



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNOINFANTIL



**¿CÓMO ACTÚA EL TRATAMIENTO CON
FRÍO EN PUÉRPERAS CON
DIAGNÓSTICO DE INGURGITACIÓN
MAMARIA, EN EL SANATORIO CANZANI,
EN EL PERÍODO DE TIEMPO
COMPENDIDO ENTRE EL 11/04/05 AL
14/06/05?**

AUTORES:

Br. Hernández, Verónica
Br. Labrea, Claudia
Br. Martinelli, Vilna
Br. Santos, Virginia

TUTORES:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2005

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a la Dirección del sanatorio Canzani, por la oportunidad de llevar a cabo la investigación realizada, así también a la Licenciada en enfermería Alicia Pérez, quien trabaja en dicha institución por la participación activa en este trabajo.

Nuestra gratitud igualmente a la Licenciada en enfermería Mercedes Pérez, directora de la cátedra Materno Infantil, facultad de enfermería quien nos orientó en ésta experiencia.

De igual forma deseamos dar un especial reconocimiento a las usuarias del sanatorio por su disponibilidad para formar parte de la población en la investigación realizada.

Finalmente, expresar nuestro agradecimiento a nuestras familias y amistades por su apoyo y comprensión por el tiempo que no les dimos por estar preparando este trabajo de investigación.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 4
Introducción.....	Pág. 5
Problema.....	Pág. 6
Objetivos.....	Pág. 6
Fundamentación.....	Pág. 7
Marco Teórico.....	Pág. 10
Diseño Metodológico.....	Pág. 23
Tablas y Gráficos.....	Pág. 29
Análisis.....	Pág. 36
Conclusiones.....	Pág. 37
Comentarios y Sugerencias.....	Pág. 38
Bibliografía.....	Pág. 39
Anexos:	
Anexo 1: Protocolo de Investigación.....	Pág. 42
Anexo 2: Instrumento.....	Pág. 84

RESUMEN

Esta investigación tiene como propósito conocer como actúa el tratamiento con frío en púerperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el sanatorio Canzani, en el período de tiempo comprendido entre el 11/04/05 al 14/06/05. La misma cuenta con un objetivo general que es conocer la evolución posterior a la aplicación del tratamiento con frío en púerperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, y como objetivos específicos: identificar algunos factores en la aparición de esta afección y determinar los cambios que se presentan con la aplicación del tratamiento mencionado.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, retro-prospectivo, descriptivo y longitudinal.

La muestra fue constituida por todas las usuarias que se encontraban internadas en dicha institución (ingresos o reingresos) con diagnóstico de ingurgitación mamaria en cualquier etapa del puerperio y que no hallan tenido contraindicada la lactancia materna, (la muestra se corresponde con el universo, siendo un total de 20 púerperas).

Con el fin de recolectar los datos se elaboró un instrumento, el cual fue aplicado en cuatro oportunidades: previo a la aplicación del tratamiento, inmediatamente a la aplicación del mismo, a las 24 y 48 horas posteriores.

Al analizar los datos recolectados en esta investigación, se valoró que en la mayoría de la población estudiada desaparecieron los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria, mientras que en un menor porcentaje continuó con turgencia como único signo valorado, no obstante se obtuvieron cambios positivos en la totalidad de la muestra.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha sido realizado por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería cursando 4º ciclo, I módulo. El mismo se realizó bajo la supervisión de la cátedra Materno Infantil, Facultad de enfermería, en el período de tiempo comprendido entre el 28/05/2004 y el 15/10/2005. La recolección de datos fue llevada a cabo en el Sanatorio Cansan, en un período de tiempo de 65 días (11/04 al 14/06/05), en el cual se logró estudiar un total de 20 usuarias.

La investigación tiene como propósito conocer como actúa el tratamiento con frío en púerperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria.

Consideramos importante realizar esta investigación para prevenir las complicaciones que causa la ingurgitación mamaria, como son la mastitis y el riesgo de destete precoz. Las mismas pueden prevenirse a través de la aplicación de un tratamiento en forma oportuna y eficaz, contribuyendo de esta manera al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. La práctica de dicho tratamiento forma parte del área independiente de enfermería, lo que contribuye a la autonomía de la profesión, ampliando el accionar de la disciplina enfermera. A su vez cabe destacar que no existen criterios unificados, ni protocolos sobre el tratamiento de ésta afección.

Además de lo anteriormente expuesto, resaltamos que se realizó una revisión bibliográfica extensa; en las fuentes revisadas el fundamento del por qué de la aplicación de calor ó frío es insuficiente, no obteniéndose más información que la expuesta en el marco teórico.

En cuanto a los resultados obtenidos, los mismos fueron positivos en la totalidad de la población estudiada, por lo tanto al aplicar éste tratamiento estaríamos beneficiando al binomio madre-hijo en forma directa, e indirecta a la familia, instituciones y comunidad. Esto determina una mejoría en la calidad de vida de la población así como una reducción en materia de costos para los sistemas de salud.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cómo actúa el tratamiento con frío en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani, Unidad de Perinatología; en el período de tiempo comprendido entre el 11/04 y el 14/06 de 2005?

OBJETIVO GENERAL:

- o Conocer la evolución, posterior a la aplicación del tratamiento con frío, en usuarias puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria que se encuentran internadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- o Identificar algunos factores que influyan en la aparición de la ingurgitación mamaria.
- o Determinar los cambios que se presentan en la ingurgitación mamaria, con la aplicación del tratamiento con frío.

FUNDAMENACIÓN

Consideramos importante el desarrollo del tema de la ingurgitación mamaria, dado las complicaciones que ésta puede provocar como son la aparición de mastitis y el riesgo de destete precoz, lo que implicaría la sustitución de la lactancia materna exclusiva por otro tipo de alimentación. Dichas complicaciones pueden prevenirse a través de la aplicación del tratamiento oportuno y eficaz de la ingurgitación mamaria, contribuyendo de esta manera al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva son:

o **Para el niño:** una nutrición adecuada, protección inmunológica, fácil digestibilidad, crecimiento y desarrollo óptimo, desarrollo intelectual, organización sensorial, patrones afectivos y emocionales adecuados, entre otros.

o **Para la madre:** retracción del útero, recuperación del peso, establecimiento del apego, satisfacción emocional, etc.

o **Para la familia:** refuerzo de lazos afectivos, familiares, prevención del maltrato infantil, espaciamiento de los nacimientos.

o **Para la sociedad:** podemos destacar la disminución de la morbi-mortalidad infantil, ya que si todas las madres del mundo amamantarán a sus hijos hasta los seis meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente. En relación a los costos se conoce que la lactancia materna ahorra cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leche de vaca o de fórmula, mamaderas, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad, atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesite atender al niño enfermo. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los seis meses el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales. La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable, ya que no desperdicia recursos naturales, ni crea contaminación.

Estos beneficios se valoran fácilmente en madres que amamantan sin dificultades, de presentar ingurgitación mamaria, las mismas se verían afectadas en diferentes grados.

Se entiende por ingurgitación mamaria a una inflamación que se da como respuesta de la mama ante los cambios súbitos de las hormonas y a un aumento del volumen de leche, reteniéndose esta en los alvéolos a causa del insuficiente vaciamiento de la mama por una succión escasa o infrecuente.

Las mamas ingurgitadas tendrán un aspecto turgente, tenso y doloroso. El pezón se puede retener dentro del pecho congestionado, complicando que el lactante se prenda al mismo.

La ingurgitación asigna molestias intensas en las mamas que dificultan el logro del flujo de leche, surgen problemas de la adaptación precisa de la boca del niño a la mama, presenta dolor en los pezones y es escasa la

transferencia de la leche al hijo, lo que produce una desconfianza de la madre en su capacidad de amamantar, y un riesgo para el vínculo madre-hijo.

En unos días puede disminuir la producción de leche, de evolucionar negativamente favorecerá la aparición de mastitis. Esta se define como un proceso infeccioso que rodea un lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente es una solución de continuidad de la piel del pezón (grieta) de presentarse ésta, traerá como consecuencias:

- o destete precoz y sus desventajas,
- o aumento de costos sanitarios por:
 - mayor tiempo de estadía de internación,
 - utilización de recursos humanos calificados,
 - aumento de recursos materiales de uso y de consumo, entre otros.

El objetivo de nuestra investigación es conocer la evolución de la ingurgitación mamaria, posterior a la aplicación del tratamiento con frío en usuarias púerperas con éste diagnóstico, el mismo logra aliviar el dolor como la inflamación, ablandando la areola lo suficiente para que el recién nacido haga la toma efectiva; por lo tanto al disminuir la inflamación también se reduce la presión sobre los conductos y se promueve el flujo de la leche.

El tratamiento, consiste en la aplicación de compresas frías en la zona ingurgitada de la mama, por un tiempo aproximado de cinco minutos, este procedimiento se continúa con la realización de masajes y luego la extracción manual de leche. Este tratamiento se debe acompañar con una correcta técnica y frecuencia adecuada de amamantamiento para lograr la eficacia del mismo.

Existen además, otros tratamientos como son la aplicación de calor, hojas de col frías, etc.; de las cuales no se obtuvieron resultados fiables.

Es importante resaltar que se realizó una revisión bibliográfica extensa, no obteniéndose más información sobre el tema que la expuesta en marco teórico, destacando que en las fuentes revisadas, el fundamento del por qué de la aplicación de calor o de frío es insuficiente. El uso de cada uno de los tratamientos en los servicios es de acuerdo al criterio del equipo de salud, por lo cual consideramos de real importancia el tema a investigar, ya que no existen criterios unificados ni protocolos sobre los diferentes tratamientos.

Este tratamiento es llevado a cabo por la Licenciada en Enfermería Alicia Pérez, que trabaja en el servicio donde se realizó esta investigación, la misma es quien posee los conocimientos y habilidades necesarias para detectar mediante la valoración, la presencia de ingurgitación mamaria y actuar sobre ella en forma oportuna y eficaz, brindando cuidados a las usuarias de forma integral, continua e individualizada. Según refiere la Licenciada el tratamiento ha sido positivo en la gran mayoría de las usuarias a las que se les aplicó el mismo.

Es importante destacar, que los resultados observados fueron favorables, beneficiando de esta manera a la población objetivo (binomio madre-hijo) en forma directa, e indirectamente a la familia, instituciones y comunidad, lo que determina una mejoría en la calidad de vida de la población así como una reducción en materia de costos para los sistemas de salud.

La aplicación de este tratamiento forma parte del área independiente de enfermería, lo que contribuye a la autonomía de la profesión, ampliando el accionar de la disciplina.

Se reconoce la necesidad de buscar y/o lograr una transformación en el tratamiento de la ingurgitación mamaria y prevención de complicaciones, abordando el problema en forma oportuna y eficaz.

MARCO TEÓRICO

INGURGITACIÓN MAMARIA

Definición:

▫ **Ingurgitación mamaria:** Es una inflamación que se da como respuesta de la mama ante los cambios súbitos de las hormonas y a un aumento del volumen de leche, reteniéndose ésta en los alvéolos a causa del insuficiente vaciamiento de la mama.

Las mamas ingurgitadas tendrán un aspecto turgente, tenso y doloroso. El pezón se puede retener dentro del pecho congestionado, complicando que el lactante se prenda al mismo.

Fisiopatología

La ingurgitación mamaria es la consecuencia del insuficiente vaciamiento de los alvéolos debido a una succión escasa ó infrecuente. La acumulación de leche en el alvéolo determina la compresión del tejido circundante, produciendo éstasis linfo-vascular y edema.

Con los residuos de leche puede producirse la obstrucción de los conductos y causar predisposición a mastitis ó abscesos mamarios. Si el lactante no puede succionar lo suficiente como para vaciar la mama, entonces debe quitarse la leche de la mama en forma manual ó con una bomba. Los pezones irritados se originan por ese agarre escaso, debido a una postura inadecuada, una mala colocación de la lengua ó la tracción sobre el pezón.

El mejor tratamiento de la ingurgitación mamaria es la prevención.

La ingurgitación mamaria se clasifica en:

Congestión primaria: esta se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes. La prevención consiste en usar una buena técnica de amamantamiento y dar de mamar con una frecuencia adecuada.

El vaciamiento efectivo, idealmente por el niño, es el tratamiento mas adecuado.

Congestión secundaria: además de la acumulación de leche, se presenta edema de intersticio de la glándula mamaria, que en casos extremos lleva a obliterar los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes, y en algunas ocasiones, enrojecidas.

Tradicionalmente se ha usado el calor para tratar la congestión por que se pensaba que esta se originaba en la ausencia de la subida de leche. No obstante hoy en día se sabe que el problema primario no es una ausencia del reflejo de eyección sino mas bien una inflamación del tejido mamario que

oprime los conductos, los cierra y evita así el flujo de la leche. Debido a que el calor incrementa el paso de la sangre, su aplicación en un área de por sí congestionada por lo general es contraproducente.

El tratamiento se centra en hacer que la madre se sienta cómoda para que pueda seguir amamantando y se estimule la producción de leche al mismo tiempo que alimenta al lactante. Al principio las compresas frías pueden ayudar a reducir la inflamación y el dolor, y puede ablandar la areola lo suficiente para que el bebé haga la toma efectiva. Al disminuir la inflamación también se reduce la presión sobre los conductos y se promueve el flujo de la leche. Las compresas calientes agravan la inflamación. Es importante mantener el drenaje durante este periodo de ingurgitación, para evitar que aumente la presión en los conductos y termine disminuyendo la producción de leche.

El mejor tratamiento es la lactancia frecuente, porque la succión del niño es el método más eficaz para extraer la leche.

PROCESO INFLAMATORIO

Inflamación: Respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado.

La respuesta inflamatoria puede ser provocada por agentes físicos, químicos y biológicos, que incluyen el traumatismo mecánico, la exposición a cantidades excesivas de luz solar, rayos X y materiales radiactivos, productos químicos corrosivos, temperaturas extremas de frío y calor y agentes infecciosos como bacterias, virus y otros microorganismos patógenos.

Los signos clásicos de la inflamación son: calor, rubor, tumefacción, dolor y pérdida de la función. Estas son manifestaciones de alteraciones fisiológicas que pueden ocurrir durante el proceso inflamatorio. Los tres componentes principales de este proceso son:

- 1) alteración en el calibre de los vasos sanguíneos y la velocidad del flujo sanguíneo que pasa por ellos (alteraciones hemodinámicas),
- 2) aumento de la permeabilidad capilar,
- 3) Exudado leucocitario.

Las alteraciones hemodinámicas se inician poco después de ocurrida la lesión y progresan a velocidades variables, de acuerdo con la extensión del daño. Esta serie de episodios comienza con la dilatación de las arteriolas y la abertura de nuevos lechos capilares y venulares en la región. Con estos cambios se produce una aceleración del flujo sanguíneo, responsable de los signos de calor y enrojecimiento. A esto le sigue un aumento de la permeabilidad de la microcirculación, que permite la salida de líquido rico en proteínas desde los pequeños vasos sanguíneos hacia el compartimiento del líquido extravascular, que es responsable del edema inflamatorio.

Respuesta hormonal. Algunas hormonas como el cortisol, tiene una acción antiinflamatoria que limita la inflamación a una reacción local mientras que otras la favorecen. Por consiguiente el sistema endocrino ejerce un efecto regulador sobre el proceso de la inflamación de manera que pueda ser equilibrado y beneficioso en los intentos del organismo para recuperarse de la lesión.

ESTUDIO DE LA INGURGITACIÓN MAMARIA CON HOJAS DE COL

Las hojas de repollo se han usado para tratar la inflamación en otras culturas durante años (Robert, 1995). Tan solo hace unos pocos años se han hecho estudios en los E.U.A para probar la eficacia de este tratamiento. Aunque el mecanismo de acción exacto de las hojas de repollo en el tratamiento de la congestión no se ha identificado, se piensa que la aplicación continua podría disminuir la producción de leche.

El tratamiento de la ingurgitación mamaria con hojas de col se ha transmitido de generación en generación.

Consistía en la aplicación de las hojas de col frías (del refrigerador) en los pechos, dejando solo el pezón al aire. Las hojas se aplicaban después de cuatro tomas consecutivas durante 20 minutos hasta que se marchitaban, estas producían alivio de los síntomas entre 2 y 24 horas posteriores a la aplicación, éste tratamiento se comenzó aplicando a mujeres con ingurgitación que estaban amamantando.

Es discutible si las hojas de col funcionan como profilaxis pero es notable su valor en el tratamiento de la ingurgitación grave; no se sabe si el efecto se debe a la frialdad de las hojas ó a alguna propiedad de las mismas.

TRATAMIENTO DE FRÍO EN LA INGURGITACIÓN MAMARIA

Es la aplicación de frío en la zona de la mama ingurgitada, con el fin de disminuir la inflamación y facilitar la eyección de la leche.

El tratamiento consiste en la aplicación de compresas frías en la zona ingurgitada de la mama (pudiendo alcanzar la totalidad de la misma) por un tiempo aproximado de cinco minutos, este procedimiento se continúa con la realización de masajes y luego la extracción manual de leche.

Este tratamiento se debe acompañar con una correcta técnica y frecuencia adecuada de amamantamiento para lograr la eficacia del mismo.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Entre estos beneficios se pueden destacar los siguientes:

Beneficios para el niño.

- **Nutrición óptima:** Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

- **Nutrición adecuada para prematuros:** La madre que da a luz un neonato prematuro, produce un tipo de leche adecuada (leche de pretérmino) que es el alimento adecuado hasta que el niño alcanza un desarrollo normal. Solamente en el caso de niños muy prematuros es necesario suplementarla. La leche de pretérmino tiene menor cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

- **Evita la hiperbilirrubinemia neonatal:** En el recién nacido el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.

- **Protección inmunológica:** La leche materna es indispensable para formular un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro, la leche de transición y la leche madura contiene suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.

- **Fácil digestibilidad:** Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

- **Crecimiento y desarrollo óptimo:** Los niños alimentados hasta los seis meses sólo con leche materna tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esta edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los doce meses.

- **Organización sensorial:** El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que

los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

- **Organización biocronológica del estado de alerta:** Durante al menos tres meses el niño el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardias, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

- **Patrones afectivo-emocionales adecuados:** El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto produce, hace que se sienta querido y Protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

- **Desarrollo intelectual del niño:** Los niños amamantados son mas activos, presentan un mejor desarrollo psico-motor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera.

Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual del niño.

- **Desarrollo dentomaxilar y facial:** Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-maxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje.

Beneficios para la madre

- **Retracción del útero:** Por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño previo la oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.

- **Recuperación del peso:** La lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia.

- **Recuperación de los pechos:** La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudándolo con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.

- **Prevención de cáncer de mamas y ovarios:** La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

- **Establecimiento del apego:** El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento

mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo "apego". El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

▪ **Satisfacción emocional de la madre:** La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Beneficios para la sociedad

▪ **Disminución de la morbilidad infantil:** Si todas las madres del mundo amamantarán a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitarían la muerte de más de un millón de niños anualmente.

▪ **Economía de recursos:** La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costos de:

- leche de vaca o de fórmula
- mamaderas, chupetes y accesorios
- enfermedades y sus tratamientos
- gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos
- ausencia laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo
- producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

EL DESTETE.

El destete no significa la suspensión total del pecho materno, sino que es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna.

El destete es un periodo de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

Para iniciar el destete es necesario considerar varios factores o parámetros que indican el grado de madurez funcional del niño.

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, metabólicas, tanto de asimilación como de excreción y de la seguridad inmunológica, no se reconoce ninguna ventaja en la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses, pudiendo en cambio significar riesgos.

Desde el punto de vista funcional de las estructuras oro-faríngeas, el amamantamiento es la forma de alimentación que el niño debe tener hasta los 6 meses para asegurar un buen desarrollo anatómico y funcional de dichas estructuras.

FRECUENCIA DE LAS MAMADAS

▪ Régimen de libre demanda

En el régimen de libre demanda es el niño el que regula la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse.

Durante los primeros días, el vaciamiento gástrico se produce más o menos cada 1,5 horas y con esta frecuencia el niño necesita recibir alimento y agua. Se debe explicar esto claramente a las madres, ya que muchas veces esta demanda frecuente se interpreta como que la leche materna no es suficiente y se recurre al a fórmula, que obviamente mantendrá satisfecho al niño por más tiempo ya que se digiere más lentamente. Esta situación constituye uno de los mayores riesgos para la mantención de la lactancia.

Hasta que se ajusta el proceso de leche a la demanda del niño, durante las primeras semanas, la madre tendrá que amamantar frecuentemente (cada 2 $\frac{1}{2}$ a 3 horas), pudiendo también tomar la iniciativa de dar de amamantar cuando tenga los pechos demasiado llenos.

A medida que el niño crece, se ajustan los horarios, tanto de la demanda como de la producción de leche a una frecuencia de cada tres a cuatro horas en el día y una a dos veces en la noche.

La base de la mantención de la producción de la leche está en permitir el equilibrio natural entre lo que el niño pide y lo que la madre produce. El poner horarios rígidos interfiere con el delicado mecanismo fisiológico de la lactogénesis.

▪ Demanda poco frecuente

Hay niños demasiado tranquilos o hipotónicos, y también los niños prematuros, que duermen por periodos bastante largos, sobre todo en las primeras semanas de vida. Si el niño en las primeras semanas duerme más de 3 horas, la madre debe despertarlo para darle de mamar.

▪ Demanda frecuente

En las primeras semanas la demanda demasiado frecuente (menos de 1,5 horas) puede significar que hay algún problema con la técnica de amamantamiento y por lo tanto el niño no extrae suficiente leche. En este caso hay que confirmar la eficacia de las mamadas.

Cuando en un niño mayor se hace más frecuente después que se había regulado el horario de alimentación, significa que se necesita ajustar la producción de leche para satisfacer los requerimientos energéticos de un periodo de crecimiento más intenso (crisis transitoria). La solución en este caso es dar de mamar nuevamente con más frecuencia. La situación puede

durara una semana y luego, al ajustarse la producción a las nuevas necesidades del niño, las demandas vuelven a distanciarse.

- **Importancia del vaciamiento de los pechos**

La glándula mamaria posee un mecanismo de autocontrol de la producción de la leche para evitar que se dañen las células del epitelio secretor por un exceso de presión intraalveolar.

Si la leche no es removida, la glándula produce una sustancia que inhibe el proceso de síntesis celular, y si ésta situación persiste, cesa totalmente la producción. El vaciamiento de ambos pechos es indispensable para que se mantenga en ellos la producción normal de leche.

EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche puede extraerse manual ó mecánicamente con bombas mecánicas ó eléctricas. La elección de un método u otro va a depender de las circunstancias.

La extracción manual cualquier madre la puede efectuar eficazmente si la practica en forma correcta; esta extracción es mas fisiológica que la mecánica ó eléctrica.

En la técnica manual se "ordeña" la glándula, estimulando la eyección de leche de los lóbulos y conductos por medio de un masaje rítmico y suave que la madre puede regular, de manera que no le cause daño ni dolor, en la extracción mecánica la leche es extraída por una fuerte succión producida por una presión negativa de émbolo, la cual puede provocar daño en los tejidos, otro inconveniente de estas bombas de extracción es que cada una de sus partes deben ser higienizadas correctamente posterior a su uso, para evitar riesgos de contaminación.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL

Procedimiento

- lavado de las mamas con jabón y mantener uñas cortas.
- Secado de manos con toalla limpia, usándola solo para ese fin, ó con toallas de desechables.
- Masajear el pecho suavemente en forma circular para estimular la producción de leche.
- Frotar subvente los pezones para estimular los reflejos hormonales de la lactancia.
- Sostener el recipiente en la mano, apoyándola en una mesa para que se mantenga en una posición estable.
- Inclinar el cuerpo, acercando el pecho al recipiente.
- Con la mano libre, tomar el pecho rodeándolo con los dedos en "C": el pulgar por encima, apoyando detrás de la areola, y el resto de los dedos por debajo.
- Presionar la base de la mama, empujándola contra la pared del tórax para exprimir hacia los senos lactíferos la leche que esta en los alvéolos y conductos.
- Presionar el dedo pulgar in situ, sin que resbale hacia el pezón ni frotar la piel.
- Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica: presionar, soltar, presionar, etc.
- Si la leche no fluye en seguida, no presionar mas fuerte, si no más constante y rítmicamente.

- Siguiendo la distribución circular de los senos lactíferos, cambiar la presión de los dedos por todo el contorno de la areola, pero exprimirlos secuencialmente.
- No presionar o traccionar solo el pezón ya que inhibe el reflejo de eyección.
- Cuando disminuye el flujo, repetir el masaje y hacer una suave vibración de la mama con el cuerpo inclinado hacia delante. Si no sale mas leche extraer de la otra mama.
- Posterior a la extracción, humedecer el pezón y la areola con unas gotas de leche y dejarlo secar al aire.

DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación realizada es cuantitativa, descriptiva, de tipo retro-prospectiva y longitudinal. La misma se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio Aguada, en el Sanatorio Canzani, Unidad de Perinatología: Sector Puerperio y Alojamiento Conjunto, ubicado en Martín García 1363.

El universo estuvo constituido por todas las puérperas que se encontraban internadas en la institución con diagnóstico de ingurgitación mamaria en cualquier etapa del puerperio y que no hallan tenido contraindicado la lactancia materna, en el período de tiempo comprendido entre el 11/04/05 y el 14/06/05, (la muestra se correspondió con el universo, siendo un total de 20 usuarias).

El método que utilizamos fue la entrevista y la observación no participante. La misma fue sistemática, se utilizó un instrumento estandarizado para medir las variables en estudio de una manera uniforme, debido a que de antemano se tomó la decisión sobre lo que debía observarse, con el fin de disminuir el grado de error relacionado con el instrumento. Por tal razón se realizó la prueba del mismo previo a la recolección de datos a un total de 4 usuarias, que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra.

Para llevar a cabo la prueba del instrumento se formaron 2 grupos constituidos por 2 investigadoras, a su vez cada sub grupo valoró a cada usuaria en forma individual en la misma instancia; luego se compararon los datos obtenidos en cada uno de los instrumentos, con el fin de unificar criterios con respecto a las variables a medir, y por ende la confiabilidad del mismo. Esta metodología fue aplicada además en la recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos fue compuesto por una entrevista que consta de cinco preguntas cerradas dicotómicas y de respuesta múltiple; y una valoración que incluyó el estudio de cuatro variables.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

Edad Materna:

D.C: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

D.O: Numero de años cumplidos.

Categorías:

- 12 - 19 años.
- 20 - 34 años.
- >= 35 años.

Antecedentes de amamantamiento exitoso:

D.C y D.O: Experiencia de amamantamiento exclusiva hasta los seis meses en hijos anteriores.

Categorías:

- Si.
- No.

Antecedentes de ingurgitación mamaria:

D.C Y D.O: Presencia de ingurgitación mamaria en puerperios anteriores.

Categorías:

- Si.
- No.

Frecuencia de amamantamiento:

D.C Y D.O: N° de veces que la madre amamanta al recién nacido en un periodo de 24 horas habitualmente.

Categorías:

- Frecuencia escasa.
- Frecuencia suficiente.
- Frecuencia elevada.

Tiempo de evolución de la ingurgitación mamaria:

D.C: Tiempo transcurrido desde la aparición de los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria, hasta el momento de la aplicación del tratamiento con frío, entendiéndose por signos y síntomas a la presencia de calor, turgencia, rubor y dolor.

D.O: N° de horas transcurridas desde la aparición de los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria hasta el momento de la aplicación del tratamiento con frío.

Categorías:

- 0-23 horas.
- 24-47 horas.
- 48-71 horas.
- Mayor de 72 horas.

Forma de los pezones:

DC y D.O: Morfología que presentan los pezones.

Categorías:

- Formados: es cuando el pezón es contráctil y el agarre mamario es adecuado.
- Planos: es la forma del pezón que a la inspección se valora que no es saliente y/o eréctil.

Umbilicados: es el pezón que se encuentra invaginado dentro de la areola.

Succión del recién nacido:

D.C: Es el reflejo dento-maxilar que posee el recién nacido con el fin de alimentarse, que se manifiesta mediante:

- acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre, permitiendo que este introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca.
- labios evertidos.
- sonido de deglución audible.

D.O: Se considera que el recién nacido succiona cuando se cumplen las tres características mencionadas en la definición conceptual.

Categorías:

- Succiona.
- No succiona.

Eyección de leche:

D.C y D.O: Salida de leche de los conductos lactíferos que se produce frente a diferentes estímulos (succión del RN, extracción manual, etc.).

Categorías:

- Si.
- No.

Cambios obtenidos posterior a la aplicación del tratamiento con frío:

D.C: Cambios producidos en los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria posterior a la aplicación del tratamiento con frío.

D.O: Se tomó como referencia para realizar cada una de las mediciones, la primera valoración, siendo ésta previa a la aplicación del tratamiento. Se tuvo en cuenta a su vez los cambios producidos en la eyección de leche. Posteriormente se compararon los resultados de la primera valoración, con la realizada a las 48 horas de aplicado el tratamiento.

Categorías

Cambios positivos: es cuando disminuye o desaparece, como mínimo el 25% de los signos y síntomas, acompañado a su vez por la presencia de eyección de leche. Se incluye en esta categoría la situación de que el 100% de los signos y síntomas se mantengan sin cambios, pero que ocurra un cambio favorable en cuanto a la eyección de leche.

No se producen cambios: es cuando los signos y síntomas valorados previo a la aplicación del tratamiento se mantienen constantes, incluyendo la ausencia de eyección de leche. A su vez en esta categoría se encuentran aquellas situaciones en las cuales ocurran cambios positivos en

algún signo o síntoma, manteniéndose constante la ausencia o presencia de eyección de leche.

Cambios negativos: Es cuando aumentan o aparecen como mínimo el 25% de los signos y síntomas, manteniéndose sin cambios el resto de los mismos. A su vez se encuentra en esta categoría toda situación en que surja ausencia de eyección de leche.

Dimensiones:

Calor:

D.C: Aumento de temperatura en la zona de la mama afectada.

D.O: Es la percepción al tacto de un aumento del calor en la zona de la mama afectada.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece calor.

Turgencia:

D.C y D.O: Tumefacción o hinchazón de la zona de la mama que se encuentra afectada.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece turgencia.

Rubor:

D.C y D.O: Episodio de enrojecimiento de la zona afectada, producido por vasodilatación.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece rubor.

Dolor:

D.C: Corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común esta en la naturaleza desagradable de la senso-percepción que da

lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos, que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos.

El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevado que las otras terminaciones senso-perceptivas.

D.O: Manifestación de la puérpera sobre la presencia e intensidad del dolor de acuerdo a la escala numérica de intensidad de dolor (0-10) se pide a la persona que

indique sobre la línea el punto donde se encuentra el dolor; el extremo de la izquierda representa "ningún dolor" en tanto que el extremo de la derecha indica el "peor dolor posible", la primera valoración incluirá cuatro escalas de dolor:

- 0 no presenta dolor.
- 1-3 dolor leve.
- 4-6 dolor moderado.
- 7-10 dolor intenso.

Los cambios serán valorados de acuerdo a los presentados en la primera valoración.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece dolor.

En relación a la recolección de datos, la Licenciada en Enfermería de dicho servicio participó en forma activa diagnosticando la presencia de ingurgitación mamaria, comunicando a las investigadoras la afección valorada, quienes concurren a su vez para dar inicio a la valoración. Posteriormente la Licenciada fue quien aplicó el tratamiento con frío, entendiéndose por éste a la aplicación de compresas frías en la zona de la mama ingurgitada, por un tiempo aproximado de 5 minutos. Este procedimiento se continuó con la realización de masajes en la mama y la extracción manual de leche, y amamantamiento.

El instrumento de recolección de datos (nombrado anteriormente) fue aplicado en 4 oportunidades (ver anexo N°2):

1. En el momento de diagnosticada la ingurgitación mamaria, previo a la aplicación del tratamiento. En donde se recolectaron los datos referentes a la entrevista y valoración.

2. Inmediatamente a la aplicación del tratamiento, donde se recolectaron aquellos datos pertenecientes a la valoración, correspondientes a la 1° evolución.

3. A las 24 horas posteriores a la aplicación del tratamiento, donde se recolectaron aquellos datos pertenecientes a la valoración correspondientes a la 2° evolución.

4. A las 48 horas posteriores a la aplicación del tratamiento, siendo esta la última instancia de valoración y evolución.

En los seguimientos realizados a las 24 y 48 horas no fue necesaria la presencia de la Licenciada, ya que fue responsabilidad de las investigadoras.

Se destaca que las mediciones realizadas con posterioridad a la aplicación del tratamiento, se basaron en la 1° valoración, con el fin de determinar si realmente existieron cambios con respecto al momento en que se detectó la ingurgitación mamaria.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los datos recolectados.

RESULTADOS, TABLAS Y GRÁFICOS

Edad	FA	FR%
12-19	2	10,0%
20-34	11	55,0%
> = 35	7	35,0%
Total	20	100,0%

Antecedentes de amamantamiento exitoso	FA	FR%
Si	9	45,0%
No	11	55,0%
Total	20	100,0%

Antecedentes de I.M.	FA	FR%
Si	6	30,0%
No	14	70,0%
Total	20	100,0%

Frecuencia de Amamantamiento	FA	FR%
Suficiente	8	40,0%
Elevada	12	60,0%
Total	20	100,0%

Tiempo de evolución de la I.M.	FA	FR%
0-23	16	80,0%
48-71	2	10,0%
72-96	2	10,0%
Total	20	100,0%

Eyección de leche	Previo a la aplic del tto		Inm a la aplic del tto		24 hrs		48 hrs	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Si	16	80,0%	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%
No	4	20,0%						
Total	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%

Hospital de Especialidades
 BIBLIOTECA
 Hospital de Especialidades
 Calle 10 y/o San Juan
 P.O. Box 10000, Bogotá

Cambios obtenidos posteriores a la aplicación del tratamiento con frío

Calor	Inm. a la aplic. del tto.		24 hrs.		48 hrs.	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Desaparece	-	-	-	-	20	100,0%
Disminuye	18	90,0%	20	100,0%	-	-
Se Mantiene	2	10,0%	-	-	-	-
Total	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%

Turgencia	Inm. a la aplic. del tto.		24 hrs.		48 hrs.	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Desaparece	-	-	2	10,0%	13	65,0%
Disminuye	7	35,0%	9	45,0%	7	35,0%
Se Mantiene	13	65,0%	9	45,0%	-	-
Total	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%

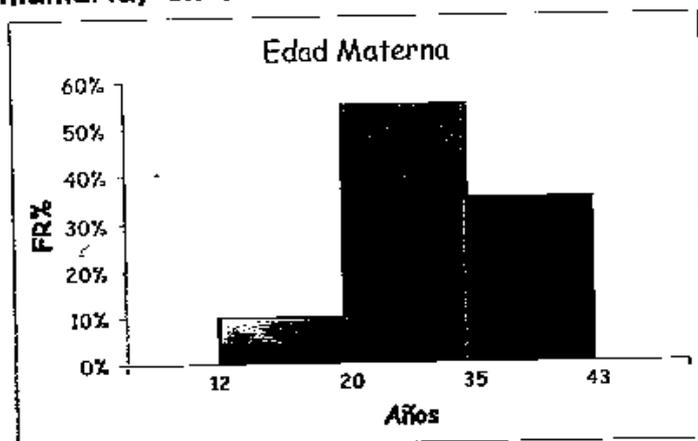
Rubor	Previo a la aplicación del tto.	
	FA	FR%
Presenta	6	30,0%
No Presenta	14	70,0%
Total	20	100,0%

Rubor	Inm. a la aplic. del tto.		24 hrs.		48 hrs.	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Desaparece	-	-	2	33,33%	6	100,0%
Disminuye	2	33,33%	4	66,66%	-	-
Se mantiene	4	66,66%	-	-	-	-
Total	6	100,0%	6	100,0%	6	100,0%

Dolor	Previo a la aplicación del tto.	
	FA	FR%
No Presenta	2	10,0%
Leve	14	70,0%
Moderado	2	10,0%
Intenso	2	10,0%
Total	20	100,0%

Dolor	Inm. a la aplic. del tto.		24 hrs.		48 hrs.	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Desaparece	4	22,22%	14	77,77%	18	100,0%
Disminuye	14	77,77%	4	22,22%	-	-
Total	18	100,0%	18	100,0%	18	100,0%

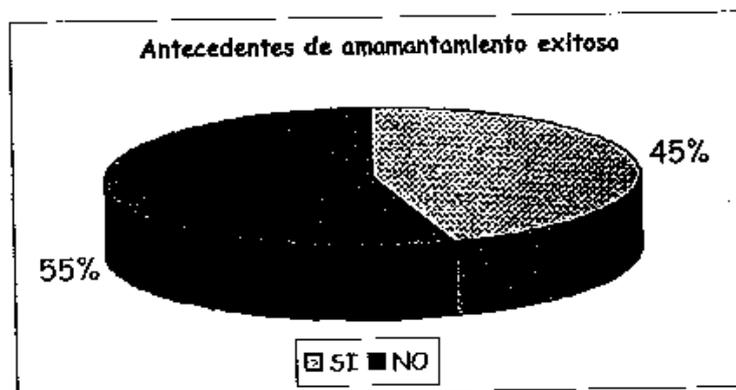
Edad Materna en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.



Fuente: Instrumento elaborado.

El rango de edad entre 20 y 34 años corresponde a un 55 %, entre 13-42 un 35 % y el restante 10 % se encuentra entre el rango de 12-20 años.

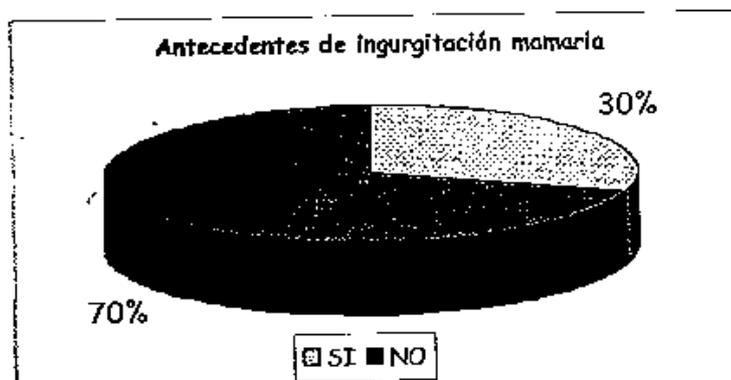
Antecedentes de amamantamiento exitoso en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.



Fuente: Instrumento elaborado.

El 55 % de la población no presenta antecedentes de amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses de edad en hijos anteriores y el restante 45 % amamantó exitosamente.

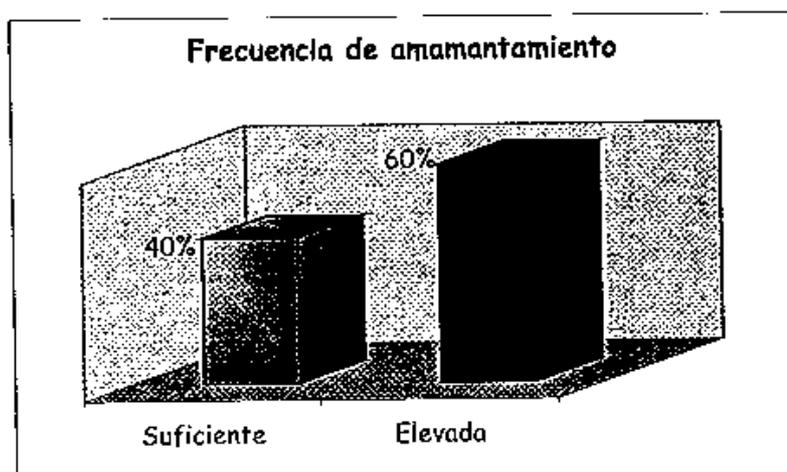
Antecedentes de ingurgitación mamaria en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.



Fuente: Instrumento elaborado.

El 70 % de los usuarios no presenta antecedentes de ingurgitación mamaria, mientras que el 30 % restante padeció esta afección.

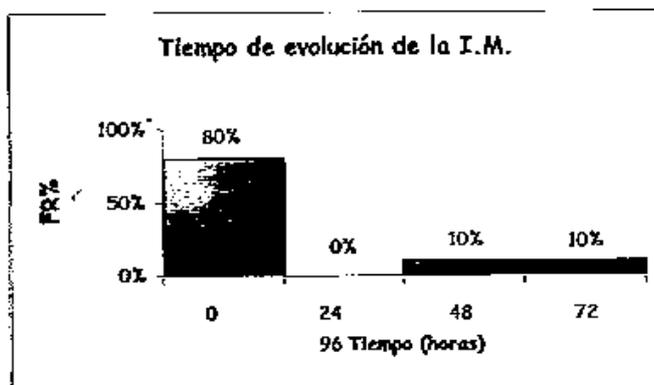
Frecuencia de amamantamiento en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.



Fuente: Instrumento elaborado.

El 60 % de las puérperas amamanta con una frecuencia elevada y el restante 40 % lo hace en forma suficiente.

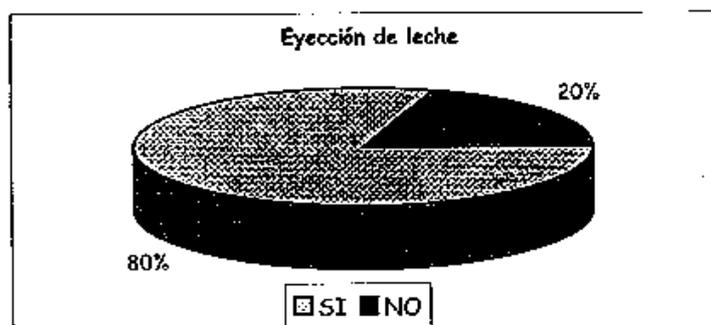
Tiempo de evolución de la ingurgitación mamaria en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.



Fuente: Instrumento elaborado.

En el 80 % de la población estudiada se detectó la ingurgitación mamaria dentro de las primeras 24 horas, el porcentaje restante corresponde a la detección posterior a las 48 horas.

Eyección de leche en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.



Fuente: Instrumento elaborado.

El 80 % de las usuarias presentó eyección de leche previo a la aplicación del tratamiento y el restante 20 % no la presentó, no obstante al finalizar el tratamiento, el 100 % de la población tuvo eyección de leche.

Cambios obtenidos posterior a la aplicación del tratamiento con frío en la ingurgitación mamaria en púerperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani.

	Previo al Tratamiento	Posterior al tratamiento (48 hrs.)
Calor	El calor se presentó en el 100 % de la población, el mismo desaparece en todos los casos posterior al tratamiento.	
Turgencia	La turgencia se presenta en el 100% de la población	<p>Turgencia</p> <p>65% 35%</p> <p>Desaparece Disminuye</p>
Rubor	<p>Rubor</p> <p>70% 30%</p> <p>No Presenta Presenta</p>	El rubor desaparece en el 100 % de la población
Dolor	<p>Dolor</p> <p>70% 10% 10% 10%</p> <p>Leve Moderado Intenso No Presenta</p>	El dolor desaparece en el 100 % de la población

Fuente: Instrumento elaborado.

ANÁLISIS

En cuanto al análisis de la información, se logró estudiar a un total de 20 puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria en el período de tiempo en el cual se recolectaron los datos pertenecientes a la investigación.

Con respecto a la variable edad, se valoró que el mayor porcentaje de la población se encuentra entre las edades de 20-34 años en un 55%, el 35 % restante corresponde a madres añosas.

Se toma como dato relevante que el 55% de las puérperas no presentó antecedentes de amamantamiento exclusivo hasta los seis meses de edad en hijos anteriores. En cuanto a la presencia de antecedentes de ingurgitación mamaria, solo un 30% de las usuarias presentaron esta afección.

Se destaca que el 60% de las usuarias presentó una frecuencia elevada de amamantamiento. Teniendo en cuenta lo expuesto en el marco teórico, la demanda demasiado frecuente en las primeras semanas puede significar que existe algún problema con la técnica de amamantamiento, y por lo tanto el niño no extrae suficiente leche.

Es necesario resaltar que el tratamiento fue oportuno en el 80% de las usuarias, con esto nos referimos a que se detectó la aparición de ingurgitación mamaria y se aplicó el tratamiento dentro de las primeras 24 horas.

En relación a la forma de los pezones, los mismos eran formados en la totalidad de la población. El 100% de los recién nacidos succionaban, el 80% de la usuarias presentaba eyección de leche previo al tratamiento, inmediatamente a la aplicación del mismo la totalidad de la población presentó eyección de leche.

En cuanto a los cambios obtenidos a las 48 horas posteriores a la aplicación del tratamiento se destaca lo siguiente: el calor y el rubor desaparecieron en la totalidad de las usuarias, con la diferencia de que el segundo síntoma no se había presentado en el 70% de la población en la valoración previa a la aplicación del tratamiento. Con respecto al dolor se valoró que el 90% de las puérperas refirió el mismo con diferentes grados de intensidad, posteriormente este síntoma desaparece. La turgencia se presentó en el 100% de la usuarias, solo un 35% continuó con este signo como el único valorado, habiendo disminuido en intensidad. De igual forma, siempre se observará cierto grado de turgencia en madres que amamantan, por la continuidad en la producción de leche.

Cabe destacar que en el 65% de la población estudiada desaparecieron los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria, no obstante se evaluó que posterior a la aplicación del tratamiento se obtuvieron cambios positivos en la totalidad de la muestra.

CONCLUSIONES

Posterior al análisis de los datos recolectados en este trabajo de investigación, surge como resultado que mediante la aplicación del tratamiento con frío se obtienen cambios positivos en la ingurgitación mamaria, pudiendo servir de hipótesis para estudios posteriores.

En cuanto se logra disminuir signos y síntomas de la ingurgitación mamaria (particularmente el dolor), se contribuye al bien estar de la usuaria, favoreciendo el amamantamiento exclusivo con sus beneficios tanto para la madre como para el bebé, de esta manera se fortalece la autoestima materna.

La ingurgitación mamaria tratada precozmente con la aplicación de frío evita complicaciones (como por ejemplo la mastitis y el destete precoz), con esto se logra disminuir el tiempo de internación y costos ocasionados para la usuaria, familia e institución.

Este estudio brinda herramientas a la disciplina enfermera fortaleciendo la autonomía, ya que la aplicación de este tratamiento en la afección mencionada es llevada a cabo por el profesional de enfermería.

Se destaca que con la realización de esta investigación surgen pautas de trabajo para el abordaje de la ingurgitación mamaria a través del tratamiento con frío.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

En ésta investigación, el instrumento elaborado pretende recabar datos objetivos, pero como la observación es uno de los métodos utilizados, resulta difícil medir con exactitud los indicadores de algunas variables utilizadas, por lo cual podría existir cierto grado de subjetividad. Es necesario resaltar que el instrumento mencionado fue de gran utilidad en éste trabajo, pudiendo servir de herramienta en estudios posteriores.

Cabe destacar que el período de tiempo planificado para la recolección de datos se debió extender a 65 días, con el fin de aumentar la muestra del estudio, logrando alcanzar un total de 20 usuarias; no obstante la muestra no es significativa para generalizar los hallazgos.

Se resalta que en los casos donde el tratamiento no fue oportuno se debió a que las usuarias no se encontraban en el servicio al momento de la aparición de los signos y síntomas de la afección, teniendo que reingresar al servicio para su tratamiento, no obstante el mismo fue efectivo.

Una vez detectada la ingurgitación mamaria en las usuarias que se encontraban en la institución, y posterior a la aplicación del tratamiento y primera valoración, fue necesario realizar seguimiento domiciliario con el objetivo de valorar la evolución previamente planificada. Si bien los cambios posteriores a la aplicación del tratamiento fueron positivos en la totalidad de la población, es importante resaltar que éstos no fueron debidos a una única aplicación, ya que las usuarias continuaron aplicándose el tratamiento, por la sensación de bienestar inmediato que éste provocaba.

Teniendo en cuenta que en este trabajo no se estudió la totalidad de los factores que pueden incidir en la aparición de ingurgitación mamaria, como por ejemplo: el número de partos y la técnica de amamantamiento en todos sus aspectos, es que recomendamos su valoración mas exhaustiva en estudios posteriores.

Con la finalidad de conocer, cual es el tratamiento más efectivo en ésta afección y así prevenir sus complicaciones, es que sugerimos la realización de un trabajo que estudie distintos sub grupos de usuarias de iguales características, a los cuales se les aplique diferentes tratamientos, siendo uno de ellos tratados con frío, y luego comparar resultados. Esta sugerencia se debe a su vez por: la escasez de estudios anteriores que aborden este problema, y por la inexistencia de criterios unificados con respecto al tratamiento de la ingurgitación mamaria en los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª ed. Washington OPS/OMS; 1994.
- ❖ Dickanson EJ, Silverman BL, Kaplan JA. Enfermería materno infantil. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- ❖ Lawrence RA. La lactancia materna. 4ª ed. Madrid: Mosby; 1995. p. 45-50, 245-248.
- ❖ Miller-Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1996. p 686-87. Inflamación.
- ❖ Perez Sanchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1999.
- ❖ Polit D, Hungler B. Investigación científica en las ciencias de la salud. 6ª ed: Interamericana. México. 2000.
- ❖ Schellhorn H, Valdes V. Lactancia materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile: UNICEF; 1999.
- ❖ Schwarcz RL. et al. Obstetricia. 5ª ed. Montevideo. El Ateneo; 1995.
- ❖ Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería médico-quirúrgico. 8ª ed. México: Interamericana; 1997. v.1
- ❖ Uruguay . Ministerio de Salud Pública. Normas nacionales de la lactancia materna: problemas y dificultades más frecuentes en el amamantamiento, Montevideo: MSP; 1997. p. 290
- ❖ Ingurgitación mamaria. (en línea) 2000. Disponible en: <http://www.apuntesenfermeria.iespana.es> (Fecha de acceso 5 de abril del 2004)
- ❖ Ingurgitación mamaria: prevención y tratamiento. (en línea) 2005 setiembre 10 . Disponible en:<http://www.bebesenlweb.com.ar/elembrazoyvos/lactancia/ingurgitacionmamaria.html> (Fecha de acceso 17 de abril 2004)
- ❖ Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Tratamiento para la ingurgitación mamaria durante la lactancia. (en línea) 2005. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsES/ab000046-ES.html> (Fecha de acceso 2 de enero 2005)
- ❖ Obstetricia y Neonatología. Lactancia materna : alimento natural y nutritivo para el Bebé. (en línea) 2002. Disponible en:<http://www.osplad.org.ar/prevencion/preparacion%20lactancia.htm> (Fecha de acceso 19 de mayo 2004)

ANEXOS

INFORME FINAL

ANEXO N°1: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

- **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cómo actúa el tratamiento con frío en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Canzani, Unidad de Perinatología; en el periodo comprendido entre el 11/04 y el 16/05 de 2005?

- **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer la evolución, posterior a la aplicación del tratamiento con frío, en usuarias puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria que se encuentran internadas.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar algunos factores que influyan en la aparición de la ingurgitación mamaria.
- Determinar los cambios que se presentan en la ingurgitación mamaria, con la aplicación del tratamiento con frío.

• FUNDAMENTACIÓN

Consideramos importante el desarrollo del tema de la ingurgitación mamaria, dado las complicaciones que ésta puede provocar como son la aparición de mastitis y el riesgo de destete precoz, lo que implicaría la sustitución de la lactancia materna exclusiva por otro tipo de alimentación. Dichas complicaciones pueden prevenirse a través de la aplicación del tratamiento oportuno y eficaz de la ingurgitación mamaria, contribuyendo de esta manera al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva son:

○ **Para el niño:** una nutrición adecuada, protección inmunológica, fácil digestibilidad, crecimiento y desarrollo óptimo, desarrollo intelectual, organización sensorial, patrones afectivos y emocionales adecuados, entre otros.

○ **Para la madre:** retracción del útero, recuperación del peso, establecimiento del apego, satisfacción emocional, etc.

○ **Para la familia:** refuerzo de lazos afectivos, familiares, prevención del maltrato infantil, espaciamiento de los nacimientos.

○ **Para la sociedad:** podemos destacar la disminución de la morbi-mortalidad infantil, ya que si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos hasta los seis meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente. En relación a los costos se conoce que la lactancia materna ahorra cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leche de vaca o de fórmula, mamaderas, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad, atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesite atender al niño enfermo. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los seis meses el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales. La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable, ya que no desperdicia recursos naturales, ni crea contaminación.

Estos beneficios se valoran fácilmente en madres que amamantan sin dificultades, de presentar ingurgitación mamaria, las mismas se verían afectadas en diferentes grados.

Se entiende por ingurgitación mamaria a una inflamación que se da como respuesta de la mama ante los cambios súbitos de las hormonas y a un aumento del volumen de leche, reteniéndose esta en los alvéolos a causa del insuficiente vaciamiento de la mama por una succión escasa o infrecuente.

Las mamas ingurgitadas tendrán un aspecto turgente, tenso y doloroso. El pezón se puede retener dentro del pecho congestionado, complicando que el lactante se prenda al mismo.

La ingurgitación asigna molestias intensas en las mamas que dificultan el logro del flujo de leche, surgen problemas de la adaptación precisa de la boca del niño a la mama, presenta dolor en los pezones y es escasa la transferencia de la leche al hijo, lo que produce una desconfianza de la madre en su capacidad de amamantar, y un riesgo para el vínculo madre-hijo.

En unos días puede disminuir la producción de leche, de evolucionar negativamente favorecerá la aparición de mastitis. Esta se define como un proceso infeccioso que rodea un lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente es

una solución de continuidad de la piel del pezón (grieta) de presentarse ésta, traerá como consecuencias:

- o destete precoz y sus desventajas,
- o aumento de costos sanitarios por:
 - mayor tiempo de estadía de internación,
 - utilización de recursos humanos calificados,
 - aumento de recursos materiales de uso y de consumo, entre otros.

El objetivo de nuestra investigación es conocer la evolución de la ingurgitación mamaria, posterior a la aplicación del tratamiento con frío en usuarias puérperas con éste diagnóstico, el mismo logra aliviar el dolor como la inflamación, ablandando la areola lo suficiente para que el recién nacido haga la toma efectiva; por lo tanto al disminuir la inflamación también se reduce la presión sobre los conductos y se promueve el flujo de la leche.

El tratamiento, consiste en la aplicación de compresas frías en la zona ingurgitada de la mama, por un tiempo aproximado de cinco minutos, este procedimiento se continúa con la realización de masajes y luego la extracción manual de leche. Este tratamiento se debe acompañar con una correcta técnica y frecuencia adecuada de amamantamiento para lograr la eficacia del mismo.

Existen además, otros tratamientos como son la aplicación de calor, hojas de col frías, etc., de las cuales no se obtuvieron resultados fiables.

Es importante resaltar que se realizó una revisión bibliográfica extensa, no obteniéndose más información sobre el tema que la expuesta en marco teórico, destacando que en las fuentes revisadas, el fundamento del por qué de la aplicación de calor o de frío es insuficiente. El uso de cada uno de los tratamientos en los servicios es de acuerdo al criterio del equipo de salud, por lo cual consideramos de real importancia el tema a investigar, ya que no existen criterios unificados ni protocolos sobre los diferentes tratamientos.

Este tratamiento es llevado a cabo por la Licenciada en Enfermería Alicia Pérez, que trabaja en el servicio donde se realizará esta investigación, la misma es quien posee los conocimientos y habilidades necesarias para detectar mediante la valoración, la presencia de ingurgitación mamaria y actuar sobre ella en forma oportuna y eficaz, brindando cuidados a las usuarias de forma integral, continua e individualizada.

Según refiere la Licenciada el tratamiento ha sido positivo en la gran mayoría de las usuarias a las que se les aplicó el mismo.

Es importante destacar, que si los resultados observados en la investigación son favorables, estaríamos beneficiando a la población objetivo (binomio madre-hijo) en forma directa, e indirectamente a la familia, instituciones y comunidad, lo que determina una mejoría en la calidad de vida de la población así como una reducción en materia de costos para los sistemas de salud.

La aplicación de este tratamiento forma parte del área independiente de enfermería, lo que contribuye a la autonomía de la profesión, ampliando el accionar de la disciplina.

Se reconoce la necesidad de buscar y/o lograr una transformación en el tratamiento de la ingurgitación mamaria y prevención de complicaciones, abordando el problema en forma oportuna y eficaz.

MARCO TEÓRICO

ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La mama está localizada en la fascia superficial, entre la segunda costilla y el sexto cartílago intercostal, por delante del músculo pectoral mayor. Tiende a rebasar el extremo inferior de este músculo, cubriendo al oblicuo externo y al serrato anterior. Mide de 10 a 12 cm. de diámetro. Está localizada horizontalmente entre la línea paraesternal y la medioaxilar. El espesor central de la mama es de 5 a 7 cm.

En la pubertad, la mama femenina aumenta hasta su tamaño adulto. En una mujer no embarazada, la mama madura pesa aproximadamente 200 gr. Durante el embarazo, se produce cierto aumento de tamaño y peso; hacia el final la mama pesa entre 600 y 800gr. Normalmente la mama es cónica o en forma de cúpula durante la adolescencia, y se vuelve más hemisférica y finalmente péndula en la mujer que ha tenido hijos. El tejido mamario se prolonga hacia la región axilar, lo que se conoce como cola de Spence.

Las tres estructuras principales de la mama son la piel, el tejido subcutáneo y el cuerpo de la mama. El cuerpo de la mama es lo que queda tras liberar la mama de sus conexiones profundas y quitar la piel y el tejido conectivo subcutáneo y tejido adiposo.

Cuerpo de la mama:

La glándula mamaria es un conglomerado de un número variable de glándulas independientes.

La morfología del cuerpo de la mama incluye dos divisiones principales, el parénquima y el estroma. El parénquima es una estructura arborescente de conductos, lobulillos y alvéolos. Los alvéolos tienen aproximadamente 0,12 mm de diámetro; los conductos unos 2 mm; los senos galactóforos entre 5 y 8 mm. los lóbulos, dispuestos como radios que convergen en el pezón, son entre 15 y 25. Cada lóbulo se subdivide en 20 a 40 lobulillos, y éstos a su vez en 10 a 100 alvéolos o unidades secretorias tubulosaculares. El estroma incluye el tejido conectivo, el tejido graso, los vasos, los nervios y los linfáticos.

Pezón y areola:

La piel de la mama incluye el pezón, la areola y la piel general. La piel es delgada, flexible y elástica, adherida al tejido subcutáneo rico en grasa. Contiene pelo, glándulas sebáceas, y glándulas sudoríparas apocrinas.

El pezón contiene entre 15 y 25 conductos. Cada una de las glándulas tubulo alveolares que forman el pecho desembocan en el pezón por una abertura independiente. El pezón también contiene fibras musculares lisas, y está ricamente inervado con terminaciones nerviosas sensitivas y corpúsculos de Meissner en las papilas dérmicas, y bien provisto de glándulas sebáceas y sudoríparas apocrinas; pero está desprovisto de pelo. El pezón está rodeado por la areola, un área pigmentada, circular. Suele ser apenas un poco más oscura antes del embarazo, se vuelve pardo rojiza durante el embarazo, y en lo sucesivo mantiene siempre un tinte algo más oscuro. La areola tiene 15 a 16 mm de diámetro, que aumenta durante el embarazo y la lactancia. La pigmentación se debe a los muchos melanocitos distribuidos por la piel y las glándulas. La ultraestructura de la epidermis de

la areola no es tan elaborada como la del pezón, sino intermedia con la de la piel adyacente.

En el borde de la areola están los tubérculos de Montgomery, en los que se abren glándulas lactíferas y sebáceas. En la areola hay también glándulas sudoríparas y pequeñas glándulas sebáceas independientes. Los tubérculos de Montgomery crecen durante el embarazo y la lactancia, parecen granitos. Secretan una sustancia que lubrica y protege el pezón y la areola durante el embarazo y la lactancia. También secretan una pequeña cantidad de leche. Después de la lactancia, estas glándulas retroceden a su discreto aspecto habitual.

La erección del pezón es inducida por estímulos táctiles, sensoriales o autónomos somáticos. La dermis del pezón y de la areola contiene gran número de terminaciones nerviosas libres y ramificadas. El pezón y la areola son ricos en anastomosis venosa-arterial, por lo que la estasis venosa local y la hiperemia contribuyen a la erección del pezón.

Cada pezón contiene 15 a 25 conductos galactóforos rodeado de tejido fibromuscular. Estos conductos terminan como pequeños orificios cerca de la punta del pezón. En el interior del pezón, algunos conductos galactóforos pueden confluir, por lo que el número de orificios puede ser inferior al de lóbulos. los conductos se dilatan en la base del pezón formando los senos galactóforos o ampollas, que funcionan como depósitos temporales de leche durante la lactancia. La masa del pezón está formada por musculatura lisa, que actúa como esfínter para los conductos y senos galactóforos. Las funciones del sistema muscular fibroelástico de la areola y del pezón incluyen disminuir la superficie de la areola, producir la erección del pezón, vaciar los senos y conductos galactóforos durante la mamada.

Los tejidos mamarios están envueltos por la fascia pectoral superficial, y el pecho esta fijado por bandas fibrosas (los ligamentos de Cooper) a la piel que lo recubre y a la fascia pectoral subyacente. La parte glandular del pecho esta rodeada por una capa de grasa. Los músculos que sostienen el pecho se insertan en las costillas, la clavícula y el húmero.

Riego sanguíneo:

La mama esta irrigada por ramas de las arterias intercostales y por las ramas perforantes de la arteria torácica o mamaria interna. La mayor parte del aporte sanguíneo proviene de la arteria mamaria interna y de la arteria torácica lateral. Hay un pequeño aporte de las arterias intercostales y de rama de la arteria axilar y subclavia, pero su contribución es mínima; el 60% del tejido mamario esta irrigado por la arteria mamaria interna.

El aporte sanguíneo del pezón es generoso y superficial, contribuyendo al color oscuro. Las venas desembocan en la vena torácica interna y en la axilar; algunas pueden alcanzar la yugular externa. Las venas crean un círculo anastomótico en la base del pezón, el círculo venoso.

Drenaje linfático:

El rico drenaje linfático se dirige principalmente hacia los ganglios axilares y hacia los ganglios paraesternales a lo largo de la arteria torácica interna, dentro de la cavidad torácica. Los linfáticos de la mama se originan en los capilares linfáticos del tejido

conectivo, que rodea a la estructura glandular, y drenan hacia la profundidad del pecho. El drenaje del pecho se divide en la sección superficial o cutánea, la areola y la sección glandular o profunda.

TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

El patrón de amamantamiento del ser humano se caracteriza por una alimentación frecuente y regular y por la necesidad de constante contacto materno para una adecuada organización neuro-sensorio-motora.

Si bien la succión es una función básica e instintiva en el recién nacido, y la producción de leche un reflejo neuro humoral recíproco entre madre-hijo, hay grandes variaciones en la relación y las actitudes de cada binomio madre-hijo.

El éxito de la lactancia depende en gran parte de un entendimiento perfecto entre madre e hijo y de un apropiado soporte de la familia y del equipo de salud que los atiende.

Para analizar la función de amamantamiento se considera tanto la anatomía y la fisiología de la glándula mamaria de la madre, como las estructuras del sistema estomatognático del niño que están relacionadas con las funciones de la succión, deglución y respiración. Mientras dura el amamantamiento, la boca del niño y el pecho de su madre, constituyen una unidad morfofuncional interdependiente.

AMAMANTAMIENTO CORRECTO

Se puede decir con toda seguridad que el éxito de la lactancia depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento.

Si el niño es amamantado correctamente:

- Generará producción de leche en la glándula mamaria a través del estímulo de la succión en la areola y el pezón.
- Extrae la leche suficiente en calidad y cantidad.
- Satisface todas sus necesidades nutricionales, con un mínimo de desgaste metabólico.
- No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer al amamantar a su hijo.
- Satisface sico-emocionalmente tanto a la madre como al hijo.

REQUISITOS BÁSICOS PARA UN BUEN AMAMANTAMIENTO

Buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar.

La madre tendrá buena disposición y confianza en su capacidad de amamantar si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna no como una alternativa, sino como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño.

- Usar una adecuada técnica de amamantamiento

Una adecuada técnica de amamantamiento considera:

- correcta posición de la madre
- correcta ubicación del niño con respecto al cuerpo de la madre
- frecuencia de las mamadas según demanda del niño
- duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

- **Posición de la madre y del niño**

Durante la lactancia, madre y niño pasan muchas horas al día en este "trabajo", por lo que la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos.

La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del niño y se buscará la que sea más cómoda y eficiente para ambos.

La madre puede amamantar sentada o acostada. De preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible puede hacerlo discretamente en cualquier lugar.

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o flectar demasiado la cabeza para lograrlo.

Hay algunas situaciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesariada, los gemelos, el niño hipotónico, el niño figurado, etc. las que se mencionarán por separado.

- **Posición del niño con la madre sentada**

Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la espalda. Es más cómodo apoyar los pies sobre un pequeño taburete. Si el niño es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada para acomodarlo a la altura del pecho.

- **Posición tradicional, niño acostado de lado**

El niño está acostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al niño lo toma firmemente de la región glútea, formando una unidad, de manera que la madre con solo desplazar el brazo pueda acercarlo o alejarlo al niño de la mama.

Con la mano libre en forma de "C" (los 4 dedos por debajo de la mama y el pulgar por encima, ubicado detrás de la areola), la madre le ofrece el pecho. Con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca. En este momento acerca el niño al pecho.

- **Posición de canasto o de pelota**

En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre.

La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca.

Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomienda en caso de cesárea ya que con ella no se presiona al abdomen o la herida.

- **Posición reversa**

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del niño por la nuca. En esta posición se requiere una almohada para ubicar el cuerpo del niño a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho hacia otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición.

- **Sentado enfrente a la madre**

En esta posición el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre.

La madre afirma el cuerpo del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre un almohadón.

- **Posición de caballito**

El nombre de posición "de caballito" viene de que el niño enfrenta al pecho montado sobre la pierna de la madre.

En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de C en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas.

si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el niño responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

Estas posiciones se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas de pezón, reflejo eyectolácteo aumentado, niños hiper o hipotónico, niños con fisura labiopalatina.

- **Mano de bailarina**

En el caso del niño hipotónico también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en C sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del niño (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.

- **Posición del niño con la madre acostada**

- **Tradicional, en decúbito lateral**

Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente. Al igual que en los casos anteriores, la cara del niño debe estar enfrentando al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La cabeza del niño se apoya en el brazo inferior de la madre. La madre queda más cómoda apoyando la cabeza sobre una almohada doblada.

- **Niño sobre la madre, en decúbito ventral**

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el niño se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano.

Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo.

- **Posición del niño con respecto al cuerpo de la madre**
 - **Acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre**

Para que el acoplamiento boca pecho sea funcional, se requiere que el niño tome el pecho de frente, sin voltear la cara, que los labios superior e inferior estén evertidos alrededor de la areola y que la lengua se ubique adecuadamente en relación con la areola y el pezón. El acoplamiento correcto permite que el niño introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca.

- **Posición correcta de los labios**

Tanto el labio superior como el inferior deben estar evertidos para adosarse en todo el entorno de la areola (boca de pescado). Ambos labios forman un cinturón muscular que cuando el niño succiona hace un micromasaje en la zona de los senos lactíferos. El labio superior, tensa el frenillo labial y tracciona la premaxila estimulando el desarrollo de la base ósea maxilar. El labio inferior evertido, cumple una función similar a lo largo de toda su inserción en la porción alveolar de la mandíbula, estimulando el desarrollo del hueso y de los dientes que están en su interior.

- **Posición de la lengua**

Para succionar, la lengua se proyecta por delante de la encía inferior. Con su porción anterior envuelve al pezón y parte de la areola y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar. En este periodo la lengua se mantiene en la misma ubicación para succionar, deglutir y respirar (tríptico funcional).

El movimiento de descenso y adelantamiento del complejo linguo-mandibular hace un efecto de émbolo, que al producir un vacío posterior, permite el flujo de la leche extraída hasta el fondo de la boca para ser deglutida en forma refleja.

- **El pezón dentro de la boca del niño**

Existe un error de concepto bastante difundido con respecto al objetivo del pezón en el amamantamiento. Se piensa que para mamar el niño debe succionar solo el pezón traccionándolo con fuerza y apretando los labios y encías a su alrededor para que este no se escape.

El pezón y la areola deben formar un cono que permita llegar con la punta del pezón hasta el límite del paladar duro. Si el niño succiona el pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas o fisuras que atemorizan a la madre. Ambas situaciones son de máximo riesgo para la lactancia.

- **La areola y los senos galactíferos**

La areola debe entrar lo suficiente a la boca del niño como para que los senos lactíferos, ubicados debajo de ella, sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento mandibular en la parte inferior y por la encía maxilar (rodete marginal de Magitot) y el labio en la parte superior.

La estimulación adecuada de la areola y el pezón desencadena oportunamente el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.

o Forma de ofrecerle el pecho al niño

La regla es: "la boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño".

Una vez que el niño está ubicado en posición de amamantar, para que pueda hacer un buen acoplamiento boca-pecho, la madre debe ayudarlo.

Se toma el pecho con la mano en forma de C por detrás de la areola. Los senos lactíferos se encuentran de 3 a 4 cm de la base del pezón, por lo que en el caso de una areola muy extensa se debe tener en cuenta esta referencia para apoyar los dedos.

Con el pezón se estimula al labio inferior para que el niño abra la boca. En este momento, con un rápido movimiento, se atrae la cabeza del niño hacia el pecho cuidando que el pezón y la areola entren en la boca. La punta de la nariz y el mentón del niño deben quedar en contacto con la mama.

Es frecuente que las madres tengan temor de que el niño no pueda respirar, existiendo la tendencia, difundida a través de generaciones, de retirar levemente el pecho utilizando los dedos como tijera apoyados precisamente sobre los senos lactíferos. Al hacer esta maniobra, el niño aprieta sus labios y encías alrededor del pezón para no dejarlo escapar y continúa mamando en forma disfuncional.

Aunque el niño tenga su nariz estrechamente aplicada contra la mama, puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de ésta.

Cuando la boca esté en la posición correcta, acomodar los labios para que se eviertan sobre todo el contorno de la areola y observar si la lengua se ve asomada en la comisura.

o Retiro del pecho

Debe hacerse cuidadosamente, ya que el retiro brusco puede causar trauma del pezón. Romper el vacío succional de la boca separando los labios con el dedo meñique en la comisura e introduciéndolo entre las encías. Sólo entonces retirar el pecho suavemente.

• Frecuencia de las mamadas

o Régimen de libre demanda

En el régimen de libre demanda es el niño el que regula la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse.

Durante los primeros días, el vaciamiento gástrico se produce más o menos cada 1,5 horas y con esta frecuencia el niño necesita recibir alimento y agua. Se debe explicar esto claramente a las madres, ya que muchas veces esta demanda frecuente se interpreta como que la leche materna no es suficiente y se recurre a la fórmula, que obviamente mantendrá satisfecho al niño por más tiempo ya que se digiere más lentamente. Esta situación constituye uno de los mayores riesgos para la mantención de la lactancia.

Hasta que se ajusta el proceso de leche a la demanda del niño, durante las primeras semanas, la madre tendrá que amamantar frecuentemente (cada 2 $\frac{1}{2}$ a 3 horas), pudiendo también tomar la iniciativa de dar de amamantar cuando tenga los pechos demasiado llenos.

A medida que el niño crece, se ajustan los horarios, tanto de la demanda como de la producción de leche a una frecuencia de cada tres a cuatro horas en el día y una a dos veces en la noche.

La base de la mantención de la producción de la leche está en permitir el equilibrio natural entre lo que el niño pide y lo que la madre produce. El poner horarios rígidos interfiere con el delicado mecanismo fisiológico de la lactogénesis.

o **Demanda poco frecuente**

Hay niños demasiado tranquilos o hipotónicos, y también los niños prematuros, que duermen por periodos bastante largos, sobre todo en las primeras semanas de vida. Si el niño en las primeras semanas duerme más de 3 horas, la madre debe despertarlo para darle de mamar. Una manera de activarlo es sacarle ropa, humedecerle la cara con un paño frío, hacerle masajes en la espalda, en el cuello o en la palma de las manos, ponerlo cerca del pecho lo mas vertical posible (no en la posición de acunamiento para amamantar) y humedecer sus labios con una gota de leche.

o **Demanda frecuente**

En las primeras semanas la demanda demasiado frecuente (menos de 1,5 horas) puede significar que hay algún problema con la técnica de amamantamiento y por lo tanto el niño no extrae suficiente leche. En este caso hay que confirmar la eficacia de las mamadas. Cuando en un niño mayor se hace mas frecuente después que se había regulado el horario de alimentación, significa que se necesita ajustar la producción de leche para satisfacer los requerimientos energéticos de un periodo de crecimiento más intenso (crisis transitoria). La solución en este caso es dar de mamar nuevamente con más frecuencia. La situación puede durar una semana y luego, al ajustarse la producción a las nuevas necesidades del niño, las demandas vuelven a distanciarse.

o **Importancia del vaciamiento de los pechos**

La glándula mamaria posee un mecanismo de autocontrol de la producción de la leche para evitar que se dañen las células del epitelio secretor por un exceso de presión intraalveolar.

Si la leche no es removida, la glándula produce una sustancia que inhibe el proceso de síntesis celular, y si ésta situación persiste, cesa totalmente la producción. A través de este mecanismo se explica que puede cesar la producción de un lado manteniendo la del otro. El vaciamiento de ambos pechos es indispensable para que se mantenga en ellos la producción normal de leche.

Los estudios de Butte muestran que después de cada mamada siempre queda un 20% de leche residual dentro de la mama, cantidad que es fisiológica y regulada por el niño, pero que al extraerla permite aumentar nuevamente la producción.

COMO RECONOCER EL AMAMANTAMIENTO CORRECTO

La madre debe aprender a reconocer los signos que aseguren que el recién nacido está haciendo un amamantamiento correcto.

Sonido de deglución audible

Cuando el niño está extrayendo leche suficiente, su deglución es perfectamente audible. El sonido característico de la deglución a veces se acompaña de una especie de suave quejido producido por el aire que se desplaza en el espacio retrofaríngeo. En los primeros la relación de la succión-deglución es 1:1. Posteriormente cambia la relación a 2:1 o más a medida que se acerca el periodo de destete.

Actitud del niño satisfecho

Cuando el amamantamiento se hace correctamente, tanto el niño como la madre sienten placer al hacerlo. El niño mama tranquilamente, sin apuro ni ansiedad, en forma rítmica y acompasada, apreciándose claramente relajado y satisfecho.

Sueño tranquilo

Habitualmente después de mamar del segundo pecho, el niño se queda dormido placidamente y es habitual que suelte el pecho espontáneamente cuando se relaja. Ha agitado sus necesidades de succionar y sus estructuras bucales entran en periodo de reposo.

El niño duerme 1,5 a 3 horas y al despertar, con una actitud corporal, unas actividades bucales y linguales propias y un gemido o leve llanto característicos, pide de mamar nuevamente.

Producción de volúmenes de leche constante

La madre que amamanta en forma correcta puede notar que la producción de leche es constante y sentirá que la bajada de leche está ajustada al horario de mamadas de su hijo. De la misma manera, percibirá la plétora o la congestión de los pechos cuando se demora en vaciarlos.

Aumento de peso normal

Desde el punto de vista nutricional, el niño que amamanta correctamente, con la frecuencia y duración de las mamadas que corresponde a su edad, tiene un incremento pondero-estatural perfectamente adecuado.

El recién nacido debe recuperar el peso de nacimiento dentro de los primeros 10 días. Si esto no se logra, es un indicador de problemas con la lactancia. Debe diagnosticarse la causa, que con frecuencia es un error en la técnica de amamantamiento, solucionar el problema concreto de lactancia y no indicar fórmulas. Se considera que el aumento de peso normal en un niño de término, sano debe ser de 125 a 200 g en una semana.

Al menos seis pañales mojados

Si el niño está recibiendo la cantidad de leche suficiente, mojará al menos 6 pañales en el día, con una orina clara que no deja marca en el pañal.

Deposiciones amarillas y fluidas

Después que se ha eliminado el meconio, las deposiciones son de color amarillo oro, de consistencia mas o menos fluida y tienen un olor característico.

La frecuencia de las deposiciones es bastante diferente entre un niño y otro. En el primer mes puede haber 4 a 6 deposiciones al día, o incluso después de cada mamada. Si es menor, significa que no esta recibiendo suficiente leche. Sin embargo un niño de más de un mes, con un buen incremento de peso, puede considerarse normal el hecho de que no haya evacuación diaria y que pase hasta 4 días sin movilizar, si al hacerlo la deposición es de consistencia cremosa. Esto sólo significa que el niño asimila todos los nutrientes de la leche materna.

Pezones y pechos sanos

Si el niño se acopla bien y hace una succión correcta, el amamantamiento no provoca dolor ni daño en los pezones. Por otra parte, si la extracción de la leche es adecuada, se evita la plétora y la congestión de los pechos.

EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Hasta ahora pocas mujeres saben que es posible extraer la leche de sus pechos. En la medida que se promueva la práctica de la lactancia materna se debe incluir la enseñanza de este procedimiento en los programas de orientación prenatal y postnatal.

Es necesario que todas las madres que amamantan a sus hijos conozcan esta técnica, ya que será de mucha utilidad para superar problemas que pueden afectar contra el éxito de lactancia y especialmente para las madres que tienen que trabajar.

Se puede recurrir a la extracción de leche en varias circunstancias como por ejemplo:

- Extraer pre leche o leche final cuando se requiere darla en forma separada.
- Aliviar la congestión mamaria.
- Mantener la producción de leche en caso de separación de la madre y el niño (viaje, enfermedad, hospitalización, trabajo).
- Alimentar al niño en cuchara ó biberón cuando tiene dificultad para mamar.
- Evitar el contagio mutuo en caso de infección de la boca del niño o de la mama de la madre.
- Permitir el alivio de un pezón agrietado, evitando por un día ó dos la succión directa.
- Incrementar la producción ó el volumen de leche.

La leche puede extraerse manual ó mecánicamente con bombas mecánicas ó eléctricas. La elección de un método u otro va a depender de las circunstancias.

La extracción manual cualquier madre la puede efectuar eficazmente si la practica en forma correcta; esta extracción es mas fisiológica que la mecánica ó eléctrica.

En la técnica manual se "ordeña" la glándula, estimulando la eyección de leche de los lóbulos y conductos por medio de un masaje rítmico y suave que la madre puede regular, de manera que no le cause daño ni dolor, en la extracción mecánica la leche es extraída por una fuerte succión producida por una presión negativa de émbolo, la cual puede provocar daño en los tejidos, otro inconveniente de estas bombas de extracción es que cada una de sus partes deben ser higienizadas correctamente posterior a su uso, para evitar riesgos de contaminación.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL

Para realizar la extracción de leche, debe seguirse una rutina tanto en los horarios como en la disposición de los elementos a usar.

Los envases elegidos para almacenar la leche debe ser de vidrio ó de un plástico duro que resista el agua caliente o la esterilización y tener tapa de cierre hermético, sobre todo si la leche se va a usar para un niño prematuro u hospitalizado. Deben etiquetarse cada día, con fecha, hora de extracción y volumen y si va a ser enviado a la sala, con el nombre del niño en un lugar visible.

Previo a la extracción es necesario preparar los pechos, haciendo un masaje suave con pequeños movimientos circulares, siguiendo todo el contorno del cuerpo de la mama, con el objetivo de estimular el reflejo de eyección.

La apariencia de la leche va cambiando, las primeras gotas son blanco transparente, después aparecen blanca y cremosa. Algunos alimentos, medicamentos o vitaminas pueden hacer variar el color de la leche.

La cantidad de leche extraída en cada sesión puede variar según las circunstancias, el estado psicológico de la madre, la hora, el ambiente, el tiempo que se dedica a ello, etc. El ideal es que la madre realice la extracción en un ambiente agradable y tranquilo.

Procedimiento

- lavado de las mamas con jabón y mantener uñas cortas.
- Secado de manos con toalla limpia, usándola solo para ese fin, ó con toallas desechables.
- Masajear el pecho suavemente en forma circular para estimular la producción de leche.
- Frotar suavemente los pezones para estimular los reflejos hormonales de la lactancia.
- Sostener el recipiente en la mano, apoyándola en una mesa para que se mantenga en una posición estable.
- Inclinar el cuerpo, acercando el pecho al recipiente.
- Con la mano libre, tomar el pecho rodeándolo con los dedos en "C": el pulgar por encima, apoyando detrás de la areola, y el resto de los dedos por debajo.
- Presionar la base de la mama, empujándola contra la pared del tórax para exprimir hacia los senos lactíferos la leche que esta en los alvéolos y conductos.
- Presionar el dedo pulgar in situ, sin que resbale hacia el pezón ni frotar la piel.
- Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica: presionar, soltar, presionar, etc.
- Si la leche no fluye enseguida, no presionar mas fuerte, si no más constante y rítmicamente.
- Siguiendo la distribución circular de los senos lactíferos, cambiar la presión de los dedos por todo el contorno de la areola, pero exprimirlos secuencialmente.
- No presionar o traccionar solo el pezón ya que inhibe el reflejo de eyección.
- Cuando disminuye el flujo, repetir el masaje y hacer una suave vibración de la mama con el cuerpo inclinado hacia delante. Si no sale mas leche extraer de la otra mama.
- Posterior a la extracción, humedecer el pezón y la areola con unas gotas de leche y dejarlo secar al aire.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Entre estos beneficios se pueden destacar los siguientes:

□ Beneficios para el niño.

Nutrición óptima: Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

Nutrición adecuada para prematuros: La madre que da a luz un neonato prematuro, produce un tipo de leche adecuada (leche de pretérmino) que es el alimento adecuado hasta que el niño alcanza un desarrollo normal. Solamente en el caso de niños muy prematuros es necesario suplementarla. La leche de pretérmino tiene menor cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: En el recién nacido el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.

Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formular un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro, la leche de transición y la leche madura contiene suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.

Fácil digestibilidad: Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Crecimiento y desarrollo óptimo: Los niños alimentados hasta los seis meses sólo con leche materna tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esta edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los doce meses.

Organización sensorial: El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

Organización biocronológica del estado de alerta: Durante al menos tres meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardias, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

Patrones afectivo-emocionales adecuados: El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto produce, hace que se sienta querido y Protegido,

respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

Desarrollo intelectual del niño: Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psico-motor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera.

Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual del niño.

Desarrollo dentomaxilar y facial: Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-maxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonarticulación del lenguaje.

□ Beneficios para la madre

Retracción del útero: Por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño previo la oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.

Recuperación del peso: La lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia.

Recuperación de los pechos: La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudándolo con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.

Prevención de cáncer de mamas y ovarios: La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo "apego". El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

Satisfacción emocional de la madre: La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

□ Beneficios para la sociedad

Disminución de la morbilidad infantil: Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitarían la muerte de más de un millón de niños anualmente.

Economía de recursos: La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costos de:

- leche de vaca ó de fórmula
- mamaderas, chupetes y accesorios
- enfermedades y sus tratamientos
- gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos
- ausencia laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo

- producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

EL DESTETE.

El destete no significa la suspensión total del pecho materno, sino que es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna.

El destete es un periodo de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

Para iniciar el destete es necesario considerar varios factores o parámetros que indican el grado de madurez funcional del niño.

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, metabólicas, tanto de asimilación como de excreción y de la seguridad inmunológica, no se reconoce ninguna ventaja en la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses, pudiendo en cambio significar riesgos.

Desde el punto de vista funcional de las estructuras oro-faríngeas, el amamantamiento es la forma de alimentación que el niño debe tener hasta los 6 meses para asegurar un buen desarrollo anatómico y funcional de dichas estructuras. La aparición de los primeros dientes, el aumento de la discriminación sensorial con la aceptación de nuevas texturas y sabores, el aumento de la secreción salival (amilasa) y la posibilidad de deglutir somáticamente juntando los labios sin extruir la lengua, indican que las estructuras bucales tienen la madurez suficiente para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados con una cuchara.

Desde el punto de vista neuro-motor entre los 6 a 7 meses el niño es capaz de sentarse sin apoyo y usar sus manos para explorar nuevas sensaciones. Eventualmente podría voltearse, coger los alimentos que están cerca y llevárselos a la boca.

Por último desde el punto de vista psico-afectivo y emocional, después de los 6 meses el niño es capaz de integrar a más personas y situaciones a sus experiencias de interacción social. Esto lo permite independizarse del pecho y de las atenciones exclusivas de su madre para satisfacer sus nuevas necesidades.

INGURGITACIÓN MAMARIA

Definición:

- **Ingurgitación mamaria:** Es una inflamación que se da como respuesta de la mama ante los cambios súbitos de las hormonas y a un aumento del volumen de leche, reteniéndose ésta en los alvéolos a causa del insuficiente vaciamiento de la mama por una succión escasa o infrecuente. Las mamas ingurgitadas tendrán un aspecto turgente, tenso y doloroso. El pezón se puede retener dentro del pecho congestionado, complicando que el lactante se prenda al mismo.

Fisiopatología

La ingurgitación mamaria es la consecuencia del insuficiente vaciamiento de los alvéolos debido a una succión escasa ó infrecuente. La acumulación de leche en el alvéolo determina la compresión del tejido circundante, produciendo éstasis linfo-vascular y edema.

Con los residuos de leche puede producirse la obstrucción de los conductos y causar predisposición a mastitis ó abscesos mamarios. Si el lactante no puede succionar lo suficiente como para vaciar la mama, entonces debe quitarse la leche de la mama en forma manual ó con una bomba. Los pezones irritados se originan por ese agarre escaso, debido a una postura inadecuada, una mala colocación de la lengua ó la tracción sobre el pezón.

El mejor tratamiento de la ingurgitación mamaria es la prevención.

El grado de ingurgitación disminuye con cada hijo sucesivo por que la bajada de la leche parece ser más precoz en múltiparas.

La ingurgitación mamaria se clasifica en:

- 1) **Congestión primaria:** ésta se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes. La prevención consiste en usar una buena técnica de amamantamiento y dar de mamar con una frecuencia adecuada. El vaciamiento efectivo, idealmente por el niño, es el tratamiento mas adecuado. Si la congestión compromete la areola, el niño por lo general no será capaz de introducirla en su boca. En este caso se debe extraer la leche manualmente o con bomba, hasta ablandar la zona areolar para que el niño pueda mamar efectivamente.
- 2) **Congestión secundaria:** además de la acumulación de leche, se presenta edema de intersticio de la glándula mamaria, que en casos extremos lleva a obliterar los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes, y en algunas ocasiones, enrojecidas.

Otra clasificación puede ser:

Ingurgitación areolar: cuando se ingurgitan las mamas se borra el pezón y es imposible para el lactante mamar de la areola correctamente. Si el se prenda solo del pezón resulta muy doloroso porque esta es la única zona de la mama donde hay terminaciones sensibles al dolor.

El objetivo del tratamiento consiste en reducir la ingurgitación para que el lactante pueda mamar correctamente, y así acabar de vaciar los conductos distendidos, normalmente la suave extracción manual de la madre permite extraer algo de leche y ablanda la areola.

La presencia de leche en el pezón estimula al niño a mamar. Se debe enseñar a la madre a extraer manualmente la leche, para provocar la bajada de ésta y ablandar el tejido mamario.

Ingurgitación periférica: al comienzo la vascularización de las mamas aumenta y se inflaman. Esto suele comenzar en el segundo periodo de 24 horas posterior al parto. La ingurgitación en este periodo es vascular, así que puede ser útil usar brevemente una bomba mecánica, sólo para estimular el pecho cuando el niño no mama, aunque el uso de la bomba para "aliviar la ingurgitación" tiene su desventaja en que baja poca leche y se puede traumatizar el pecho hipervascularizado.

Con una ingurgitación moderada los pechos están llenos, duros y dolorosos. La inflamación abarca desde la clavícula a la parte inferior de la parrilla costal y desde la línea media axilar al esternón.

Tradicionalmente se ha usado el calor para tratar la congestión por que se pensaba que ésta se originaba en la ausencia de la subida de leche. No obstante hoy en día se sabe que el problema primario no es una ausencia del reflejo de eyección sino más bien una inflamación del tejido mamario que oprime los conductos, los cierra y evita así el flujo de la leche. Debido a que el calor incrementa el paso de la sangre, su aplicación en un área de por sí congestionada por lo general es contraproducente.

El tratamiento se centra en hacer que la madre se sienta cómoda para que pueda seguir amamantando y se estimule la producción de leche al mismo tiempo que aliviana al lactante. Al principio las compresas frías pueden ayudar a reducir la inflamación y el dolor, y puede ablandar la areola lo suficiente para que el bebé haga la toma efectiva. Al disminuir la inflamación también se reduce la presión sobre los conductos y se promueve el flujo de la leche. Las compresas calientes agravan la inflamación. El AAS ó el paracetamol pueden aliviar el dolor de la madre y no perjudican al lactante. Debe escogerse el momento de administrar los medicamentos, de manera que pase la menor cantidad posible del fármaco a la leche, por lo tanto la medicación se debe tomar previo a la mamada, se aliviará el dolor y éste no pasará a la leche durante más de media hora en el caso de el AAS, el paracetamol, la codeína o los barbitúricos de acción corta.

Es importante mantener el drenaje durante este periodo de ingurgitación, para evitar que aumente la presión en los conductos y termine disminuyendo la producción de leche. El mejor tratamiento es la lactancia frecuente, porque la succión del niño es el método más eficaz para extraer la leche.

Durante los primeros días, el recién nacido puede tener dificultades para tomar el pecho ó no estar interesado en mamar con frecuencia, de modo que puede ser también necesario la extracción manual.

PROCESO INFLAMATORIO

Inflamación: Respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado.

La respuesta inflamatoria puede ser provocada por agentes físicos, químicos y biológicos, que incluyen el traumatismo mecánico, la exposición a cantidades excesivas de luz solar, rayos X y materiales radiactivos, productos químicos corrosivos, temperaturas extremas de frío y calor y agentes infecciosos como bacterias, virus y otros microorganismos patógenos.

Los signos clásicos de la inflamación son: calor, rubor, tumefacción, dolor y pérdida de la función. Estas son manifestaciones de alteraciones fisiológicas que pueden ocurrir durante el proceso inflamatorio. Los tres componentes principales de este proceso son:

- 4) alteración en el calibre de los vasos sanguíneos y la velocidad del flujo sanguíneo que pasa por ellos (alteraciones hemodinámicas),
- 5) aumento de la permeabilidad capilar,
- 6) Exudado leucocitario.

Las alteraciones hemodinámicas se inician poco después de ocurrida la lesión y progresan a velocidades variables, de acuerdo con la extensión del daño. Esta serie de episodios comienza con la dilatación de las arteriolas y la abertura de nuevos lechos capilares y venulares en la región. Con estos cambios se produce una aceleración del flujo sanguíneo, responsable de los signos de calor y enrojecimiento. A esto le sigue un aumento de la permeabilidad de la microcirculación, que permite la salida de líquido rico en proteínas desde los pequeños vasos sanguíneos hacia el compartimiento del líquido extravascular, que es responsable del edema inflamatorio.

El exudado leucocitario se produce según la siguiente secuencia. Primero, los leucocitos se desplazan hacia el revestimiento endotelial de los pequeños vasos (marginación) tapizando el endotelio en una formación apretada (pavimentación). Con el tiempo estos leucocitos se desplazan a través de los espacios endoteliales y escapan hacia el espacio extravascular (emigración). Una vez fuera de los vasos sanguíneos se encuentran libres para moverse y por quimiotaxis, son dirigidos hacia el sitio de la agresión. La acumulación de neutrófilos y de macrófagos en la región de la inflamación produce la neutralización de la partículas extrañas por fagocitosis.

Los mediadores químicos del proceso inflamatorio incluyen una variedad de sustancias originadas en el plasma, en las células de tejidos no lesionados y posiblemente en el tejido dañado. Las clases principales de mediadores son:

1. aminas vaso-activas, como histamina y serotonina;
2. proteasas plasmáticas que comprenden tres sistemas interrelacionados, el sistema quinina, el sistema del complemento, que produce proteínas que actúan con los complejos antígeno-anticuerpo y actúan como mediadores en la región e inflamación inmunológica y el sistema de la coagulación que aumenta la permeabilidad vascular y la actividad quimiotáctica para los leucocitos;
3. prostaglandinas, que pueden reproducir varios aspectos del proceso inflamatorio;
4. productos de los neutrófilos;
5. factores linfocitarios, y
6. otros mediadores, como la sustancia de reacción lenta de la anafilaxia (SRS-A) y pirógeno endógeno.

Respuesta hormonal. Algunas hormonas como el cortisol, tiene una acción antiinflamatoria que limita la inflamación a una reacción local mientras que otras la favorecen. Por consiguiente el sistema endócrino ejerce un efecto regulador sobre el proceso de la inflamación de manera que pueda ser equilibrado y beneficioso en los intentos del organismo para recuperarse de la lesión.

ESTUDIO DE LA INGURGITACIÓN MAMARIA CON HOJAS DE COL

Las hojas de repollo se han usado para tratar la inflamación en otras culturas durante años (Robert, 1995). Tan solo hace unos pocos años se han hecho estudios en los E.U.A para probar la eficacia de este tratamiento. Aunque el mecanismo de acción exacto de las hojas de repollo en el tratamiento de la congestión no se ha identificado, se piensa que la aplicación continua podría disminuir la producción de leche.

El tratamiento de la ingurgitación mamaria con hojas de col se ha transmitido de generación en generación.

Consistía en la aplicación de las hojas de col frías (del refrigerador) en los pechos, dejando solo el pezón al aire. Las hojas se aplicaban después de cuatro tomas consecutivas durante 20 minutos hasta que se marchitaban, estas producían alivio de los síntomas entre 2 y 24 horas posteriores a la aplicación, éste tratamiento se comenzó aplicando a mujeres con ingurgitación que estaban amamantando.

Es discutible si las hojas de col funcionan como profilaxis pero es notable su valor en el tratamiento de la ingurgitación grave; no se sabe si el efecto se debe a la frialdad de las hojas ó a alguna propiedad de las mismas.

TRATAMIENTO DE FRÍO EN LA INGURGITACIÓN MAMARIA

Es la aplicación de frío en la zona de la mama ingurgitada, con el fin de disminuir la inflamación y facilitar la eyección de la leche.

El tratamiento consiste en la aplicación de compresas frías en la zona ingurgitada de la mama (pudiendo alcanzar la totalidad de la misma) por un tiempo aproximado de cinco minutos, este procedimiento se continúa con la realización de masajes en la mama y luego la extracción manual de leche.

Este tratamiento se debe acompañar con una correcta técnica y frecuencia adecuada de amamantamiento para lograr la eficacia del mismo.

EL DOLOR

Definición:

Corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común está en la naturaleza desagradable de la senso-percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos, que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos.

El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevado que las otras terminaciones senso-perceptivas.

Valoración de la percepción del dolor

Las herramientas para valorar el dolor permiten evaluar la percepción del dolor. Para que tales herramientas sean útiles deben satisfacer los siguientes criterios: 1. ser de fácil comprensión y uso, 2. requerir poco esfuerzo por parte del paciente, 3. poderse calificar con facilidad, y 4. ser sensible a cambios menores en la intensidad del dolor.

Escala numérica de intensidad de dolor (0-10): permite valorar la intensidad del dolor. La escala consta de una línea horizontal de 10 centímetros y anclas que indican los extremos del dolor, además de las diferentes puntuaciones intermedias. Se pide a la persona que indique sobre la línea el punto donde se encuentra el dolor; el extremo de la izquierda representa "ningún dolor" en tanto que la derecha indica el "peor dolor posible".

MASTITIS

La mastitis es una infección bacteriana del tejido conjuntivo que rodea al tejido glandular de la mama, no es una infección de las glándulas o conductos.

La puerta de entrada más frecuente son las grietas del pezón. Además de la presencia de grietas, otros factores predisponentes para una mastitis incluyen un vaciamiento incompleto de las mamas, la retención de leche, saltarse una mamada y agotamiento excesivo de la madre. Este último factor, de primordial importancia, hace que la mastitis sea más frecuente entre las madres que amamantan gemelos o cuando regresan al trabajo.

Generalmente los gérmenes que causan mastitis son: *Staphylococcus aureus*, los estreptococos de los grupos A y B, u otra flora cutánea o bucal.

Dicha afección se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado generalmente unilateral, con frecuencia acompañado de gran malestar general, taquicardia, fiebre y escalofríos.

En el manejo de la mastitis, el objetivo es detener la infección antes que evolucione hacia un absceso mamario, siendo mayor el riesgo de producirse absceso en las madres que dejan de amamantar.

ABSCESO MAMARIO

Se produce como consecuencia de una mastitis tratada inadecuada o tardíamente. En general es de manejo quirúrgico, aunque en ocasiones puede vaciarse espontáneamente a través de un conducto. Si el drenaje se efectúa cerca de la areola se puede inhibir la producción de leche del lado afectado, evitando el vaciamiento periódico de esa mama, la que se puede reinducir posteriormente. Es importante mantener a la madre y al niño en control frecuente hasta la resolución del problema, ya que durante el periodo agudo, la producción de leche puede ser insuficiente.

- **TIPO DE ESTUDIO:**

La investigación que realizaremos es **cuantitativa**: de tipo **retro-prospectiva**, ya que se registrará la información sobre algunos hechos ocurridos con anterioridad en relación al problema, y el registro continuará según van ocurriendo los fenómenos; **descriptivo** debido a que este estudio está dirigido a determinar como es el comportamiento de las variables que se estudiarán en la población, se pretende presentar hechos o fenómenos, sin explicar los mismos; pudiendo servir de base para otros estudios; **longitudinal**, ya que se estudiarán las diferentes variables a lo largo de un período de tiempo determinado.

- **ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio que realizaremos se llevará a cabo en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio Aguada. En el Sanatorio Canzani (correspondiente al B.P.S); Unidad de Perinatología, Sector Puerperio y Alojamiento conjunto (PB y 1º piso), ubicado en Martín García 1363 esq. San Martín.

- **UNIVERSO Y MUESTRA:**

El universo está compuesto por todas las púerperas que se encuentran internadas (ingreso o reingreso) en la unidad de Perinatología, en el período de tiempo comprendido entre el 11/04 y 16/05 de 2005, con diagnóstico de ingurgitación mamaria en cualquier etapa del puerperio y que no tengan contraindicado la lactancia materna (la muestra se corresponde con el Universo).

• DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad Materna: Variable cuantitativa continua.

D.C: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

D.O: N° de años cumplidos.

Categorías:

- (12 - 19 años) Adolescentes.
- (20 - 34 años) Jóvenes.
- (>=35 años) Añosas.

Antecedentes de amamantamiento exitoso: Variable cualitativa nominal.

D.C Y D.O: Experiencia de amamantamiento exclusiva hasta los seis meses en hijos anteriores.

Categorías:

- Si.
- No.

Antecedentes de ingurgitación mamaria: Variable cualitativa nominal.

D.C Y D.O: Presencia de ingurgitación mamaria en puerperios anteriores.

Categorías:

- Si.
- No.

Frecuencia de amamantamiento: Variable cualitativa ordinal.

D.C Y D.O: N° de veces que la madre amamanta al recién nacido en un periodo de 24 horas habitualmente.

Categorías:

- Escasa; menor de 8 veces.
- Suficiente; 8 - 12 veces.
- Elevada; mayor de 12 veces.

Tiempo de evolución de la ingurgitación mamaria: Variable cuantitativa continua.

D.C: Tiempo transcurrido desde la aparición de los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria, hasta el momento de la aplicación del tratamiento con frío, entendiéndose por signos y síntomas a la presencia de calor, turgencia, rubor y dolor.

D.O: N° de horas transcurridas desde la aparición de los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria hasta el momento de la aplicación del tratamiento con frío.

Categorías:

- 0-23 horas.
- 24-47 horas.
- 48-71 horas.
- 72-96 horas.

Forma de los pezones: Variable cualitativa nominal.

D.C y D.O: Morfología que presentan los pezones.

Categorías:

- Formados: es cuando el pezón es contráctil y el agarre mamario es adecuado.
- Planos: es la forma del pezón que a la inspección se valora que no es saliente y/o eréctil.
- Umbilicados: es el pezón que se encuentra invaginado dentro de la areola.

Succión del recién nacido: Variable cualitativa nominal.

D.C: Es el reflejo dento-maxilar que posee el recién nacido con el fin de alimentarse, que se manifiesta mediante:

- o acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre, permitiendo que éste introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca.
- o labios evertidos.
- o sonido de deglución audible.

D.O: Se considera que el recién nacido succiona cuando se cumplen las tres características mencionadas en la definición conceptual.

Categorías:

- Succiona.
- No succiona.

Eyección de leche: Variable cualitativa nominal.

D.C y D.O: Salida de leche de los conductos lactíferos que se produce frente a diferentes estímulos (succión del RN, extracción manual, etc.).

Categorías:

- Si.
- No.

Cambios obtenidos posterior a la aplicación del tratamiento con frío: Variable cualitativa nominal.

D.C: Cambios producidos en los signos y síntomas de la ingurgitación mamaria posterior a la aplicación del tratamiento con frío.

D.O: Se tomará como referencia para realizar cada una de las mediciones la primera valoración, siendo esta previa a la aplicación del tratamiento. Se tendrá en cuenta a su vez los cambios producidos en la eyección de leche. Posteriormente se compararán los resultados con la valoración realizada a las 48 horas de aplicado el tratamiento.

Categorías

- **Cambios positivos:** es cuando disminuye o desaparece, como mínimo el 25% de los signos y síntomas, acompañado a su vez por la presencia de eyección de leche. Se incluye en esta categoría la situación de que el 100% de los signos y síntomas se mantengan sin cambios, pero que ocurra un cambio favorable en cuanto a la eyección de leche.
- **No se producen cambios:** es cuando los signos y síntomas valorados previo a la aplicación del tratamiento se mantienen constantes, incluyendo la ausencia de eyección de leche. A su vez en esta categoría se encuentran aquellas situaciones

en las cuales ocurran cambios positivos en algún signo o síntoma, manteniéndose constante la ausencia o presencia de eyección de leche.

- **Cambios negativos:** Es cuando aumentan o aparecen como mínimo el 25% de los signos y síntomas, manteniéndose sin cambios el resto de los mismos. A su vez se encuentra en esta categoría toda situación en que surja eyección de leche.

Dimensiones:

Calor:

D.C: Aumento de temperatura en la zona de la mama afectada.

D.O: Es la percepción al tacto de un aumento del calor en la zona de la mama afectada.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece calor.

Turgencia:

D.C y D.O: Tumefacción o hinchazón de la zona de la mama que se encuentra afectada.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece turgencia.

Rubor:

D.C y D.O: Episodio de enrojecimiento de la zona afectada, producido por vasodilatación.

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece rubor.

Dolor:

D.C: Corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común esta en la naturaleza desagradable de la senso-percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos, que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos.

El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevado que las otras terminaciones senso-perceptivas.

D.O: Manifestación de la puérpera sobre la presencia e intensidad del dolor de acuerdo a la escala numérica de intensidad de dolor (0-10) se pide a la persona que

indique sobre la línea el punto donde se encuentra el dolor; el extremo de la izquierda representa "ningún dolor" en tanto que el extremo de la derecha indica el "peor dolor posible", la primera valoración incluirá cuatro escalas de dolor:

- 0 no presenta dolor.
- 1-3 dolor leve.
- 4-6 dolor moderado.
- 7-10 dolor intenso.

Los cambios serán valorados de acuerdo a los presentados en la primera valoración

Categorías:

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros: aparece dolor.

- **MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El método que utilizaremos es la **observación no participante**, ya que los investigadores no formaremos parte de la situación en que ocurrirán los fenómenos en estudio.

La observación será **sistemática**, se utilizará un instrumento estandarizado para medir las variables en estudio de una manera uniforme, debido a que de antemano se ha tomado la decisión sobre lo que debe observarse, con el fin de disminuir el grado de error relacionado con el instrumento.

El instrumento de recolección de datos estará compuesto por un formulario que incluirá cinco preguntas cerradas, dicotómicas y de respuesta múltiple y el estudio de cuatro variables obtenidas mediante la valoración.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorización: La autorización necesaria para llevar a cabo la recolección de los datos se realizará a través de la dirección del sanatorio Canzani.

Tiempo: (Ver anexo A) Cronograma de actividades.

Recursos:

Fase A: Elaboración del protocolo.

RRHH: Investigadoras: 4 estudiantes de Licenciatura en enfermería.

Tutora: Lic en enfermería, Mercedes Pérez.

Colaboradora: Lic en enfermería: Alicia Pérez.

RRMM: (Ver anexo B) Presupuesto.

Fase B: Ejecución.

RRHH: 4 estudiantes de enfermería, encargadas de la recolección de los datos, tabularán los datos; realizarán análisis e interpretación, y la Licenciada Alicia Pérez (encargada de la aplicación del tratamiento con frío).

RRMM: (Ver anexo B) Presupuesto.

Fase C: Comunicación y divulgación.

RRHH: 4 estudiantes de enfermería.

RRMM: (Ver anexo B) Presupuesto.

Proceso:

La investigación se llevará a cabo en un período de tiempo de cinco semanas, del 11/04 al 16/05 de 2005, en el espacio físico del Sanatorio Canzani.

En relación al abordaje de la población objetivo, la Licenciada en Enfermería de dicho servicio será quien diagnostica la presencia de ingurgitación mamaria en las usuarias, comunicando a las investigadoras la afección valorada; quienes concurrirán para evaluar si las usuarias cumplen o no con los criterios de inclusión de la muestra.

Posteriormente la Licenciada en Enfermería aplicará el tratamiento con frío, entendiéndose por éste a la aplicación de compresas frías en la zona de la mama ingurgitada, por un tiempo aproximado de cinco minutos. Este procedimiento se continuará con la realización de masajes en la mama y la extracción manual de leche. El tratamiento se debe acompañar con una correcta técnica y frecuencia adecuada de amamantamiento.

La recolección de datos se llevará a cabo mediante la aplicación del instrumento; el cual será aplicado en cuatro oportunidades:

- 1) En el momento de diagnosticada la ingurgitación mamaria, previa a la aplicación del tratamiento; en donde se recolectarán los datos referentes a la entrevista y primera valoración.

- 2) Inmediatamente a la aplicación del tratamiento: donde se recolectarán aquellos datos pertenecientes a la valoración correspondiente a la primer evolución.
- 3) A las 24 horas posterior a la aplicación del tratamiento: donde se recolectarán aquellos datos pertenecientes a la valoración correspondiente a la segunda evolución.
- 4) A las 48 horas posterior a la aplicación del tratamiento: siendo ésta la última instancia de valoración y evolución.

Antes de procesar la información se revisarán los datos obtenidos a fin de corregir información incorrecta o incompleta.

Es importante resaltar, que en el momento de la aplicación del tratamiento las investigadoras deben estar presentes con el fin de realizar una valoración previa y posterior a la aplicación del mismo.

En los seguimientos realizados a las 24 y 48 horas no será necesaria la presencia de la Licenciada, ya que es responsabilidad única de las investigadoras. Se destaca que las mediciones realizadas con posterioridad al tratamiento siempre se basarán en la primera valoración, con el fin de determinar si realmente existieron cambios con respecto al momento en que se detectó la ingurgitación mamaria.

Debido a que la observación es el método a utilizar en esta investigación, los datos obtenidos no serán totalmente objetivos, por tal razón se realizará la prueba del instrumento previo a la recolección de datos, a un total de cuatro usuarias que presenten ingurgitación mamaria y que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra.

Es importante resaltar, que para llevar a cabo la prueba del instrumento se formarán dos sub-grupos constituidos por dos investigadoras, a su vez cada uno de ellos valorará a cada usuaria en forma individual en la misma instancia, luego se compararán los datos obtenidos en cada uno de los instrumentos, con el fin de unificar criterios en las variables a medir y por ende la confiabilidad del mismo.

Posteriormente se compararán los datos obtenidos, realizando las correcciones pertinentes.

Al finalizar la prueba del instrumento se comenzará con la recolección de los datos; utilizando la metodología mencionada anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª ed. Washington OPS/OMS; 1994.
- ❖ Dickanson EJ, Silverman BL, Kaplan JA. Enfermería materno infantil. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- ❖ Lawrence RA. La lactancia materna. 4ª ed. Madrid: Mosby; 1995. p. 45-50, 245-248.
- ❖ Miller-Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1996. p 686-87. Inflamación.
- ❖ Perez Sanchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1999.
- ❖ Polit D, Hungler B. Investigación científica en las ciencias de la salud. 6ª ed: Interamericana. México. 2000.
- ❖ Schellhorn H, Valdes V. Lactancia materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile: UNICEF; 1999.
- ❖ Schwarcz RL. et al. Obstetricia. 5ª ed. Montevideo. El Ateneo; 1995.
- ❖ Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería médico-quirúrgico. 8ª ed. México: Interamericana; 1997. v.1
- ❖ Uruguay . Ministerio de Salud Pública. Normas nacionales de la lactancia materna: problemas y dificultades más frecuentes en el amamantamiento, Montevideo: MSP; 1997. p. 290
- ❖ Ingurgitación mamaria. (en línea) 2000. Disponible en: <http://www.apuntesenfermeria.iespana.es> (Fecha de acceso 5 de abril del 2004)
- ❖ Ingurgitación mamaria: prevención y tratamiento. (en línea) 2005 setiembre 10 . Disponible en:<http://www.bebesenlweb.com.ar/elembrazoyvos/lactancia/ingurgitacionmamaria.html> (Fecha de acceso 17 de abril 2004)
- ❖ Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Tratamiento para la ingurgitación mamaria durante la lactancia. (en línea) 2005. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsES/ab000046-ES.html> (Fecha de acceso 2 de enero 2005)
- ❖ Obstetricia y Neonatología. Lactancia materna : alimento natural y nutritivo para el Bebé. (en línea) 2002. Disponible en:<http://www.osplad.org.ar/prevencion/preparacion%20lactancia.htm> (Fecha de acceso 19 de mayo 2004)

Anexo A: Cronograma

Calendario de actividades

Actividades	Período
Fase A Elaboración de protocolo Presentación a autoridades Prueba de instrumentos Revisión y reproducción de los instrumentos	Mayo de 2004 - Abril 2005 Abril de 2005 Abril de 2005 Abril de 2005
Fase B Recolección de datos Tabulación de datos Análisis e interpretación	Abril - Junio de 2005 Junio - Julio de 2005 Julio - Agosto de 2005
Fase C Redacción del informe final Impresión del informe final Defensa de la investigación Divulgación de resultados	Setiembre de 2005 Octubre de 2005 Noviembre de 2005 Noviembre de 2005

Anexo B: Presupuesto

Presupuesto

Rubro	A		B		C	
	Cantidad	Total	Cantidad	Total	Cantidad	Total
<u>Viajes</u>						
Transporte local	80	1280 \$U	95	1520 \$U	40	640 \$U
<u>Materiales</u>						
Tiempo computadora	24 hs.	288 \$U	15hs.	180\$U	30hs.	360 \$U
Disquete	3	45 \$U	2	30\$U	3	45 \$U
Impresiones	240	480 \$U	80	160\$U	120	240 \$U
Cuaderno	1	20 \$U	1	20\$U	1	20\$U
Fotocopias	80	64 \$U	90	72\$U	240	192 \$U
Lapiceras	4	24 \$U	4	24 \$U	4	24\$U
Tablas			4	200 \$U		
Correctores			4	160 \$U		
Carpetas			4	40 \$U		
Encuadernación					4	140 \$U
<u>Imprevistos</u>						
Gran total		2201\$U		2406\$U		1661\$U

Anexo N° 2

Instrumento

• **INSTRUMENTO**

Iniciales: **Piso:** **Sala:** **Cama:**

1. ¿Cuántos años tiene?

- 12-19 años.
- 20-34 años.
- >= 35 años.

2. ¿Usted amamantó a algún hijo anterior hasta los 6 meses de edad en forma exclusiva?

- Si.
- No.

3. ¿Presentó anteriormente ingurgitación mamaria?

- Si.
- No.

4. ¿Cuántas veces amamanta a su recién nacido en 24 horas?

- Menor de 8 veces.
- 8 - 12 veces.
- Mayor de 12 veces.

5. ¿Hace aproximadamente cuantas horas, comenzó a notar los síntomas de la ingurgitación mamaria?

- 0-23 horas.
- 24-47 horas.
- 48-71 horas.
- Mayor de 72 horas.

6. Forma de los pezones.

- Formados.
- Planos.
- Umbilicados

7. Succión del Recién nacido.

- Succiona.
- No succiona.

8.

	Valoración previa a la aplicación del tratamiento	Inmediatamente a la aplicación del tratamiento	A las 24 horas de la intervención	A las 48 horas de la intervención
Eyección de leche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

9.

Signos y síntomas	Valoración previa a la aplicación del tratamiento	Inmediatamente a la aplicación del tratamiento	A las 24 horas de la intervención	A las 48 horas de la intervención
Calor	<input type="checkbox"/> Presenta <input type="checkbox"/> No presenta	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece calor	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece calor	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece calor
Turgencia	<input type="checkbox"/> Presenta <input type="checkbox"/> No presenta	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece turgencia	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece turgencia	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece turgencia.
Rubor	<input type="checkbox"/> Presenta <input type="checkbox"/> No presenta	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye. <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece rubor	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye. <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece rubor	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye. <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece rubor
Dolor	<input type="checkbox"/> No Presenta. <input type="checkbox"/> Dolor leve. <input type="checkbox"/> Dolor moderado. <input type="checkbox"/> Dolor intenso.	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye. <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece dolor.	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye. <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece dolor	<input type="checkbox"/> Desaparece. <input type="checkbox"/> Disminuye. <input type="checkbox"/> Se mantiene. <input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Otros: Aparece dolor

Observaciones: