



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA
Modalidad Abierta y a Distancia

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ABSCESOS DE MAMAS EN LAS
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER, EN EL
PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2011.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTOR:
Md. CLAUDIO PATRICIO BONETE NAULA.

DIRECTOR:
Dr. GUILLERMO HURTADO.

CUENCA – ECUADOR
2011

CERTIFICACIÓN

Dr.
Guillermo Hurtado.
DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Investigación titulado “**DISMINUIR LA INCIDENCIA DE LA FORMACIÓN DE ABSCESOS DE MAMAS EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL H.H.C.C, EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2011**”, realizado por el estudiante Md. Claudio Patricio Bonete Naula, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, orientándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Cuenca, 29 de Agosto del 2011.

f).....

Dr. Guillermo Hurtado.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA.

Yo, Claudio Patricio Bonete Naula, como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de todos los criterios, opiniones, ideas, conceptos, análisis y resultados vertidos en el mismo.

.....
Md. Patricio Bonete Naula

CESIÓN DE DERECHOS

Yo Claudio Patricio Bonete Naula, declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice "Formar parte del patrimonio de la Universidad, la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Azogues, 29 de Agosto del 2011

.....
Md. Patricio Bonete Naula

AGRADECIMIENTO

Mi reconocimiento y gratitud:

A la Universidad Técnica Particular de Loja y al personal docente de la Maestría en Gerencia en Salud, por los nuevos conocimientos que se me han impartido, brindándome la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente, en una sociedad cada vez más competitiva.

Al personal de salud y administrativo del hospital Homero Castanier Crespo, los cuales colaboraron para la realización del presente trabajo.

De manera especial agradezco al Dr. Guillermo Hurtado, Director de mi tesis, quien me supo orientar de forma adecuada para la realización del presente trabajo.

Md. Patricio Bonete Naula
AUTOR

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mi familia, sobre todo a mi esposa y a mis hijos, quienes son la razón por la que trato de superarme día a día, los cuales me han brindado su apoyo y confianza para la culminación de esta faceta de mi vida.

Md. Patricio Bonete Naula.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CESIÓN DE DERECHOS.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
ÍNDICE.....	vii
1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. PROBLEMATIZACIÓN.....	5
5. OBJETIVOS.....	6
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
6. MARCO INSTITUCIONAL.....	6
6.1 DATOS GENERALES DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR.....	6
6.2 HISTORIA DEL HOSPITAL.....	8
6.3 CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL.....	10
6.4 TIPO DE INSTITUCIÓN.....	11
6.5 SU VISIÓN.....	11
6.6 SU MISIÓN.....	12
6.7 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	12
6.8 LÍMITES.....	12
6.9 INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.....	13
6.10 ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	13
6.11 EDUCACIÓN.....	14
6.12 COMPONENTE HIGIÉNICO SANITARIO.....	14
6.13 MEDIO AMBIENTE.....	15
6.14 ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.....	16

6.15 SERVICIOS DE SALUD.....	20
6.16 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA.....	23
7. MARCO CONCEPTUAL.....	26
7.1 ANATOMÍA DE LA MAMA.....	26
7.2 FISIOLÓGÍA DE LA GLANDULA MAMARIA Y LACTANCIA.....	31
7.3 LACTANCIA MATERNA.....	34
8. MASTITIS Y ABSCESOS MAMARIO.....	45
8.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	45
8.2 SÍNTOMAS.....	46
8.3 CAUSAS DE MASTITIS.....	46
8.4 ABSCESO MAMARIO.....	52
8.5 PREVENCIÓN.....	52
8.6 CONTROL DE LA INFECCIÓN.....	57
8.7 TRATAMIENTO.....	57
8.8 PRONÓSTICO A LARGO PLAZO.....	64
9. DISEÑO METODOLÓGICO.....	65
9.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS.....	66
9.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	67
9.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	68
9.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.....	69
10. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	72
10.1 RESULTADO N 1.....	72
10.2 RESULTADO N 2.....	80
10.3 RESULTADO N3.....	86
11. CONCLUSIONES.....	88
12. RECOMENDACIONES.....	89
13. BIBLIOGRAFIA.....	90
ANEXOS.....	92

1. RESUMEN

La incidencia de abscesos de mamas que se presentan en las pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo, es considerablemente alta, teniendo un promedio de 2 a 3 pacientes con esta patología al mes, es por eso que se ha planteado como objetivo, disminuir esta patología mediante la promoción del Manual de Normas y Protocolos de Atención Materna Neonatal, la capacitación del personal de salud del departamento y la educación a las pacientes que son atendidas en el mismo, para la realización de este proyecto de acción se utilizó la Matriz de Involucrados, el Árbol de Problemas, el Árbol de Objetivos y la Matriz del Marco Lógico, obteniendo como resultados, la promoción del Manual de Normas y Protocolos de Atención Materna Neonatal, la capacitación del persona de salud involucrado y de las pacientes atendidas en el servicio, sobre como se puede prevenir la formación de estos abscesos, y por ende la disminución de la incidencia de la formación de abscesos de mamas de 32 casos que se presentaron en el 2010 a 1 solo caso el primer semestre del 2011.

Palabras Clave: Lactancia Materna, Absceso de mama.

2. ABSTRACT

The incidence of breast abscesses occurring in patients treated at the Hospital Homer Castanier Crespo, is considerably high, with an average of 2 to 3 patients with this disease a month, that is why we are to set targets, to diminish this disease by promoting the Manual of Standards and Neonatal Maternal Care Protocols, training of health personnel and education department to patients who are treated in the same, for the realization of this draft action matrix was used Involved the Problem Tree, Objectives Tree and the Logical Framework Matrix, resulting in the promotion of the Manual of Standards and Maternal Neonatal care protocols, training of health person involved and the patients attended the service, about how they can prevent the formation of these abscesses, and thus decreasing the incidence of breast abscesses in 32 cases filed in 2010 to January 1 only if the first half of 2011.

Key Worlds: Breastfeeding, Breast Abscess.

3. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existe una incidencia de mas o menos 10 al 30% de mujeres en periodo de lactancia que presentan complicación como grietas en los pezones, ingurgitación mamaria, obstrucción del conducto y mastitis de las cuales solo el 3% evolucionan a abscesos mamarios, en el 2010 la incidencia de la de Abscesos de mamas en el Hospital homero Castanier Crespo, fue considerablemente alta, presentándose hasta 3 casos al mes, los cuales todos tuvieron que ser drenados quirúrgicamente, incrementando la morbi-mortalidad Materno-Infantil, es por ellos que se planificó el desarrollo del presente trabajo.

Se plantearon como objetivos, el promocionar el Manual de Normas y Protocolos de Atención Materna Neonatal, la capacitación al personal de salud del servicio sobre como prevenir y tratar oportunamente patologías como ingurgitación mamaria, taponamiento del conducto mamario y mastitis, para evitar que estas patologías puedan progresar hasta la formación de abscesos mamarios, que es cuando las pacientes acuden al médico al no soportar el dolor que provocan los mismos.

En este proyecto se realizo un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo investigación-acción, utilizando la matriz de involucrados, el árbol de problemas, el árbol de objetivos y la matriz del marco lógico.

Para la realización de este proyecto se preparó un curso de capacitación dirigido al personal de salud del departamento sobre como prevenir la formación de abscesos de mamas, como identificar que se están formando los mismos, para poder tomar medidas a tiempo y evitar la formación de absceso y que las pacientes tengan que ser intervenidas quirúrgicamente, antes de capacitar al personal se realizaron encuestas a los mismo para evaluar el nivel de conocimientos que tenían a cerca de esta patología, para unos días luego de la capacitación aplicar nuevamente las encuestas y evaluar si existieron cambios favorables, luego de la capacitación se realizaron encuestas a las madres que fueron atendidas en el servicio sobre si se les dio algún tipo de indicación especial a cerca de cómo prevenir la formación de abscesos de mamas, tales como

vaciar completamente los senos, lactancia a demanda libre, aplicación de una correcta técnica de lactancia, entre otros, para en el momento del alta aplicar nuevamente la encuesta y evaluar si fueron educadas sobre este tema, y si su nivel de conocimiento había mejorado o no con las explicaciones dadas por el personal de salud del departamento. A más de eso se identificó cuantas pacientes que habían sido atendidas en Hospital, presentaron esta patología, encontrando un solo caso de absceso mamario, el cual se produjo debido a que el bebe de esta paciente tubo complicaciones en el parto y por ello tubo que ser ingresado al servicio de Neonatología en donde permaneció ingresado por casi dos semanas, y a pesar de que la paciente trato de vaciar los senos, no lo hacia completamente y es por ello que se produjo el absceso.

De todo esto se pudo concluir que únicamente con la educación cotidiana a las pacientes que dan a luz en el departamento, se puede disminuir la incidencia de abscesos mamarios y evitar complicaciones e intervenciones quirúrgicas fácilmente prevenibles.

4. PROBLEMATIZACIÓN

La lactancia materna es una práctica que se debe mantener en forma exclusiva al menos los 6 primeros meses de vida ya que proporciona muchos elementos que no pueden ser sustituidos por ninguna otra leche, es por ello que tiene fundamental importancia la prevención de patologías que podrían interrumpir ya sea en forma parcial o total esta practica.

Los abscesos de mamas o las grietas en las mismas se producen por el vaciamiento inadecuado de la leche de las mamas, la aplicación inadecuada de la técnica de lactancia, y peor aun las madres que presentan estas patologías se auto medican conllevando a empeorar el cuadro y solo buscan ayuda profesional cuando no soportan el dolor y se han formado grandes abscesos en las mamas, los mismos que deberán ser drenados quirúrgicamente bajo anestesia general.

En el año pasado se presentaron un total de 32 casos de abscesos de mamas, las cuales fueron hospitalizadas y tratadas quirúrgicamente, permaneciendo hospitalizadas un promedio de 4 días por paciente, recibiendo tratamiento antibiótico y curaciones diarias.

El promedio de casos con esta patológica es de 2 a 3 pacientes por mes, la cual es una cifra alta ya que con una buena capacitación luego del parto no deberían presentarse, o si lo hace con un tratamiento oportuno se lograría evitar que tenga que ser intervenida quirúrgicamente, ya que podría ser tratada ambulatoriamente con muy buenos resultados, solo necesitaríamos emplear un poco de nuestro tiempo en promocionar la forma correcta de amamantamiento y los cuidados necesarios para evitar que se formen estos abscesos.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

1. Disminuir la incidencia de la formación de abscesos de mamas en las pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del H.H.C.C.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Capacitar al personal de salud que labora en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Homero Castanier sobre la forma de prevenir la formación de abscesos de mamas y el tratamiento de la misma.
2. Educar a las pacientes atendidas en el servicio sobre la importancia de los cuidados de las mamas y la forma de prevenir la formación de abscesos mamarios.
3. Promocionar la utilización del manual de normas y protocolos del MSP, en cuanto a como prevenir y tratar la formación de abscesos de mamas.

6. MARCO INSTITUCIONAL

6.1 DATOS GENERALES DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR

6.1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS:

La provincia se encuentra dividida administrativamente en siete cantones: Azogues, Biblián, Cañar, Déleg, El Tambo, La Troncal y Suscal, 10 parroquias urbanas y 29 rurales. Su superficie aproximada es de 3908 Km², que abarca regiones de costa, subtropical y serranía. Comprende básicamente la Hoya del Cañar, que está encerrada entre el macizo formado por el Nudo del Azuay, y el ramal Curiquingue – Buerán. Al sur y al este colinda con las montañas de Cashcay, Buerán y los cerros de Molobog; es una hoya pequeña y alta y no linda con la cordillera oriental. El clima es variable, tropical en los valles y frío en las montañas, cuya temperatura ambiental oscila entre los 13 y 16 grados centígrados.

6.1.2 HIDROGRAFÍA.

El principal río es el Cañar con sus afluentes, nace en el nudo del Azuay, va hacia el suroeste para desembocar en el Golfo de Guayaquil; en una parte de su recorrido, toma el nombre de Culebrillas, hasta juntarse con el Hatun Cañar; algunos de sus afluentes son el Juncal, San Miguel, San Vicente y Suscal. El río Angas nace en la frontera con Chimborazo, se junta con el río Alausí, y forman el Chanchán. También está en río Burgay, que nace en la estribaciones del Buerán, algunos de sus afluentes son el río Tabacal, Déleg, y se une con el río Cuenca, y forma el río Paute.

6.1.3 RECURSOS NATURALES.

Yacimientos minerales de caolín, arcilla, benzonita y carbón. Zonas agrícolas con cultivos de maíz, cebada, trigo, frutales, hortalizas, patatas y maderas.

6.1.3 ASPECTOS SOCIO- ECONÓMICOS.

La economía se basa en la agricultura. Sus principales industrias son la fábrica de Cementos Guapán en la ciudad de Azogues, y el Ingenio Azucarero La Troncal. En los últimos años, ha florecido la industria del cultivo y exportación de flores, creando fuentes de ocupación para la mano de obra principalmente del área rural.

6.1.4 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN.

El Hospital provincial “Homero Castanier Crespo”

6.1.5 DIRECCIÓN.

Av. Andrés F Córdova y L. M. González (La Playa)

6.2 HISTORIA DEL HOSPITAL.

En la ciudad de Azogues a inicios del siglo XX no existía un hospital público o privado, los enfermos generalmente debían ser tratados en sus domicilios o en casos de gravedad eran trasladados al Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Cuenca, con todos los inconvenientes de la época por la falta de medios y vías de transporte y un alto porcentaje morían inclusive en el traslado. En el año de 1915, por iniciativa del gobernador de esa época Don Dositeo González se conforma en la ciudad una Junta de Beneficencia, de similares condiciones a las conformadas en otras ciudades del Ecuador, la misma que posteriormente cambia de nombre a Junta de Asistencia Social y Pública y que funcionaba gracias al 10% de rentabilidad de las propiedades nacionalizadas situadas sobre todo en el cantón Cañar y también al aporte económico del Consejo Cantonal de Azogues y es así que se inicia la construcción del hospital en el lugar donde actualmente funciona el Cuartel de Policía con la dirección del Señor Agustín Garzón, Jefe Político del cantón y contando para el efecto con gran cantidad de mano de obra local y la utilización de materiales de la zona como adobe, madera, bajareque y teja. La construcción termina en el año de 1922 bautizándosela con el nombre de Tres de Noviembre en honor a la fecha liberaría de las ciudades de Cuenca

y Azogues, inaugurándose solemnemente en esa misma fecha con la presencia de autoridades civiles, militares y eclesiásticas.

El hospital tenía una capacidad de 40 camas, sin embargo en épocas de epidemias podía albergar hasta 80 pacientes, su organización era muy simple, con grandes limitaciones en recursos y enseres, colchones de paja, camas de madera, cocinas de leña, etc., constituían lo básico de su equipamiento, funcionaba gracias a un pequeño presupuesto estatal y a la contribución de filántropos que por influencia religiosa, entregaban sus donativos para el financiamiento de la casa de salud.

En el año de 1967 con el naciente Ministerio de Salud Pública, se conformaron los Servicios Médicos Integrados del Cañar, asumiendo la función de director Técnico de dicha Organización el Doctor César Molina Espinosa y es designado Director del hospital el Doctor Homero Castanier Crespo, ilustre patrono del nuevo hospital, hombre de grandes cualidades que ejerció la medicina como un verdadero apostolado y que con éxito incursionó en la política comarcana logrando la consecución de importantes objetivos de desarrollo local y regional.

Durante la década del 70, el hospital incrementó su número de camas a 80 disponibles, en el año 1970 se crea la Sala de Pediatría con el apoyo económico del gobierno Belga y contando con los servicios profesionales del Doctor Edmundo Jaramillo Donoso.

En el de 1970 se produce un voraz incendio que consume una buena parte de las instalaciones de quirófanos y central de esterilización,

Posteriormente a ello, con el apoyo del Obispado de Múnich se logró la reconstrucción del área quemada, estableciéndose aquí consultorios médicos, la farmacia y residencia médica.

A partir de 1973, se vuelve pionero, el hospital en la formación de recursos humanos de enfermería con el trabajo fecundo y desinteresado de Sor Cecilia Cordero Iñiguez, religiosa multifacética, cuyo aporte ha sido valioso en el desarrollo del hospital, y es así que se organizan varios cursos de auxiliares de enfermería con el apoyo y el

respaldo del Ministerio de Salud, que dotó de auxiliares de enfermería capacitados a las unidades ambulatorias de salud de las provincias, paralelamente se logra un avance importante en la implementación de la historia clínica única, creándose el servicio de estadística y registros médicos para lo cual el personal es capacitado en forma intensa.

En el año de 1975 y luego del fallecimiento del Doctor Homero Castanier según el decreto ministerial 47-35 el hospital toma el nombre Homero Castanier Crespo, en honor al distinguido médico de nuestra ciudad fallecido tempranamente. Luego asume la Dirección del hospital el Doctor Manuel Escudero Jaramillo, en este año por primera vez se suscribe un convenio entre la Universidad de Cuenca y el Ministerio de Salud Pública, y laboran en el Hospital de Azogues la primera promoción de internos rotativos.

6.3 CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL.

La construcción del nuevo hospital se inicia en el año de 1977 en el sector La Playa, en terrenos adquiridos al Señor Alfredo Veintimilla Calderón, culminan la obra en tiempo record de tres años a un costo aproximado de 175.000 millones de sucres. Cabe resaltar el apoyo que brindó a la construcción del nuevo hospital el doctor Luís Coronel Gonzales, Jefe Provincial de Salud de la época y el Doctor Eduardo Rivas Ayora, Legislador Provincial.

En el año de 1981 ingresa como director del hospital el Doctor Víctor Miguel Crespo Regalado a quien le corresponde culminar la construcción del nuevo hospital, gestionar la creación de 185 partidas de recursos humanos y planificar la apertura del nuevo hospital, que con la alegría de la ciudad y la esperanza de mejores días en la salud provincial es inaugurado solemnemente el 28 de mayo de 1982

El nuevo hospital entra a funcionar con gran expectativa, los modernos equipos de última tecnología, sus modernas instalaciones, sus confortables habitaciones y la calidad humana del personal, en forma paulatina empiezan a consolidar un alto grado de confiabilidad de la población de Azogues en su principal Unidad de Salud iniciando

con una dotación normal de 120 camas, repartidas en unidades básicas de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia.

En 1989 ingresa como director del hospital la Doctora Sonia Quezada, misma que es reemplazada en el año de 1990 por el doctor Oswaldo Andrade González hasta el año 1993.

En el año de 1993, ingresa nuevamente como director del hospital el doctor Víctor Miguel Crespo Regalado, bajo cuya responsabilidad ha estado la conducción de esta casa de salud hasta la presente fecha.

6.4 TIPO DE INSTITUCIÓN.

El Hospital Homero Castanier Crespo es una institución pública, perteneciente al ministerio de salud, sujeto a lo establecido en la constitución política del estado, que garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del cumplimiento y aplicación de planes de salud, y desarrollo de la capacidad de gestión a nivel local.

EL H.H.C.C. como institución depende del ministerio de salud pública y se sujeta al marco legal, leyes y normas que rigen a todas las instituciones de salud así el hospital se sujeta a lo que establece el artículo 42 de la constitución política de la República del Ecuador que dice: “El Estado garantiza la salud, su promoción y protección por medio de seguridad alimentaria, provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral, comunitario; la posibilidad de un acceso permanente e interrumpido de los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

6.5 SU VISIÓN.

Es “Brindar servicios de calidad, eficientes, eficaces, equitativos y solidarios, con personal capacitado, tecnología actualizada. Su administración es descentralizada, con directivos calificados, con liderazgo y visión integral; la realizan a través de procesos de gestión sostenibles”.

6.6 SU MISIÓN.

Es “Brindar atención de calidad, con horarios accesibles al usuario, resolviendo las demandas de nuestros clientes, generando confianza, credibilidad y satisfacción”.

Sus valores: Solidaridad, respeto, responsabilidad, equidad, puntualidad y ética.

6.7 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

El Hospital provincial “Homero Castanier Crespo”, se encuentra ubicado en la ciudad de Azogues, provincia del Cañar en el sector la Playa, Marginal al río Burgay.

La ciudad de Azogues capital de la provincia del Cañar, se encuentra a 2537 metros de altura sobre el nivel del mar, Tiene una extensión de 4514 kilómetros cuadrados, tiene un clima templado, ligeramente cálido en los valles cercanos de Charasol y Chuquipata.

6.8 LÍMITES.

La Provincia del Cañar está ubicada en la región austral de la sierra ecuatoriana. Limita al norte con la provincia del Chimborazo, al sur con Azuay, al este con Morona Santiago, y por el oeste con Guayas.

La ciudad de Azogues está ubicada en el extremo sur oriental de la provincia del Cañar. El sector La Playa se encuentra al extremo occidental de la ciudad de Azogues, al otro lado del río Burgay, mismo que atraviesa la ciudad.

La ciudad de Azogues capital de la provincia del Cañar, se encuentra a 2537 metros de altura sobre el nivel del mar, Tiene una extensión de 4514 kilómetros cuadrados, tiene un clima templado, ligeramente cálido en los valles cercanos de Charasol y Chuquipata.

6.9 INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.

Descripción del área física.- Se encuentra ubicada en la zona urbana del cantón Azogues, provincia del Cañar, cuya construcción inicial es de hormigón armado de 3 plantas, piso de baldosa, cuenta con los servicios básicos, con áreas físicas adecuadas, actualmente la construcción fue ampliada en el área de emergencia, consulta externa, bodega, fisioterapia, biblioteca, capilla, bar y centro obstétrico toda la superficie es de una extensión de 8.980 mts².

6.10 ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

En el H.H.C.C. el modelo administrativo responde a los paradigmas tradicionales burocráticos y administración por tareas que contribuyan al cumplimiento de metas planteadas y basadas en los niveles de cobertura y producción, índice de morbi-mortalidad y el adelanto de la ciencia y tecnología.

Dentro de la organización existen comités de apoyo: Técnico. Científico, de Adquisición, el sindicato de trabajadores del hospital, el club de diabéticos, el Club de madres, el club de enfermeras voluntarias, el club de estudiantes voluntarios, encargados de tratar los diferentes asuntos de la institución lamentablemente estas organizaciones funcionan en forma periódica lo que ha venido a contribuir en la falta de toma de decisiones produciéndose una delegación de funciones contribuyendo a la fragmentación de actividades sin respetar en muchos de los casos líneas de autoridad pese a que contrariamente lo que sucede con otras instituciones que sus directores son removidos de sus funciones frecuentemente en base a intereses políticos el HHCC durante más de dos décadas ha mantenido su estabilidad dentro de su administración.

Lo recursos económicos que se cobran aun sobre todo en el servicio de ecografías y radiografías y las cirugías es para cubrir en una parte los sueldos del personal contratado.

Las decisiones que se adoptan no respetan la línea de autoridad que se encuentran explícitas en el organigrama estructural que dispone la institución.

La mayoría de los departamentos del hospital del H.H.C.C. dispone de manuales de normas y procedimientos, no actualizados tal forma que las tareas se realizan en forma rutinaria sin la guía de protocolos.

La institución cuenta además con el Departamento de Trabajo Social quienes cumplen con su labor que es de buscar solución a los diferentes problemas sobre todo económicos de los pacientes muy pobres que acuden a esta casa de salud.

6.11 EDUCACIÓN.

A esta casa de salud acuden todas las personas de toda condición social, independientemente de que sean analfabetas o su nivel de instrucción sea primario, secundario o universitario, en cuanto al nivel educacional del personal del hospital se puede decir que una parte de ellos no tienen la instrucción necesaria como para ocupar algunos cargos que desempeñan.

6.12 COMPONENTE HIGIÉNICO SANITARIO.

El hospital cuenta con todos los servicios básicos de infraestructura sanitaria dispone de agua potable y cisternas para prever cortes del servicio en el sector y luz eléctrica así también con su respectiva planta de abastecimiento.

La recolección de la basura lo realiza el personal de Aseo del Municipio tanto desechos comunes como desechos contaminados para ser trasladados a su disposición final.

Dispone de personal de limpieza en los diferentes departamentos pero no es el suficiente en relación con la cantidad de basura que se genera y además el horario de trabajo del personal de limpieza es desde las seis de mañana hasta las dos de la tarde quedando el resto de día sin personal lo cual produce una inconformidad por parte del personal y de los usuarios.

6.13 MEDIO AMBIENTE.

El Hospital tiene un déficit de espacio físico en algunos servicios, dispone de espacios verdes grandes. Al estar ubicado frente al marginal al río Burgay le da un ambiente desagradable todas sus aguas servidas son depositadas en dicho río por lo que se convierte en una fuente de contaminación a la orilla de río se encuentra basura y roedores los mismos que avanzan hasta los alrededores del hospital. A pocos metros de la institución se encuentra un parque al cual acuden personas de todo clase, pero los fines de semana por la noche hay un incremento de personas alcoholizadas los cuales que por cualquier circunstancia acuden al hospital provocando así un peligro tanto para el personal que labora en la institución como para los pacientes que se encuentran ingresados. Además del ruido producido por los radios de los carros de los jóvenes que pasean por sus alrededores o que parquean sus carros junto al hospital provocando molestias y fastidio a los pacientes hospitalizados.

6.14 ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

CUADRO Nº 1

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER EN EL 2009.

N	DIAGNOSTICO	CASOS	%
1	GASTRITIS	2683	3,39
2	EMBARAZO EN TODAS SUS ETAPAS	2391	3,03
3	HIPERTENSION ARTERIAL	2145	2,71
4	LUMBO-CIATALGIA	1558	1,97
5	DIABETES MELLITUS	1550	1,96
6	CEFALEA	1343	1,70
7	CONTROL POSTOPERATORIO	1307	1,65
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1229	1,56
9	ARTRITIS	1198	1,52
10	PARASITISMO INTESTINAL	1095	1,39
	LOS DEMAS	62531	79,12
	TOTAL	79030	100

Fuente: Estadística del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

ANALISIS: En la actualidad por el estrés en el que vive la sociedad; sus complicaciones como la gastritis y la hipertensión son las principales causas de atención en el servicio de consulta externa, a más de eso las complicaciones durante el embarazo son un causa frecuente en la consulta externa debido a la gran cantidad de mujeres en estado de gestación que por alguna situación presenta problemas durante su embarazo, es por eso que se debe poner especial empeño en el cuidado y la educación de esta parte importante de la sociedad.

CUADRO Nº 2

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER EN EL 2009

N	DIAGNOSTICO	CASOS	%
1	FARINGOAMIGDALITIS	6114	18,06
2	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	2488	7,35
3	INTOLERANCIA ALIMENTICIA	1729	5,11
4	RESFRIO COMUN	1699	5,02
5	LABOR DE PARTO	1383	4,08
6	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	1375	4,06
7	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1175	3,47
8	GASTROENTERITIS	1104	3,26
9	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1044	3,08
10	LOS DEMAS	15753	46,52
	TOTAL	33864	100

Fuente: Estadística del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

ANALISIS: Como se puede notar en esta tabla las complicaciones de las vías respiratorias altas son las principales causa de morbilidad que se atienden en el servicio de emergencia ya sea debido al clima frio que se tiene en la zona o la contaminación por el polvo emanado de la fabrica que tiene sus instalaciones en las afueras de la sociedad.

CUADRO N° 3**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE INTERNACION EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER EN EL 2009.**

N	DIAGNOSTICO	CASOS	%
1	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	335	4,14
2	COLECISTITIS	278	3,44
3	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	260	3,21
4	HERNIAS	237	2,93
5	APENDICITIS	229	2,83
6	FRACTURAS OSEAS	224	2,77
7	DESVIACION SEPTAL	211	2,61
8	BRONCONEUMONIA	207	2,56
9	HIPERBILIRRUBINEMIA	154	1,90
10	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	135	1,67
	LOS DEMAS	3600	44,49
	PARTOS	1341	16,57
	CESAREAS	678	8,38
	ABORTOS	203	2,51
	TOTAL	8092	100

Fuente: Estadística del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

Análisis: Como se puede observar en los datos la primera causa de morbilidad en el 2009 fue las complicaciones en el embarazo, esto se debe a la falta de cuidado de las madres gestantes sobre todo por la falta de información sobre la importancia que tiene los cuidados antes, durante y después del parto y las complicaciones que se podrían prevenir a través de los mismos.

CUADRO N° 4**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL
HOMERO CASTANIER EN EL 2009.**

Nº ORDEN	CAUSAS	Nº CASOS
1	Bronconeumonía	13
2	Prematurez	10
3	Enfermedad Cerebro Vascular	9
4	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	8
5	Neumonía	8
6	Traumatismo Encéfalo Craneal	6
7	Shock Séptico	5
8	Diabetes Mellitus	5
9	Sepsis	4
10	Insuficiencia Respiratoria Crónica	3
	Las Demás	61
	TOTAL	137

Fuente: Estadística del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

Análisis: Como se puede observar en el cuadro la Bronconeumonía es la primera causa de muerte en el año 2009, lo cual podría ser atribuido al clima frío que se presenta en la zona, a la contaminación con el polvo emanado de la empresa de cementos Guapán, la misma que no dispone de filtros de seguridad diseminándose así la polución a toda la ciudad haciendo que las infecciones respiratorias sean mas frecuentes, a parte de eso el descuido de la población para acudir a los servicios de salud a tiempo para resolver su problema y la falta de cuidados sobre si mismo puede conllevar al incremento de esta patología.

6.15 SERVICIOS DE SALUD

El Hospital “Homero Castanier Crespo” presta servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento a todos los usuarios de sus áreas de influencia; fue inaugurado en el año de 1982, como hospital base, con los servicios de Clínica, cirugía, pediatría, gineco obstetricia, Emergencia, Centro quirúrgico, Neonatología, Terapia Intensiva y recién puesto al servicio Centro Obstétrico servicios anexos como: laboratorio clínico y patológico, Rayos X y consulta externa que incluye odontología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, cardiología y neurología.

En la actualidad brinda atención de segundo y tercer nivel en diferentes especialidades.

SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS.

- Medicina general.
- Traumatología.
- Neumología.
- Odontología.
- Psiquiatría
- Pediatría.
- Ginecología.
- Obstetricia.
- Gastroenterología.
- Oftalmología.
- Cardiología.
- Otorrinolaringología.

SERVICIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS.

- Cirugía General.
- Urología.
- Obstetricia. (Cesáreas).

- Ginecología General
- Traumatología.
- Cirugía Plástica.
- Oftalmología.
- Neurocirugía.
- Otorrinolaringología.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

- Laboratorio clínico
- Anatomía patológica.
- Imágenes (Rx, ecografías.)
- Ecografías,
- Ecocardiogramas.
- Endoscopias.

SERVICIOS DE COLABORACIÓN MÉDICA

- Trabajo Social.
- Farmacia.
- Fisioterapia y Rehabilitación
- Centro de esterilización.
- Departamento de Enfermería.
- Mantenimiento.
- Estadística.
- Financiero.
- Recursos humanos.

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

- Mantenimiento.
- Estadística.
- Financiero.

- Recursos humanos.
- Gestión Institucional

De acuerdo con su sistema de producción, esta organización de salud mantiene una alta demanda en los diferentes servicios, especialidades, por su accesibilidad para la población de escasos recursos y al ser la única institución de servicio público en la ciudad.

El hospital mantiene coordinación intersectorial con: La Cruz Roja, INFA, LA Defensa Civil, Los Bomberos, Clínicas Particulares, Área de Salud N. 1, Centros, Subcentros y Puestos de Salud.

Existen instituciones prestadoras de salud privada en total 6 en el cantón Azogues, Dispensario del I. E S. S, Dispensario de la Policía, Dispensario Municipal, Dispensario INNFA. Clínica de Medicina Naturista.

A más de brindar sus servicios a la población de la ciudad también se ha vuelto un hospital de transferencia de patologías complicadas de otros hospitales como el de Cañar, la Troncal, Paute, Chunchi y en ciertas ocasiones del mismo hospital Vicente Corral Moscos cuando este a copado su capacidad.

PROGRAMAS CON QUE CUENTA:

Los programas que se llevan a cabo dentro de esta institución son:

1) Promoción.-Dentro de la promoción tenemos:

Educación para la salud, el mismo que es incidental, no hay programación y es a cada paciente. Por cuanto no cuenta con una educadora para la salud con lo que se podría prevenir ciertas patologías tales como infecciones de heridas quirúrgicas o abscesos de mamas.

2) Prevención.

Obstetricia:

- ✓ DOC (Detección Oportuna del Cáncer).
- ✓ Control Prenatal.
- ✓ Programa de Maternidad Gratuita.

Pediatría:

- ✓ Control del niño sano.
- ✓ Atención Médica.
- ✓ Programa de inmunizaciones.

3) Curación: a través de todas las especialidades que dispone la institución.

4) Rehabilitación: Mediante fisioterapia de pacientes, las cuales son remitidas a este servicio.

6.16 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA.

El departamento de Gineco-Obstetricia del H.H.C.C se encuentra ubicado en el primer piso, frente a los quirófanos y junto al servicio de UCI, cuenta con una oficina para el personal médico, dos estaciones de enfermería, una sala de diagnóstico con una mesa ginecológica y un ecógrafo, una residencia médica y 12 salas para los pacientes, con una capacidad de 37 camas, además cuenta con un centro obstétrico, un quirófano, una sala de partos y una sala para la atención del recién nacido, debidamente adecuada para este fin.

Las salas se encuentran divididas en 4 salas múltiples, con 6 camas cada una, la una sala para pacientes postcesarea, otra para pacientes postparto, una para pacientes ginecológicas y la última para pacientes con complicaciones varias del embarazo, además de eso cuenta con 4 salas dobles, las cuales se utilizan para pacientes con complicaciones hipertensivas del embarazo, otra para pacientes con patologías infecciosas, otra para pacientes en labor y una para pacientes con complicaciones varias, se cuenta también con 5 salas individuales las cuales fueron ampliadas en los últimos años debido al aumento de la demanda en el servicio.

TALENTOS HUMANOS.

Los talentos humanos con los que se cuenta en el servicio de gineco-obstetricia son:

CUADRO N° 5

**TALENTOS HUMANOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
H.H.C.C DE LA CIUDAD DE AZOGUES 2010.**

TALENTOS HUMANOS	#
MÉDICO GINECOLOGICO LIDER DEL DEPARTAMENTO	1
MÉDICOS GINECOLOGOS DE PLANTA	6
MÉDICOS RECIDENTES	4
ENFERMERA DE PLANTA LIDER	1
ENFERMERA Y AUXILIARES DE PLANTA	16
INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA	5
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	1

Fuente: Departamento de personal del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

Las actividades que se realizan en el departamento son de tipo diagnostico y resolutivo, teniendo así que la gran mayoría de pacientes que ingresan en este servicio lo hacen para dar a luz o por alguna complicación que se presenta durante el embarazo; a continuación se enuncian las actividades que se realizan en el departamento.

- 1) Atención del parto y sus complicaciones.
- 2) Diagnostico y resolución de las complicaciones durante las diferentes etapas del embarazo (hiperémesis gravídica, abortos, amenaza de aborto, amenaza de parto pretermino, óbito fetal, complicaciones hipertensivas del embarazo, infecciones de vías urinarias durante el embarazo, abscesos de mama, etc.)
- 3) Intervenciones quirúrgicas como cesáreas, ligaduras, drenajes de abscesos de mamas, ligaduras y legrados, a más de las cirugías ginecológicas.
- 4) Cuidados postoperatorios.

CUADRO N° 6**PRODUCCION DEL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL 2009.**

DIAGNOSTICO	CASOS	%
PARTOS	1341	40.4 %
CESAREAS	678	20.4 %
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	335	10.1 %
HISTERECTOMIAS	247	7.4 %
ABORTOS	203	6.1 %
INFECCION DE VIAS URINARIAS	198	6.0 %
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	123	3.7 %
LIGADURAS	106	3.3 %
COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	39	1.3 %
ABSCESOS DE MAMA	32	0.9 %
OBITO FETAL	11	0.3 %
DENAJE DE ABSESO DE LA GRANDULA DE BARTOLINO	6	0.2 %
TOTAL	3319	100%

Fuente: Estadística del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

Como podemos observar en este cuadro la principal causa de ingreso en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Homero Castanier es el parto con 1341 casos, seguido de las cesáreas con 678 casos y las complicaciones durante el embarazo con 335 casos, a más de eso se puede ver una alta incidencia de abscesos de mamas con una incidencia de 32 casos, casi el 1% de todos los ingresos.

7. MARCO CONCEPTUAL

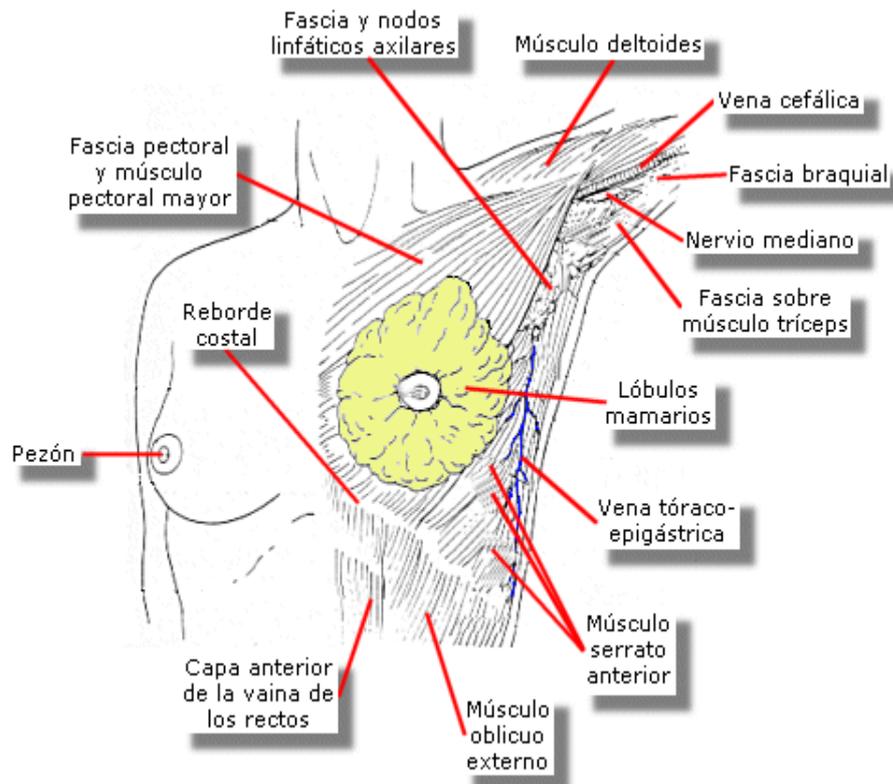
7.1 ANATOMÍA DE LA MAMA.

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.

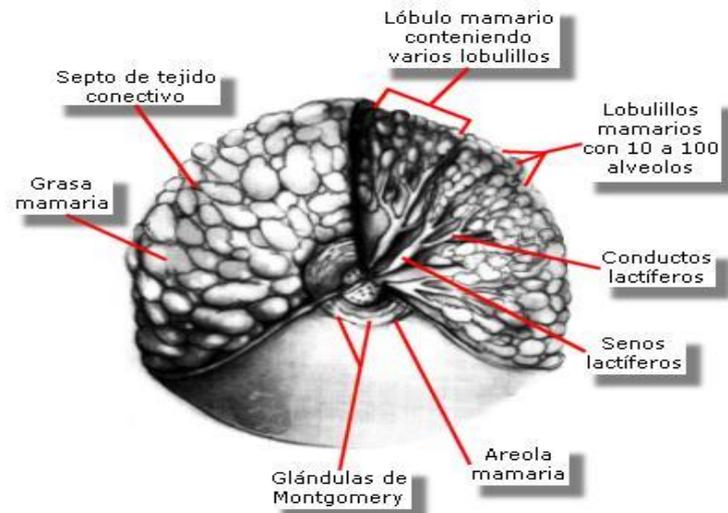
La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. El área superoexterna de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina "prolongación axilar". La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda. Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retromamario, éste permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre al plano muscular.

Ubicación de la mama



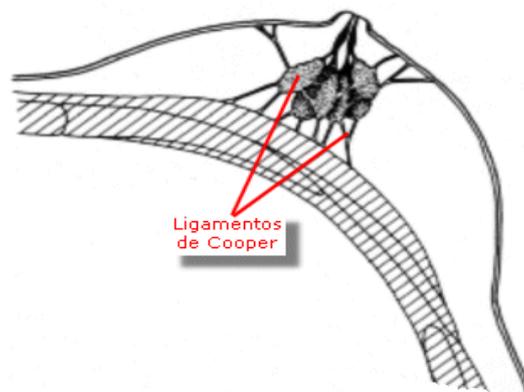
La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, éstas contienen estructuras histológicas similares a la parte glandular de la mama y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y que el niño debe exprimir al mamar.

Anatomía de la mama



La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios interlobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

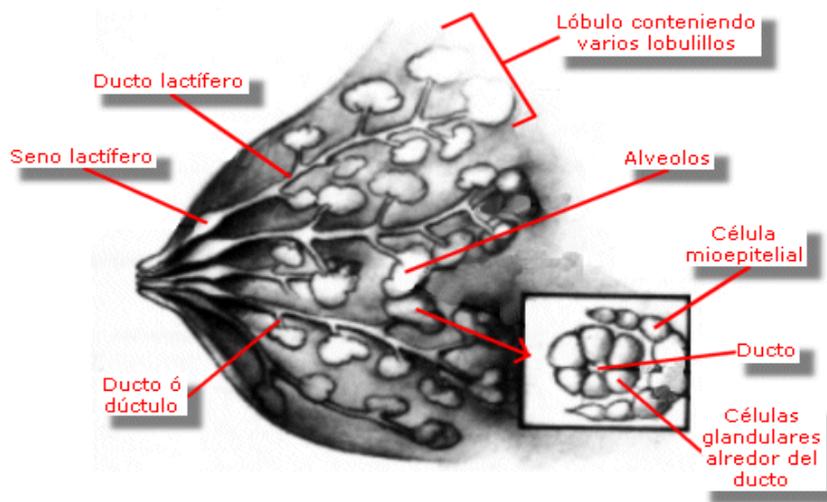
Ligamentos de Cooper



Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforman la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto

lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos lactíferos.

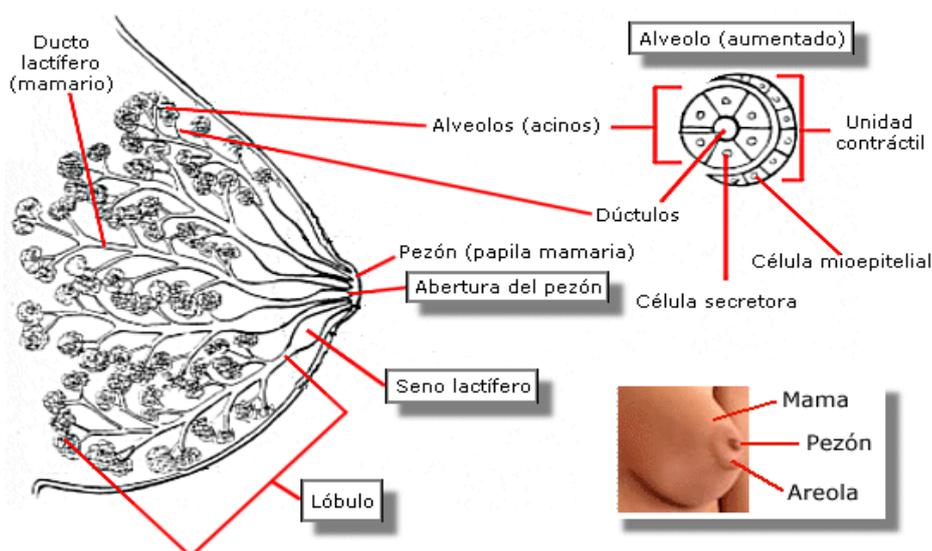
Sistema de conductos de la glándula mamaria



Los lobulillos están formados por diez a cien acinos, cada cual con su conducto excretor denominado conducto terminal. Los acinos están estructurados por un conjunto de células secretoras que producen la secreción láctea y conforman una cavidad a la cual vierten esta secreción, están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

El sistema de conductos lactíferos que vacía la glándula mamaria es el siguiente: el acino se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con sus congéneres para formar el conducto lobulillar, que recoge la secreción láctea de todos los acinos de un lobulillo. Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que al unirse con otros conductos de éste tipo, forma el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón y antes de llegar a él, bajo la areola mamaria, se dilata formando el seno lactífero, el que se angosta nuevamente al desembocar en el pezón.

Los conductos están revestidos por epitelio cuboideo o cilíndrico. Por fuera de este epitelio, entre él y la membrana basal, existe una capa de células mioepiteliales muy ramificadas, que envuelven a los conductos y acinos. En los conductos de mayor tamaño el epitelio consta de dos o más capas de células que cerca del orificio externo del pezón se transforman en epitelio plano estratificado.



La estructura de la glándula mamaria varía con la edad y es influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad, la mama posee unos pocos conductos rudimentarios cubiertos en su interior epitelio plano y envuelto en tejido conectivo.

Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, especialmente los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, esféricas, de células poliédricas, que constituirán los alveolos. Durante el estado de reposo, el epitelio glandular está separado del estroma vascularizado vecino por una fina zona de fibroblastos, a través de los cuales no penetran vasos. Esta unión epitelio-estromal, posiblemente, ejerce un control sobre el paso de sustancias a las células secretoras. Los alveolos activos sólo aparecen durante el embarazo, período en el cual, los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción.

Simultáneamente aumenta la cantidad de tejido adiposo y la irrigación de la mama. En las últimas semanas del embarazo la secreción adquiere características especiales y se denomina calostro. Algunos días después del parto aparece la verdadera secreción láctea, la que distiende los alveolos que en ese momento están tapizados por una sola capa de células cilíndricas bajas. A medida que aumenta la cantidad de secreción, las células se aplanan, desapareciendo los espacios intercelulares o desmosomas. Durante el período de secreción el citoplasma de las células es basófilo, al microscopio electrónico se observan mitocondrias, lisosomas y ribosomas libres. Encima del núcleo, que se sitúa en la parte más basal de la célula, está el aparato de Golgi al que acompañan grandes vacuolas proteicas y lipídicas.¹

7.2 FISIOLÓGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA Y LACTANCIA.

La función principal de la glándula mamaria es la de producir leche para alimentar y proteger al niño después del nacimiento. La glándula mamaria constituye la característica fundamental de los mamíferos quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción. La histología de la glándula mamaria es similar en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo proteínas, grasas, hidratos de carbonos, sales, anticuerpos y agua. El proceso de síntesis y secreción celular es similar en todas las especies de mamíferos. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento y evacuación de la leche varía en las diversas especies.

7.2.1 FORMACIÓN DE LA LECHE.

Hacia el término de la gestación las glándulas mamarias empiezan a producir los componentes de la leche, lo que se denomina (Lactogénesis I), se puede detectar además lactosa en la sangre y orina de la madre, correlacionándose esta con síntesis

¹ <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%203%2001%20-%202010.htm>
(22/02/2011) 10:30 am.

de lactosa en la glándula mamaria, mientras que el aumento de volumen de la mama se relaciona con el aumento del lactógeno placentario plasmático, el crecimiento del pezón se relaciona con el nivel de prolactina y el crecimiento de la areola con el nivel de lactógeno placentario.

Hasta el momento del parto la producción de grandes volúmenes de leche (Lactogenesis II) esta inhibida por esteroides sexuales sobre todo progesterona cuyo efecto va desapareciendo luego del alumbramiento entre 30 a 40 horas, debido a que desaparecen los receptores progestágenos, mientras que la prolactina dentro de la célula alveolar estimula la síntesis de la lactoalbúmina y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

Una vez establecida la lactancia materna, la secreción de leche se produce en forma continua y es relativamente independiente de la succión del bebe, pero es indispensable que se realice el vaciamiento de la misma para evitar la formación de mastitis y abscesos en las mamas.

Capacidad de almacenamiento de la mama. Durante mucho tiempo se pensaba que el tamaño de las mamas determinaba la capacidad de producir leche, basados en estudios efectuados en madres que amamantaban cada 4 horas. Esto solo permitía que quienes tenían gran capacidad de almacenaje de leche lograran una lactancia exitosa. Daly, con el Sistema Computarizado de Medición de la Mama (CBM) observó que la capacidad de almacenaje de madres con lactancias exitosas variaba del 20% al 90% de los requerimientos diarios del niño; entre 80 y 600 ml. Esto requería que las madres con menor capacidad de almacenaje tuvieran que amamantar más veces en 24 horas.

Vaciamiento de la mama. Se ha demostrado la presencia de un "factor inhibidor de la lactancia" (FIL) que se activa a medida de que la leche se acumula en el alvéolo (Wilde, 1995). Al activarse el FIL, disminuye la velocidad de producción de leche por la célula alveolar. Esto determinaría en parte la diferencia en la velocidad de producción de leche por la célula mamaria, la que aumenta luego del vaciamiento del alvéolo.

Los estudios in vitro del FIL han demostrado que inhibe la síntesis de proteínas en la célula del alvéolo mamario (Rennison, 1993;); interrumpe la secreción de la vesícula de Golgi y disminuye la cantidad de prolactina que entra a los galactocitos (Wilde, 1998), pero no queda claro cual es el mecanismo que activa al FIL (Cregan, 1999).

7.2.2 MECANISMOS CELULARES DE LA SECRECIÓN DE LECHE.

Cada célula del epitelio mamario produce leche completa cuyos componentes se secretan o transporta por 5 vías diferentes (Neville MC, 2001): exocitosis (I), síntesis y secreción de lípidos (II), transporte a través de la membrana apical (III), trancitosis (IV) y paracelular (V).

La vía I, o exocitosis se inicia en el núcleo con la síntesis de RNAm específico para las proteínas de la leche. Las moléculas de proteínas son modificadas en el aparato de Golgi hasta formar parte de una vesícula secretora. La principal proteína del suero de la leche humana es la α -lactoalbúmina, la que es parte de la enzima lactosa sintetasa, responsable de la síntesis de lactosa en el galactocito (Lönnerdal B, 1985). En el mismo Golgi se sintetiza la lactosa, la que atrae agua hacia la célula. Gran parte de la lactosa es sintetizada a partir de la glucosa del plasma, pero también existe hexoneogénesis, es decir, síntesis de lactosa en la célula mamaria a partir de otros sustratos diferentes de la glucosa. Este mecanismo es especialmente utilizado en períodos de ayuno (Sunehag AL, 2002). Ahí también se forman las micelas de caseína, ligadas a Ca, Zn, Fe y Cu.

Todo el contenido avanza en las vesículas secretoras hacia la membrana plasmática del lumen alveolar descargándose en exocitosis.

La vía II es la que usan los lípidos. Los triglicéridos sintetizados en el retículo endoplásmico liso a partir de ácidos grasos y glicerol, son envueltos por la membrana plasmática y salen en forma de micelas.

La vía III, de transporte a través de la membrana apical, es la que usan el sodio, potasio, cloro, algunos monosacáridos y el agua, pero no es usada por el calcio, fosfato ni citrato.

La vía IV permite el paso de proteínas intactas entre las que se encuentran la IGA, insulina, prolactina, factores de crecimiento y otras hormonas que son transportadas del plasma hacia la leche.

La vía V es el paso de sustancias entre las células. Esta vía se observa durante el embarazo, durante episodios de mastitis o durante el período de destete, pero no está presente durante la lactancia ya que las células se unen estrechamente.²

7.3 LACTANCIA MATERNA.

Por lo expuesto anteriormente es indispensable que se utilice una adecuada técnica de lactancia para evitar posibles complicaciones por las cuales se tenga que suspender la lactancia, como sería en el caso de grietas o fisuras en los pezones o areolas.

7.3.1 TÉCNICAS CORRECTAS DE AMAMANTAMIENTO.

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando.

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres debemos confiar en nuestra capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar, como es la posición.

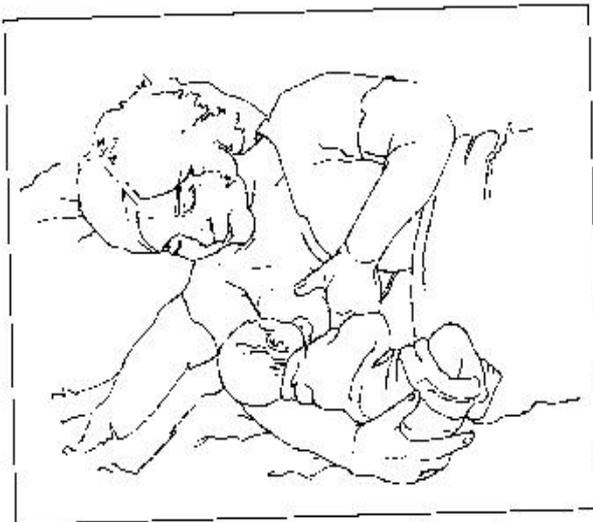
2

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf> (12/08/2011) 10:30 am

Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

Posición del niño con la madre acostada.

Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre (Muy útil por la noche o en las cesáreas).



Posición tradicional o de cuna.

La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada 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 toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.



Posición de cuna cruzada.

Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos, una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca.

Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.



Posición de canasto, o de rugby.

(Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés).

Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.

**Posición sentado.**

(Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamás muy grandes).

En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta.

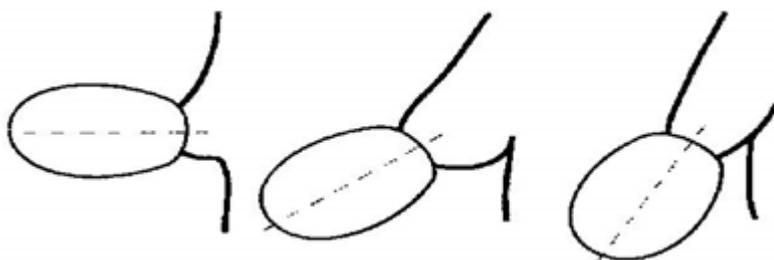
Posición sentada.

La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El bebé mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al bebé).



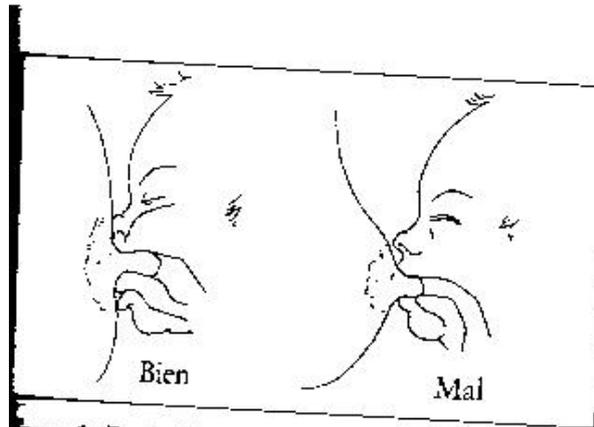
Recomendaciones:

1.- Sea cual sea la posición a adoptar la cabeza del niño tiene que estar alineada con el pecho de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello.



2.- Si los labios y la lengua están bien, el bebé mamará correctamente en cualquier posición.

3.- La boca del bebé tiene que estar muy abierta, ambos labios evertidos, pecho muy adentro de la boca, el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se sitúe entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí.



4.- Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas y sienes, y que sus mejillas no se hunden hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas.

7.3.2 SIGNOS DE MALA POSICIÓN.

- Hundimiento de las mejillas, en este caso el niño no está mamando, está succionando.
- Dolor y grietas en el pezón debido a la fricción y aumento de la presión por la succión.
- El niño mama durante mucho tiempo, hace tomas muy frecuentes y casi sin interrupción.
- Traga aire y hace ruido al tragar.
- Se produce regurgitación, vómito y cólico con frecuencia.
- Presencia excesiva de gases: en forma de eructo por el aire tragado y los que se forman en el colon por fermentación de la lactosa y son expulsados por el ano.
- Ingurgitación frecuente. Con esto la producción de leche aumenta y la ingesta del bebé es mayor en proteínas y lactosa, puesto que la capacidad del estómago está limitada impide que el niño tome la leche del final rica en grasas y que sacie al bebé, por lo que se queda con hambre a pesar de haber comido. Se atraganta con el chorro de leche que sale desesperado por la "bajada" de leche.

- Irritación de las nalgas por la acidez de las heces.
- El bebé pasa el día lloroso e intranquilo. A veces se pelea con el pecho, lo muerde, lo estira y lo suelta llorando.
- La madre está agotada.
- Aparece dolor en el pezón, el bebé no suelta espontáneamente el pecho y la frecuencia de las tomas al día es de 15 veces y mas de 15 minutos.

7.3.3 POSICIONES INCORRECTAS MAS FRECUENTES.

- Es muy frecuente que la boca no esté muy abierta.
- Que se chupe el labio inferior junto con el pecho.
- Apretar con un dedo el pecho o hacer la pinza para despejar la nariz del bebé.
- Atraer al bebé hacia el pecho por la nuca.

Recomendaciones:

- 1.- Se puede evitar colocando el pezón a la altura de la nariz del niño antes de abrir la boca.
- 2.- Sirve de ayuda bajar el mentón con un dedo para abrirle la boca.
- 3.- No es necesario si apoyamos correctamente la cabeza del niño según la postura elegida y le dejamos libertad de movimiento.
- 4.- Acercar el bebé al pecho por la espalda.³

7.3.4 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Para el lactante:

1. Tiene mejor digestibilidad.

³ http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/tecnica_amamantamiento_correcto.pdf (22/02/2011) 11:30 am

2. Reduce el riesgo de infecciones gracias a agentes inmunológicos presentes en la leche (factores antimicrobianos, agentes antiinflamatorios y agentes inmunomoduladores).
3. Reduce el riesgo de alergias.
4. Previene enfermedades en el adulto (obesidad, hipertensión arterial, arterioesclerosis).
5. Favorece el desarrollo neurológico, visual e intelectual gracias a la presencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (omega 3, omega 6).
6. Tiene un papel protector frente a ciertas enfermedades: diabetes mellitus, muerte súbita del lactante, enterocolitis necrotizante, enfermedad inflamatoria intestinal y linfoma.
7. Favorece el correcto desarrollo mandibular.
8. Favorece el vínculo afectivo madre-hijo.

Para la madre:

1. Favorece la involución uterina.
2. Disminuye las hemorragias posparto.
3. Retrasa la ovulación, sobretodo si se mantienen las tomas nocturnas. No es un método anticonceptivo eficaz, pero ayuda a espaciar las gestaciones, lo que tiene su importancia en los países subdesarrollados.
4. Reduce el riesgo de cáncer de mama.
5. Reduce el riesgo de cáncer de ovario premenopáusico.
6. No supone gasto económico.
7. No precisa ningún tipo de preparación.

Horario de las tomas.

La lactancia a demanda es más fisiológica y permite cubrir las necesidades requeridas por cada lactante. Si se le permite regular por sí mismo la frecuencia de las tomas, se consigue un mejor aumento de peso y una duración más prolongada de la lactancia.

Durante el primer mes, es normal un promedio de 8-12 tomas diarias. Conviene ofrecer tomas diurnas frecuentes; las tomas nocturnas, sobretodo durante el primer mes, son aconsejables para conseguir una buena producción de leche.

Un horario a demanda, flexible, permite la autorregulación; si un lactante recibe poco alimento, él mismo puede aumentar el número de tomas y recuperar peso. Un horario rígido nunca permitirá cubrir las necesidades de un lactante, el cual se quedara con hambre.

En general, los lactantes alimentados a pecho hacen tomas más frecuentes que los que toman biberón. La leche materna se digiere más rápidamente que la leche de fórmula. El vaciado gástrico de la leche materna es de 90 minutos, mientras que el de la leche de fórmula es de 3-4 horas.

Duración de cada toma.

La duración de cada toma viene determinada por el propio lactante, nunca por un reloj. Clásicamente, se ha limitado la toma a 10 minutos por pecho.

La producción de leche depende de este buen vaciado. Por este motivo, se aconseja alargar la toma hasta un máximo de 20 minutos por pecho. Cada lactante precisa su tiempo, unos lo consiguen en 5 minutos y otros precisan 20 para conseguirlo.

La composición de la leche materna varía a lo largo de una misma toma. Al inicio, es rica en hidratos de carbono y su aspecto es aguado. Al final de la toma, la leche contiene una cantidad de grasas 5 veces superior y su aspecto es cremoso.

Este cambio progresivo en la leche materna es lo que provoca la sensación de saciedad y hace que el lactante deje de mamar cuando ya ha recibido la leche suficiente; esto no ocurre con la leche de fórmula, porque su composición es uniforme a lo largo de toda la toma.

7.3.5 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.

1. Negativa de la madre. Se ha de informar y aconsejar la lactancia materna, pero nunca imponerla ni culpabilizar a la madre que decide dar biberón.
2. Enfermedades neonatales: ictericia grave, infección por estreptococo B que puede transmitirse a la madre y provocar una mastitis bilateral grave.
3. Metabolopatías: galactosemia y alactasia. En la fenilcetonuria, es posible una lactancia materna parcial con controles periódicos de fenilalanina, dado que la leche materna contiene concentraciones bajas de fenilalanina.
4. Madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia.
5. Madre que consume drogas.
6. Madre que recibe quimioterapia, antimetabolitos o isótopos radioactivos.
7. Madre con absceso mamario. La mastitis no es una contraindicación. Una vez drenado quirúrgicamente el absceso y tratado con antibióticos se puede reanudar la lactancia.
8. Madre con lesión activa de herpes simple (HSV-1) mamaria. Las lesiones herpéticas en cualquier otra localización deben cubrirse.
9. Madre afectada de tuberculosis activa no tratada.
10. Madre con enfermedad neurológica o psicótica grave.
11. Madre con enfermedad orgánica grave.
12. Madre HIV seropositiva. El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado en la leche materna. Esta contraindicación es discutible en los países subdesarrollados.
13. Madre seropositiva a retrovirus (HTLVI y HTLV-II).
14. Madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro. El recién nacido a término no suele infectarse, aunque se ha comprobado el paso de CMV a través de la leche

No es una contraindicación la hepatitis B. La lactancia materna no supone un riesgo mayor de infección por VHB. Los hijos de madres HbsAg positivas deben recibir inmunoglobulina específica (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B al nacer. Así, se elimina cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia.

La hepatitis C no es una contraindicación. La CDC recomienda no prohibir la lactancia materna, sino dejarla a elección de la madre. Existe un mínimo riesgo teórico de transmisión, pero éste no ha sido demostrado por ningún estudio. La decisión de amamantar debe basarse en una discusión informada entre la madre y su médico.⁴

⁴ [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_materna_medicamentos\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_materna_medicamentos(3).pdf)
(23/02/2011) 09:00 am

8. MASTITIS Y ABSCESOS MAMARIO.

Las mastitis y los abscesos mamarios son infecciones puerperales que ocurre en la lactancia, usualmente en el curso de unos pocos días o semanas que siguen al parto o cesárea.

Es la infección del seno más frecuente durante ese período y por lo general es unilateral, el agente infeccioso más común es el *Staphylococcus aureus*, pero no se ha esclarecido aun si este microorganismo proviene de la piel de la mujer o de la boca del lactante, las bacterias se introducen a través de una fisura o ruptura en la piel, generalmente en los pezones. La infección tiene lugar en el tejido parenquimatoso (graso) de la mama y ocasiona inflamación, la cual comprime a su vez los conductos galactóforos, provocando dolor e hinchazón en la mama afectada.

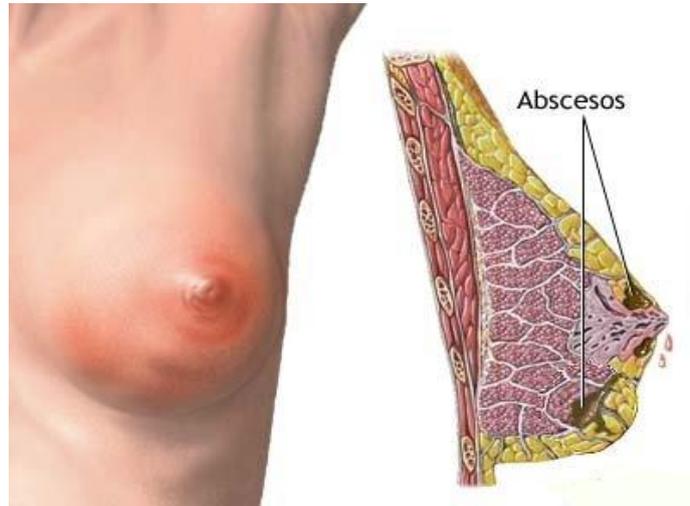
8.1 EPIDEMIOLOGÍA.

La mastitis y el absceso mamario ocurren en todas las poblaciones, tanto si el amamantamiento es la norma como si no. La incidencia observada varía entre el 1 al 33% de las mujeres lactantes, pero habitualmente es menor del 10%.

La mayoría de los estudios tienen limitaciones metodológicas importantes y no hay estudios de cohortes prospectivos grandes. Las tasas más altas corresponden a poblaciones seleccionadas.

Según algunos estudios, especialmente de países en desarrollo, el absceso puede ocurrir también sin una aparente mastitis previa, con una incidencia del 1 al 3%.

Momento de presentación: La mastitis es más frecuente en la segunda y tercera semana postparto y la mayoría de estudios señalan que entre el 74% y el 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. Sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año. Los abscesos mamarios pueden producirse con mayor frecuencia en las primeras 6 semanas postparto, pero puede ocurrir más tarde.



8.2 SINTOMAS:

- Agrandamiento de las mamas en un lado solamente.
- Tumor mamario.
- Dolor en las mamas.
- Fiebre y síntomas seudogripales incluyendo náuseas y vómitos.
- Picazón.
- Secreción del pezón (puede contener pus).
- Cambios de sensibilidad en el pezón.
- Hinchazón, sensibilidad, enrojecimiento y calor en el tejido mamario.
- Ganglios linfáticos agrandados o sensibles en las axilas del mismo lado.

8.3 CAUSAS DE MASTITIS.

8.3.1 INGURGITACIÓN MAMARIA.

Desde el 3º al 6º día después del parto, cuando normalmente la leche “llega”, los pechos pueden estar muy llenos. Esto es fisiológico y se resuelve rápidamente mediante la succión efectiva y el vaciamiento de la leche por el niño. Sin embargo,

esta situación puede desembocar en ingurgitación, y ambas afecciones se confunden a menudo.

Con la ingurgitación, el pecho está repleto tanto de leche como de líquido tisular. El drenaje venoso y linfático está obstruido, el flujo de leche obstaculizado y la presión en los conductos lácteos y en los alvéolos aumenta. Los pechos se ponen hinchados y edematosos.

Tanto en la plétora fisiológica como en la ingurgitación, se afecta habitualmente la totalidad de ambos pechos. Sin embargo, hay diferencias importantes:

- Un pecho lleno se nota caliente, duro y firme. No está brillante, edematoso o enrojecido. Habitualmente, la leche fluye bien, y a veces gotea espontáneamente. Al niño le resulta fácil succionar y vaciar la leche.
- Un pecho ingurgitado está agrandado, hinchado y doloroso. Puede estar brillante y edematoso con áreas enrojecidas difusas. El pezón puede estar estirado y aplanado.

La leche a menudo no fluye fácilmente y puede ser difícil para el niño agarrarse al pecho para succionar hasta que se reduce la hinchazón. Las mujeres a veces tienen fiebre. Sin embargo, habitualmente la fiebre se establece en 24 horas.

8.3.2 CONDUCTO BLOQUEADO (ESTASIS).

El estasis de leche localizado, que afecta a una parte del pecho tal como un lóbulo, se denomina a menudo conducto bloqueado. Otros términos usados a veces son “ingurgitación mamaria focal”, “pecho cocido”, o “conducto obstruido”. Se supone que la afección es debida a una obstrucción sólida, pero puede deberse simplemente a un vaciamiento ineficiente de la leche de esa parte del pecho.

Los signos clínicos son una masa dolorosa en un pecho, a menudo con enrojecimiento de la piel en esa zona. Solo se afecta parte de un pecho. Habitualmente las mujeres no tienen fiebre y se encuentran bien. Algunas mujeres con un conducto bloqueado refieren la presencia de partículas de material en su leche exprimida. En este caso

puede que realmente haya obstrucción de un conducto lácteo. Los síntomas ceden rápidamente cuando se exprimen las partículas de material sólidas, y la leche se libera de la zona del pecho afectada. Se piensa que los gránulos que pueden encontrarse en la leche acumulada se forman a partir de una mezcla de caseína y otros materiales endurecidos por sales que contienen calcio. También se expulsa a veces de conductos aparentemente bloqueados, un material graso o fibroso, a veces marrón o verdoso, y se produce un alivio de los síntomas.

Una afección relacionada es la aparición de una mota blanca en la punta del pezón, habitualmente de alrededor de 1 mm de diámetro, la cual está asociada con un conducto bloqueado. La mota blanca puede ser extremadamente dolorosa durante la succión. La obstrucción se alivia rápidamente cuando se elimina la mota blanca, por ejemplo con una aguja estéril o friccionando con una gasa. Se cree que la mota blanca se debe a un sobrecrecimiento del epitelio (formando una “ampolla”) o a la acumulación de un material particulado o graso.

Otra afección relacionada poco común es el galactocele el cual es un quiste relleno de leche, que se cree que se desarrolla a partir de un conducto bloqueado.

Se presenta como un bultoma redondeado y terso en el pecho, al principio relleno de leche pura, y posteriormente de un material cremoso más denso conforme se absorbe el líquido. Cuando se presiona el bultoma, puede salir un líquido lechoso por el pezón.

El diagnóstico puede hacerse mediante aspiración o ecografía. Puede aspirarse la leche, pero habitualmente el quiste se llena de nuevo después de algunos días, y se requieren aspiraciones repetidas. El galactocele puede extirparse quirúrgicamente bajo anestesia local y no debe interrumpirse la lactancia materna.

8.3.3 MASTITIS NO INFECCIOSA.

Cuando no se vacía la leche de parte o de todo el pecho, la producción de leche disminuye y eventualmente cesa. Sin embargo, este proceso tarda algunos días y

puede no completarse hasta pasadas 2-3 semanas. Entre tanto, la leche acumulada puede originar una respuesta inflamatoria.

La leche normalmente contiene citoquinas, tanto inflamatorias como antiinflamatorias; se cree que las citoquinas antiinflamatorias y otros factores protegen al niño, pero las citoquinas inflamatorias, tales como la interleuquina-8 (IL-8), pueden ser más importantes para proteger al pecho de la infección. Durante la mastitis se ha encontrado un aumento de los niveles de IL-8 en el pecho, y es un signo de que está ocurriendo una respuesta inflamatoria. Como parte de la respuesta inflamatoria, los espacios intercelulares, como son las uniones herméticas entre las células secretoras de leche de los alvéolos mamarios, se abren, permitiendo que sustancias del plasma pasen a su través a la leche, particularmente inmunoproteínas y sodio. Al mismo tiempo, el aumento de la presión de la leche en los conductos y alvéolos puede forzar que sustancias de la leche pasen al tejido circundante. Las citoquinas de la leche pueden inducir una respuesta inflamatoria en el tejido circundante, y también es posible que otros componentes induzcan una reacción antigénica, siendo la inflamación la responsable de los signos y síntomas de la mastitis tales como: dolor enrojecimiento, hinchazón y endurecimiento.

La apertura de los espacios intercelulares produce cambios en la composición de la leche. Los niveles de sodio y cloruro aumentan, y los niveles de lactosa y potasio disminuyen. El sabor de la leche cambia: se hace más salada y menos dulce. Habitualmente la salsedumbre es solo temporal, y dura alrededor de una semana.

Esto ha sido descrito como disfunción mamaria crónica unilateral. Sin embargo, la afección es reversible y después del siguiente embarazo habitualmente el pecho afectado recobra su función normal.

8.3.4 FACTORES INMUNITARIOS EN LA LECHE.

Normalmente la leche contiene numerosos factores protectores incluyendo IgA secretoria, lactoferrina, lisozima, C3 (un componente del complemento) y leucocitos.

Aunque habitualmente se presta más atención a su importancia para la salud del niño, también puede ayudar a proteger el pecho de la infección, al prevenir que el Staph Aureus llegue a establecerse.

El C3 y la IgA estimulan la fagocitosis del Staph aureus por los leucocitos en la leche y la lactoferrina aumenta la adhesión de los leucocitos al tejido en el lugar de la inflamación.

Como parte de la respuesta inflamatoria, entran en la leche inmunoproteínas adicionales del suero y mayor número de leucocitos.

En Gambia se encontró que las mujeres que experimentaron episodios repetidos de mastitis tenían niveles bajos de IgA, C3 y lactoferrina en su leche en comparación con otras madres lactantes. Esto proporciona una prueba adicional de que estos factores constituyen un mecanismo de defensa, y de que cuando los niveles están bajos, se reduce la defensa efectiva.

Durante la involución del pecho cuando se interrumpe la lactancia materna hay un aumento de los niveles de inmunoproteínas y puede que protejan al pecho en este momento en el que el estasis de la leche podría permitir el crecimiento bacteriano.

8.3.5 MASTITIS INFECCIOSA.

La mastitis infecciosa se produce si no se resuelve el estasis de la leche y se supera la protección proporcionada por los factores inmunitarios de la leche y por la respuesta inflamatoria. La leche humana fresca no es habitualmente un medio adecuado para el crecimiento bacteriano y para que ocurra la infección deben existir afecciones que impidan al pecho destruir y eliminar bacterias. Podría esperarse que la dirección natural del flujo de leche a lo largo de los conductos, cuando se extrae eficientemente, eliminase cualquier organismo hacia el exterior del pecho. El vaciamiento ineficiente de la leche, que conduce a la acumulación de ésta, crea las condiciones favorables para el crecimiento bacteriano y puede que se superen los procesos anti infecciosos.

Los signos y síntomas de la mastitis infecciosa son difíciles de distinguir de la mastitis no infecciosa, habitualmente un pecho se pone rojo, doloroso, hinchado y endurecido, y puede haber síntomas generales de fiebre y malestar. Una grieta en el pezón puede ser un signo acompañante.

La mastitis infecciosa ha sido clasificada por diferentes autores de varias maneras. Primero, según su localización: mastitis superficial que se produce en la dermis y mastitis intramamaria que se localiza bien en el mismo tejido glandular (parenquimatoso) o en el tejido conectivo del pecho (intersticial). Segundo, según su patrón epidemiológico: epidémica o esporádica.

Se han hecho intentos para unir ambas clasificaciones, como se refleja en el cuadro de al lado, pero su utilidad no está clara.

Los recuentos celulares y de colonias bacterianas son útiles para distinguir la mastitis infecciosa de la no infecciosa. Los cultivos de la leche materna pueden ayudar a determinar el organismo infectante, si hay alguno, y su sensibilidad antibiótica.

Si no es posible hacer un cultivo de forma rutinaria, puede hacerse selectivamente:

- Para casos adquiridos en el hospital, o severos o inusuales.
- Si no hay respuesta a los antibióticos en los dos primeros días.
- Si hay mastitis recurrentes.

La mastitis recurrente puede ser debida a un retraso en el tratamiento o a un tratamiento inadecuado de la afección inicial o a una mala técnica de lactancia no corregida. A veces la recurrencia se ha asociado con candidiasis. En ocasiones existe una afección mamaria subyacente que origina persistentemente un mal drenaje de parte de un pecho, tal como una malformación ductal, un quiste o un tumor, las cuales deberían identificarse y tratarse convenientemente.

8.4 ABSCESO MAMARIO.

El pecho que está lactando, como cualquier otro tejido infectado, focaliza la infección mediante la formación de una barrera de tejido de granulación alrededor de ella. Esta se convierte en la cápsula del absceso, el cual se llena de pus.

Hay una tumoración intensamente dolorosa, con enrojecimiento, calor y edema de la piel que lo recubre. En los casos desatendidos la tumoración puede ser fluctuante, con decoloración y necrosis de la piel. Puede haber fiebre o no haberla.

Para confirmar el diagnóstico, puede aspirarse pus mediante una jeringuilla con aguja gruesa. Debe hacerse el diagnóstico diferencial del absceso mamario con el galactocele, fibroadenoma y el carcinoma.

8.5 PREVENCIÓN.

La mastitis y el absceso mamario pueden prevenirse en gran parte, si la lactancia materna se guía adecuadamente desde el principio para evitar situaciones que producen estasis de la leche y si se tratan rápidamente los signos precoces como la ingurgitación, el conducto bloqueado y las grietas del pezón. Esto es necesario como parte de la asistencia maternal rutinaria, y como parte continua tanto de los servicios básicos como de la asistencia comunitaria de mujeres y niños. La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños requiere un manejo adecuado en las salas de maternidad.

8.5.1 MEJORAR LA COMPRESIÓN DEL MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA.

Las mujeres y quienes las asisten necesitan conocer el manejo efectivo de la lactancia al pecho, tanto para alimentar adecuadamente al niño como para mantener sanos los pechos.

Los puntos importantes son:

- Comenzar el amamantamiento en la primera hora tras el parto.
- Asegurarse de que el niño está bien agarrado al pecho.
- Amamantar sin restricciones, tanto en la frecuencia como en la duración de las tomas y permitir al niño que termine en un pecho, antes de ofrecer el otro.
- Amamantar exclusivamente al pecho durante al menos 4 meses y si es posible durante 6 meses.

Las mujeres y sus cuidadores también necesitan comprender que las siguientes circunstancias pueden interferir con la lactancia materna, limitar o reducir la cantidad que el niño succiona y aumentar el riesgo de estasis de la leche.

- Usar un chupo.
- Ofrecer al niño otros alimentos y bebidas durante los primeros meses, especialmente si se hace mediante biberón
- Retirar al niño del primer pecho antes de que esté listo, para asegurarse de que va a tomar el otro
- Una carga de trabajo duro o estresante
- Perder tomas, incluso cuando el niño comienza a dormir toda la noche
- Los traumatismos del pecho, por maltrato o cualquier otra causa.

Todas estas circunstancias deberían evitarse o debería protegerse a las madres de ellas tanto como fuese posible; pero cuando ocurren inadvertidamente, una mujer puede prevenir la mastitis si toma precauciones extra con sus pechos.

8.5.2 MEDIDAS RUTINARIAS COMO PARTE DE LA ASISTENCIA MATERNA.

Las siguientes prácticas son importantes para prevenir el estasis de la leche y la mastitis. Deberían ser rutinarias en cualquier lugar en donde hay partos o allí donde se asiste a madres antes y después del parto: en los hospitales maternos, en los pequeños servicios tales como centros de salud; o en el hogar cuando las madres paren allí, o cuando regresan después del parto:

- Los niños deberían tener contacto precoz con sus madres, y comenzar el amamantamiento en cuanto muestran signos de estar dispuestos, habitualmente en la primera hora tras el parto.
- Los niños deberían permanecer en la misma cama que sus madres, o cerca de ellas en la misma habitación.
- Todas las madres deberían recibir ayuda experta y apoyo con su técnica de lactancia, tanto si ya han amamantado antes como si no lo han hecho, para asegurar un buen agarre, una succión efectiva y un eficiente vaciamiento de la leche.
- Debería animarse a todas las madres a amamantar “a demanda”, siempre que el niño muestre signos de que está preparado para comer, tales como abrir la boca y buscar el pecho.
- Todas las madres deberían comprender la importancia de la lactancia al pecho exclusiva y sin restricciones y evitar el uso de alimentos suplementarios, biberones y chupones.
- Las mujeres deberían recibir ayuda experta para mantener la lactancia al pecho si sus hijos son demasiado pequeños o débiles para succionar efectivamente.
- Cuando la madre se encuentra en el hospital, necesita ayuda experta en la primera toma y en tantas tomas subsiguientes como sea necesario.
- Cuando la madre está en su casa, necesita ayuda experta durante el primer día tras el parto, varias veces durante las primeras dos semanas y subsecuentemente tantas veces como necesite hasta que sea capaz de amamantar efectivamente y con seguridad.

8.5.3 MANEJO EFECTIVO DE LA PLÉTORA E INGURGITACIÓN MAMARIA.

Si los pechos de una mujer se ponen muy llenos o ingurgitados durante la primera semana, cuando su leche “llega”, es esencial asegurarse de que vacía su leche, permitiendo que se resuelva esta afección.

- Debería ayudarse a la madre a mejorar el agarre del niño al pecho, para mejorar el vaciamiento de la leche, y evitar dañar los pezones.

- Debería animarse a amamantar tan a menudo y tanto tiempo como su hijo esté dispuesto, sin restricciones.
- Si la succión del niño no alivia suficientemente la plétora o la ingurgitación, o si su pezón está tan aplanado que el niño tiene dificultad para agarrarse, necesita exprimir su leche. Debería exprimir lo suficiente como para ablandar sus pechos, aliviar las molestias, y permitir al niño agarrarse y succionar efectivamente.
- Puede exprimirse la leche de forma manual o con un sacaleches. Si los pechos están muy doloridos, otra manera de exprimir la leche es mediante el método de la botella caliente.
- Después de un día o dos, debería resolverse la afección y equipararse el suministro de leche con las necesidades del niño.

8.5.4 ATENCIÓN PRECOZ A CUALQUIER SIGNO DE ESTASIS DE LA LECHE.

La mujer necesita saber cómo cuidar sus pechos y conocer los signos precoces de estasis de la leche o de mastitis, de manera que ella misma pueda tratarse en casa y buscar ayuda rápidamente si la situación no se resuelve.

Debería revisar sus pechos para ver si hay algún bulto, si hay cualquier dolor, calor o enrojecimiento:

- Si tiene cualquier factor de riesgo, tal como pérdida de tomas.
- Si tiene fiebre o se siente enferma, por ejemplo con dolor de cabeza.

Si tiene cualquiera de estos síntomas, necesita:

- Descansar, en cama si es posible
- Amamantar muy a menudo del pecho afectado.
- Colocar compresas calientes sobre el pecho afectado, bañarlo o ducharlo con agua caliente.
- Masajear suavemente cualquier zona abultada mientras el niño está tomando para ayudar a que la leche fluya de ella.
- Solicitar la ayuda de un profesional sanitario si no se encuentra mejor al día siguiente.

A menudo estas medidas pueden prevenir el estasis de la leche o que la progresión de los signos precoces de mastitis desemboquen en una mastitis grave.

8.5.5 ATENCIÓN PRECOZ DE OTRAS DIFICULTADES CON LA LACTANCIA MATERNA.

La mujer necesita ayuda experta con el amamantamiento en cualquier momento en que tenga una dificultad que pueda conducir al estasis de la leche, tales como:

- Dolor o grietas en el pezón.
- Malestar en el pecho tras las tomas.
- Compresión del pezón (una línea blanca que cruza el extremo del pezón cuando el niño suelta el pecho).
- Un niño insatisfecho: tomas muy frecuentes, infrecuentes o prolongadas
- Pérdida de la confianza en su suministro de leche, creyendo que no tiene leche suficiente.
- Introducción precoz de otros alimentos.
- Uso de chupón.

Las matronas y otros profesionales sanitarios necesitan tener conocimientos y destrezas adecuados de manera que puedan ayudar a las madres a establecer la lactancia en el postparto inmediato, a continuar subsecuentemente la lactancia y a superar las dificultades precozmente antes de que lleguen a ser más serias y puedan poner en riesgo la lactancia.

Los conocimientos y técnicas de apoyo continuado de la lactancia materna también tienen que estar disponibles en la comunidad, entre los profesionales sanitarios comunitarios, parteras tradicionales y mujeres en general, de manera que las mujeres puedan ayudarse unas a otras para prevenir las dificultades; y si surgen problemas pueda iniciarse precozmente el tratamiento adecuado.

8.6 CONTROL DE LA INFECCIÓN.

Así como el manejo adecuado de la lactancia al pecho es fundamental para la prevención de la mastitis, también es importante reducir el riesgo de infección, especialmente en el ambiente hospitalario.

Es necesario el lavado correcto y frecuente de las manos tanto por los profesionales sanitarios como por las madres.

Los profesionales sanitarios deberían lavarse las manos después de cada contacto con una madre o con un niño, o con cualquier fuente posible de organismos patógenos. El jabón corriente es adecuado para eliminar organismos de las superficies, pero para los profesionales sanitarios que tienen contacto frecuente con fluidos orgánicos, es más efectivo para el lavado de las manos un producto antimicrobiano, procurando que esté en contacto con la piel durante al menos 10 segundos por lavado. Peters mostró que la desinfección adicional de las manos en la cabecera de la cama de las madres lactantes en el hospital redujo la incidencia de mastitis del 2,8% al 0,66%.

El contacto precoz piel con piel, seguido del alojamiento conjunto del niño con su madre también son importantes maneras de reducir las infecciones hospitalarias.

Se han propuesto otras medidas y productos, pero no hay evidencia de su eficacia. Estos incluyen el masaje del pecho, lociones, ungüentos y sprays, tales como Loción bórica, Dettol 2,5%, ungüento de penicilina y clorhexidina (0,2%) y spray de clorhexidina.

8.7 TRATAMIENTO.

Para el tratamiento de cualquiera de las afecciones comentadas, es necesario: 1. Hacer la anamnesis a la madre, para ver si hay alguna causa obvia de sus dificultades, o factores predisponentes; 2. Observar una toma de pecho, y evaluar si su técnica y el agarre del niño al pecho son satisfactorios, y como podrían mejorarse.

8.7.1 CONDUCTO BLOQUEADO.

Para su tratamiento es necesario mejorar el vaciamiento de la leche e impedir cualquier obstrucción al flujo de esta.

- Asegurarse de que el niño está bien colocado y agarrado al pecho. Algunos autores recomiendan colocar al niño con su barbilla hacia la zona del pecho afectada, para facilitar el vaciamiento de la leche de esa parte, mientras que otros consideran mejorar en general el agarre adecuado.
- Explicar la necesidad de evitar cualquier cosa que pueda obstruir el flujo de la leche, tal como las prendas ajustadas y el sujetar el pecho demasiado cerca del pezón.
- Animarle a amamantar tan a menudo y tanto tiempo como su hijo esté dispuestos a hacerlo, sin restricciones.
- aconsejar la aplicación de calor húmedo (por ejemplo compresas calientes o una ducha caliente).

Ocasionalmente, estas técnicas no alivian los síntomas de la mujer. Ello puede ser debido a que hay partículas de material obstruyendo el conducto. Puede ser útil el masaje del pecho, haciendo movimientos firmes con el pulgar por encima del bulto hacia el pezón. Sin embargo, ello debería hacerse con suavidad, porque cuando está inflamado el tejido mamario a veces el masaje puede empeorar la situación.

Si hay un punto blanco visible en el extremo del pezón, es necesario eliminarlo, con las uñas, con un paño áspero o con la ayuda de una aguja estéril.

Desafortunadamente, los conductos bloqueados tienden a recurrir, pero una vez que la mujer sabe lo que son y como solucionarlo ella misma puede iniciar precozmente el tratamiento e impedir la progresión a mastitis.

8.7.2 MASTITIS.

Si la mastitis se produce a pesar de hacer todos los esfuerzos posibles por prevenirla, debe tratarse precoz y adecuadamente. Si el tratamiento se retrasa o es incompleto la

recuperación es menos satisfactoria, y hay un aumento del riesgo de absceso mamario y recidivas.

Los principales principios del tratamiento de la mastitis son:

- Asesoramiento de apoyo.
- Vaciamiento efectivo de la leche.
- Tratamiento antibiótico.
- Tratamiento sintomático.

8.7.3 ASESORAMIENTO DE APOYO.

La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante, y hace que muchas mujeres se sientan muy enfermas, además del tratamiento efectivo y del control del dolor, la mujer necesita apoyo emocional. Puede haber recibido consejos contradictorios de los profesionales sanitarios, puede que se le haya aconsejado suspender la lactancia materna o que no haya recibido ninguna orientación, puede estar confundida y ansiosa y no estar dispuesta a seguir amamantando.

Necesita reafirmar el valor de la lactancia natural; que es seguro continuar; que la leche del pecho afectado no dañará a su hijo y que su pecho recobrará subsecuentemente tanto su forma como su función. Necesita el estímulo de que vale la pena el esfuerzo de superar sus actuales dificultades.

Necesita una orientación clara acerca de todas las medidas necesarias para el tratamiento, y de cómo continuar amamantando o exprimiendo la leche del pecho afectado. Necesitará un seguimiento para recibir apoyo y orientación continuados hasta que se haya recuperado completamente.

8.7.4 VACIAMIENTO EFECTIVO DE LA LECHE.

Esta es la parte esencial del tratamiento, los antibióticos y el tratamiento sintomático pueden hacer que la mujer se sienta mejor temporalmente, pero a menos que se

mejore el vaciamiento de la leche, la afección puede llegar a empeorar o recidivar a pesar de los antibióticos.

- Ayudar a la madre a mejorar el agarre de su hijo al pecho.
- Animarle a amamantar frecuentemente, tan a menudo y tanto tiempo como el niño esté dispuesto a hacerlo, sin restricciones.
- Si es necesario, exprimir la leche del pecho manualmente, con un sacaleches o con una botella caliente, hasta que se reanude la lactancia al pecho.

8.7.5 TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

El tratamiento antibiótico está indicado si:

- Los recuentos celulares y de colonias bacterianas, cuando están disponibles indican infección, o los síntomas son graves desde el comienzo.
- Cuando hay grietas en el pezón o los síntomas no mejoran 12-24 horas tras mejorar el vaciamiento de la leche.

Debe usarse un antibiótico adecuado; se necesita un antibiótico resistente a las β -lactamasas para que sea efectivo contra el Staph. Aureus, para los organismos gram-negativos, pueden ser más apropiadas la cefalexina o la amoxicilina. Si es posible, debería cultivarse la leche del pecho afectado y determinarse la sensibilidad antibiótica de la bacteria.

El antibiótico elegido debe administrarse durante el tiempo adecuado (10-14 días de tratamiento); periodos más cortos de antibióticos se asocian con mayor incidencia de recidivas.

8.7.6 TRATAMIENTO SINTOMÁTICO.

Debe tratarse el dolor con analgésicos. El ibuprofeno se considera el más efectivo y puede ayudar a reducir la inflamación así como el dolor: el paracetamol es también una alternativa adecuada.

El descanso se considera esencial y debe hacerse en la cama si es posible; el descanso en la cama con el niño, ayuda a la propia mujer y es una manera útil de aumentar la frecuencia de las tomas, pudiendo así mejorar el vaciamiento de la leche. Otras medidas recomendadas son la aplicación de compresas calientes en el pecho, las cuales alivian el dolor y ayudan a que fluya la leche; y asegurarse de que la mujer bebe líquidos suficientes.

Antibióticos para el tratamiento de la mastitis infecciosa.

- Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas por 10 días.
- Eritromicina 250-500 mg VO c/6 horas por 10 días.
- Cefalexina 500 mg VO c/6 horas por 10 días.
- Amoxicilina 500 mg VO c/8 horas por 0 días.⁵

8.7.7 ABSCESO MAMARIO.

8.7.7.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Si se ha formado un absceso, debe eliminarse el pus esto puede hacerse mediante incisión y drenaje, lo cual requiere habitualmente anestesia general, pero también puede hacerse mediante aspiración, guiada por ecografía, si es posible. La ecografía es una herramienta diagnóstica útil para el absceso mamario y realizada correctamente la aspiración del pus guiada por ecografía puede ser curativa; Es menos dolorosa y mutilante que la incisión y el drenaje, y puede hacerse bajo anestesia local, a menudo de forma ambulatoria.

Habitualmente es necesario, además el tratamiento sistémico con antibióticos apropiados a la sensibilidad de los organismos. Sin embargo, los antibióticos solos, sin vaciamiento del pus, probablemente carecen de valor. La pared del absceso crea una barrera que protege a las bacterias patógenas de las defensas del organismo, y hace imposible alcanzar niveles antibióticos efectivos en el tejido infectado.

⁵ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2006). *Componente Normativo Materno Infantil*. Ecuador: CONASA.

8.7.7.2 APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

Si la lactancia materna continúa o se interrumpe después de un episodio de mastitis o absceso mamario, y cuanto tiempo continúa, depende en parte del asesoramiento y la ayuda que recibe la madre, si recibe orientación adecuada y apoyo clínico y emocional, debería recuperarse completamente, y no experimentar problemas con subsiguientes lactancias. Si recibe escasa orientación y apoyo puede que nunca vuelva a amamantar.

Los médicos y otros profesionales sanitarios que asisten a una mujer con un absceso mamario deberían asegurarle que puede continuar amamantando, que esto no perjudicará a su hijo y que debería ser capaz de amamantar a otros hijos que pueda tener. Deberían explicarle como puede conseguirse esto, y como será el manejo de la afección.

Para asegurar la continuación de una lactancia materna satisfactoria, el manejo debería ser el siguiente:

- El niño debería permanecer con la madre antes como después de la cirugía.
- El niño puede continuar alimentándose del pecho no afectado.
- Mientras la madre se somete a la cirugía, si es probable que no vaya a ser capaz de amamantar durante más de 3 horas, es necesario alimentar al niño de alguna otra manera.
- Como parte de la preparación a la cirugía, la madre puede sacarse leche del pecho no afectado, y con ella puede alimentarse al niño mediante un vaso mientras la madre está siendo tratada.
- Tan pronto como recupere la conciencia (si estuvo bajo anestesia general), o en cuanto finalice la cirugía (si se usó anestesia local), puede volver a amamantar del lado no afectado.
- Tan pronto como lo permita el dolor de la herida, puede reanudar la lactancia al pecho en el lado afectado. Habitualmente esto es posible en unas pocas horas, a menos que se haya realizado la cirugía cerca del pezón. Deberían prescribirse

analgésicos como fuesen necesarios para ayudar a controlar el dolor y permitir reanudar antes la lactancia al pecho.

- Probablemente necesite ayuda experta para lograr que el niño se agarre de nuevo al pecho afectado, y puede que sean necesarios varios intentos antes de que succione bien. Animarle a persistir, a colocar al niño en el pecho afectado cada vez que lo alimente, y ayudarle a asegurar un buen agarre.
- Si el pecho afectado aún produce leche, es importante que el niño succione y la vacíe, para prevenir el estasis continuado de la leche y la recidiva de la infección.
- Si el niño no está dispuesto a agarrar o a succionar del pecho afectado al principio, puede ser necesario exprimir la leche hasta que comience a succionar de nuevo.
- Si ha disminuido la producción de leche del pecho afectado, la manera más efectiva para estimular el aumento de la producción es la succión frecuente.
- Entre tanto, el niño puede seguir siendo alimentado del pecho no afectado.

Habitualmente, el niño puede obtener leche suficiente alimentándose solo de un pecho, de manera que estará adecuadamente nutrido mientras se recupera la producción de leche del pecho afectado.

8.7.7.3 SEGURIDAD DE CONTINUAR CON LA LACTANCIA AL PECHO.

Cuando una mujer tiene una mastitis o un absceso mamario, es importante el mantenimiento de la lactancia al pecho tanto para su propia recuperación como para la salud de su hijo.

El interrumpir el amamantamiento durante un ataque de mastitis no ayuda a la madre a recuperarse, por el contrario, existe el riesgo de que ello empeore la afección.

8.7.7.4 RIESGO DE INFECCIÓN DEL NIÑO.

Muchos profesionales sanitarios se preocupan por el posible riesgo de infección del niño, especialmente si la leche parece contener pus. Ellos recomiendan la extracción manual y desechar la leche, sin embargo numerosos estudios han demostrado que

generalmente es seguro continuar amamantando, incluso en presencia de Staph. Aureus.

Un pequeño número de casos observados y su evolución benigna habitual no justifican una política general de interrupción de la lactancia al pecho, a la vista de las claras desventajas que tiene para el niño el hacerlo. Debe observarse cualquier signo de infección en el niño y si se sabe que la mastitis está producida por una infección estafilocócica o estreptocócica, puede considerarse el tratamiento antibiótico simultáneo del niño.

8.8 PRONÓSTICO A LARGO PLAZO.

Con el tratamiento oportuno, apropiado y adecuado de la mastitis y del absceso mamario, la recuperación debería ser completa y habitualmente puede esperarse una función normal del pecho en subsiguientes lactancias.

Sin embargo, un tratamiento retrasado, inapropiado o inadecuado puede acabar en recaída, lesiones más extensas e incluso daño tisular permanente. Los episodios repetidos de mastitis pueden conducir a la inflamación crónica y a la distorsión irreversible del pecho.

El absceso mamario puede comprometer la lactancia futura en alrededor del 10% de las mujeres afectadas. Un gran absceso puede requerir una resección extensa de tejido mamario que puede resultar desfigurante y en casos muy severos una mastectomía funcional.⁶

⁶ [http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/MASTITIS%20OMS%20\(Trad.%20Lasarte\).pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/MASTITIS%20OMS%20(Trad.%20Lasarte).pdf)
(15/08/2011) 07:30 pm

9. DISEÑO METODOLÓGICO.

El proyecto es de acción, partió con la elaboración de un plan estratégico, una vez concebida la idea, se realizó un estudio de pre-factibilidad, realizándose un diagnóstico situacional, sobre la temática referida, se desarrolló el marco lógico el cual utilizamos para incrementar la precisión en la planeación de los proyectos, relacionar los múltiples objetivos con las actividades, clarificar funciones y responsabilidades además de evaluar los resultados esperados y analizarlos.

Para el diseño del marco lógico se identificó el Problema Central y se realizó la:

Matriz de Involucrados: Se utiliza para identificar todos los grupos posibles de personas y entidades directas e indirectas, sus intereses en relación al problema y los aportes precisos de cada grupo: Recursos humanos y financieros.

Árbol de Problemas: Con lo que logramos identificar el problema principal percibido por los involucrados para luego ir desglosándolos en sus posibles causas, hasta identificar las causas básicas por las que se produjo el problema.

Árbol de Objetivos: Identificado el problema de desarrollo y descrita la situación actual, la etapa siguiente es definir o identificar la solución que se pretende, a través del Árbol de Objetivos, es decir es la conversión de los problemas percibidos en objetivos o soluciones, como paso inicial para identificar la situación futura deseada. Este proceso nos permitió esquematizar toda la información para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del proyecto.

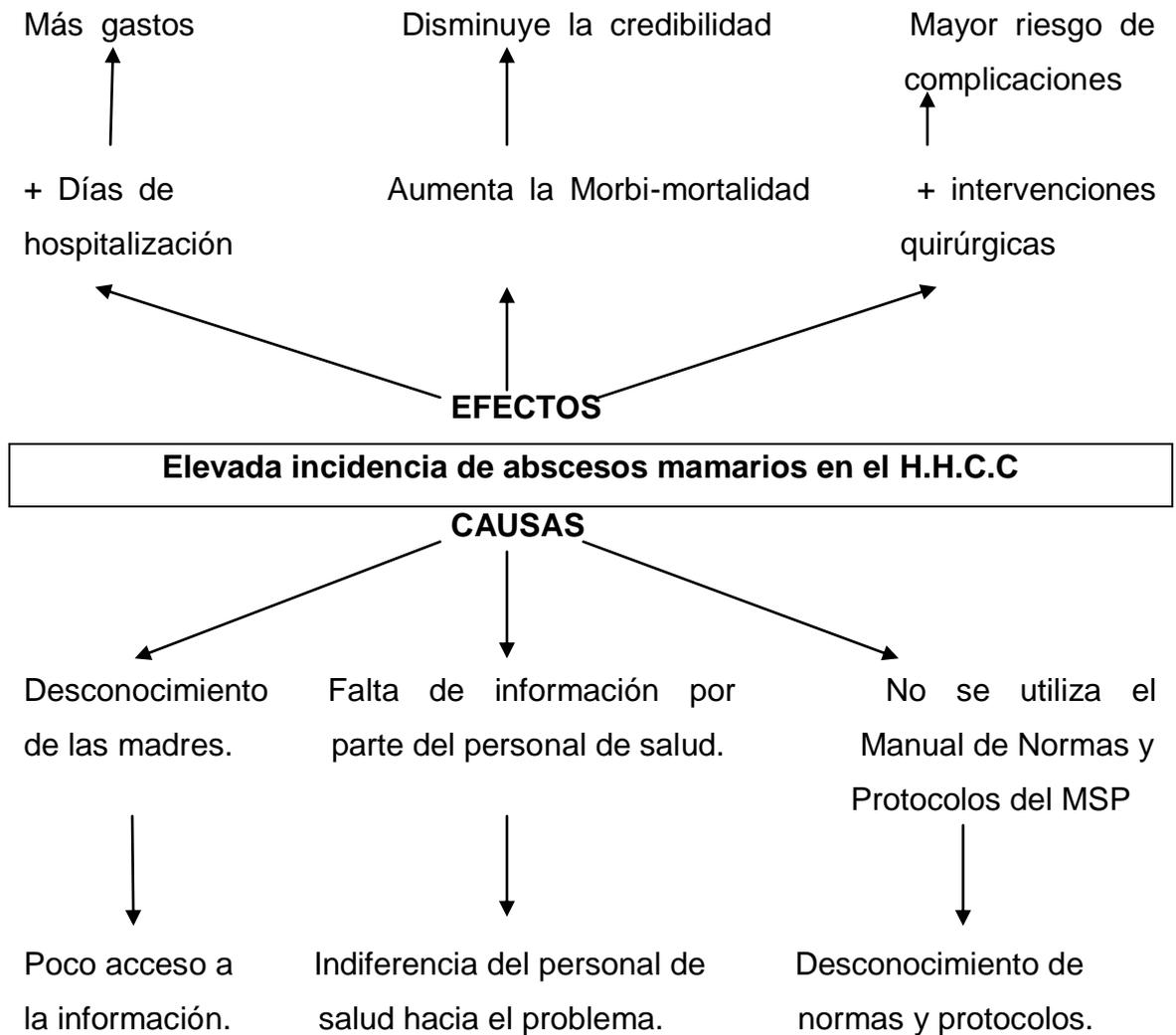
Matriz del Marco Lógico: Esta herramienta de análisis estructurado que nos facilitó la conceptualización, diseño, ejecución y evaluación del proyecto, en la que se describió el Fin, Propósito, Resultados y Actividades realizadas para la ejecución del proyecto realizado.

9.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS.

Grupos de Beneficiarios y/o Institucionales	Intereses	Recursos	Problemas Percibidos.
- Hospital Homero Castanier.	Mejorar la calidad de atención materno-neonatal.	Talentos Humanos: Personal administrativo y Ginecólogos del H.H.C.C. Materiales: Local y mobiliarios.	- Falta de promoción del manual de normas y protocolos de atención materno-neonatal.
- Personal del departamento de Gineco-Obstetricia.	Disminuir la incidencia de ingresos de pacientes abscesos mamas.	Talentos humanos: Personal que labora en el departamento de G-O. R. Materiales: Equipos e insumos del servicio.	- Poco interés del personal sobre esta problemática.
- Pacientes atendidas en el servicio de G-O.	Llevar una lactancia materna sin complicaciones.	Talentos humanos: Pacientes atendidas en el servicio.	- Desconociendo de las pacientes sobre las complicaciones que pueden presentarse el la lactancia y de cómo prevenirlas.
- Maestrante.	Realizar un buen trabajo de tesis para la obtención del título de Máster.	Talentos humanos: Maestrante. R. Materiales: Material para la realización y presentación del proyecto.	Poca disponibilidad de tiempo debido a la carga horaria del trabajo.

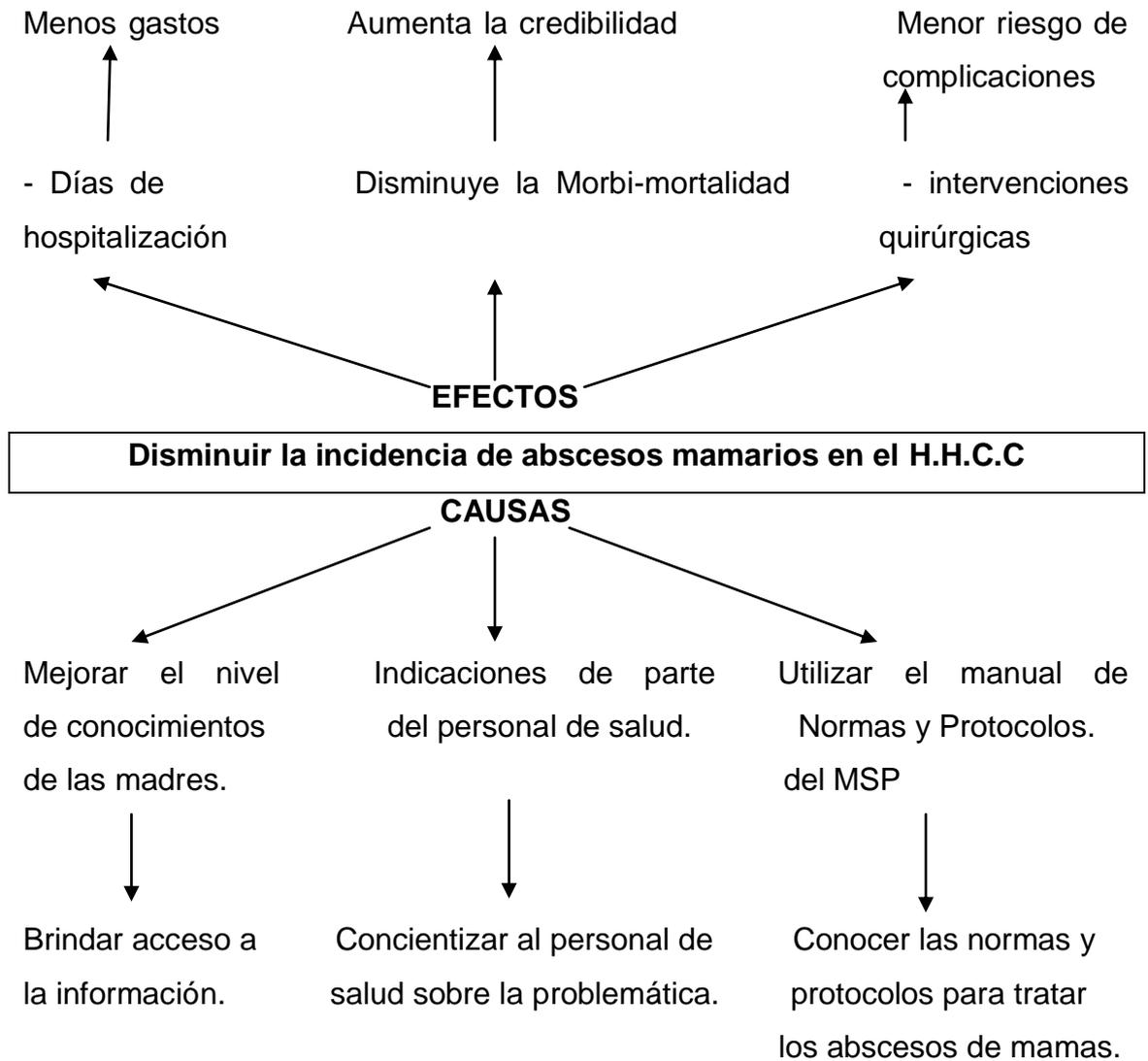
9.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS.

Ineficiente calidad de atención Materno-Infantil



9.3 ARBOL DE OBJETIVOS.

Eficiente calidad de atención Materno Infantil



9.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

Problematización: Elevada incidencia de abscesos de mamas en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del H.H.C.C			
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN.	SUPUESTOS
FIN Mejorar la calidad de atención Materno-Infantil de las mujeres que utilizan los servicios del H.H.C.C	Disminuir la morbi-mortalidad Materno-Infantil	Indicadores del departamento de estadística.	Apoyo de las autoridades del hospital, del personal médico y de los pacientes y familiares.
PROPÓSITO Disminuir la incidencia de la formación de abscesos de mamas en las pacientes atendidas en el servicio de G-O	Disminución al 100% la incidencia de la formación de abscesos de mamas.	Historias clínicas de las pacientes atendidas en el departamento de G-O.	Concientizar al personal de salud y a las pacientes sobre los beneficios de la lactancia materna y de cómo prevenir las complicaciones que se presentan en este periodo.
RESULTADOS. 1.- Personal de salud del departamento capacitado sobre como prevenir la formación de abscesos mamarios.	100% del personal del departamento capacitado sobre la forma de prevenir la formación de abscesos.	Resultados de encuestas.	Compromiso del personal para la prevención de esta problemática.

<p>2.- Pacientes atendidas en el servicio instruidas sobre como pueden prevenir la formación de abscesos mamarios.</p> <p>3.- Utilización del manual de normas y protocolos de atención materno-neonatal del MSP.</p>	<p>100% de las pacientes instruidas sobre como prevenir la formación de abscesos mamarios.</p> <p>100% del personal de salud del departamento utiliza el manual de normas y protocolos de atención materno-neonatal del MSP.</p>	<p>Resultado de encuestas.</p> <p>Manual de normas y protocolos de atención materno-neonatal del MSP.</p>	<p>Compromiso de las pacientes para poner en práctica los conocimientos impartidos.</p> <p>Disponibilidad del manual de normas y protocolos para la revisión por parte del personal.</p>
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p>R1:</p> <p>- Diseño del curso de capacitación y elaboración de encuestas.</p> <p>- Dictar el curso de capacitación al personal de salud.</p> <p>- Realizar encuestas al personal de salud (PRE y POSTCAPS).</p>	<p>- Maestrante.</p> <p>- Maestrante.</p> <p>- Maestrante.</p>	<p>Del 22 al 28 de diciembre del 2010.</p> <p>Del 29 al 31 de diciembre del 2010.</p> <p>31 de diciembre del 2010.</p>	<p>Material bibliográfico.</p> <p>Material audiovisual.</p> <p>Material de oficina (encuestas).</p>

<p>R2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de encuestas para las pacientes. - Instruir a las pacientes atendidas en el departamento. - Aplicar las encuestas a las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante. - Maestrante y personal de salud del departamento. - Maestrante. 	<p>28 de diciembre del 2010.</p> <p>Del 01/01/2011 al 30/06/2011.</p> <p>Del 01/01/2011 al 30/06/2011.</p>	<p>Material bibliográfico.</p> <p>Materiales de oficina.</p> <p>Material de oficina (encuestas).</p>
<p>R3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obtención del Manual de normas y protocolos de atención Materno-Neonatal. - Difusión del manual de normas y protocolos. - Evaluación de la utilización del manual de normas y protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Líder de enfermería del departamento de Gineco-Obstetricia. - Maestrante. - Maestrante. 	<p>20/12/2010.</p> <p>Del 29 al 31 de diciembre del 2010.</p> <p>1 y 2 de marzo del 2011.</p>	<p>Manual de normas y protocolos.</p> <p>Copias del manual de normas y protocolos.</p> <p>Material de oficina (encuestas).</p>

10. PRESENTACION DE RESULTADOS.

10.1 RESULTADO N 1

CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD:

SOCIALIZACION Y APROBACION DEL PROYECTO.

Luego de identificar el problema y diseñar el proyecto se realizó una reunión con el líder del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital y los médicos tratantes del mismo, dando a conocer los objetivos del proyecto y las actividades que se realizarían para lograr cumplir con los objetivos planteados, dentro de los cuales están:

- Promocionar el manual de normas y protocolos del Ministerio de Salud Publica en lo referente a los cuidados, formas de prevención y tratamiento de los abscesos de mamas.
- Concientizar al personal de salud sobre la importancia de indicar a las pacientes sobre los cuidados que deben tener para evitar la formación de abscesos de mamas.
- Capacitar a las pacientes que dan a luz en el servicio, sobre la importancia de los cuidados que se debe tener luego del parto para evitar complicaciones como mastitis y abscesos mamarios.

A más de socializar el proyecto se pidió sugerencias sobre como podríamos realizar las actividades en forma eficiente y como se podría dar continuidad al proyecto, para luego de esta reunión enviar un oficio a director del Hospital solicitado se permita el desarrollo del proyecto.

DISEÑO DEL CURSO DE CAPACITACION:

Luego de revisar el material bibliográfico sobre el tema, se elaboró una presentación del curso de capacitación en PowerPoint, con los temas de Lactancia Materna, Cuidados de las Mamas luego del parto, Normas y Protocolos para la prevención y

tratamiento de los abscesos de mamas, a más de eso se diseño una encuesta al personal de salud para determinar el nivel de conocimiento a cerca de los temas que se iban a tratar (PRECAPs).

NEGOCIACION DEL PROYECTO CON LAS AUTORIDADES.

Luego de diseñar el curso de capacitación y las encuestas se solicitó al líder del departamento su apoyo para poder dictar el curso y aplicar las encuestas (PRECAPs), el mismo que nos facilitó la oficina y la computadora del departamento a más de disponer que el personal asista al curso que dictaríamos.

DIFUCION A NIVEL LOCAL DE LA PROPUESTA.

Una vez obtenido el permiso del líder del departamento se procedió a convocar a todo el personal mediante un afiche colocado en la entrada del servicio, y la difusión a través de los altoparlantes de Hospital, para que asista al curso de capacitación que se dictaría en la oficina del departamento.

EJECUCION DE LA PROPUESTA.

Se dicto el curso de capacitación sobre "Prevención oportuna de los Abscesos de Mamas" los días 29, 30 y 31 de diciembre del 2010, de 10 a 12am en la oficina del departamento, el mismo que fue dictado por el maestrante y con la asistencia del todo el personal de salud convocado (Médicos Residentes 3, Internos de Medicina 5, Enfermeras 6 y Auxiliares de Enfermería 10), en estas charlas además se realizaron las encuestas antes y después del curso obteniéndose así los PRECAPs y los POSTCAPs.

CAMBIOS LOGRADOS EN LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL CON LA EJECUCION DE LA PROPUESTA.

Luego de obtener los PRE Y POSTCAPs se realizó un análisis del nivel de conocimientos del personal sobre los temas tratados, antes y después del curso de capacitación, a excepción de la primera y sexta pregunta de las cuales solo se obtuvieron los PRECAPs, ya que los POSTCAS de estas pregunta se obtuvieron 2 meses después del curso de capacitación, pudiendo evidenciar el desconocimiento del manual de normas y protocolos de atención Materno-Neonatal del MSP, a más del bajo nivel de conocimiento del personal a cerca del tema y el poco interés de los mismos para promover los cuidados y formas de prevenir los abscesos de mamas.

CUADRO N° 7

¿UTILIZA EL MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DEL MSP, QUE DISPONE EL DEPARTAMENTO (PRECAPs)?

	Si utiliza	%	No utiliza	%
PRECAPs	1	4%	23	96%

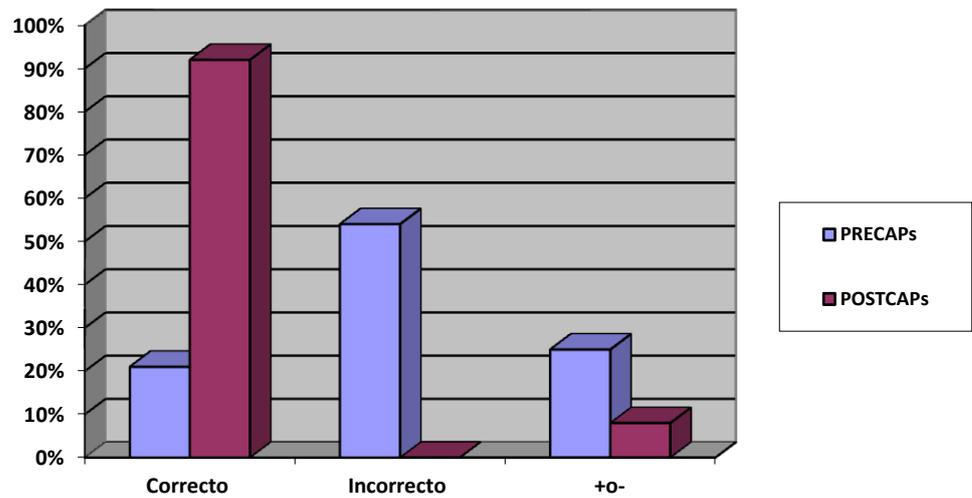
Fuente: Encuestas al personal de salud del H.H.C.C.

Elaborado: El Autor.

Análisis: en este cuadro se puede evidenciar claramente que casi todo el personal de salud que labora en el departamento no utiliza el manual de normas de atención materno-neonatal, es mas algunos ni siquiera conocían la existencia del mismo.

GRAFICO N° 1

¿SABE USTED COMO SE FORMAN LOS ABSCESOS DE MAMAS?



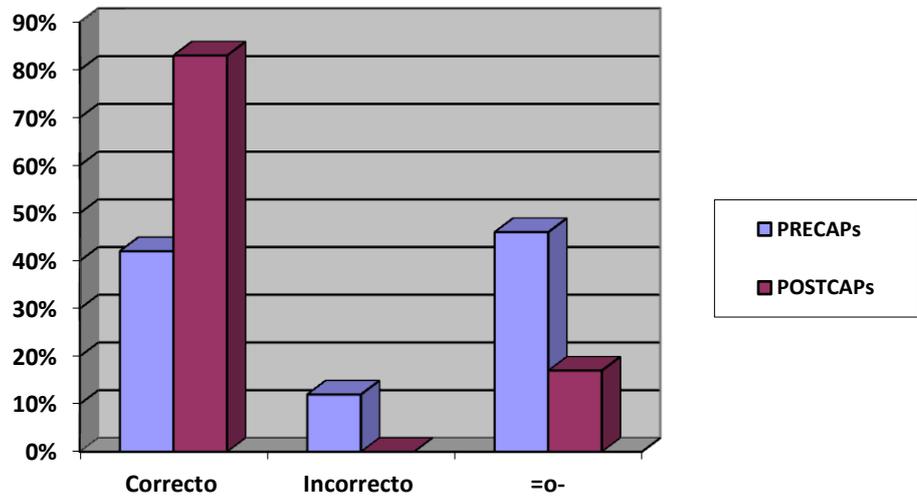
Fuente: Encuestas al personal de salud del H.H.C.C.

Elaborado: El Autor

Análisis: gran parte del personal de salud no tenía claro como se forman los abscesos de mamas, pero luego de la capacitación un alto porcentaje había comprendido claramente la fisiopatología de la formación de abscesos mamarios.

GRAFICO N° 2

¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS DE LAS MAMAS QUE DEBE TENER UNA MUJER LUEGO DEL PARTO?



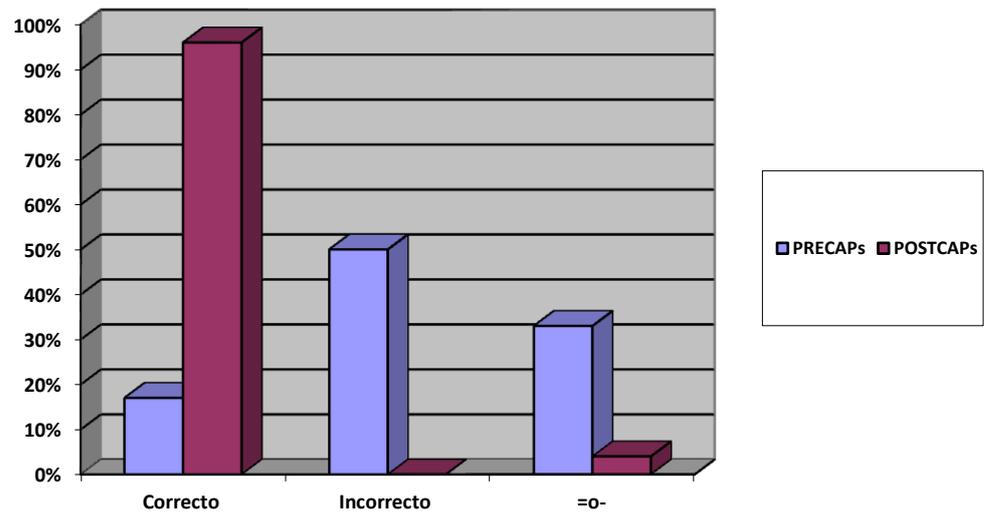
Fuente: Encuestas al personal de salud del H.H.C.C.

Elaborado: El Autor

Análisis: en este gráfico podemos notar que el personal no estaba capacitado a cerca del tema tratado, pero luego de la capacitación un alto porcentaje había aprendido o refrescado conocimiento que por la falta de práctica habían sido olvidados.

GRAFICO Nº 3

¿CÓMO SE PUEDE EVITAR QUE SE FORMEN ABSCESOS DE MAMAS?



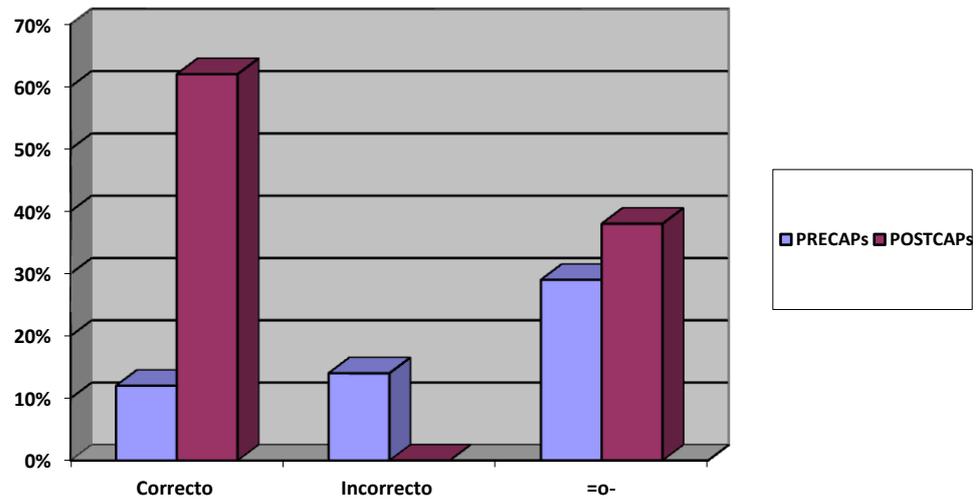
Fuente: Encuestas al personal de salud del H.H.C.C.

Elaborado: El Autor

Análisis: el personal de salud del departamento no tenía claro como se podía prevenir la formación de abscesos mamarios, es por eso tal vez que no se les indicaba a las pacientes sobre los cuidados que deberían tener durante la lactancia.

GRAFICO Nº 4

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE UN ABSCESO DE MAMA?



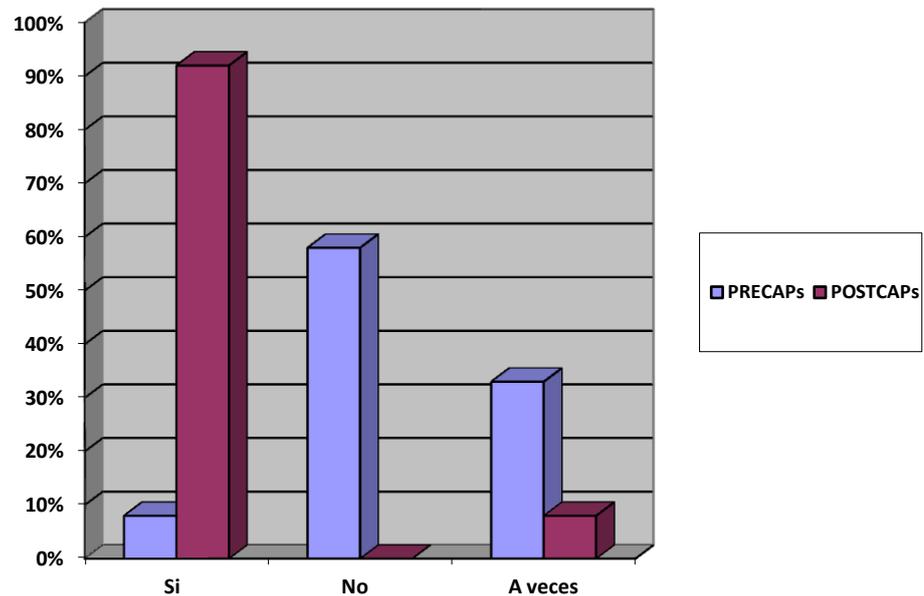
Fuente: Encuestas al personal de salud del H.H.C.C.

Elaborado: El Autor

Análisis: solo un pequeño porcentaje del personal tenía conocimientos acerca del tratamiento de los abscesos mamarios lo que se mejoró considerablemente con la capacitación, pero puede mejorar aun más con la puesta en práctica de estos conocimientos y una preparación permanente.

GRAFICO Nº 5

¿LUEGO DE QUE UNA PACIENTE DA A LUZ USTED LE EXPLICA COMO PREVENIR LA FORMACIÓN DE ABSCESOS DE MAMAS?



Fuente: Encuestas al personal de salud del H.H.C.C.

Elaborado: El Autor.

Análisis: Como podemos notar en este gráfico a muy pocas pacientes se les daba las indicaciones necesarias luego del parto a cerca de cómo prevenir y tratar a tiempo complicaciones como mastitis y abscesos mamarios lo que conllevó a que exista un alto índice de ingresos por estas complicaciones.

10.2 RESULTADO N 2.

EDUCAR A LAS PACIENTES.

Luego de realizar la capacitación al personal de salud del departamento se procedió a realizar los PRECAPS indistintamente a las pacientes que se encontraban hospitalizadas y que habían dado a luz en el servicio para en el momento del alta médica realizarles la encuesta nuevamente (POSTCAPs), esta actividad se realizó a lo largo del primer semestre del 2011, realizando 50 encuestas y obteniendo los siguientes resultados:

CUADRO N° 8

¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN SOBRE COMO PREVENIR LA FORMACIÓN DE ABSCESOS DE MAMAS?

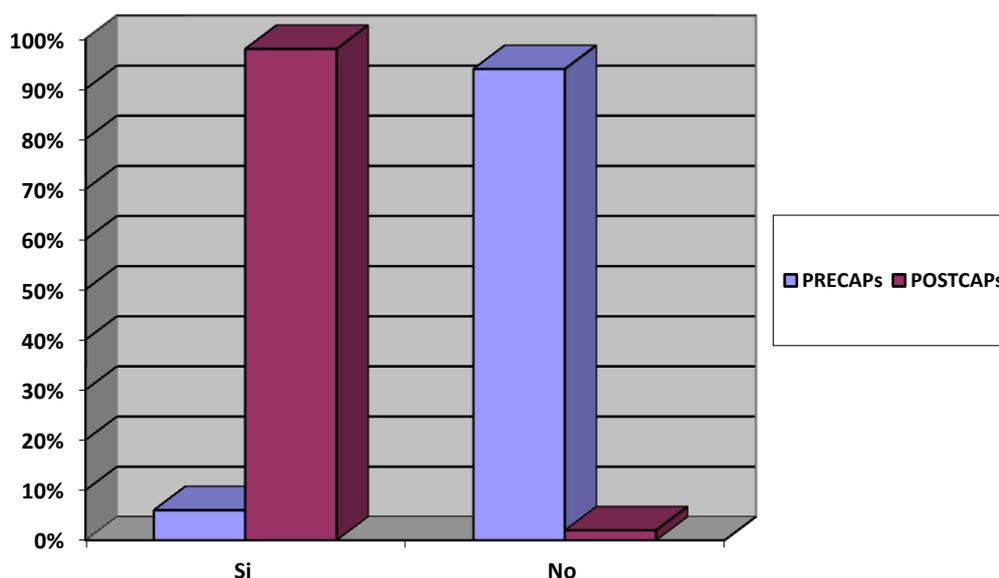
	Si	%	No	%
PRECAPs	3	6%	47	94%
POSTCAPs	49	98%	1	2%

Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

GRAFICO Nº 6

¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN SOBRE COMO PREVENIR LA FORMACIÓN DE ABSCESOS DE MAMAS?



Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

Análisis: en este grafico se evidencia la falta de información que recibían las pacientes luego del parto, a las cuales solo se les indicaba como tomar la medicación prescrita por los médicos y que para los controles acudan al centro de salud, esto se mejoró con la capacitación ya que la gran mayoría de las pacientes ya salía de la institución con indicaciones básicas sobre como prevenir que se formen abscesos de mamas y en el caso de que no se solucione el problema acudan lo más pronto que puedan a consultar a un médico.

CUADRO N° 9

¿SABE USTED CUALES SON LOS CUIDADOS DE LAS MAMAS QUE DEBE TENER LUEGO DEL PARTO?

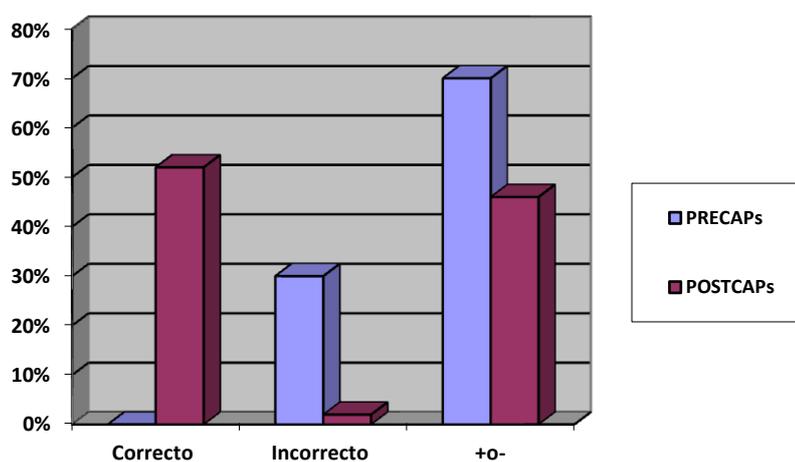
	Correcto	%	Incorrecto	%	+o-	%
PRECAPs	0	0%	15	30%	35	70%
POSTCAPs	26	52%	1	2%	23	46%

Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

GRAFICO N° 7

¿SABE USTED CUALES SON LOS CUIDADOS DE LAS MAMAS QUE DEBE TENER LUEGO DEL PARTO?



Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

Análisis: las pacientes encuestadas no tenían una idea clara de los cuidados que deberían tener en las mamas, para llevar a cabo una lactancia materna exitosas, lo que se logro mejorar con la capacitación, pero un numero considerable de pacientes todavía tenia sus dudas, tal ves por costumbres o por lo que le habían indicado los familiares o conocidos.

CUADRO N°10

¿SABE USTED COMO PREVENIR LA FORMACIÓN DE ABSCESOS DE MAMAS?

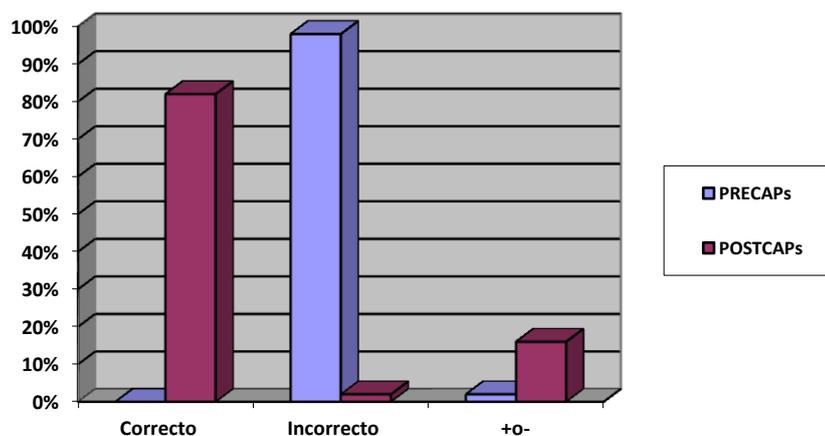
	Correcto	%	Incorrecto	%	+o-	%
PRECAPs	0	0%	49	98%	1	2%
POSTCAPs	41	82%	1	2%	8	16%

Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

GRAFICO N° 8

¿SABE USTED COMO PREVENIR LA FORMACIÓN DE ABSCESOS DE MAMAS?



Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

Análisis: en este gráfico podemos notar que las pacientes atendidas en el servicio no sabían cómo prevenir que se formen los abscesos de mamas, lo que se logró mejorar con la capacitación, obteniendo más de un 80% de las pacientes capacitadas sobre como podían prevenir que se formen estos abscesos.

CUADRO N°11

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS O SÍNTOMAS QUE NOS HACEN SOSPECHAR QUE SE ESTA FORMANDO UNA ABSCESO DE MAMA?

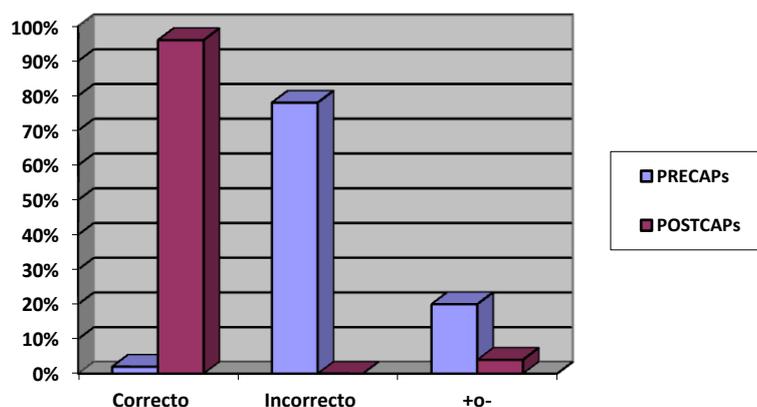
	Correcto	%	Incorrecto	%	+o-	%
PRECAPs	1	2%	39	78%	10	20%
POSTCAPs	48	96%	0	0%	2	4%

Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

GRAFICO N° 9

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS O SÍNTOMAS QUE NOS HACEN SOSPECHAR QUE SE ESTA FORMANDO UNA ABSCESO DE MAMA?



Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

Análisis: casi todas las pacientes no sabían cuales eran los signos y síntomas que no harían pensar en que se esta formando un absceso de mama, lo que nos explicaría el porque todas las pacientes que ingresan en el servicio vienen con mastitis complicadas con abscesos, los cuales han tenido que ser drenados quirúrgicamente, pero luego de que se les dio las indicaciones necesarias casi todas sabían como detectar que se están formando abscesos lo que las llevaría a tomar medidas tempranamente y no esperar a que se complique para acudir al médico.

CUADRO Nº12

¿QUÉ DEBE HACER ANTE LA SOSPECHA DE QUE SE HA FORMADO UN ABSCESO DE MAMA?

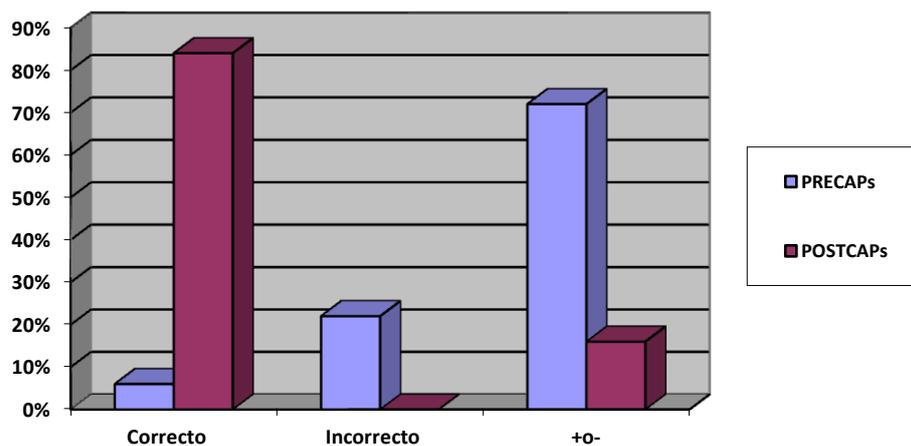
	Correcto	%	Incorrecto	%	+o-	%
PRECAPs	3	6%	11	22%	36	72%
POSTCAPs	42	84%	0	0%	8	16%

Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

GRAFICO Nº 10

¿QUÉ DEBE HACER ANTE LA SOSPECHA DE QUE SE HA FORMADO UN ABSCESO DE MAMA?



Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

Análisis: como podemos ver en este cuadro casi todas las pacientes a las que se les dio las indicaciones luego del parto sabían que tenían que tratar de vaciar los senos, aplicar compresas con agua tibia y acudir al médico a la brevedad posible antes de que se les forme un absceso de mama.

10.3 RESULTADO 3

PROMOCION DEL MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION MATERNO-NEONATAL DEL MSP

CUADRO Nº 13

¿UTILIZA EL MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DEL MSP, QUE DISPONE EL DEPARTAMENTO?

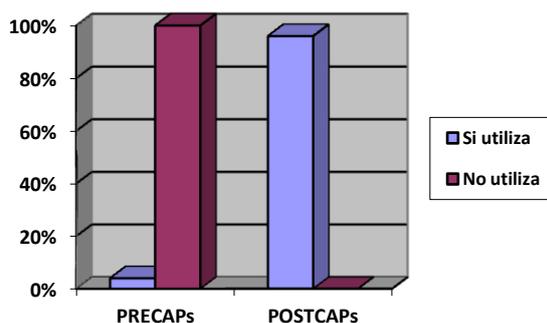
	Si utiliza	%	No utiliza	%
PRECAPs	1	4%	23	96%
POSTCAPs	24	100%	0	0%

Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

GRAFICO Nº 11

¿UTILIZA EL MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DEL MSP, QUE DISPONE EL DEPARTAMENTO?



Fuente: Encuestas a pacientes.

Elaborado: El Autor

Análisis: Como podemos notar claramente en este gráfico, antes de la capacitación solo 1 persona que labora en el departamento utilizaba el manual de normas y protocolos de atención materno-neonatal del MSP, es mas la gran mayoría del personal ni siquiera conocía la existencia de dicho manual, logrando con la capacitación dar a conocer y promover la utilización de dicho manual a todo el personal del servicio.

CUADRO N 14

**PACIENTES INGRESADAS AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICA DE
H.H.C.C, CON DIAGNOSTICO DE ABSCESO DE MAMA EN EL 2010 Y
PRIMER SEMESTRE DEL 2011**

Periodo	# de pacientes	Edad Promedio	Promedio de días de Hospitalización
2010	32	21 años	4 días
Primer semestre del 2011	1	23 años	4 días

Fuente: Estadística del H.H.C.C

Elaborado: El Autor.

Análisis: como podemos evidenciar en este cuadro se cumplió el objetivo planteado para la realización de este proyecto, el cual fue disminuir el ingreso de pacientes con abscesos mamarios, produciéndose esta patología en una sola paciente en el primer semestre del 2011 en comparación a los 32 casos que se presentaron en el 2010.

11. CONCLUSIONES

1. El personal de salud de la institución no está preparado para resolver ciertas inquietudes de las pacientes, es por ellos que se limitan a la realización de ciertas funciones, las cuales con el tiempo se vuelven rutinarias, pero esta actitud cambió luego de la capacitación.
2. Las pacientes que se atienden en los servicios de salud tanto públicos como privados, ya sea para controles prenatales o postparto, no tiene conocimientos básicos para la prevención de patologías como los abscesos de mamas, es por ellos que existe una alta incidencia de la misma.
3. Las normativas de atención materno-infantil han sido poco difundidas hacia el personal de salud y existe un alto grado de desconocimiento de las mismas lo que conlleva que se realicen tratamientos inadecuados y por ende complicaciones en muchos casos severas y traumáticas, debido a la no utilización del manual de normas y protocolos.

12. RECOMENDACIONES

1. Es imprescindible que se realice una capacitación continua y actualizada al personal de salud, y que esta a su vez basado en sus conocimientos eduque a los pacientes sobre problemas que se pueden presentar y la forma de prevenirlos.
2. Se debe implementar una política de prevención, más que de curación hacia las pacientes, promoviendo los cuidados, cuando la paciente acuda a sus controles en la consulta, y se pueda prevenir y detectar a tiempo posibles complicaciones.
3. El personal administrativo del departamento de gineco-obstetricia debe realizar una promoción continua y eficiente de los manuales establecidos por el MSP para la prevención y el tratamiento oportuno de las patologías fácilmente prevenibles como es el caso de los abscesos mamarios.

13. BIBLIOGRAFIA

- 1.- http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%203_01%20-%2010.htm (22/02/2011) 10:30 am.
- 2.- http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/tecnica_amamantamiento_correcto.pdf (22/02/2011) 11:30 am
- 3.- [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_materna_medicamentos\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_materna_medicamentos(3).pdf) (23/02/2011) 09:00 am
- 4.- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001490.htm> (22/02/2011) 9:30 am
- 5.- González, C. (2004). *Manual práctico de lactancia materna*. Barcelona: ACPAM.
- 6.- <http://es.scribd.com/doc/50451416/Lactancia-Materna> (28/02/2011) 04:30 pm
- 7.- <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf> (12/08/2011) 10:30 am
- 8.- [http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/MASTITIS%20OMS%20\(Trad.%20Lasarte\).pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/MASTITIS%20OMS%20(Trad.%20Lasarte).pdf) (15/08/2011) 07:30 pm
- 9.- Undizaga & De la Fuente. (2010). *Obstetricia-Ginecología*. España: MARBAN.
- 10.- Schwartz, R., Díaz, A. y Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- 11.- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2006). *Componente Normativo Materno Infantil*. Ecuador: CONASA.
- 12.- Molina, X., Narváez, J., Ñauta, J., Rodríguez, M. y Vega, B. (2008). *Normas en Obstetricia*. Cuenca: Editorial de la Universidad de Cuenca.
- 13.- Pérez, S., Donoso, E. (1999). *Obstetricia*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- 14.- Gori, J., Lorusso, A. (2001). *Ginecología de Gori*. Buenos Aires: El Ateneo.
- 15.- Cabero, L. (2003). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Panamericana.
- 16.- Cifuentes, R. (2009). *Ginecología y Obstetricia Basadas en las Nuevas Evidencias*. Bogotá: Distribuna Ltda.
- 17.- Lombardia, J., Fernández, M. (2007). *Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida*. Buenos Aires: Panamericana.

- 18.- Uzandizaga, J., de la Fuente, P. (2004). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
- 19.- Stovall, T., Ling, F. (1997). *Atlas de Cirugía en Ginecología y Obstetricia de los procesos benignos*. España: Mosby / Doima Libros S A.
- 20.- Rock, J., Thompson, J. y Te Linde. (2002). *Ginecología Quirúrgica*. Buenos Aires: Panamericana.
21. – Hirsch, H., Kaser, O. y Ikle, F. (2000). *Atlas de Cirugía Ginecológica*. España, Marban S L.
- 22.- Buele, M. (2010). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos de Salud: trabajo de grado II*. Loja: editorial de la UTPL.
- 23.- Romero, S. (2008). *Investigación en Salud*. Loja: editorial de la UTPL.
- 24.- Piedra, M. (2009). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos de Salud: trabajo de grado I*. Loja: editorial de la UTPL.
- 25.- Cárdenas, O., Molina, J. y Narváez, J. (1999). *Normas de Diagnostico y tratamiento en Obstetricia*. Cuenca: Editorial de la Universidad de Cuenca.
- 26.- http://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_09.pdf (15/08/2011) 5:00 pm
- 27.- <http://www.aspame.net/charlas/patologiademama.pdf> (15/08/2011) 6:00 pm
- 28.- <http://www.lactaria.org/images/materiales/mastitis.pdf> (15/08/2011) 7:00 pm
- 29.- http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/SOLUCIONES%20A%200PROBLEMAS%20DURANTE%20LA%20LACTANCIA%20.pdf (15/08/2011) 7:30 pm
- 30.- http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10_lactanciam.pdf (15/08/2011) 8:00 pm

ANEXOS

ANEXO N 1

PUERPERIO NORMAL

INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O91	Infecciones de la mama asociadas al parto
O90	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte
O85	Sepsis puerperal (endometritis, fiebre, peritonitis, septicemia puerperal)
O86	Otras infecciones puerperales
CODIGO	Codificación clap 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio. Pieltis/pielonefritis

DEFINICIONES

PUERPERIO	<p>Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas posparto.</p> <p>INMEDIATO: hasta las primeras 24 horas. MEDIATO: hasta los 10 días posparto. TARDIO: hasta los 45 días posparto.</p>
INFECCION O FIEBRE PUERPERAL	<p>Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el periodo puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.</p> <p>Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.</p>
MASTITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por condición inflamatoria de la mama, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se la llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.</p>
DEHISCENCIA E INFECCION DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL	<p>Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la cicatriz de la episiotomía o cicatriz de cesárea. Puede tratarse de colección exudativa (SEROMA), sanguínea (HEMATOMA) o purulenta (ABSCESO).</p>
ENDOMETRITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y loquios de mal olor.</p> <p>La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones.</p>

**DIAGNOSTICO DE INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL SEGÚN
HISTORIA CLINICA PERINATAL**

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alza térmica. ▪ Puerperio Posparto. ▪ Puerperio Poscesárea. ▪ Lactancia. ▪ Episiotomía.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. ▪ Escalofríos. ▪ Taquicardia. ▪ Deshidratación variable. <p><u>INGURGITACION MAMARIA.</u></p> <p><u>MASTITIS.</u></p> <p><u>INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES.</u></p> <p><u>ENDOMETRITIS.</u></p> <p>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más); ▪ Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). <p>Además se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal; ▪ Sudoración o piel fría y húmeda; ▪ Respiración rápida de 30 o más por minuto; ▪ Ansiedad, confusión o inconsciencia; ▪ Oliguria de menos de 30 ml por hora.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BIOMETRIA HEMATICA. ▪ TP – TTP – Plaquetas ▪ Tipificación, Rh, pruebas cruzadas. ▪ Prueba de coagulación junto a la cama ▪ COLORACION GRAM Y FRESCO O CULTIVO DE LOQUIOS: NO JUSTIFICA. ▪ EMO + UROCULTIVO. ▪ ECOGRAFÍA.

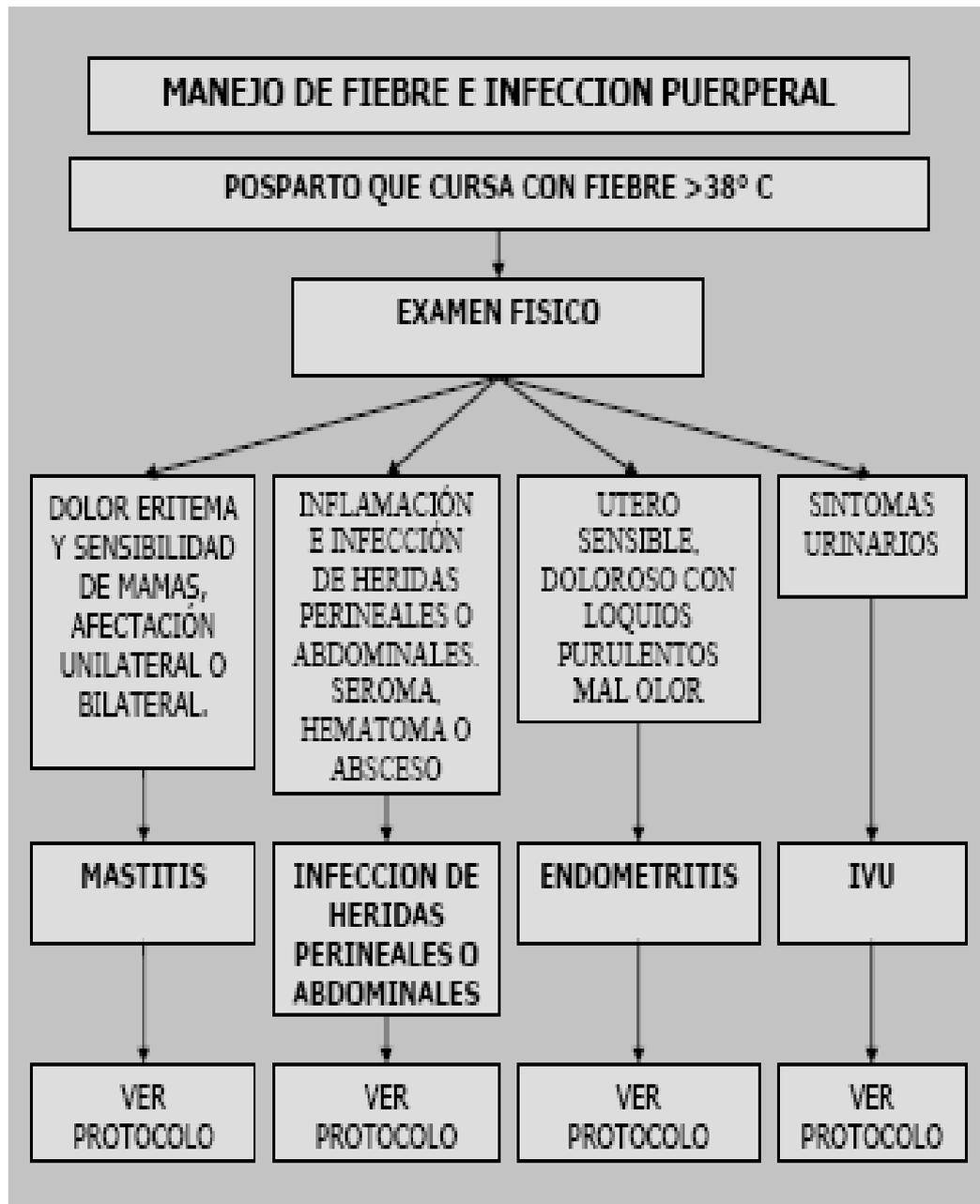
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Antecedente actual de aborto séptico.
- Antecedente actual de corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.

TRATAMIENTO DE LA INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Camé Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ▪ examen de mamas: MÁSTITIS ▪ heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMIA ▪ heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL ▪ altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ACETAMINOFEN 1g VO al momento y cada 6 horas. ▪ METAMIZOL 1 g IV al momento y cada 6 horas (si dispone de vía IV) 	X	X	X
10. HAGA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SEGÚN FLUJOGRAMA Y TRATE SEGÚN PROTOCOLO DE CADA PATOLOGIA ETIOLOGICA DE FIEBRE E INFECCION PUERPERAL.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



**INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL
MASTITIS PUERPERAL**

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O91	INFECCIONES DE LA MAMA ASOCIADAS AL PARTO
O91.0	Infecciones del pezón asociadas con el parto (absceso del pezón, gestacional, puerperal)
O91.1	Absceso de la mama asociado con el parto (mamario, subareolar, mastitis purulenta)
O91.2	Mastitis no purulenta asociada con el parto (linfangitis, mastitis)
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio Mastitis/pielonefritis

DEFINICIONES

INFECCION O FIEBRE PUERPERAL	Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38°C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento. Potencialmente graves son una de las causas principales de muerte materna shock séptico.
MASTITIS PUERPERAL	Cuadro febril por condición inflamatoria del seno, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se la llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.
INGURGITACIÓN MAMARIA.	Es una exageración bilateral de la ingurgitación linfática y venosa que se produce antes de dar de lactar, de aparición rápida en el puerperio. No es el resultado de la sobredistensión de la mama por la leche.
MASTITIS INFECCIOSA.	Cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana de la mama secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad, generalmente unilateral. Puede llegar a organizarse y la infección determinar un absceso mamario.

DIAGNÓSTICO DE MASTITIS SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<p>CONSIDERAR UNO O MAS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de control preconcepcional y prenatal. ▪ Anemia o estado nutricional deficitario. ▪ Lesiones irritativas, grietas, fisuras del pezón y/o aréola. ▪ Infeccion respiratoria neonatal.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. ▪ Escalofríos. ▪ Taquicardia. <p>INGURGITACION MAMARIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor y sensibilidad de las mamas. ▪ 3-5 días después del parto. ▪ Mamas agrandadas, duras, Afectación bilateral. <p>MASTITIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor y sensibilidad de las mamas. ▪ Área enrojecida, cuneiforme en la mama. ▪ Mama dura, ingurgitada, Generalmente afectación unilateral.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BIOMETRÍA HEMÁTICA: leucocitosis con desviación a la izquierda. ▪ VIH (con consentimiento informado). OMS, UNICEF y ONU-SIDA recomiendan que se desaconseje a las mujeres VIH-positivas la lactancia materna, se instruya sobre otras opciones de lactancia y que se apoye su decisión, así como la de incluir ayuda para prevenir la mastitis y las afecciones relacionadas y asistencia apropiada si ocurre cualquiera de ellas.

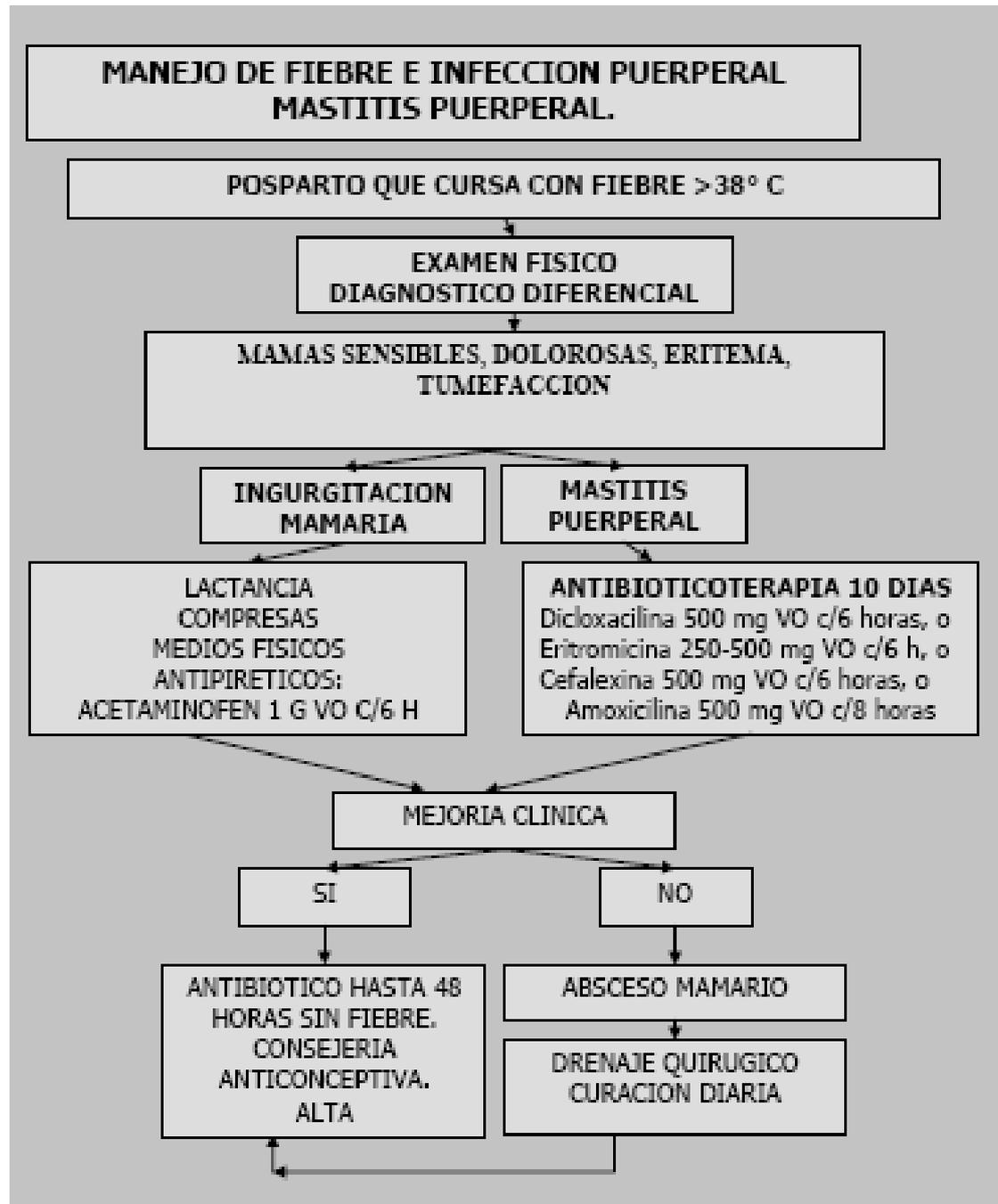
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASTITIS PUERPERAL
--

- Infección de heridas perineales o abdominales.
- Endometritis.
- Aborto séptico.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.
- Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR MASTITIS PUERPERAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> examen de mamas: MASTITIS heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMIA heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> ACETAMINOFEN 1g VO al momento y cada 6 horas. METAMIZOL 1 g IV al momento y cada 6 horas (si dispone de vía IV) SI LA MUJER AMAMANTA Y PRESENTA INGURGITACION O MASTITIS.	X	X	X
	NIVEL		
10. Si el bebé no puede succionar, aliente a la mujer para que se extraiga la leche a mano o con un extractor si tiene disponible.			
11. Si el bebé puede succionar: aliente a la mujer a que amamante con mayor frecuencia usando ambos senos en cada lactancia.	X	X	X
12. Muestre a la mujer cómo cargar en brazos al bebé y ayudarlo a que se adhiera a la mama.	X	X	X
13. Las medidas para que la mujer obtenga alivio antes de amamantar incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Aplicar compresas calientes a los senos justo antes de amamantar, o alentar a la mujer para que tome una ducha caliente; Masajear el cuello y la espalda de la mujer; Pedirle a la mujer que antes de amamantar se extraiga un poco de leche manualmente y moje el área del pezón para ayudar al bebé a que se adhiera de manera adecuada y con facilidad. 	X	X	X
	NIVEL		
SI LA MUJER NO AMAMANTA Y PRESENTA INGURGITACION O MASTITIS:	NIVEL		
14. Administre antibioticoterapia efectiva con UNO de los siguientes regímenes: <ul style="list-style-type: none"> Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas por 10 días, o Eritromicina 250-500 mg VO c/6 horas por 10 días, o Cefalexina 500 mg VO c/6 horas por 10 días, o Amoxicilina 500 mg VO c/8 horas por 10 días 	X	X	X
15. Haga seguimiento 3 días después de iniciar el manejo para asegurar la respuesta, si no hay mejoría sospeche ABSCESO MAMARIO.	X	X	X
SI SOSPECHA ABSCESO MAMARIO:	NIVEL		

16. Con el diagnóstico probable de absceso mamario, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal	X	X	X
17. Drene el absceso bajo anestesia general y medidas de asepsia y antisepsia.		X	X
18. Realice la incisión en forma radial partiendo de cerca del margen areolar hacia la periferia de la mama para evitar lesiones a los conductos lácteos.		X	X
19. Use un dedo o pinza para romper todas las bolsas de pus.		X	X
20. Rellene la cavidad con gasa sin hacer presión; deje un drenaje si es necesario por 24 horas.		X	X
21. Indique las siguientes medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aliente a la mujer a seguir amamantando; ▪ sujetarse los senos con una faja o sostén; ▪ aplicar compresas frías a los senos entre las mamadas para reducir la hinchazón y el dolor. ▪ Administre paracetamol 500 mg vía oral, según la necesidad. ▪ Haga seguimiento 3 días después de iniciar el manejo para asegurar la respuesta. 		X	X
22. Determinar al menos 3 veces al día mínimo por 72 horas o hasta la estabilización de signos vitales: temperatura y control de curva térmica, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.	X	X	X
23. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.	X	X	X
24. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrareferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



ANEXO 2

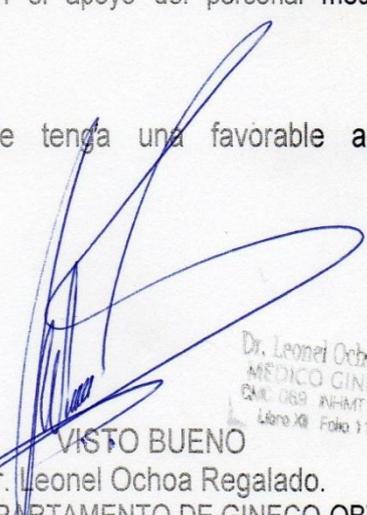
Azogues, 5 de diciembre del 2010

Dr.
Leonel Ochoa Regalado.
LIDER DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBTETRICIA.
Presente.

De mis consideraciones:

El motivo de la presente es para solicitarle de la manera mas comedida me permita desarrollar mi trabajo de tesis de grado Titulado "Disminuir la incidencia de abscesos de mamas el la pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo", el cual se a proyectado realizarlo desde el 01 de Enero al 30 de Junio del 2011, con el apoyo del personal medico y de enfermeria del departamento.

Esperando que la presente tenga una favorable acogida le anticipo mi agradecimiento.


VISTO BUENO
Dr. Leonel Ochoa Regalado.
LIDER DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBTETRICIA

Dr. Leonel Ochoa Regalado
MEDICO GINECOLOGO
C.M. 069 NHMT 03-08-048-07
Libro XI Folio 110 N° 324

Azogues, 04 de Octubre del 2011

Dr. Víctor Miguel Crespo R.
DIRECTOR DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO.
Presente.

De mis consideraciones.

El motivo de la presente es en primer lugar para desearle éxito en las labores que viene desempeñando en esta prestigiosa institución y al mismo tiempo pongo a su conocimiento que para la obtención del título de Master en Gerencia en Salud de la UTPL, es necesario el desarrollo de un proyecto de acción social, el mismo que lo he venido desarrollando en el departamento de Gineco-Obstetricia, titulado "Disminuir la incidencia de la formación de Abscesos de Mamas en las pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, durante el periodo Enero-Junio del 2011", por lo que le solicito su visto bueno para presentar este proyecto como mi trabajo de tesis de grado, y así poder obtener mi título de Master en Gerencia en Salud.

Esperando que la presente tenga una favorable acogida le anticipo mi agradecimiento, consideración y estima.



VISTO BUENO
Dr. Víctor Miguel Crespo
DIRECTOR DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

ANEXO 3

LISTA DEL PERSONAL DE SALUD		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Helba Fernández	Aux de Enfermería	
Alba Gamaliel	Aux de Enfermería	
Jacqueline Urgiles	Interna de Medicina	
Carolina Juca Cordova	Interna de Medicina	
Nelson D. Andrade Tones	Residente Ginecología	
Dr. Michael E. Rojas Ortiz	Fuente de Gineco-Obstetricia	
Diana Alvarez Vazquez	Interna de Enfermería	
Santiago Gallardo Vintimilla	Residente de G - O	
Martha Méndez Corrao	Interna de Medicina	
YANIEL ACE ROCIO BOURI NAORZI	ENTSENERA	
Verónica Coronel	Interna de Medicina	

NANCY REGALADO VINUEZA	ENFERMERA	
Patricia A Pilla Compadre	Auxiliar de Enfermería	
Belen Brito	INTENSO DE NODERNA	TRICENTOS
Gladys Altamirano	Auxiliar de Enfermería	Gladys Altamirano
Carmita Carolinas	Ax. de enfermeria	
Yolanda Cabrera	Aux. de Enfermera	
Ines Gonzalez	Aux. de enfermeria	
Gladys Altamirano	Auxiliar	
Tania Leon	Enfermera	
Flor Davila	Residente	
Guadalupe Duntan	Enfermera	

ANEXO N 4

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONA DE SALUD DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER.

Cargo que desempeña:

- 1. ¿Utiliza el manual de normas y protocolos del MSP, que dispone el departamento?

Si: ____ No: ____

Por que:.....
.....

- 2. ¿Sabe usted como se forman los abscesos de mamas?

Si: ____ No: ____

Como se forma:
.....

Correcto: Incorrecto +0-

- 3. ¿Cuáles son los cuidados de las mamas que debe tener una mujer luego del parto?

- 1.
- 2.
- 3.

Correcto: Incorrecto +0-

- 4. ¿Cómo se puede evitar que se formen abscesos de mamas?

- 1.
- 2.
- 3.

Correcto: Incorrecto +0-

5. ¿Cual es el tratamiento de un absceso de mama?

- 1.
- 2.
- 3.

Correcto: Incorrecto +0-

6. ¿Luego de que una paciente de a luz usted le explica como prevenir la formación de abscesos de mamas?

Si: ____ No: ____ A veces: ____

ANEXO N 5

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

1.- ¿Recibió algún tipo de capacitación sobre como prevenir la formación de abscesos de mamas?

Si: _____

No: _____

2.- ¿Sabe usted cuales son los cuidados de las mamas que debe tener luego del parto?

1.

2.

3.

Correcto:

Incorrecto

+0-

3.- ¿Sabe usted como prevenir la formación de abscesos de mamas?

1.

2.

3.

Correcto:

Incorrecto

+0-

4.- ¿Cuáles son los signos o síntomas que nos hacen sospechar que se esta formando una absceso de mama?

1.

2.

3.

Correcto:

Incorrecto

+0-

5.- ¿Qué debe hacer ante la sospecha de que se ha formado un absceso de mama?

1.

2.

3.

Correcto:

Incorrecto

+0-

ANEXO N 6



