



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y SU ASOCIACIÓN CON
EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
MORBILIDAD EN NEONATOS A LOS SIETE DÍAS DE VIDA**

PRESENTADA POR

MILAGROS GRACIELA SALAZAR BERNUY

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y SU ASOCIACIÓN CON
EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
MORBILIDAD EN NEONATOS A LOS SIETE DÍAS DE VIDA**

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

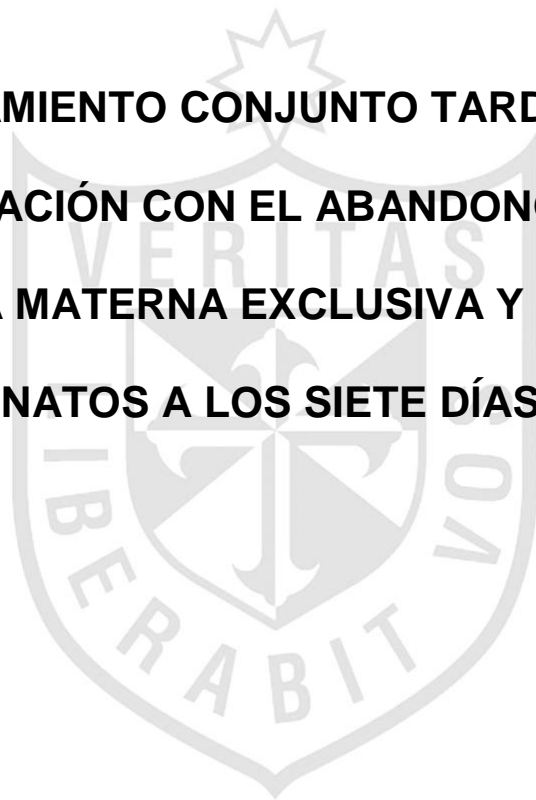
PRESENTADO POR

MILAGROS GRACIELA SALAZAR BERNUY

LIMA-PERÚ

2015

**ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y SU
ASOCIACIÓN CON EL ABANDONO DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y MORBILIDAD
EN NEONATOS A LOS SIETE DÍAS DE VIDA**



ASESOR

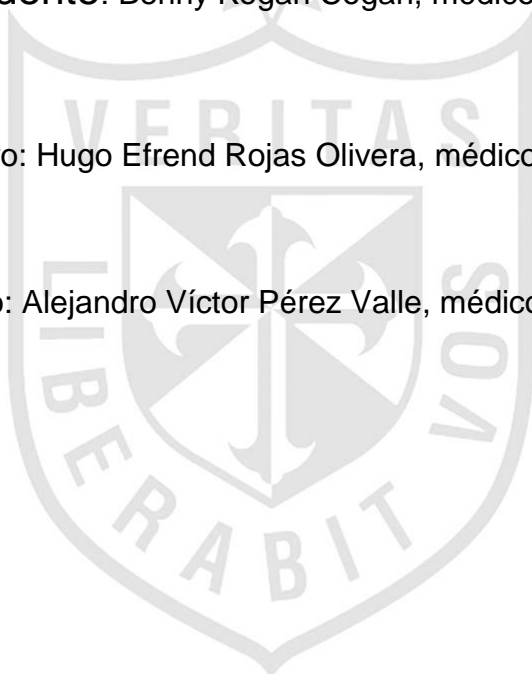
Luis Sandro Florián Tutaya, médico neonatólogo

JURADO

Presidente: Benny Kogan Cogan, médico pediatra

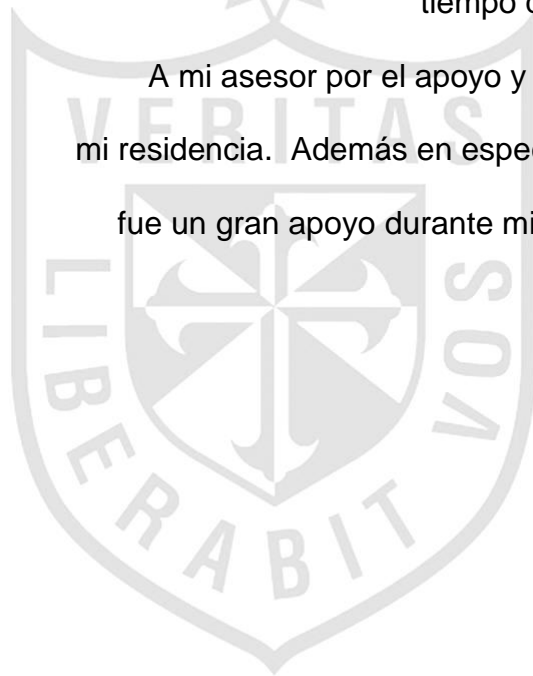
Miembro: Hugo Efrend Rojas Olivera, médico pediatra

Miembro: Alejandro Víctor Pérez Valle, médico pediatra.



A mi hija, esposo, madre y hermanos; quienes
fueron un gran apoyo emocional durante el
tiempo que escribía mi tesis.

A mi asesor por el apoyo y enseñanzas durante
mi residencia. Además en especial a mi padre quien
fue un gran apoyo durante mi época de residente.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar al Dr Luis Florian Tutaya por su esfuerzo, dedicación, quien con sus enseñanzas, conocimiento, experiencia y paciencia ha logrado que termine con éxito mi tesis.

A los médicos asistentes del servicio de pediatría y neonatología del Hospital Arzobispo Loayza, quienes se convirtieron en mis maestros y amigos.

Por ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	1
Planteamiento del problema	4
Justificación e importancia del estudio	5
Objetivos	
General	5
Específicos	6
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de investigación	7
Bases teóricas	14
Definiciones conceptuales	23
Hipótesis	24
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	
Tipo de estudio y diseño utilizado	25
Sujetos, universo y muestra	25
Procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos	26
Aspectos éticos	27

CAPÍTULO III: RESULTADOS	29
---------------------------------	----

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Discusión	37
Conclusiones	42
Recomendaciones	43

CAPÍTULO V: BIBLIOGRAFÍA	44
---------------------------------	----

ANEXOS

Operacionalización de las variables

Ficha de recolección de datos



ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1.- Distribución de alojamiento conjunto precoz y tardío	29
Tabla 1.- Tiempo de inicio de alojamiento conjuntos por grupos	30
Gráfico 2.- Distribución de alojamiento conjunto tardío según sexo	30
Gráfico 3.- Distribución de alojamiento conjunto precoz según sexo	30
Tabla 2. Distribución de peso según alojamiento conjunto	31
Gráfico 4.- Edad materna según alojamiento conjunto	31
Tabla 3. Alojamiento conjunto tardío según tipo de parto	32
Tabla 4. Alojamiento conjunto precoz según tipo de parto	33
Gráfico 5.- Necesidad de fototerapia por ictericia patológica según alojamiento conjunto	33
Gráfico 6.- Deshidratación mayor del 3 % según alojamiento conjunto	34
Gráfico 7.- Indicación de hospitalización según alojamiento conjunto	35
Tabla 5. Abandono de lactancia materna exclusiva a los 7 días según alojamiento Conjunto	36
Gráfico 8.- Lactancia materna exclusiva según alojamiento conjunto	36

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el alojamiento conjunto tardío (mayor a 6 horas) y la asociación con el abandono de la lactancia materna exclusiva y morbilidad de los neonatos nacidos sanos, a los 7 días de vida, en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo de agosto a octubre de 2009.

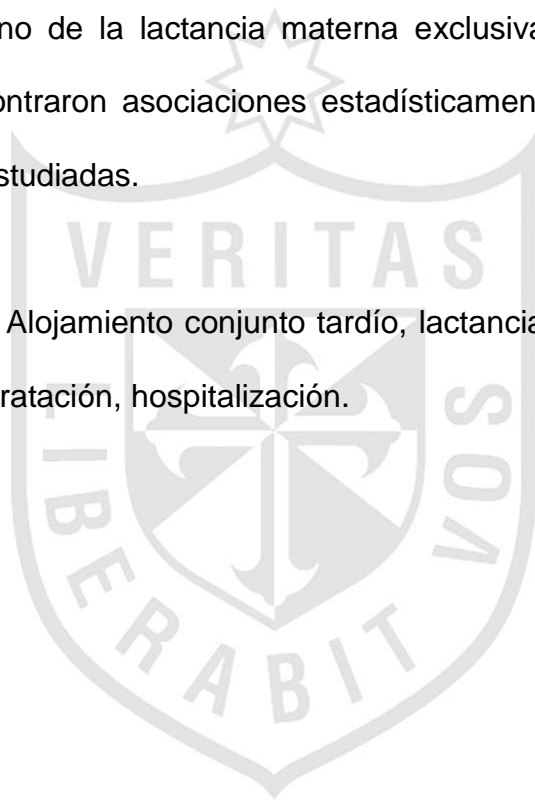
Materiales y métodos: En un estudio analítico de cohorte longitudinal y prospectivo, se analizó el curso clínico de 487 recién nacidos sanos registrados durante los meses de agosto a octubre del 2009 divididos en dos grupos. Se confeccionaron 2 grupos de estudio, un grupo estuvo constituido por los recién nacidos que tuvieron alojamiento conjunto tardío y el otro grupo al alojamiento conjunto precoz. Se buscó asociación entre el grupo de alojamiento conjunto tardío y el abandono de la lactancia materna exclusiva además con tres morbilidades (Ictericia patológica con necesidad de fototerapia, deshidratación mayor de 3%, hospitalización del neonato). Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V. 17.0 y el test de chi-cuadrado, así como el riesgo relativo fue empleado para determinar la asociación de las variables.

Resultados: Grupo con alojamiento conjunto tardío: 188(38,6%), grupo con alojamiento conjunto precoz: 299(61,4%). Al evaluar alojamiento tardío y

fototerapia se encuentra un RR. 0.71; IC 95%: 0.31-1.59; $p < 0.05$ (n=08/188 vs 18/299). Para deshidratación fue RR. 1.03; IC 95%: 0.85-1.24; $p > 0.05$ (n=91/188 vs 141/299). Para hospitalización fue RR. 0.79; IC 95%: 0.42-1.50; $p > 0.05$ (n=13/188 vs 26/299). Para abandono de lactancia materna exclusiva fue RR. 1.62 IC 95%: 1.14-2.32; $p < 0.05$ (n=48/188 vs 47/299)

Conclusiones: El alojamiento conjunto tardío incrementa 1.6 veces el riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva al séptimo día de vida. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las morbilidades estudiadas.

Palabras Claves: Alojamiento conjunto tardío, lactancia materna exclusiva, fototerapia, deshidratación, hospitalización.



SUMMARY

Objective: To determinate the relationship between delayed rooming-in and the healthy newborns morbidity at the Hospital National Arzobispo Loayza neonatology service between the months of august to october 2009.

Material and Methods: In an observational analytical and prospective study, we analyzed the clinical course on 487 healthy newborns registered during the months of august to october of 2009 subdivided into two study groups. The case group was made of all the newborns who had delayed rooming-in compared to a control group (early rooming-in). Both groups were compared to determine the association between the case group and morbidities. The Data was processed using the SPSS v. 17.0 statistics package and chi-square test and relative risk (RR) were applied to determine the associations of variables.

Results: Case Group: 188 (38, 6%), control group: 299 (61, 4%). Case group: 4,3% needed phototherapy, 95,7% did not. Control group: 6% needed phototherapy, 94% did not. Case group: 48,41% dehydrated major at 3%, 51,59% did not. Control group: 47,15% dehydrated <3%, 52,84% did not. Case Group: 25,5% quit EBF up to 7 days, Control group: 15,7%. Case Group: el 6,91% was hospitalized, Control group: 8,69% was hospitalized.

Conclusions: Delayed rooming-in lead to an 80% increase in risk of abandone exclusive breastfeeding at the seventh day. There are no associations with the rest of studied morbidities.

Key Words: Delayed rooming-in, exclusive breastfeeding, phototherapy, dehydration, hospitalization.



INTRODUCCIÓN

Actualmente la demora en el inicio del alojamiento conjunto se relaciona negativamente con el progreso del bebé. Esta demora se ha asociado con la falta de producción de leche y el consiguiente abandono de la lactancia materna exclusiva que conllevaría a una baja de peso del recién nacido, y también con una menor identificación de la madre con el hijo y viceversa.

La práctica del contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre durante las primeras horas luego del nacimiento influyen positivamente en la relación y en el desarrollo del neonato.

Se ha observado que un 54% de los niños empieza a lactar dentro de la primera hora de nacido y esa proporción sube al 84% dentro del primer día, porcentajes que se han incrementado en 10 y 9 puntos porcentuales, respectivamente, con relación a los observados en 1996¹.

En los departamentos de Ucayali, Tumbes, Apurímac y Piura, más del 70% de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacidos, práctica que no es frecuente en los departamentos de Huánuco, Arequipa y Cuzco, donde menos del 40% lacto dentro de la primera hora de vida. En el ámbito urbano, Lima Metropolitana presenta la menor proporción de niños que lactaron en la primera hora de nacidos (45%)^{1,2}.

A pesar de los beneficios nutricios, inmunológicos y de maduración que la leche humana proporciona a los niños, en América Latina han disminuido el inicio, la exclusividad y la duración del amamantamiento durante el primer año de vida³.

En los países desarrollados, factores como mayor escolaridad materna, el mejor nivel socioeconómico e incluso trabajar fuera del hogar, se asocian con mayores porcentajes de amamantamiento; en cambio, en los países en desarrollo estos mismos factores muestran un efecto contrario. En México, inician el amamantamiento alrededor de 90 % de las madres en el área rural y de 80% en el área urbana, pero la frecuencia de esta forma de alimentación disminuye cada vez más⁴.

En la ciudad de México el abandono de la lactancia humana es preocupante. Dimond y Ashwoth notificaron que hacia el tercer mes post natal, solo el 21% de la población urbana pobre amamanta, y para esa fecha, ninguna de las madres de la clase urbana acomodada practicaba lactancia materna exclusiva⁵.

Diversos estudios apoyan la existencia de un periodo sensible, durante el cual, la cercanía entre la madre y el hijo facilita su futura interacción.

También se encuentra que el neonato con contacto piel a piel, se ríe más y llora menos; tomadas éstas como actitudes positivas frente a los que no tuvieron contacto piel a piel dentro del periodo sensible⁶.

En lo que respecta a la madre en el beneficio de contacto piel a piel se ve un menor nivel de depresión y ansiedad sobretodo dentro de las primeras 48 horas

post parto, asimismo este beneficio se refleja también en mayores índices de éxito en la lactancia materna inmediata y mayor satisfacción relacionada con la percepción materna sobre el parto en sí⁷.

La madre y el hijo tienden naturalmente a estar juntos, es por esto que el alojamiento conjunto y la lactancia materna afirman los lazos emocionales entre la madre y el hijo, así como también reducen el grado de estrés de la madre y aumenta su confianza y competencia en la crianza de su bebe^{8, 9, 10}.

Los beneficios de la lactancia materna son numerosos y entre los más conocidos, se encuentran una mayor ganancia de peso por día, un menor porcentaje de ictericia e hiperbilirrubinemia, una disminución en la aparición de enfermedades diarreicas, un mejor funcionamiento del sistema inmune frente a enfermedades, y un mejor desarrollo psicomotor.

El alojamiento conjunto brinda y favorece estos beneficios, es por este motivo que a las madres se les anima a dar lactancia materna a libre demanda^{10, 12}.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza no existe un tiempo establecido para el traslado del neonato de la sala de cuidados inmediatos hacia la cama de la madre, para iniciar el alojamiento conjunto, de manera que el tiempo que toma este traslado en la mayoría de casos es prolongado, lo que podría tener como consecuencia la aparición de algunas morbilidades, como ictericia neonatal y pérdida de peso.

El objetivo del presente estudio fue encontrar la asociación entre el alojamiento conjunto tardío y el abandono de la lactancia materna exclusiva a los 7 días de vida, y las siguientes morbilidades de los neonatos nacidos sanos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre Agosto y Octubre del 2009: Ictericia con necesidad de fototerapia, deshidratación mayor al 3% y hospitalización.

Planteamiento del problema

Actualmente la demora en el inicio del alojamiento conjunto del recién nacido y su madre está relacionada negativamente con el progreso del neonato, ésta se ha asociado con abandono de la lactancia materna exclusiva por falta de producción de leche, y por tanto baja de peso del recién nacido; y se asocia también con menor identificación madre - hijo.

En el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza no existe un tiempo establecido para el traslado del neonato de la sala de cuidados inmediatos hacia la habitación de su madre para iniciar el alojamiento conjunto, de manera que el tiempo que toma este traslado en la mayoría de casos es largo, lo que podría tener como consecuencia la aparición de algunas morbilidades, como ictericia patológica y pérdida de peso.

Justificación e importancia del estudio

Evaluar la relación entre el alojamiento tardío y la morbilidad del recién nacido sano en el Hospital Arzobispo Loayza es importante porque probar la existencia de esta relación implicaría la necesidad de establecer nuevas normas en la atención del neonato para favorecer un alojamiento conjunto temprano. Esto permitiría, con una medida muy simple, beneficiar a muchos recién nacidos sanos.

La importancia de mantener el bienestar de los recién nacidos sanos es invaluable, y al comprobar el efecto negativo de demorar el inicio del alojamiento conjunto con este estudio, podemos producir un gran cambio para madres y neonatos al establecer nuevas normas de inicio de alojamiento conjunto precoz.

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar la relación entre el alojamiento conjunto tardío (mayor de 6 horas) con el abandono de la lactancia materna exclusiva y la morbilidad de los neonatos sanos a los 7 días de vida, en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

Objetivos específicos:

1- Determinar la relación entre el alojamiento conjunto tardío y el abandono de la lactancia exclusiva a los siete días de los neonatos nacidos sanos en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

2.- Determinar la relación entre el alojamiento conjunto tardío y la necesidad de fototerapia por ictericia patológica, en los neonatos nacidos sanos a los 7 días de vida en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

3.- Determinar la relación entre el alojamiento conjunto tardío y la deshidratación mayor al 3 % de los neonatos nacidos sanos al alta en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

4.- Determinar la relación entre el alojamiento conjunto tardío y la necesidad de hospitalización de los neonatos nacidos sanos a los 7 días de vida, en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Bystrova y cols (2009) concluyeron que la práctica del contacto piel a piel y/o el amamantamiento, durante las 2 primeras horas luego del nacimiento afectan de manera positiva la relación madre-hijo dando lugar a un involucramiento afectivo positivo con el neonato por parte de la madre. A la vez el neonato presenta un incremento de conductas positivas asociadas a esta interacción como el sonreír, reírse más a menudo y llorar menos.

Por el contrario, el hecho de arropar al recién nacido, al momento del contacto con la madre, no permitiendo el contacto piel a piel, disminuye la respuesta materna hacia aquel, disminuyendo la habilidad de la madre de un involucramiento afectivo positivo.

Los hallazgos del estudio, apoyan la existencia de un periodo sensible, durante el cual, la cercanía entre la madre y el hijo facilita su futura interacción. Dicho periodo sensible fue estimado entre 25 y 120 minutos luego del nacimiento y su repercusión positiva fue valorada hasta el año luego al nacimiento⁶.

En su estudio, Rivara y cols (2007) demostraron los beneficios que tiene el contacto piel a piel inmediata en comparación con la atención de rutina que se hace normalmente. En el estudio se dejó al recién nacido 30 minutos con la madre en contacto piel a piel junto a lactancia después de solamente cortar el cordón, secar y aspirar al recién nacido, y se comparó esa práctica con la

rutinaria, en la que se corta el cordón, se seca al recién nacido, se le aspira, se le hace profilaxis y luego de 2 horas recién pasa con la madre.

En lo que respecta a ansiedad y depresión en la madre, el contacto piel a piel se relaciona con menores rangos, sobre todo a las 48 horas del parto, y facilita, del mismo modo, mayores índices de éxito en la lactancia materna inmediata y mayor satisfacción relacionada con la percepción materna sobre la experiencia del parto en sí.

La diferencia es significativa entre los niveles de ansiedad y depresión y se hace evidente a las 48 horas posparto, mientras que a las dos horas la diferencia es muy discreta⁷.

El contacto piel a piel inmediato así como los programas de madre canguro han reflejado diversos beneficios, tanto para el recién nacido como para la madre. Bárcenas G. y cols (2003) concluyen que técnicas como la Metodología Madre Canguro no solo incrementa la duración de la lactancia materna, sino que mejora la producción de leche. Así también, las madres presentan menos estrés con mayores sentimientos de confianza y competencia por el manejo de sus bebés⁸.

Crenshaw J y col (2004) mostraron que es mejor tanto para las madres como los bebés, estar juntos después del nacimiento. Entre los puntos clave de esta afirmación está el hecho que las madres y los neonatos comparten un instinto natural por estar juntos, el sostener al bebé piel a piel tiene múltiples beneficios como estimular y hacer más fácil la lactancia materna, afirmar lazos y ayuda al

bebe a estar tibio y llorar menos, los bebés cuidados en ambientes separados lloran más y pueden tener más problemas en la lactancia que los bebés que tuvieron alojamiento conjunto con sus madres, mientras que la cantidad y calidad de sueño no varía tanto si el alojamiento es conjunto o separado⁹.

En un artículo publicado por la OMS (1998), cuando se habla de beneficios del alojamiento conjunto, no se puede evitar hablar de su relación con la lactancia materna, ya que es la relación sobre la que se puede encontrar más información y estudios previos¹⁰.

El alojamiento conjunto tiene efectos beneficiosos, tanto para la lactancia como para la relación entre madre e hijo. El efecto sobre la lactancia puede deberse en parte a que el alojamiento conjunto facilita la lactancia a demanda. La lactancia a demanda es difícil cuando el bebé está en una sala cuna, mientras que la restricción de las mamadas es difícil en el alojamiento conjunto¹⁰.

Varios estudios pioneros, prospectivos y retrospectivos, encontraron una fuerte asociación entre el alojamiento conjunto y el aumento de la lactancia materna (McBryde y Durham, 1951; Jackson, Wilkin y Auerbach, 1956; Bloom y cols., 1982; Elander y Lindberg, 1984). Los estudios revelan mayor inclinación hacia una lactancia exclusiva en madres del grupo que mantuvo alojamiento conjunto¹¹.

12,13, 14.

Otra conclusión importante acerca de esta relación se revela en el estudio de Yamauchi y Yamanouchi (1990), encontraron que los recién nacidos con

alojamiento conjunto mamaban con más frecuencia que los de la sala cuna entre los días 2 y 7, y que ganaban más peso cada día. Se recomendaba a las madres en alojamiento conjunto dar pecho a demanda¹⁵.

Las razones por las que aún se prefiere las salas cuna no son significativas, Waldenström y Swenson (1991) estudiaron el efecto de animar a las madres a quedarse con sus bebés por la noche, cuando ya se practicaba el alojamiento conjunto diurno y comprobaron que la presencia del bebé durante la noche no afectó al número de horas de sueño, a su vez Keefe estudió el sueño nocturno de las madres (1988) tampoco encontró diferencias significativas en el número de horas que dormían las madres con alojamiento conjunto versus las madres que dormían solas^{16,17}.

Valderrama y cols (1994) se enfocaron en las madres que son cesareadas y que también deberían iniciar la lactancia lo más rápido posible, pero en estos casos tienen que esperar a que la anestesia epidural acabe el efecto, entonces se hace la comparación del alojamiento conjunto antes de las tres horas y después de las tres horas¹⁸.

Resulta que lleva a un mejor estímulo tanto materno como neonatal ya que en este momento el neonato va a tomar mejor la lactancia materna y la madre una mayor estimulación para mayor secreción de leche para lactar.

La ictericia neonatal permanece como uno de los problemas más comunes en recién nacidos a término durante el periodo neonatal precoz. A pesar de

numerosos artículos acerca de este tema, muchos de los mecanismos por los cuales este cuadro aparece permanecen inexplicables.

Existe un debate del rol del amamantamiento versus la alimentación mediante fórmula en la determinación del número de neonatos con una significativa hiperbilirrubinemia, así como la influencia del pico de concentración sérica de bilirrubina en los primeros días después del nacimiento.

El estudio de Bertini y cols (2001) confirma el rol del ayuno en la patogénesis de la hiperbilirrubinemia neonatal, si bien el amamantamiento per se no está relacionado con el incremento de la frecuencia de la ictericia neonatal, si lo está con los niveles más altos de bilirrubina en una muy pequeña subpoblación especial de neonatos con ictericia. Estos neonatos ante el ayuno o la deshidratación pueden probablemente estar en un mayor riesgo de desarrollar encefalopatía bilirrubínica¹⁹.

Navarro y cols (2008) muestran en su estudio que la principal causa de readmisión de recién nacidos es la hiperbilirrubinemia, la que según su discusión, al no causa de incompatibilidad de grupo ni signos de hemólisis en su mayoría, podría estar relacionada a la lactancia materna, y la segunda causa de readmisión es la mala técnica alimentaria, cuya manifestación clínica fue: fiebre, deshidratación, vómitos y rechazo alimentario, esta deshidratación se dice que podría producir ictericia.

Se recomienda una mejor educación a las madres, que se de lactancia materna exclusiva y que también sede de manera rápida el alojamiento conjunto con la lactancia materna²⁰.

Son conocidos los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el hijo. Un inadecuado inicio del amamantamiento puede generar una excesiva pérdida de peso en los primeros días de vida y puede estar asociada con niveles altos de bilirrubina.

Diferentes hipótesis han sido planteadas para explicar la correlación entre lactancia materna, pérdida de peso excesiva e hiperbilirrubinemia. Un inadecuado inicio del amamantamiento puede reducir la producción de leche causando una reducción del aporte calórico al neonato. Dicha reducción calórica puede determinar un pasaje retardado del meconio, con un consiguiente aumento de la absorción intestinal de bilirrubina, este evento esta correlacionado con un incremento a futuro de los niveles de bilirrubina sérica (hipótesis meconial).

Por lo dicho anteriormente estas observaciones confirman el importante rol que tiene el inadecuado inicio de la lactancia en la patogenia de la hiperbilirrubinemia y la correlación entre disminución del aporte calórico, disminución excesiva de peso e hiperbilirrubinemia.

El estudio de Zuppa y cols (2009) compara dos modelos de alimentación usando la lactancia materna, uno en alojamiento conjunto total y otro en alojamiento

conjunto parcial para evaluar diferencias respecto a pérdida de peso, hiperbilirrubinemia y lactancia materna exclusiva al alta del hospital.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos modelos de alimentación tanto para la pérdida de peso como para la hiperbilirrubinemia, si bien se confirmó que el alojamiento conjunto total (temprano) permite un buen comienzo de la lactancia como ya está descrito en la literatura; se obtuvo neonatos con lactancia exclusiva del 81% en alojamiento conjunto total versus 42.9% en alojamiento conjunto parcial²¹.

En su estudio en niños sanos y a término, Covas y cols (2006) se demostraron que el descenso máximo de peso se da al tercer día y su recuperación aproximada al octavo día y esto se toma como normal (por ser la mayoría).

A los 30 días aproximadamente se recupera el peso y hay una ganancia del 30% del peso inicial y también se ve que los recién nacidos que al nacimiento pesaban menos son los que mayor aumento proporcional de peso que los otros que tenían más peso al nacer. Otro punto que llama la atención es que los niños que nacieron por cesárea tuvieron mayor descenso inicial de peso, una recuperación tardía y un menor incremento al mes.

La mayoría de los niños con lactancia materna exclusiva recuperaron su peso de nacimiento entre el octavo y décimo días, con una curva positiva de incremento de peso a comparación de otros niños que lo hicieron en 13 días

aproximadamente por motivos por ejemplo de ictericia, deshidratación o una mala educación en lactancia materna²².

Bases Teóricas

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Desde que años atrás el nacimiento se trasladó de los hogares a los hospitales, la madre y él bebe son separados en ambientes distintos, la madre debe que esperar horas para poder ver a su hijo y está en muchos casos determinada a los horarios de alimentación. Se pensaba que al estar separados él bebe se encontraba más seguro y la madre descansaba mejor.

Con el paso del tiempo, han sido publicadas numerosas investigaciones promoviendo los beneficios de un contacto piel a piel lo más temprano posible y un amamantamiento también temprano.

El contacto piel a piel, el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva constituyen procedimientos y/o prácticas beneficiosas que deben cumplirse en el puerperio.

El contacto piel a piel entre la madre y el neonato tiene beneficios tanto para el recién nacido como para la madre, entre ellos, reduce el llanto al nacer, mejora la interacción entre la madre y el recién nacido (conductas afectivas, de mantenimiento de la proximidad y de cuidado), mantiene al neonato caliente (la temperatura de un neonato saludable permanecerá en un rango seguro siempre que el contacto piel a piel ventral no sea interrumpido), se producen cambios conductuales en el recién nacido durante y después del contacto piel a piel

(cantidad de llanto y gesticulación, movimientos de flexión), ayuda a las mujeres a dar de lactar con éxito (más probabilidades de lactar, de hacerlo durante más tiempo y maduración de la leche materna), permite reducir enfermedades severas, infección y problemas de lactancia (hiperemia de las mamas, dificultades del recién nacido para prenderse al pecho, lesiones en los pezones).

La aplicación de estas tres actividades parece reducir la morbilidad neonatal severa sin ningún efecto perjudicial reportado. En 2003, la Organización Mundial de la Salud recomendó que los recién nacidos sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad para ventaja materna y neonatal: reduce las infecciones gastrointestinales, demora el regreso de la fertilidad, ayuda a la madre a perder peso y no retarda el crecimiento ni el peso del niño.

Desde 1989 en que la OMS/UNICEF propiciaron el proyecto "Hospital Amigo del Niño" para retomar la cultura del amamantamiento, se reforzó el alojamiento conjunto madre-hijo, si bien se espera que con estas medidas aumenten la frecuencia y duración del amamantamiento, se desconoce en qué magnitud se modificaría la frecuencia de amamantamiento exclusivo en los primeros cuatro meses posnacimiento.

El principal factor que impide el goce de los beneficios del contacto piel a piel, alojamiento conjunto y de la lactancia materna exclusiva, indicados anteriormente, es el desconocimiento de los beneficios por parte del personal de salud a cargo de la atención perinatal. Una adecuada capacitación permitiría que estos pasos

beneficiosos sean incorporados progresiva pero rápidamente en todos los servicios que atienden partos.

LACTANCIA MATERNA

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la humanidad y se considera un componente fundamental en la alimentación infantil, en la que la supervivencia del niño depende exclusivamente de la aplicación de una adecuada lactancia. Se entiende por lactancia materna el proceso de alimentación de la madre a su hijo utilizando la secreción de sus mamas.

Los efectos beneficiosos incluyen aspectos biológicos, nutricionales, inmunológicos y psicológicos, entre otros. En la esfera afectiva la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo con la madre, la adaptación social y un desarrollo psicomotor mejor que los lactantes alimentados con otras fórmulas.

Actualmente se sigue reconociendo la importancia de la lactancia materna en todo el mundo, especialmente en las comunidades que disponen de menos recursos, donde constituye la única forma asequible de alimentar a sus lactantes.

A partir de la década de los años 30 en todos los países se ha observado que conforme es mayor el nivel cultural y la población pasa de rural a urbana, disminuye la alimentación al pecho materno. Múltiples estudios demuestran que ha existido una pérdida paulatina del hábito de la lactancia natural en los países industrializados, y peor aún, en los países subdesarrollados, debido sobre todo a

la gran diversidad de tipos de leche y a sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores socioculturales, constituyendo un hecho biosocial de proyecciones incalculables para el futuro de la humanidad.

La leche humana es un fluido biológico muy completo que contiene agua, su mayor componente, que representa aproximadamente el 90%, carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobulinas), calcio, fósforo, vitaminas, factores de crecimiento y otros elementos como hormonas que hacen de la leche humana el alimento completo para el niño.

Las variaciones normales de la composición de la leche dependen de diversos factores como son la etapa de la lactancia, la hora del día, el momento de la lactada (inicio y fin), el estado nutricional de la madre y las variaciones individuales.

Comparándola con la leche de vaca podemos decir que la leche humana es más digerible para el niño ya que la caseína de ésta tiene la propiedad de formar micelas más pequeñas y blandas, fáciles de digerir, la leche de vaca crea en el niño una mayor carga renal de solutos, en cuanto a sustancias protectoras contra infecciones, la leche de vaca no contiene, en la humana encontramos mayores niveles de hierro, el zinc presente en la leche humana tiene mayores niveles de absorción al igual que el calcio y el fósforo, y la mayoría de las hormonas se encuentran presente en la leche materna, no así en la de vaca.

La alimentación al seno debe ser a libre demanda, día y noche, es decir alimentar cada vez que el niño quiera, sin un horario estricto.

Según declaraciones de la OMS-UNICEF en reunión conjunta sobre la alimentación del lactante y niño pequeño celebrada en Ginebra en 1979, la lactancia materna forma parte integrante del proceso reproductivo, es la forma natural e ideal de alimentar al lactante y constituye una base biológica y la única para el desarrollo del niño, se inicia un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna.

El 1ro de agosto de 1990, en Florencia, Italia se firma la Declaración de Innocenti que llama a emprender las acciones necesarias para beneficiar la práctica de la lactancia materna, hace un llamado a los gobiernos para la aplicación de los "Diez pasos para la lactancia exitosa". En ese mismo año los días 29 y 30 de septiembre se celebró la Cumbre Mundial a favor de la infancia, se reunió en las Naciones Unidas el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del niño, entre sus metas se encuentra la de lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante 4 a 6 meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año de vida.

Los primeros días de agosto aportan gran beneficio a los niños del mundo: desde el año 1990 fue establecida la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

Esta jornada se celebra del 1 al 7 de agosto en la mayoría de los países, aunque en algunos otros tiene lugar durante el mes de octubre, y su objetivo es apoyar los esfuerzos para alcanzar las metas propuestas en la Declaración Innocenti.

Con el nuevo siglo, la Semana Mundial trató sobre La era de la información, para dar conocimiento a las mujeres y en el 2002 el lema fue Madres saludables, bebés saludables.

El lema internacional del año 2003 fue Lactancia Materna en un mundo globalizado, por la paz y la justicia.

La leche materna constituyen la principal fuente de alimento para el niño pequeño, sus ventajas no se reducen a una mejor digestión y menor costo. Hoy se sabe que tiene un incalculable valor inmunológico, incluso se habla de su efecto protector para la aparición de enfermedades cardiovasculares, así como en la prevención de la Diabetes Mellitus tipo 1. Además se señala que ejerce una ligera protección sobre el riesgo de cáncer mamario en las madres.

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos.

La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, reduce la

incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil.

Hoy es un hecho aceptado universalmente que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño reciba durante los primeros 4 a 6 meses de vida lo cual garantiza el alimento ideal para el desarrollo y crecimiento pleno, reduce la morbimortalidad en edades tempranas y disminuye el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez.

En lo que respecta a nuestro país, el Perú presenta, en general, prácticas de lactancia ampliamente distintas a las consideradas óptimas por OPS/ OMS, tales como la no administración del calostro al niño, la suplementación temprana de la leche materna, la lactancia prolongada, entre otros. Estas prácticas están documentadas tanto históricamente como en sus manifestaciones actuales a lo largo del país. Y en muchos casos se añan a otras que aunque no directamente vinculadas con la alimentación del infante, cautelan su salud durante este período.

Entre las prácticas actuales, difundidas tanto en la sierra norte como en el sur andino, encontramos la utilización de un preparado que se le administra al niño con la supuesta finalidad de que éste expulse el meconio; para, luego, dar inicio a la lactancia. Este preparado en el Cuzco recibe el nombre de "paladeo" y se elabora a base de Achicoria. En Huancabamba se le da al niño aceite con miel de palo, con la misma finalidad. En las minorías étnicas de la amazonia peruana existen prácticas similares, pero la finalidad atribuida varía. Entre las minorías de la familia Jíbara, antes que el recién nacido sea amamantado, administran una

medicina preparada con tsimtsimba, una planta fragante, masticada y mezclada con saliva para "fortalecer" al niño. Los niños aguaruna designados como futuros líderes reciben gotas de toé al momento de su nacimiento.

Al parecer no existe una tradición de inicio de la lactancia inmediatamente después del parto. Así, entre los Aymaras, el bebé es lactado por primera vez de 6 a 12 horas a posteriori de éste. En Huancabamba, el inicio de la lactancia se produce a las 24 horas del alumbramiento.

Los datos estadísticos locales nos señalan una tendencia actual a iniciar la lactancia al segundo día de nacido el niño (entre las 24 y 48 horas), independientemente de si el parto fue intrahospitalario o en la vivienda. En las áreas rurales del Cuzco el inicio de la lactancia varía entre el primer y tercer día.

En ciertas regiones del país el calostro es considerado "leche aguada". En el Cuzco, el calostro es visto como "leche inmadura" y en Iquitos se cree que causa diarrea a los niños.

El tiempo de duración de la lactancia en el Perú es según señala la información, el más largo de Latinoamérica, con promedio de 18.3 meses a nivel nacional. El destete se produce alrededor del segundo año de vida del niño, la mayoría de las veces utilizando métodos como untarse ají u otras sustancias aversivas en los pezones o separando al niño de la madre por un tiempo.

En muchos lugares del Perú se considera que el niño que logra lactar por más tiempo es más fuerte, propiciándose la prolongación de la lactancia hasta que se produzca un nuevo embarazo, momento en el cual se desteta inmediatamente al

niño, pues la leche de la mujer embarazada e inclusive el contacto con ella puede hacerle daño.

ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA

Una de las principales razones del abandono de la lactancia materna es la falta de educación de las madres, y del personal de salud, puesto que son los responsables de explicar de forma ordenada y detallada la lactancia materna. Las madres responden que abandonan la lactancia porque piensan que no tienen más leche, porque presentan cambios en las deposiciones, reflujo, deshidratación, grietas en el pezón, etc.

ICTERICIA

La ictericia neonatal permanece como uno de los problemas más comunes en recién nacidos a término durante el periodo neonatal precoz. A pesar de numerosos artículos acerca de este tema, muchos de los mecanismos por los cuales este cuadro aparece permanecen inexplicables.

Existe un debate del rol del amamantamiento versus la alimentación mediante fórmula en la determinación del número de neonatos con una significativa hiperbilirrubinemia, así como la influencia del pico de concentración sérica de bilirrubina en los primeros días después del nacimiento.

Definiciones conceptuales

NEONATO: Recién nacido

A TERMINO: Recién nacido después de las 37 semanas de embarazo pero antes de las 42 semanas.

ADECUADO PESO AL NACER: se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso mayor a los 2500 gramos y menor a los 4000 gramos.

MORBILIDAD NEONATAL: Porción de recién nacidos que enferman, siendo por ejemplo casos como ictericia y/o deshidratación.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: El recién nacido consume únicamente leche materna.

FOTOTERAPIA: Uso de luz para el tratamiento de ictericia neonatal.

ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: cuando se le proporciona otro alimento además de la leche materna, como formulas maternizadas o infusiones.

DESHIDRATACIÓN: cuadro producto del poco aporte de líquidos y/o el mayor consumo.

HOSPITALIZACIÓN: necesidad de ingresar al RN en un centro hospitalario para el tratamiento de alguna morbilidad.

HIPÓTESIS.

Hipótesis principal

El alojamiento conjunto tardío es un factor de riesgo asociado al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva de los neonatos nacidos sanos en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

Hipótesis específicas

1.- El alojamiento conjunto tardío es un factor de riesgo relacionado a la necesidad de fototerapia por ictericia patológica en los neonatos sanos en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

2- El alojamiento conjunto tardío es un factor de riesgo relacionado a la deshidratación mayor al 3% en los neonatos sanos al alta en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

3.- El alojamiento conjunto tardío es un factor de riesgo relacionado con la necesidad de hospitalización de los neonatos sanos al alta en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre agosto y noviembre del 2009.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio analítico, cohorte longitudinal yprospectivo. Se obtuvieron datos de los pacientes, admitidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el servicio de neonatología desde 15 de agosto 2009 – 15 de noviembre 2009.

SUJETOS, UNIVERSO Y MUESTRA

Población de estudio:

Usando el programa stat.ubc.ca, asumiendo que el 10 % de pacientes con alojamiento conjunto precoz abandona la lactancia materna y que un 25% con alojamiento conjunto tardío abandona la lactancia materna, usando una prueba a dos colas, en 95% de confianza y poder de 80 % se obtiene un tamaño muestral de 100 en cada grupo de estudio. Teniendo 188 pacientes en el grupo de alojamiento conjunto tardío y 299 en el grupo de alojamiento conjunto precoz.

Criterios de inclusión:

Neonatos sanos a término nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) de agosto de 2009 a octubre de 2009. El recién nacido a término se definió como el neonato con una edad gestacional al nacer desde las 37 semanas hasta las 41 semanas y 6 días. La edad gestacional se determinó en el HNAL mediante control prenatal, fecha de última regla y/o ecografía del primer trimestre. Y se definió al recién nacido sano como aquel que no requirió hospitalización

según los parámetros del servicio de neonatología antes de haber sido llevado con su madre.

Criterios de exclusión:

Neonatos menores de 37 semanas o mayores de 42 semanas

Neonatos hospitalizados

Neonatos producto de embarazo múltiple

Neonatos con malformaciones congénitas

Neonatos transferidos a otro hospital

Neonatos con depresión respiratoria

Neonatos con Apgar menos de 7

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Estrategias para la realización del trabajo:

El método de recolección de datos es la OBSERVACIÓN.

Se tomaron como muestras los neonatos a término nacidos sanos adecuados para edad gestacional (AEG) nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Usando la ficha de recolección de datos diseñada para el estudio, se recogieron los siguientes datos: Número de HC del recién nacido, fecha y hora de nacimiento, sexo, peso al nacer, pesos al 2° y 3° día de vida y tipo de parto. De igual manera se consignó el nombre, edad, número de cama y teléfono de contacto de la madre.

Se registraron además la hora de inicio del alojamiento conjunto, si requirió o no fototerapia, si pasó o no a hospitalización, y se indagó si abandonó o no la lactancia materna exclusiva a los 7 días, durante el primer control en consultorio, y en caso de no haber asistido al control, se verificó el dato por teléfono.

Se tomó el peso del bebé al 2° y 3° día de nacido, a las 8 a.m., utilizando la misma balanza. Luego se halló el delta de peso en 24 horas, para identificar el porcentaje de deshidratación.

Procesamientos y pruebas de análisis estadísticos:

Se diseñó la base de datos y se realizó el análisis estadístico utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 17. Se empleó la prueba de asociación de variables categóricas χ^2 para determinar la dependencia entre las variables entre sí. Además se realizó el cálculo del RR con sus IC de 95%.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo al ser un estudio observacional no modifica ninguna decisión sobre los pacientes. Y el hecho de necesitar revisión de historias clínicas requerirá las autorizaciones de las autoridades respectivas es por eso que se solicitó la autorización de la dirección de investigación y docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la jefatura del servicio de neonatología, así como la aprobación del presente por parte del comité de evaluación de proyectos de

investigación de la sección de posgrado de la Universidad de San Martín de Porres.

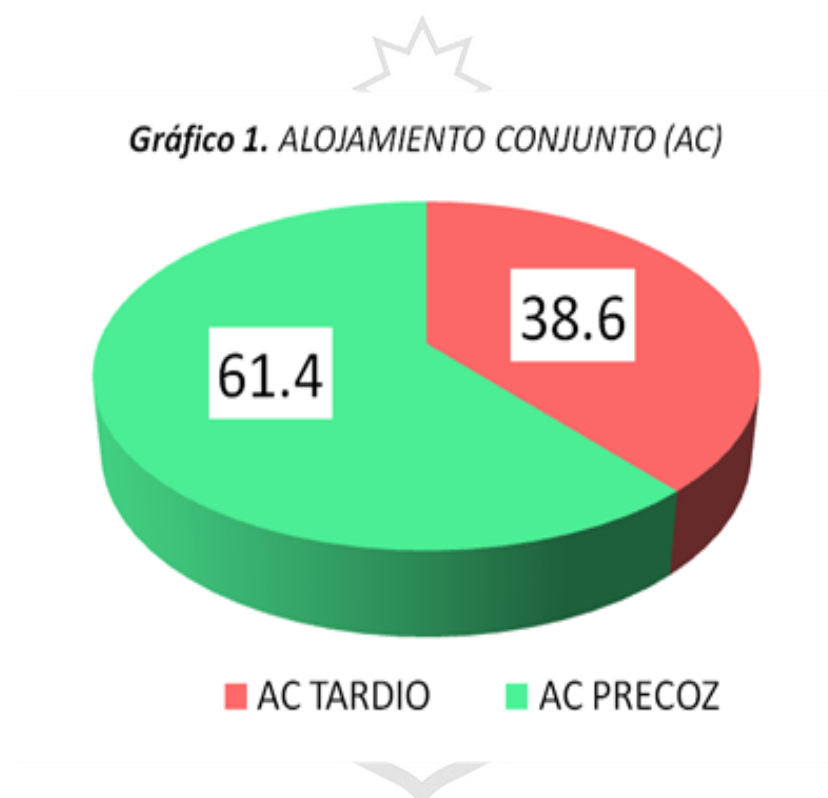
Su desarrollo está enmarcado dentro de las normas de los códigos de ética que siguen las investigaciones realizadas con humanos.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

El 38,6% de los pacientes tuvieron alojamiento conjunto tardío. El promedio de inicio del alojamiento conjunto tardío fue de 645 minutos.

El 61,4% de los pacientes tuvieron alojamiento conjunto precoz. El promedio de inicio de alojamiento conjunto precoz fue de 208 minutos.



ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

El grupo de alojamiento conjunto tardío el tiempo mínimo de paso a alojamiento conjunto fue de 362 minutos, y el máximo fue 1750. Mientras que en el grupo alojamiento conjunto precoz el tiempo mínimo fue de 26 minutos, y el máximo de 360 minutos.

Tabla 1. Tiempo de inicio de alojamiento conjunto por grupos

Tiempo (min)	AC Tardío	AC Precoz
Máximo	1750	360
Mínimo	362	26
Promedio	645.5	208.23

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

El grupo de AC tardío, el 44,1% fueron varones y el 55,1% fueron mujeres; mientras que en el grupo AC precoz el 55,1% fueron varones y el 44,9% fueron mujeres.

Gráfico 2: Distribución de alojamiento conjunto tardío según sexo

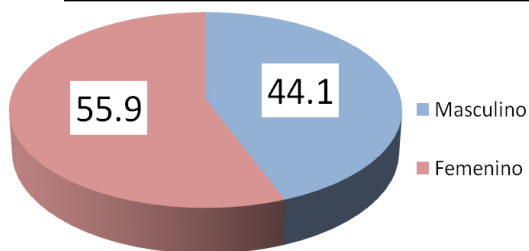
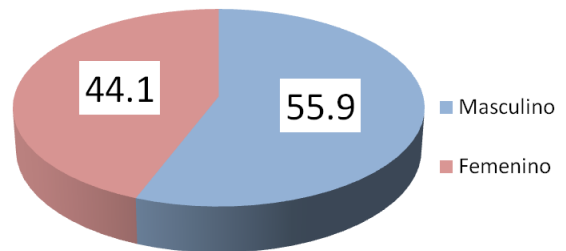


Gráfico 3: distribución de alojamiento precoz según sexo



ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

En el grupo de AC tardío, el mínimo peso al nacer fue 1900g, el máximo 4700g, y el promedio del peso al nacer fue 3354g, mientras que en el grupo alojamiento conjunto precoz el mínimo peso al nacer fue 2180g el máximo 4360g y el promedio fue 3333g.

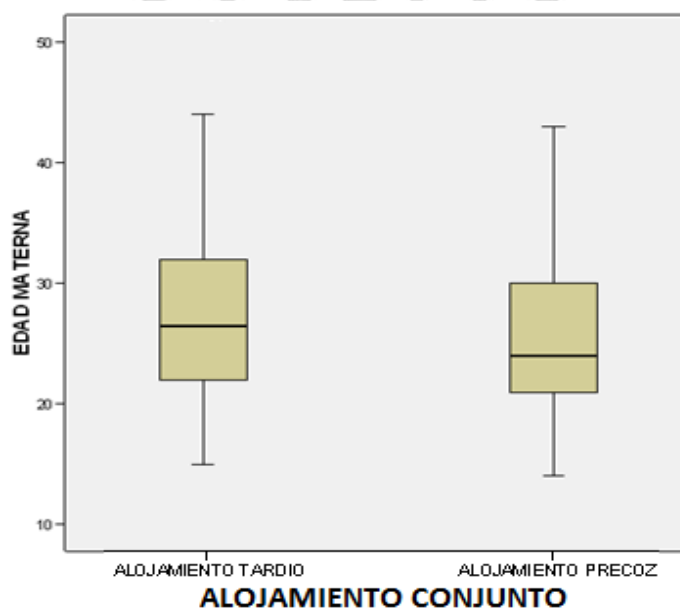
Tabla 2. Distribución de peso según alojamiento conjunto

Pesos (g)	AC Tardío	AC Precoz
Máximo	4700	4360
Mínimo	1900	2180
Promedio	3354.88	3333.62

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

El promedio en la edad materna fue de 25,69 años para el grupo AC tardío, mientras que en el grupo AC precoz fue de 27,35 años.

Gráfico 4. Edad Materna según alojamiento conjunto



ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

En referencia al tipo de parto; en el grupo de alojamiento conjunto tardío, en el 73,9% la vía fue cesárea, y en el 26,1% la vía fue vaginal. En el grupo de alojamiento conjunto precoz, en el 12,4% la vía fue cesárea y en el 87,6% la vía fue vaginal.

Tabla 3. Alojamiento conjunto tardío según tipo de parto

	N	%
Cesárea	139	73.9
Vaginal	49	26.1
Total	188	100

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS

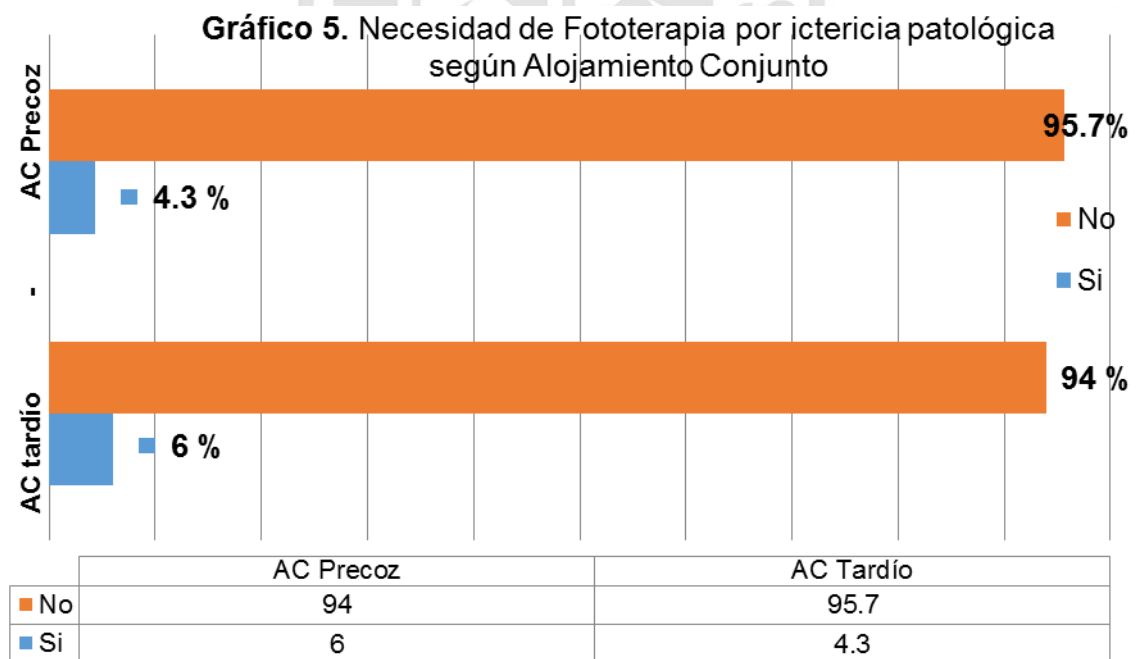
SANOS – HAL 2009

Tabla 4. Alojamiento conjunto precoz según tipo de parto

	N	%
Cesárea	37	12.4
Vaginal	262	87.6
Total	188	100

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

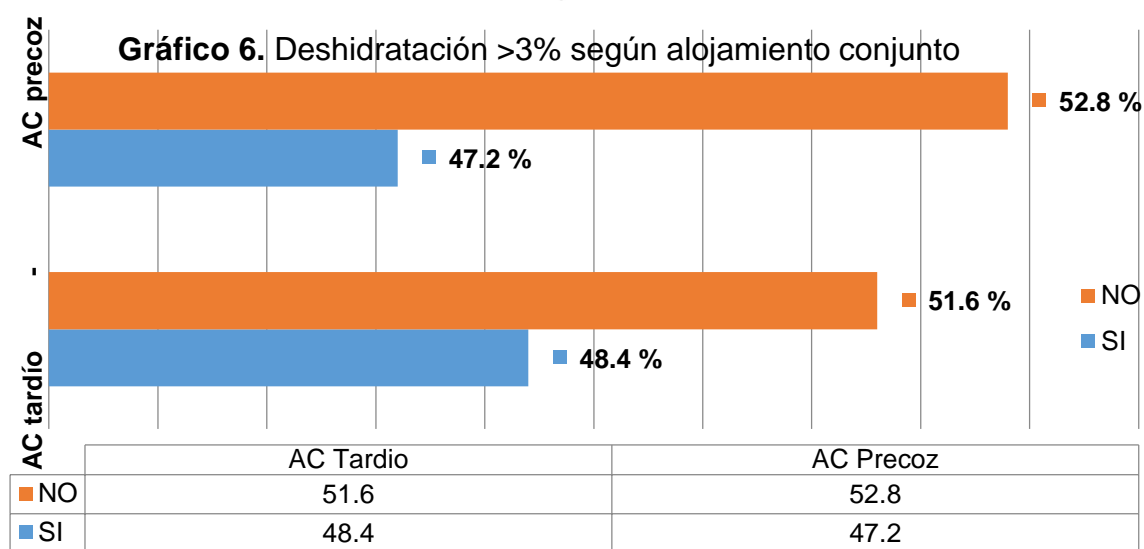
Con respecto a las morbilidades, en el grupo de alojamiento conjunto tardío el 4,3% presentó ictericia patológica que necesitó fototerapia, mientras que el 95,7% no. En el grupo de alojamiento conjunto precoz, el 6% presentó ictericia patológica que necesitó fototerapia, mientras que el 94% no requirió fototerapia.



Título del eje

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

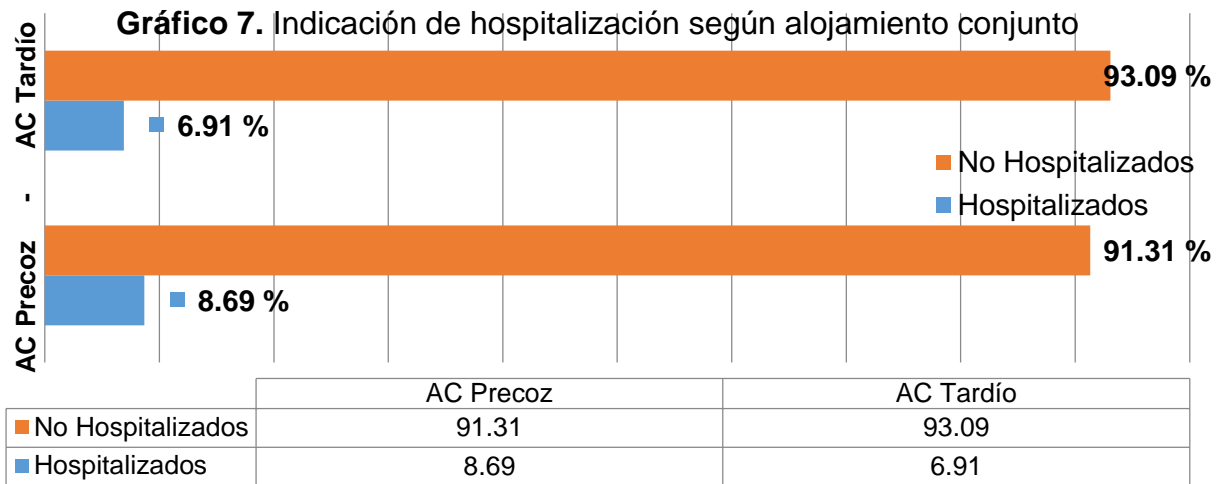
En el grupo de alojamiento conjunto Tardío, el 48,41% tuvo una deshidratación mayor al 3%, mientras que el 51,59% tuvo una deshidratación menor al 3%. En el grupo alojamiento conjunto precoz, el 47,15% tuvo una deshidratación mayor al 3%, mientras que el 52,84% tuvo una deshidratación menor al 3%.



Título del eje

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

Con respecto a la hospitalización, en el grupo de alojamiento conjunto tardío, el 6,91% fue hospitalizado, mientras que en el grupo alojamiento conjunto precoz el 8,69% fue hospitalizado.



Título del eje

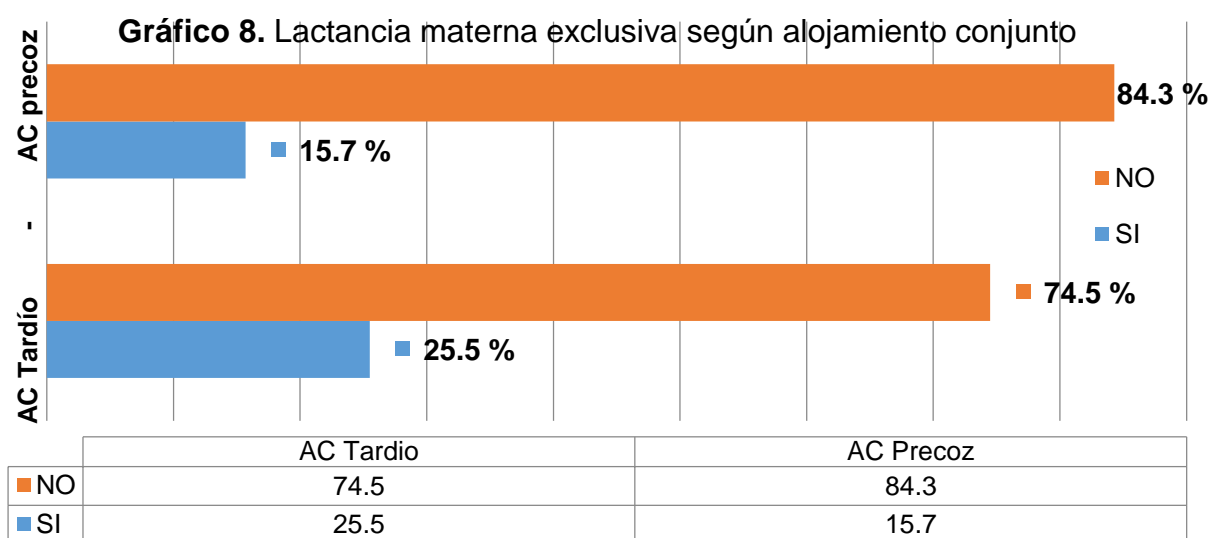
ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

Con respecto al abandono de la lactancia materna exclusiva, en el grupo de alojamiento conjunto tardío, el 25,5% abandonó la lactancia materna exclusiva a los 7 días de vida, mientras que en el alojamiento conjunto precoz, fue de un 15,7%.

Tabla 5. Abandono de lactancia materna exclusiva a los 7 días según alojamiento conjunto

	Si	No	Total
AC Tardío	48	140	188
AC Precoz	47	252	299
Total	95	392	487

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009



Título del eje

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDÍO Y MORBILIDAD EN NEONATOS SANOS – HAL 2009

CAPITULO IV:DISCUSIÓN

Discusión:

En el presente estudio se trató de determinar la relación existente entre el alojamiento conjunto tardío (>6 horas) y cuatro morbilidades previamente definidas.

Se evaluaron 487 pacientes como muestra total, a los cuales se les hizo seguimiento. Del total de pacientes incluidos en el trabajo 188 pacientes iniciaron el alojamiento conjunto después de las 6 horas de vida con un promedio de 645 minutos (grupo de casos) y 299 pacientes iniciaron el alojamiento conjunto dentro de las primeras 6 horas de vida con un promedio de 208 minutos (grupo control). Al no contar con estudios similares previos, establecimos como punto de corte las 6 horas de vida porque fue la media de tiempo de paso a alojamiento conjunto hallada en toda la muestra.

Cuando se analizó la hipótesis: “el alojamiento conjunto tardío incrementa el riesgo de necesitar fototerapia”, se encontró un χ^2 de 0.71 con una p de 0.39 denotándose la falta de asociación entre estas variables. Sin embargo se halló cierto factor protector en los pacientes que inician alojamiento conjunto tardío aunque estadísticamente es no significativo (n=08/188 vs 18/299; RR, 0.71; intervalo de confianza al 95% [IC], 0.31-1.59; $p < 0.05$), pudiéndose deber a que estos bebés en las primeras tomas reciben fórmula, pues no pueden estar sin

recibir leche más de seis horas, y la administración de fórmula evitaría la aparición de ictericia por lactancia materna.

En cuanto a si el alojamiento conjunto tardío incrementa el riesgo de deshidratación (>3%), se calculó para esta hipótesis un χ^2 de 0.72 con una p de 0.79, no habiendo asociación entre dichas variables ni diferencia entre los dos grupos en cuanto al riesgo de presentar esta morbilidad (n=91/188 vs 141/299; RR, 1.03; intervalo de confianza al 95% [IC], 0.85-1.24; p<0.05). Con respecto al Alojamiento Conjunto Tardío y Hospitalización se calculó un χ^2 de 0.49 con una p de 0.48 encontrándose que las variables son independientes entre sí y por ende no existe asociación. Es de resaltar la existencia de cierto factor protector que otorga el alojamiento conjunto tardío, aunque estadísticamente no significativo (n=13/188 vs 26/299; RR, 0.79; intervalo de confianza al 95% [IC], 0.42-1.50; p<0.05), hecho que guardaría relación con que estos bebés (al igual que en el caso de alojamiento conjunto tardío vs fototerapia) reciben fórmula en sus primeras tomas y eso reduciría su riesgo de padecer ictericia fisiológica, ser usuarios de fototerapia y por consiguiente hospitalizarse. Teniendo en cuenta que la principal causa de hospitalización neonatal en el grupo estudiado, que sólo incluye neonatos sanos, es ictericia.

En la evaluación de las variables alojamiento conjunto tardío vs abandono de la lactancia materna exclusiva se obtuvo un χ^2 de 7.08 con una p<0.05 demostrando que hay asociación entre dichas variables. Adicionalmente el alojamiento conjunto tardío incrementó significativamente el riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva en un 60% (n=48/188 vs 47/299; RR, 1.62; intervalo de confianza al 95% [IC], 1.14-2.32; p<0.05).

Estos hallazgos en mi estudio se comparan con el estudio publicado por la OMS que demuestran que cuando una madre lacta pronto y con frecuencia, aproximadamente 9.9 veces al día, en las primeras 2 semanas, su producción de leche es mayor, su bebe gana más peso y la madre continua dando de lactar por más tiempo²³.

Kapil U, plantea el concepto actual de alojamiento conjunto no se limita al simple contacto madre hijo, sino que lleva implícita la información sobre los beneficios del amamantamiento y la asesoría para que la madre lo inicie, lo cual nos lleva a reflexionar sobre la importancia de tener un alojamiento lo más precoz posible²⁴.

No podemos dejar de mencionar la posibilidad de sesgos, principalmente al no haber dividido la población estudiada en subgrupos según tipo de parto, ya que las cesáreas condicionan un mayor tiempo de recuperación de la madre y por ende la imposibilidad de recibir al recién nacido con prontitud. A pesar de esto, la investigación demostró que el alojamiento conjunto tardío influye en el abandono de la lactancia materna, independientemente del tipo de parto.

Al comparar con estudios pioneros, prospectivos y retrospectivos, en los que se encontraron una fuerte asociación entre el alojamiento conjunto y el aumento de la lactancia materna (McBryde y Durham, 1951; Jackson, Wilkin y Auerbach, 1956; Bloom y cols., 1982; Elander y Lindberg, 1984). Los cuales revelan mayor inclinación hacia una lactancia exclusiva en madres del grupo que mantuvo alojamiento conjunto.

En estudios más recientes como Bystrova y cols, en su estudio “EarlyContact versus Separation: EffectsonMother – InfantInteractionOneYearLater” (2009); concluyeron que la práctica del contacto piel a piel y/o el amamantamiento, durante las 2 primeras horas luego del nacimiento afectan de manera positiva la relación madre-hijo dando lugar a un involucramiento afectivo positivo con el neonato por parte de la madre. A la vez el neonato presenta un incremento de conductas positivas asociadas a esta interacción como el sonreír, reírse más a menudo y llorar menos⁶.

Otro trabajo que comprobó la influencia del alojamiento conjunto madre-hijo, en la frecuencia de lactancia materna exclusiva, desde el nacimiento hasta los cuatro meses de vida fue el de Flores Huerta quien concluyó que el alojamiento conjunto si favorece la lactancia materna exclusiva²⁵.

Crenshaw J y cols, “No Separation of Mother and Baby, withUnlimitedOpportunitiesforBreastfeeding” (2004); mostraron que es mejor tanto para las madres como los bebés, estar juntos después del nacimiento. Entre los puntos clave de esta afirmación está el hecho que las madres y los neonatos comparten un instinto natural por estar juntos, el sostener al bebé piel a piel tiene múltiples beneficios como estimular y hacer más fácil la lactancia materna, afirmar lazos y ayuda al bebé a estar tibio y llorar menos, los bebés cuidados en ambientes separados lloran más y pueden tener más problemas en la lactancia que los bebés que tuvieron alojamiento conjunto con sus madres, mientras que la

cantidad y calidad de sueño no varía tanto si el alojamiento es conjunto o separado⁹.

En un artículo publicado por la OMS, “Pruebas Científicas de los Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural” (1998); cuando se habla de beneficios del alojamiento conjunto, no se puede evitar hablar de su relación con la lactancia materna, ya que es la relación sobre la que se puede encontrar más información y estudios previos¹⁰.

Valderrama y cols, “Influencia del Alojamiento Conjunto Precoz en la Lactancia Humana en Madres Cesareadas” (1994); se enfocaron en las madres que son cesareadas y que también deberían iniciar la lactancia lo más rápido posible, pero en estos casos tienen que esperar a que la anestesia epidural acabe el efecto, entonces se hace la comparación del alojamiento conjunto antes de las tres horas y después de las tres horas¹⁸.

Entonces, al igual que los estudios previos, en el nuestro, el resultado más importante fue la asociación del alojamiento conjunto tardío con el abandono de la lactancia materna a pesar de la modalidad de culminación de la gestación, mientras que en las variables hospitalización y deshidratación no se encontró asociación significativa.

Debe profundizarse la investigación con futuros trabajos utilizando mayores muestras, diferenciando poblaciones según el tipo de parto o regulando el uso de la fórmula maternizada en las primeras horas de vida, para hallar alguna relación del alojamiento conjunto tardío con estas variables.

CONCLUSIONES

- El alojamiento conjunto tardío es un factor de riesgo probable para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Aumenta hasta en un 60% la posibilidad de abandonar la lactancia materna exclusiva a los 7 días.
- La cesárea es el factor que se asoció más con el alojamiento conjunto tardío.
- No existe asociación significativa entre el alojamiento conjunto tardío y la necesidad de fototerapia.
- No existe asociación significativa entre el alojamiento conjunto tardío y la hospitalización de neonatos sanos.
- No existe asociación significativa entre el alojamiento conjunto tardío y el estado de deshidratación mayor al 3% en neonatos sanos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda evitar el alojamiento conjunto tardío en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, habiendo demostrado que es un factor de riesgo para el abandono de lactancia materna exclusiva.
- Se recomienda establecer un ambiente de puerperio inmediato en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde se pueda iniciar el alojamiento conjunto precoz.
- Se recomienda establecer charlas dirigidas a las madres para incentivar la lactancia materna exclusiva y el no abandono de la misma.
- Se recomienda contar con personal disponible en el servicio de neonatología del Hospital Arzobispo Loayza para movilización y cuidado del recién nacido. Poniendo énfasis en el pase precoz al alojamiento conjunto del menor.

BIBLIOGRAFÍA

1. República del Perú. Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2000. Lima, Perú. Mayo del 2001.
2. República del Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. ICA. Mayo del 2001.
3. Cisneros IE, Flores S, Rosas MC. Alojamiento conjunto madre-hijo e inicio de amamantamiento, en un hospital de tercer nivel de atención. *Salud Pública Mex* 1998; 37:424-429.
4. Dimond HJ, Ashwort A. Infant feeding practices in Kenya, México and Malaysia. The rarity of the exclusively breast-fed infant. *Hum Nutr Appl Nutr* 1999; 41A:51-64
5. Vadespino JL, Gomez H, Garnica ME, Lam N, Herrera MC. Encuesta Nacional de Salud 1986. Patrones de lactancia y ablactación en México. *Salud Pública Mex* 1998; 31:725-734.
6. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, *et al.* Early Contact versus Separation: Effects on Mother – Infant Interaction One Year Later. *BIRTH* Junio 2009; 36: 97 – 109.
7. Rivara Dávila G, Rivara Dávila P. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peruana de Pediatría* 2007; 60: 3

8. Bárcenas GC. Programa Madre Canguro, Medicina Basada en la Evidencia. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia 2003; 51:80-86.
9. Crenshaw J, Klaus P, Klaus M. Care Practice #6: No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. The Journal of Perinatal Education. Summer 2007; 16: 3.
10. OPS/OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/, 1998; 98: 9- 527.
11. McBryde y Durham NC, compulsivly rooming-in on the Ward and private newborn service at Duke Hospital. Journal of the American Medical Asociation 1951, 145 (9): 625- 628
12. Jackson EB, Wikin LC, Auerbach H. Statistical report on incidence and duration of breast-feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors. Pediatrics, 1956; 17 (5); 700-715.
13. Bloom K *et al.* //Factors affecting the continuanceof breast-feeding. ActaPaediatricaScandinavica, 1982, suppl 300: 9-14.
14. Elander G, Limdberg T. Short mother-infant separation during first week of life influence the duration of breastfeeding. ActaPaediatricaScandinavica, 1984; 73: 237-240.
15. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. Pediatrics, 1990; 86(2): 171-175.
16. Waldenström U, Swenson A. Rooming-in at night in the portpartum Ward. Midwifery, 1991; 7: 82-89.

17. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing, 1988; March- April: 122-126.
18. Valderrama A, Bueno M. Influencia del alojamiento conjunto precoz en la lactancia humana en madres cesareadas. Estudio randomizado. Hospital regional del Cusco. 1994. Paediatrica 2001; 4(1): 6 – 9.
19. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli F. Is Breastfeeding Really Favoring Early Neonatal Jaundice? PEDIATRICS March 2001; 107 (3).
20. Navarro, E, Mendieta, E, Mir, R. Hospital readmissions in newborns released from joint lodging to home. Revista Boliviana de Pediatría, Jan. 2008; 47 (1), Pg.46-52.
21. Zuppa AA, Sindico P, Antichi E, Carducci C, Alighieri G, Cardiello V, Cota F, Romagnoli C. Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming-in. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009; 12: 1-5.
22. Covas M, Alda E, Ventura S, Braunstein S, Serralunga G, Yañez L. Variación del peso durante el primer mes de vida en recién nacidos de término sanos con lactancia materna exclusiva. Revista Argentina de Pediatría 2006; 104(5): 405 - 399.
23. OMS. Informe del Coloquio Científico La lactancia Materna en el Perú: estado actual y proyecciones Lima- Perú, 1999.
24. Kapil U, Kaul S, Vohra G, Chaturverdi S. Breast-feeding practices amongst mothers having undergone cesarean section. Indian Pediatr 2001; 29: 222-224.
25. Flores S, Cisneros I. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. Salud Pública Mex 1998; 39 (2): 11.

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente:

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Codificación final	Instrumento
Abandono de la lactancia materna exclusiva	Cualitativa categórica	Nominal	Aporte de fórmulas, agua o infusiones además de la lactancia materna	Se abandona la lactancia materna exclusiva a los 7 días de vida, sí o no	Se expresa con Sí abandona lactancia materna exclusiva No abandona la lactancia materna exclusiva	1 = Sí 2 = No	Historia Clínica
Ictericia patológica (requiere fototerapia)	Cualitativa categórica	Nominal	Quando el RN presenta ictericia con indicación clínica o bioquímica de tto con fototerapia.	Presenta ictericia clínica hasta muslos y/o valores bioquímicos en rangos de fototerapia según tabla American Academy of Pediatrics; Si o NO	Se expresa con Sí hay ictericia patológica No hay ictericia patológica	1 = Sí 2 = No	Historia Clínica
Deshidratación mayor al 3%	Cualitativa	Nominal	La pérdida de peso del RN en comparación con el peso al nacimiento.	Presenta deshidratación > 3%, medido por variación de peso: Sí o No	Se expresa con Sí hay deshidratación No hay deshidratación	1 = Sí 2 = No	Historia clínica
Necesidad de hospitalización	Cualitativa	Nominal	Necesidad de ingreso del RN a un centro hospitalario para el tratamiento de alguna morbilidad.	Indicación Médica de hospitalización: Sí o No	Se expresa con Sí se hospitalizó No se hospitalizó	1 = Sí 2 = No	Historia Clínica

Variable independiente: alojamiento conjunto precoz – tardío

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Codificación final	Instrumento
Alojamiento conjunto	Cualitativa categórica	Nominal	Tiempo que demora el RN en pasar de Cuidados Inmediatos a la misma habitación de su madre.	Indica las horas que demanda el pase a la habitación de la madre	Se expresa como precoz < de 6 horas o tardío > de 6 horas	<6hrs = precoz >6hrs = tardío	Historia clínica

Variable interviniente: sexo

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Codificación final	Puntuación final
Sexo del RN	Cualitativa categórica	Nominal	El conjunto de características de estructura reproductiva, las funciones, el fenotipo y el genotipo, diferenciando el organismo masculino del organismo femenino.	Indica el sexo del RN.	Se expresa como femenino o masculino	F = Femenino M = Masculino	0 1
Tipo de parto	Cualitativa	Nominal	Tipo de parto pudiendo ser cesárea o parto vaginal.	Indica cómo termina el parto	Se expresa como Vaginal o Cesárea	C = Cesárea V = vaginal	0 1
Edad Materna	Cuantitativa		Edad de la madre en el momento del parto	Indica el rango de edad de la madre	Se expresa en números su edad.		



ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HISTORIA CLÍNICA: _____

Nombre de la madre:

Edad: _____ Teléfono de contacto: _____

Fecha del Nacimiento: _____ Hora: _____

Peso: _____ Sexo: F M Tipo de Parto: _____

1) Hora de Inicio del alojamiento conjunto: _____ Horas _____
Minutos _____

2) Lactancia Materna Exclusiva a los 7 días:

Sigue dando de lactar Sí _____ NO _____

Se agregó fórmula u otros: Sí _____ NO _____

3) Necesitó Fototerapia Sí _____ NO _____

4) Peso: Al 2do día: _____ Hora: _____ ÷ Peso _____

Al 3er día: _____ Hora: _____ ÷ Peso _____

5) Hospitalización del RN: Sí _____ NO _____