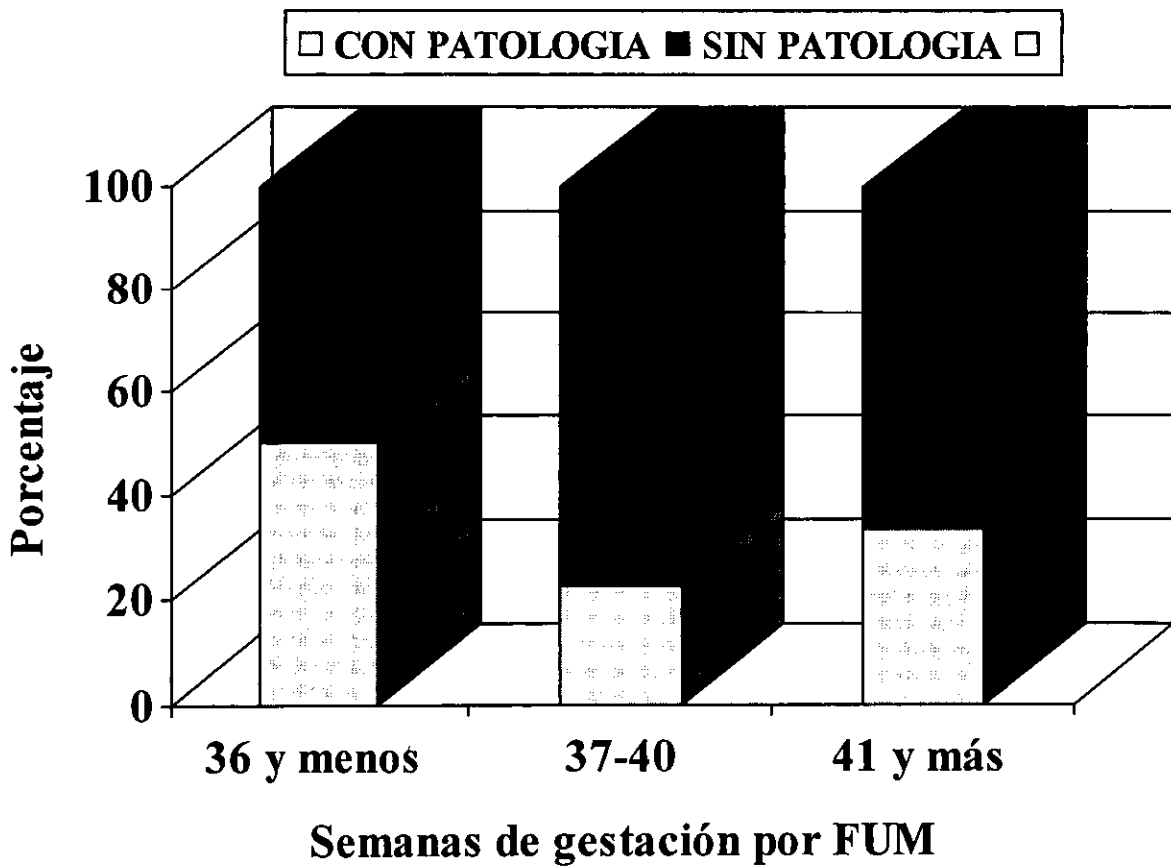
*Add: Se considero de la morbilidad a los pacientes hipertróficos e hipotróficos*

*Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.*

Al relacionar los pacientes estudiados con presencia de alguna patología con respecto a su edad gestacional por FUM encontramos lo siguiente:

Gráfico 5

### EDAD GESTACIONAL DE LOS PACIENTES CON ALGUNA PATOLOGIA

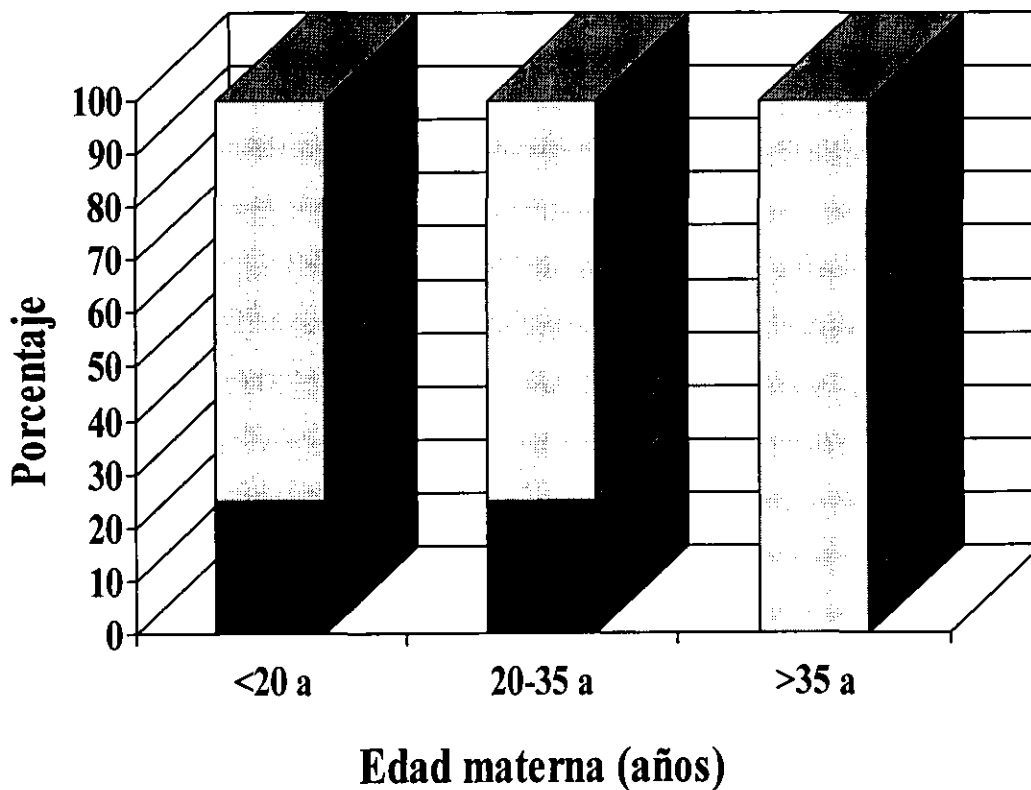


Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.

Al analizar la edad materna de los pacientes estudiados en los pacientes que presentaron alguna patología se encontró lo siguiente:

**Gráfico 6**

**FRECUENCIA DE PRESENTACION DE PATOLOGIA CON RESPECTO A EDAD MATERNA**

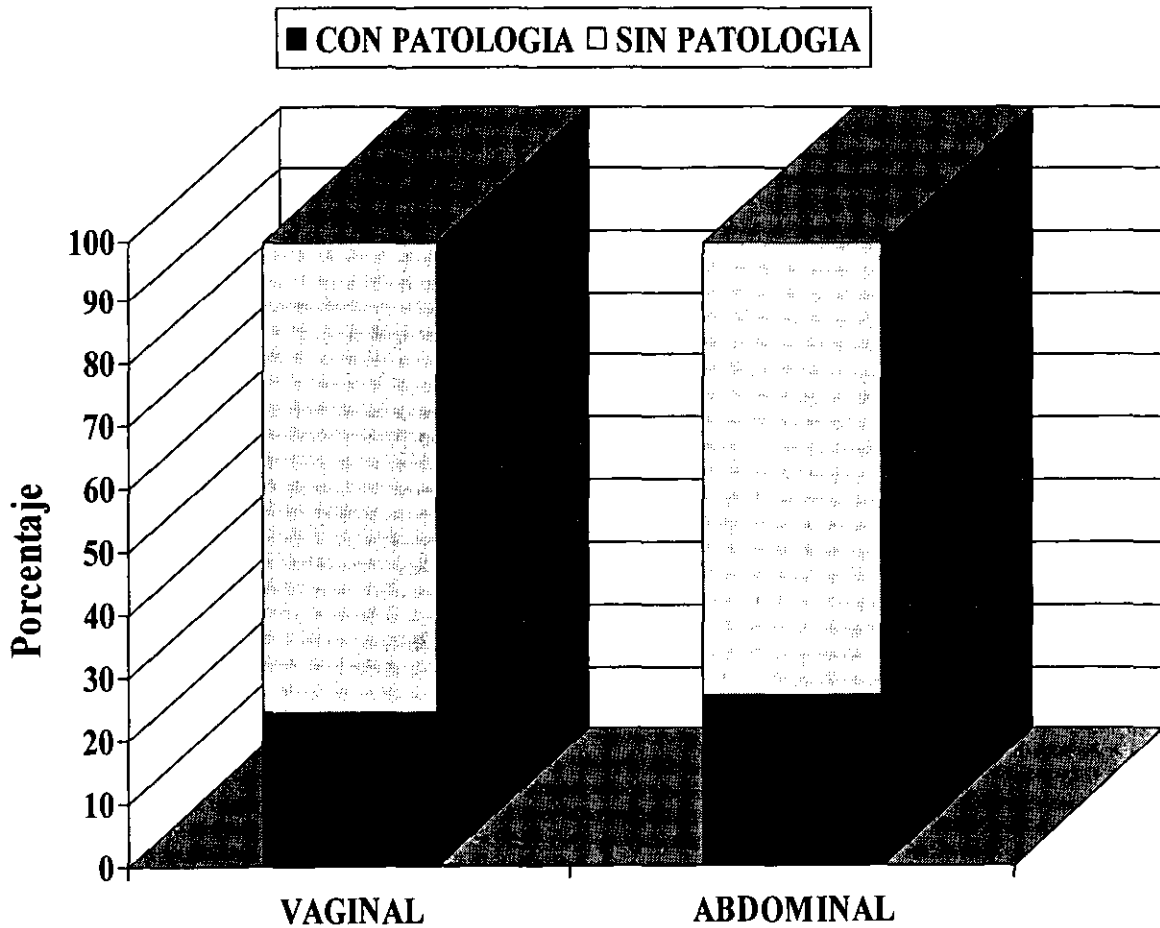


*Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.*

Con respecto a la presencia de patología y la vía de obtención de los pacientes encontramos la siguiente distribución:

Gráfico 7

**PATOLOGIA ENCONTRADA SEGÚN LA VIA DE OBTENCION**



Fuente: Archivo clínico y de bioestadística H.I.E.S.

## DISCUSION

El proyecto de Alojamiento Conjunto nace a partir de una recomendación en el ámbito mundial de la OMS – UNICEF, emitida en Ginebra en 1989 y en 1991 UNICEF propone la iniciativa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre, formando parte de una de las 28 acciones básicas establecidas en esta iniciativa. <sup>(1,3,6)</sup> La relación madre e hijo en el puerperio inmediato es de gran importancia ya que de esta se derivan importantes aspectos psicológicos para ambos, durante éste lapso de tiempo se llevarán acabo cambios definitivos para los dos, <sup>(1,2,8)</sup> éstas primeras horas de vida de un recién nacido se manejan o monitorizan el servicio de Alojamiento Conjunto, aunque este período los percances no son muy frecuentes, estos son definitivos para ambos, es necesario entonces establecer la frecuencia de presentación de morbilidad en esta etapa y en base a esto dar un manejo y seguimiento de los problemas encontrados. El objetivo principal de nuestro trabajo fue conocer la frecuencia de morbilidad que se maneja en este servicio para que posteriormente además de que demos un manejo oportuno de la patología existente, se hagan protocolos de manejo de los pacientes, aumentando consecuentemente la calidad de la atención del servicio.

En el período estudiado, encontramos que a Alojamiento Conjunto ingresan pacientes con detección de alguna patología en el servicio en el que se les dio su atención inicial (anexo 1) esta se hace con una valoración clínica, auxiliado de los antecedentes captados en su Historia clínica y una valoración de riesgo de morbimortalidad en base a una valoración epidemiológica del riesgo al nacimiento establecida por Lubchenco, la cual en nuestro hospital se incluye en la historia clínica de cada paciente (anexo 2), aunado a una exploración física minuciosa. <sup>(12)</sup>

En el Universo estudiado encontramos que predominaron los pacientes del sexo femenino (53%) y fueron un poco menos los masculinos (47%), en su historia clínica y en su hoja de captación de datos, se analizaron variables como la edad materna, la cual se encontró predominantemente de 20-35 años, la vía de obtención de los pacientes siendo esta por vagina en 74 casos y abdominal en 26 casos. Y en cuanto al peso del producto un 67% de los pacientes pesaron de 3,000 a 3,999grs.; seguido de un 25% menores de 2,999grs y 8% mayores de 4000gr. La edad gestacional en la población estudiada fue de 37/40 SDG en el 88% de los casos y 6% para menores y 6% para mayores de esta edad gestacional. Nosotros verificamos en nuestra bibliografía algunos factores de riesgo para los recién nacidos y con los datos



que obtuvimos, también analizamos en nuestra muestra cuales fueron estos factores. Al confrontar datos de los que encontramos, nos dimos cuenta que en nuestro estudio al igual que lo citado en la literatura en la que se refiere que se ha documentado que la morbilidad total para el sexo masculino es de 12% y 10% para el femenino, <sup>(12)</sup> la patología para el sexo masculino fue 29.7% y 20% para femeninos, en cuando a la incidencia de alguna patología con respecto a la edad materna, no encontramos diferencia en esta; en la literatura estudiada se menciona que a la edad materna es un factor importante que influye en el recién nacido, que el peso de los pacientes hijos de madres jóvenes tiende a ser menor lo que les dá un mayor riesgo y en hijos de madres mayores de 35 años hay una mayor incidencia de malformaciones congénitas o bien en madres mayores de 40 años problemas relacionados con el parto. <sup>(12)</sup>

Con respecto a la vía de nacimiento encontramos en este estudio en los pacientes que presentaron alguna patología al egreso del servicio 29% fueron obtenidos por vía abdominal contra un 24% que se obtuvieron por vía vaginal.

Con respecto al peso del pacientes y la existencia de patología al egreso, se encontró una menor incidencia de patología en pacientes con peso de 3000 a 3499gr (7%), y esta morbilidad se incrementó conforme disminuía el peso de los casos estudiados, siendo el 31% para pesos de 2500 a 2999gr y de un 55%

para pacientes menores de 2500gr en el extremo contrario, se incrementó también la patología en pesos mayores, siendo de 16% en pacientes con peso de 3500 a 3999gr y de 100% en pacientes de más de 4000gr.

En la bibliografía estudiada se menciona que la incidencia de morbilidad es más baja entre los 3500 a 4000gr. de peso y que esta se eleva de manera ligera cuando el peso al nacer excede los 4000gr y en forma dramática cuando este es menor de 2500gr <sup>(12)</sup> cabe mencionar en este rubro que en nuestra muestra de pacientes estudiados consideramos como patología pacientes hipertróficos o hipotróficos, lo cual podría en dado momento incrementar nuestra incidencia de patología en éstos pesos. Otro de los parámetros que tomamos en cuenta fue la edad gestacional con respecto a la presencia de patología en pacientes también al egreso del servicio, ya que se menciona que con respecto a este parámetro la incidencia de morbilidad sigue una curva muy similar a la dada por el peso de los pacientes al nacimiento, se muestra en la literatura que la mayor proporción de casos se da en pacientes menores de 37 SDG, el índice aparece bajo de las 37-41 SDG, y se eleva después de la semana 42 de gestación, en nuestro caso al relacionar ambas variables en los pacientes con patología al egreso, encontramos una distribución similar presentando patología un 50% de los pacientes menores de 36 SDG, un 22% de los

pacientes de 37-40 SDG y 33% de los pacientes de 41 SDG y más. Me he dedicado a redactar los resultados encontrados en los pacientes con alguna patología y sus factores de riesgo encontrados y debo mencionar que el servicio se manejó una patología o diagnóstico patológico al ingreso y otros diagnósticos fueron agregados durante la estancia en el Servicio de Alojamiento, que fue cuando se detectaron o bien, se descartaron algunas patologías y es así como al ingreso de el universo estudiado encontré un 33% de diagnósticos con alguna patología y al egreso un 25%. De los pacientes que al egreso tuvieron alguna patología requirieron manejo hospitalario en el servicio de Neonatos 3 pacientes que corresponde a un 12% de los pacientes que presentaron alguna patología y a un 3% de los pacientes estudiados, el motivo de ingreso a este servicio fue: hipoglicemia secundaria a poliglobulia, síndrome de aspiración de meconio y paciente potencialmente infectado. Es necesario mencionar que en tesis anterior de este hospital <sup>(6)</sup> la principal causa de ingreso al servicio de neonatos de pacientes provenientes de alojamiento conjunto fue hipoglicemia en un 45.5%, seguido de síndrome de distress respiratorio en el 17.6%, de nuestro estudio es importante mencionar que aunque tuvimos un caso que se ingreso por hipoglicemia que es el 33% de los pacientes ingresados a neonatos esta fue secundaria a poliglobulia. Por último

verificamos el turno de enfermería en el que nacieron los pacientes que presentaron alguna patología y en estos encontramos una mayor incidencia de patología en los pacientes nacidos en el turno vespertino (42%), siguieron en frecuencia los nacidos en turno nocturno (30%) y finalmente los nacidos en el turno matutino (16%). En este punto sería conveniente investigar con más detalle pues debemos tomar en cuenta la variabilidad en la disponibilidad de personal en cada turno y también es importante mencionar que a pesar que una de las variables a estudiar fue la hora de ingreso de los pacientes a alojamiento conjunto esta no fue debidamente captada en el estudio por lo que no podemos realizar más análisis acerca de este punto.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES

1. En el servicio de Alojamiento Conjunto, se encontró que sus pacientes en un 25%, presentaron alguna patología al egreso.
2. De los pacientes detectados con alguna patología al egreso un 12% requirió de manejo intrahospitalario en Neonatos y fueron derivados a consulta externa de subespecialidad que requerían de acuerdo a su patología para manejo y seguimiento
3. La patología encontrada en el servicio al egreso en orden descendiente es la siguiente: recién nacidos hipotróficos, recién nacidos hipertróficos, malformaciones congénitas, trauma obstétrico y otras.
4. Factores predictivos o valoradores epidemiológicos que proporcionan un riesgo potencial o real de enfermedad o muerte en un recién nacido son: peso al nacimiento, edad gestacional, sexo, vía de nacimiento y condiciones maternas.
5. En cuanto al sexo hubo una incidencia mayor de patología en los pacientes masculinos que en lo femeninos.

6. Con respecto al peso se encontró una menor incidencia de patología en pacientes de 3000-3499grs y que aumentó en pacientes menores de 2500gr y hubo un aumento aún más significativo en pacientes mayores de 4000grs.
7. En éste trabajo el factor edad materna no mostró diferencia, en cuanto a la incidencia de patología neonatal.
8. Pacientes obtenidos por vía abdominal presentaron mayor incidencia de patología que los pacientes obtenidos por vía vaginal.

## **PROPUESTAS**

- 1. Hacer un adecuado llenado de la historia clínica, hoja de valoración epidemiológica de riesgo al nacimiento de cada paciente y realizar una derivación adecuada de los pacientes a su servicio**
- 2. Creación de un cunero de transición para pacientes que requieren observación más prolongada.**
- 3. Retardar el alta de las madres de hijos con alguna patología que requiera de mayor tiempo de observación.**
- 4. Considerar los aspectos epidemiológicos encontrados para darle la importancia y apoyo necesarios al servicio.**

## BIBLIOGRAFIA

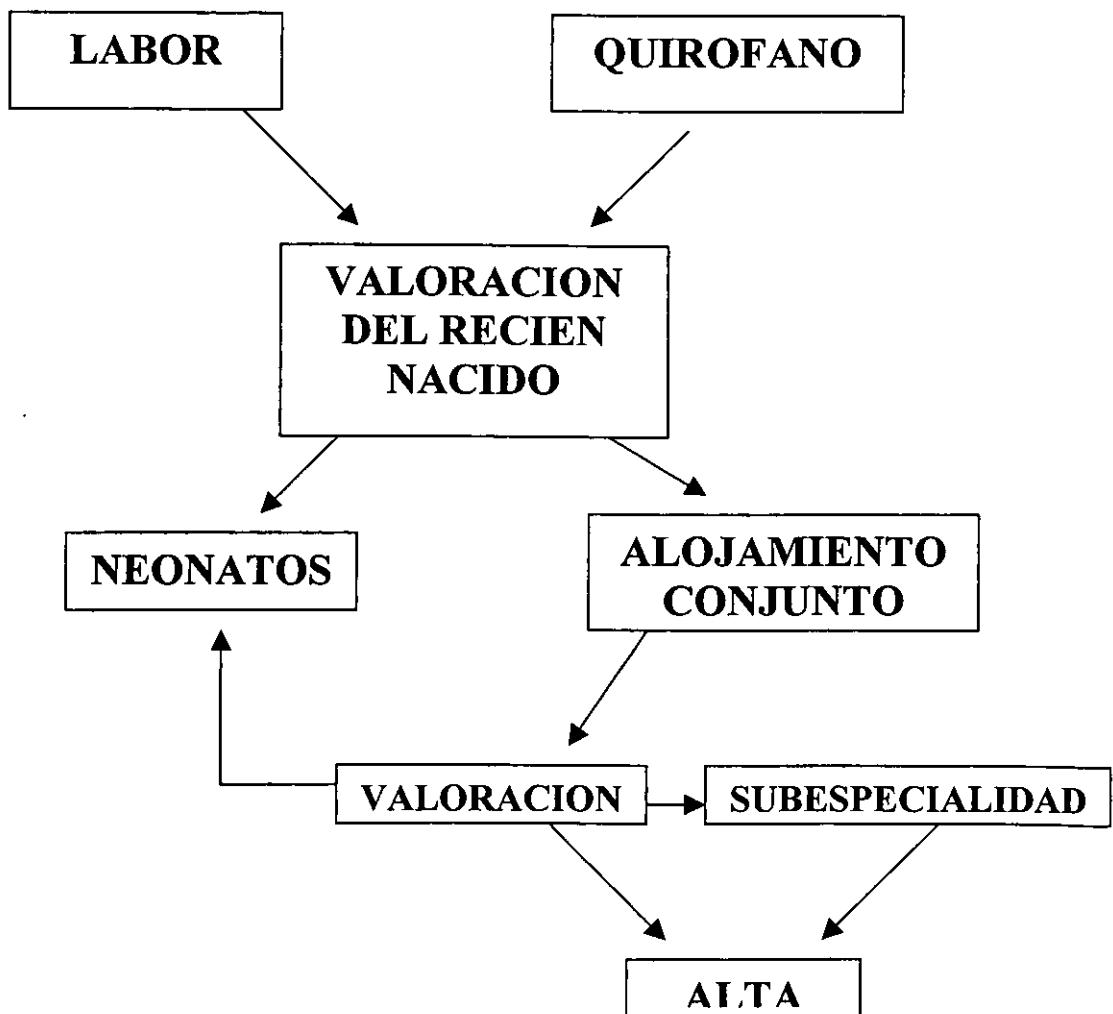
1. Cisneros-Silva I, Flores-Huerta S. Alojamiento conjunto de la madre y su hijo, Hospitales amigo y Promoción del amamantamiento en México. Bol Med Hosp Infan Mex. 1995; 52(2): 135-140.
2. Espinoza Merett A, Villalobos Olivasa, Gómez Crespo FJ, Mendoza I. Asistencia simultanea Materno infantil o habitación compartida en el Hospital de México de la S.S.A. Bol Med Hosp Infant Mex 1979 36: 45-65.
3. Acciones básicas del Hospital amigo del Niño y de la Madre. Dirección Materno Infantil, Secretaría de Salud. 1991.
4. Britton J, Britton E, Beebe S. Early discharge of the term newborn: A continued dilemma. Pediatr 1994; 94(3): 291-295.
5. Klaus MH. A note on experiences with rooming- in arregement for newborn at the first contact with her ypung. Pediatr 1970; 46(2) 187-191.
6. Fick-Rochin E. Jaramillo-Quiroga IL. Factores de alarma en el niño que pasa por el servicio de Alojamiento Conjunto. Tesis Hosp Infant Edo Son 1999.



7. Barnett HL. A note on experience with rooming-in arrangement for newborn infants in a small hospital. *J Pediatr* 1947; 31: 49-33.
8. Ledesma-Luján FJ, Chi-Chan J, Rodriguez-Beas AR, Zamora-Vega A. Alojamiento conjunto: relación intrahospitalaria madre-hijo en el puerperio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1983; 40:375-78.
9. Puga TF, Zaccaria A. Interacción conjunta madre-hijo y lactancia materna. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1979; 36: 1025-1050.
10. Pollt-Hungler. *Investigaciones Científicas en Ciencias de la Salud*. 5ª edición McGraw-Hill Interamericana. 1997: 235 -256;375-433.
11. Wayne WD. *Bioestadística base para el análisis de las ciencia de la salud*. 3ª edición. México, D.F Editorial Limusa 1987: 459-500.
12. Lozano González CH. Clínica del recién nacido. En: Valenuela Luengas Marquet. *Manual de Pediatría*. 11ª edición Editorial Interamericana McGraw-Hill 1993: 176-213.
13. Danglot C-Bank, Gómez M-Gómez. Salud para todos en el año 2000. Punto de vista del neonatólogo . *Rev Mex Ped*. 1997;64:40-42.
14. Marshall H. Klaus, B.S. M.D.; Johon H. Kennell B.S. M.D.; Nancy Plumb B.A. and Steven Zuellke B.A. Human Maternal Behavior at de first contact with her young. *Pediatrics* 1970; 46: 187-92.

## ANEXO 1

### FLUJOGRAMA DEL MANEJO DEL RECIEN NACIDO SEGÚN SU VALORACIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DESDE SU NACIMIENTO HASTA SU EGRESO EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



\* Puntuación morbilidad >20.  
\*\* Puntuación morbilidad <20.



Apellidos Maternos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Indiferenciado

Medicación: \_\_\_\_\_

**Trabajo de parto**

**Inicio**  
 Espontáneo  **Fármacos y Dosis**  
 Inducido   
 Conducido   
 Inhibido

**Sufrimiento fetal**

No  **Diagnóstico** **Hallazgos:**  
 Clínico   
 Laboratorio   
 Si  **Monitorización**

**Membranas**

**Líquido amniótico**  
 Integras  Normal   
 Precoz  Aumentado   
 Prematura  Disminuido   
 Amniorexis  Meconial\*   
 Coriamniosis  Pérido   
 \*Especifique: \_\_\_\_\_

**Ruptura**

Tiempo de ruptura al nacimiento: Dias   Horas

**Terminación**

1 Eutócico   
 2 Fortuito   
 3 Pélvico   
 4 Cesarea   
 5 Otra Distocia   
 6 Forceps   
 7 Kristeller   
 Especifique causa **Indicación:** \_\_\_\_\_

**Analgesia - anestesia**

1 Anestesia general  **Tiempo antes del nacimiento**  
 2 Bloqueo P.   
 3 A. local   
 4 Sedación   
**Fármacos y Dosis:** \_\_\_\_\_

**Complicaciones:** \_\_\_\_\_

**Placenta**

Normal  **Cordón umbilical**  
 D.P.P.N.I.  Circular apretado   
 Previa  Prolapso   
 Otras\*  Corto   
 Otras\*\*   
 Especifique\* ó \*\*: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Maternos Patológicos**

no   
**o-Obstétricos:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**neco-Obstétricos:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes Maternos No Patológicos**

**Gesta**    
**Abortos**    
**Embarazo**    
**Múltiple**    
**Previo**   **SI NO**  
**Causa:** \_\_\_\_\_  
**Causa:** \_\_\_\_\_  
**Causa:** \_\_\_\_\_

no Intergenésico      
**eriodo:** \_\_\_\_\_

**es (Especifique cantidad)**

no   
 uismo   
 olismo   
 manias   
**o civil**

Soltera  Unión libre  Divorciada

**razo actual**

\_\_\_\_\_  
**Confiable:** Si  No   
**Especifique numero de productos** \_\_\_\_\_

**prenatal en el H.I.E.S.**

Si  No. total de Consultas

**materno**

A  B  AB  Positivo   
**ativo**   
**unizada**  Tiene titulación AC.    
**inunizada**  Tiene aminocentesis    
**onoce**  Zona Lily: \_\_\_\_\_

**gla materna durante el embarazo actual**

**Diabetes**  **Hipertensión**   
**Inf. Vías Urinarias**  **Cervico-Vaginal**   
**1er. trimestre**  **Otras (Especifique)** \_\_\_\_\_  
**2do. trimestre**   
**3er. trimestre**

**es especiales:** \_\_\_\_\_

**Estimación edad Gestacional (CAPURRO)**

<b>FORMA DE LA OREJA</b> 1	<b>Claro-Difuso</b> Palabla no incurvada 	<b>Palabla parcialmente incurvada en el borde superior</b> 	<b>Palabla incurvada en todo el borde superior</b> 	<b>Palabla totalmente incurvada</b> 	<b>LA EDAD GESTACIONAL SE CALCULA SUMANDO TODOS LOS PUNTAJES PARCIALES + 204</b>  Puntaje Total <input type="text"/>	1	
<b>TAMAÑO DE LA MANILERA</b> 2	<b>No palpable</b> 	<b>Palpable menor 5 mm.</b> 	<b>Palpable entre 6 y 10 mm.</b> 	<b>Palpable mayor 10 mm.</b> 		2	
<b>FORMACION DE LA MANILERA</b> 3	<b>Apenas visible sin areola</b> 	<b>Díámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata</b> 	<b>Díámetro mayor de 7.5 mm. Areola puntada, borde no palpable</b> 	<b>Díámetro mayor de 7.5 mm. Areola puntada. Borde levantado</b> 		3	
<b>TEXTURA DE LA MANILERA</b> 4	<b>Muy fina, gelatinosa</b> 	<b>Fina</b> Lisa 	<b>Más gruesa</b> Desección superficial discreta 	<b>Gruesa</b> Cristas superficiales Desección en mano y pie 		<b>Gruesa</b> Cristas profundas Apoyos amnióticos 	4
<b>DEGUES EN LOS TANTARES</b> 5	<b>Sin pliegues</b> 	<b>Marcas mal definidas en la 1/2 anterior</b> 	<b>Marcas bien definidas en la 1/2 anterior</b> Surcos en 1/3 anterior 	<b>Surcos en la 1/2 anterior</b> 		<b>Surcos en más de la 1/2 anterior</b> 	5

Edad Gestacional: FUM    Sem  
 CAPURRO    Sem

\* Otros: \_\_\_\_\_

**Examen físico intencionado**

permeables  permeable  impermeable

íntegro  íntegro

manchas evidentes No  Si  Especifique: \_\_\_\_\_

**Registro de Exploración**

Normal	Anormal	Especifique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4.3. - Presenta: \_\_\_\_\_

Uresis  Evacuación

**Examen de laboratorio solicitado**

hematúrica <input type="checkbox"/>	Hemoglobina <input type="checkbox"/>
Rh <input type="checkbox"/>	Hematocrito <input type="checkbox"/>
gasometría <input type="checkbox"/>	Otros* <input type="checkbox"/>
Directo <input type="checkbox"/>	Gasometría <input type="checkbox"/>
	Destroxi (anotar resultados) <input type="checkbox"/> mg%

Rayos X: \_\_\_\_\_

**6.- Embarazo múltiple**

Producto No.  I. Morbilidad

I. Mortalidad

**7.- Destino al egreso**

UCIN

SECIN

ALOJAMIENTO CONJUNTO  Piso

PATOLOGIA

**Diagnóstico al egreso:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anotar nombre y categorías:**

Pediatría \_\_\_\_\_

Obstetricia \_\_\_\_\_

Anestesiología \_\_\_\_\_

Enfermería \_\_\_\_\_

**Huella plantar del niño (Pie Derecho)**