

11217

4  
23



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA.**

**PROBLEMAS DEL PEZON COMO FACTOR LIMITANTE DE  
LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PRIMERAS  
48 HORAS POSTPARTO.**

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DR. JUAN LUIS ALEMAN DE LA FUENTE



MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PROBLEMAS DEL PEZON COMO FACTOR LIMITANTE DE LA LACTANCIA  
MATERNA EN LAS PRIMERAS 48 HRAS. POSTPARTO.**

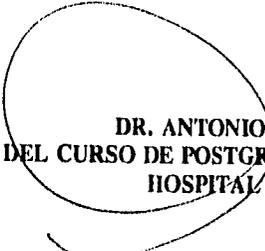
**JEFE DE SERVICIO  
DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO  
RESPONSABLE DEL PROYECTO  
DR. JUAN LUIS ALEMAN DE LA FUENTE  
TUTOR DE TESIS  
DR. ARMANDO MONTAÑO UZCANGA  
JEFE DE ENSEÑANZA  
DR. ARMANDO VALLE GAY**



**ESTA TESIS FUE REGISTRADA Y APROBADA POR LA UNIDAD DE  
EPIDEMIOLOGIA CLINICA, DISEÑO Y EVALUACION DE  
PROTOCOLOS Y LA SUBDIRECCION DE INVESTIGACION DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO CON CLAVE DE REGISTRO  
DIC/95/503/03/089**

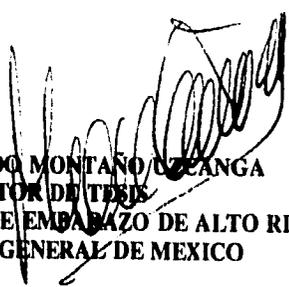


**DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO**  
**JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

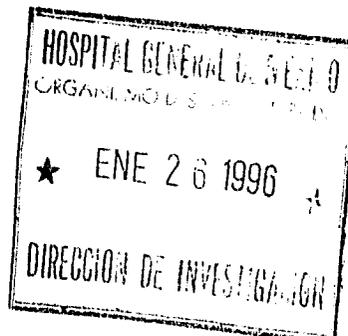


**DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ**  
**JEFE DEL CURSO DE POSTGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**DR. ARMANDO VALLE GAY**  
**JEFE DE ENSEÑANZA DEL CURSO DE POSTGRADO Y**  
**JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA.**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**



**DR. ARMANDO MONTAÑO UZCANGA**  
**TUTOR DE TESIS**  
**JEFE DE SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**



## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres , hermanos y amigos por su entusiasmo y apoyo que siempre me han brindado.

A mi novia LUCRECIA por el apoyo incondicional y el continuar a mi lado.

Con mucho respeto para mis maestros .

**DR.ANTONIO CARRILLO GALINDO  
DR.ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ  
DR.ARMANDO VALLE GAY  
DR.ARMANDO MONTAÑO UZCANGA  
DR.JOSÉ.P.SANCHEZ RANGEL  
DR.EDUARDO MOTTA MARTINEZ**

Y a mis diferentes maestros de los servicios de Embarazo de Alto Riesgo, Obstetricia, Ginecología, Colposcopia y Bfología de la Reproducción.

A mis compañeros de guardia y a mis compañeros del servicio.

Al todo el personal de enfermería y en especial para las enfermeras Rebeca Loeza Reyes, Cristina Ortiz Zuñiga, Reyna Guadalupe Conde Plata y Cecilia Martínez porque sin su colaboración no hubiese realizado este proyecto.

A mis compañeros de rotación de campo por las experiencias buenas y malas que pasamos juntos.

Y a todas las pacientes que recibieron la atención en este Hospital General de México, porque sin ellas no me hubiese forjado como médico especialista ni tampoco se hubiera concluido el presente estudio.

# **CONTENIDO**

- 1. INTRODUCCION (ANTECEDENTES)**
- 2. RESUMEN**
- 3. DEFINICION DEL PROBLEMA**
- 4. JUSTIFICACION**
- 5. HIPOTESIS**
- 6. OBJETIVOS**
- 7. MATERIAL Y METODOS**
- 8. RESULTADOS**
- 9. DISCUSION**
- 10. CONCLUSIONES**
- 11. ANEXOS**
- 12. BIBLIOGRAFIA**

## RESUMEN

El pezón doloroso y sus lesiones traumáticas frecuentemente son pasadas por alto en la práctica diaria, pues existen una diversidad de factores asociados, desde los factores psicosociales, la falta de información hasta factores de orden local de la mama y el pezón que interrumpen la lactancia natural.

### OBJETIVOS.-

Conocer la frecuencia de problemas anatómicos del pezón sus deformidades y las lesiones traumáticas que ocasionan y predisponen a el dolor de los pezones.

### MATERIAL Y METODOS.-

Se realizó un estudio prospectivo, exploratorio de agosto de 1995 a octubre de 1995, en el área Materno Infantil del Centro Nacional de Lactancia Materna en el Hospital General de México en el Servicio de Gineco-obstetricia. Se estudiaron 300 pacientes en las primeras 48 horas postparto, se les aplicó un cuestionario con el fin de detectar factores predisponentes y se les realizó un estudio clínico completo, y excluyendo a las pacientes con patología en el puerperio.

### RESULTADOS.-

Las pacientes se encontraban en rangos de edad de 15 a 30 años en un (61.9%), eran multíparas (más de dos gestaciones) el (59.9%), y primíparas (40.7%). La terminación del embarazo fué para el parto en 195 casos(65.7%) y para la cesárea en 105 casos con (34.7%).

Solamente 71 pacientes presentaron problemas (23.63%), y el resto sin alteraciones. Observándose problemas anatómicos del pezón en (37.97%), con pezón plano en 16 casos (22.5%), pezón invertido parcial en 7 casos en (9.85%) y para pezón invertido un total de 3 casos (4.22%). La asociación entre pezón invertido y fisuras fué en 1 caso (1.40%), sumando un total de 27 casos.

Presentándose dolor en 60% de las pacientes con deformidad anatómica.

De las pacientes con pezón doloroso o trauma, 22 presentaron Fisuras en (30.98%), 15 casos de Congestión Mamaria periareolar (21.11%) asociada esta última a un caso a fisuras (1.4%) y en 2 casos con erosión (2.81%). De las pacientes con Erosión sin ninguna asociación fueron 7 (9.87%), y no presentándose ningún caso de Eccema del pezón.

Las 44 pacientes restantes excluyendo a las pacientes con defectos anatómicos, 22 presentaron Fisuras con (50.67%), Congestión mamaria periareolar 15 pacientes con un (33.33%) y 7 casos de Erosión con (15.55%).

Se encontró una correlación significativa con el inicio tardío del amamantamiento (más de 4 horas), en la sala de recuperación postparto y en la sala de hospitalización con un valor a  $p=0.025$ , para fisuras 77.78%, para congestión mamaria periareolar 28.89% y para erosión 15.55%, en contra de aquellas mujeres que iniciaron la lactancia en la primera hora.

No se encuentra significancia para ninguno de los tres grupos en cuanto a la experiencia para amamantar, la posición llevada a cabo, el tener información previa o tener cesárea en vez de parto en la última resolución del embarazo.

## INTRODUCCION

### ANTECEDENTES:

El pezón doloroso y sus lesiones traumáticas frecuentemente son pasadas por alto en la práctica diaria, ocasionando el abandono de la lactancia al seno materno, son tres momentos en la práctica del obstetra que es fundamental su intervención, para identificar alteraciones estructurales del pezón, durante el control prenatal con la exploración funcional de la mama y del pezón, además de fomentar la práctica de la lactancia es prevenir lesiones durante la succión, supervisando ésta, en la sala de parto en el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio.

Con la instalación del alojamiento en conjunto de la madre e hijo en el año de 1978, en el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, se inicia un proceso de superación en cuanto a las normas tradicionales de la lactancia, impidiendo la innecesaria separación del binomio.

A partir de 1988 con apoyo de diversas autoridades y organismos internacionales y con la finalidad de disminuir las tasas de morbimortalidad infantil, y con la participación de un grupo de profesionales capacitados en lactancia materna, se funda el CENTRO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA (CENLAM), en el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, llamándose desde ese momento, HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE, el 18 MAYO de 1992, fortaleciéndose la práctica y la investigación sobre lactancia materna.

Durante los últimos años se ha presentado una disminución en la práctica de la lactancia materna, en la última encuesta de nacional de salud, se reporta que en los niños mexicanos el 19.9%, nunca fueron amamantados al seno materno, afectando directamente factores psicosociales, clínicos y alteraciones de la mama y pezón incrementando de manera importante el abandono de el amamantamiento. (1,11).

A pesar de que algunas instituciones cuentan con el personal capacitado y la infraestructura necesaria, existe una falta de atención en cuanto a realizar diagnósticos y supervisar que se lleve adecuadamente el amamantamiento, esto incrementa de manera importante el abandono de la lactancia. (2)

Se estima que alrededor del 10% de todas las pacientes embarazadas presentan problemas de pezón plano o invertido, que dificultan el amamantamiento y por lo tanto predisponen a lesiones dolorosas del pezón, ocasionando a el abandono de la lactancia al seno materno. (8,9)

Se observo en un estudio realizado en el servicio de Pediatría del Hospital General de México, donde los principales motivos de consulta fueron la producción insuficiente de leche y en segundo lugar las lesiones dolorosas del pezón, ésto nos hace pensar que si muchos de éstos problemas se hubieran detectado desde el control prenatal o en las primeras 48 horas postparto, se hubiese dado un tratamiento a tiempo, antes de que se abandonara el amamantamiento. (3)

Se deben establecer los factores de riesgo, que impiden que algunas madres lleven un adecuado amamantamiento y además procurar un apoyo a las madres que tienen problemas junto con sus hijos, estableciendo específicamente los motivos de abandono de ésta práctica. (11,12)

La mayoría de éstos problemas asociados con pezones dolorosos, se pueden prevenir siguiendo algunos de los 10 pasos de una " Lactancia Exitosa" propuestos por la UNICEF, en el Hospital Amigo del Niño y de la Madre, Hospital General de México (10).

Si los diagnósticos de defectos anatómicos del pezón se hicieran desde el control prenatal, desde ese momento se llevarían medidas preventivas como los ejercicios de HOFFMAN para prevenir la aparición de pezones dolorosos. (6,7,9)

Con éstas medidas y si el personal tuviera especial atención de los períodos críticos, éstos serían los momentos fundamentales donde se pudieran aplicar éstas, como el iniciar el amamantamiento en la primera hora en la sala de expulsión, donde la placenta es extraída, favoreciendo el amamantamiento temprano, ayudando a la expulsión de la placenta y disminuyendo el sangrado transvaginal post-parto. (8,9)

El médico favorecerá el apego del producto y la madre, e incrementará la duración del amamantamiento, con una frecuencia de tetadas entre una y media horas a tres horas con una duración de 8-10 minutos en cada mama, así evitando el Síndrome de Confusión del pezón del Recién Nacido, supervisará el alojamiento conjunto del producto con la madre, que le dé u soporte adecuado, que tenga una adecuada posición de la mano sobre el pezón y la aréola, que tenga una respuesta de succión adecuada el lactante, además que exista una comodidad en el momento en que se inicia el amamantamiento. (8,9)

De ésta forma la práctica de la lactancia materna se incrementará, como se ha observado en los

últimos años en el Hospital General de México, brindando diagnósticos y terapéuticas médicas oportunas para lograr una lactancia natural exitosa (11).

### **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.**

Los problemas de pezón son toda lesión que causa dolor, rubor, calor, inflamación, descamación, erosión o deformación del mismo, en ausencia de infección apareciendo en cualquier momento del amamantamiento.

### **JUSTIFICACION.**

Los beneficios de la alimentación al seno materno son múltiples y ampliamente demostrados tanto para la mujer como para el producto, sin embargo ha sido una práctica que se ha ido abandonando por múltiples causas, el Hospital General de México se ha empeñado en prevenir estas tendencias con un programa de apoyo a la lactancia, sin embargo persisten algunas limitantes de orden médico que dificultan su establecimiento. Dentro de las afecciones inaternas frecuentemente se presentan las lesiones dolorosas del pezón siendo estas secundarias a defectos anatómicos o alteraciones del mismo o fallas en la técnica de amamantamiento. Esta limitante que es muy dolorosa e incapacitante es frecuentemente e injustificadamente, son de las causas de abandono temprano de la lactancia, con repercusión para la salud de la madre y el lactante.

### **HIPOTESIS.**

Durante la lactancia existen factores como alteraciones anatómicas como pezón doloroso o trauma del mismo que interfieren y sus factores predisponentes (posición, falta de información, experiencia previa, momento en que se inició el amamantamiento después del parto o cesárea y la vía final de resolución de el embarazo último), contribuyen en gran frecuencia para limitar la misma.

**OBJETIVOS** Conocer la frecuencia de problemas del pezón y así poder ofrecer las medidas preventivas en la madre que lacta, y poder ofrecer los beneficios al binomio, y tener un apoyo para poder capacitar adecuadamente a las personas que llevan el programa de lactancia materna, en sus diferentes áreas.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo y exploratorio, del 1 de agosto de 1995 al 30 de octubre de 1995, en el área materno infantil del Centro Nacional de lactancia materna, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México. Se estudiaron 300 pacientes en la sala de hospitalización de obstetricia, en las primeras 48 horas postparto, las cuales se encontraban lactando independientemente de la vía final de resolución del embarazo excluyendo a mujeres con cualquier patología en el puerperio.

A las pacientes se les aplico un estudio clínico completo y un cuestionario( anexo NUM. 1 ).

En el cuestionario se determinaron primeramente algunas características que pudieran propiciar alguna afección del pezón.

### VALORANDO:

- A) Tipo de resolución del embarazo. (Parto o Cesárea)
- B) Conocimiento sobre la lactancia y sobre el método de amamantar.
- C) Experiencia previa para amamantar.
- D) Forma de llevar a cabo el amamantamiento.
- E) Y en que momento se inicio la lactancia después del nacimiento del producto.

## RESULTADOS.

Se estudiaron 300 pacientes en sus primeras 48 horas postparto, con el fin de determinar la frecuencia de problemas de pezón y su relación con el inicio de la lactancia al seno materno.

La mayoría de las pacientes se encontraban en rangos de edad de 15 a 30 años en un (61.9%).

El grupo de las multíparas (más de 2 gestaciones) fué de un (59.9%), y para el grupo de las primíparas de (40.7%).

La terminación del embarazo fué para el parto en 195 casos (65.7%), y para la cesárea en 105 casos con un (34.7%).

Solamente 71 pacientes presentaron alteración del pezón y el resto no presentaron.

Las principalmente observadas fueron los trastornos anatómicos del pezón, con pezón plano en 16 casos (22.5%), y pezón invertido parcial en 7 casos (9.85%), y pezón invertido total en 3 casos (4.22%). La asociación de pezón invertido más fisuras sólo fué en un caso (1.40%), sumando así un total de 27 casos con un porcentaje acumulado de (37.97%).

De las pacientes que presentaron deformación anatómica del pezón (37.97%), se presentó dolor en un 60% y asociándose en un mínimo porcentaje a trauma de pezón (1.4%).

Las pacientes con alteraciones de tipo doloroso o trauma de pezón, 22 presentaron FISURAS con un (30.98%), con CONGESTION MAMARIA PERIAREOLAR fueron 15 casos con un (21.11%), asociándose este grupo en 1 caso a fisuras (1.4%), y en 2 casos a erosión (2.81%).

Los casos de EROSION sin otra asociación fueron 7 con un (9.85%) y no se encontró ningún caso con ECCEMA del pezón.

De las 44 pacientes restantes, aquéllas con pezón doloroso o trauma del mismo, se presentaron con FISURAS (50.67%), CONGESTION MAMARIA PERIAREOLAR (33.33%) y EROSION (15.55%).

Encontrando una asociación de riesgo para presentar FISURAS con un valor a  $P=0.025$ , para el parto (28.89%), y para la cesárea de (22.22%), incidiendo para los dos grupos de manera significativa, recordando que en la población general fué más frecuente el parto que la cesárea. De la misma manera encontramos como factor de riesgo y con significancia estadística con un valor a  $P=0.025$ , que las pacientes que tienen fisuras, iniciaron el amamantamiento 4 horas

después del parto o cesárea con un (77.78%), en las salas de recuperación y expulsión, ya que las que iniciaron en la primera sólo existió asociación en un (22.22%).

La técnica adecuada para llevar a cabo el amamantamiento, el tener experiencia previa para amamantar, el haber recibido información previa en su control prenatal, no influye de forma significativa para presentar fisuras.

La congestión mamaria periareolar presente en las primeras 48 horas postparto en relación a una N=44 casos de pezón doloroso o trauma de pezón representa la segunda causa de éste grupo con un (33.33%).

Solamente se asocia como factor de riesgo y con significancia estadística para presentar congestión mamaria periareolar, con un valor a  $P=0.025$ , el iniciar de forma tardía el amamantamiento después de 4 horas en la sala de recuperación y hospitalización en un (28.89%), ya que aquéllas que iniciaron en la primera hora en la sala de expulsión sólo se vieron afectadas en un (4.44%). No existe asociación significativa para presentar congestión mamaria en relación a parto o cesárea, en tener experiencia previa para amamantar, tener información previa en el control prenatal y llevar una adecuada posición del lactante al iniciar el amamantamiento.

Las erosiones presentes en las primeras 48 horas postparto representa la tercera causa de pezón doloroso o trauma del mismo, influyendo de manera significativa para presentarse de igual forma, con un valor a  $p=0.025$ , las pacientes que iniciaron en forma tardía el amamantamiento en un (15.55%), no existiendo significancia estadística para la posición, el inicio del amamantamiento, el tener experiencia previa y la vía de resolución del embarazo último.

## DISCUSION

Hay una diversidad de factores asociados con la práctica de la lactancia desde factores psicosociales, falta de información y hasta problemas de orden local en la mama y el pezón, uno de los principales objetivos del estudio fué establecer la frecuencia y el tipo de problemas del pezón y asociar los posibles factores predisponentes para causar por ejemplo fisuras, congestión mamaria periareolar y erosión.

No existen publicaciones que hablen específicamente sobre la frecuencia de problemas, que estén presentes en las primeras 48 horas postparto, existe solamente los que enfocan la problemática hacia los diferentes momentos donde se lleva a cabo el amamantamiento, sin hacer énfasis a un momento en especial. La razón de realizar éste estudio en las primeras 48 horas postparto, es para poder enfocar los dos períodos críticos de inicio del amamantamiento, que es el puerperio inmediato y las primeras horas del mediato, que es dónde el médico pudieran detectar problemas del tipo deformidad anatómica y problemas de tipo pezón doloroso o trauma del mismo, que influyen directamente en el inicio del amamantamiento, por lo que consideramos, que el presente estudio trata de englobar la problemática asociada de predisposición hacia éstos momentos.

En el estudio encontramos que 1 de cada 3 pacientes tienen pezones dolorosos en las primeras 48 horas del puerperio, alrededor de 37.9% fueron secundarias a alteraciones anatómicas del pezón, alteraciones que fácilmente pueden ser identificadas en el control prenatal y que pudieron fácilmente establecerse medidas preventivas como los ejercicios de HOFFMAN y así evitar las molestias dolorosas del pezón.

Las principales causas de éstas molestias son secundarias a lesiones traumáticas del pezón, como erosión, fisuras, congestión mamaria periareolar, que en conjunto representan un 61.94% y todas ellas aparecen generalmente asociadas a una mala técnica de lactancia, entendiéndose por mala técnica mala posición, una mala aprensión del producto sobre la aréola y pezón, etc.

Sin embargo, nosotros encontramos que el principal factor asociado para presentarse éstas lesiones traumáticas o dolorosas fueron el inicio tardío de amamantamiento después de cuatro horas del parto o cesárea con una significancia de  $p= 0.025$  en fisuras del 77.78%, en congestión mamaria 33.33% y para erosiones con un porcentaje del 15.55%.

Considerando que el inicio después de cuatro horas del amamantamiento incide significativamente para la presentación de erosiones, fisuras y congestión mamaria periareolar, ya que la correlación con otros factores predisponentes como tener césarea, información previa, experiencia previa o una adecuada posición no inciden significativamente para la presentación de éstos problemas en la revisión de nuestros casos.

Considerando lo anterior, el presente estudio puede tener mucho apoyo hacia el personal que brinda la atención de lactancia materna, en sus diferentes áreas, ya que se pudiera tener especial atención desde el control prenatal y hacer la detección oportuna de éstas anomalías de deformidad anatómica, así como todas las causas de pezones dolorosos que encontramos con mayor frecuencia que nos retardarían una lactancia natural exitosa.

Además haciendo una correlación entre la literatura y nuestro estudio se reporta que las mujeres puerperas se asocian en 10 % con problemas de defecto anatómico y en 50% a dolor de éstas mismas pacientes, en nuestro estudio se observó que existe una frecuencia de 30% de problemas estructurales del pezón y con una asociación de dolor de aproximadamente el 60% (7)

## CONCLUSIONES

Podemos concluir en el estudio que:

- En las primeras 48 horas del puerperio 1 de cada 3 pacientes tienen dolor en el pezón secundario a defecto anatómico preexistente en un (37.97%), o a traumatismos secundarios a mala técnica, (fisuras o erosión) o congestión mamaria periareolar en un (61.93%).
- Por el porcentaje de trastornos anatómicos observados, se deben detectar oportunamente las deformidades preexistentes, desde el embarazo en la consulta prenatal para poder llevar a cabo desde ese momento los ejercicios de HOFFMAN y prevenir de esta forma el dolor en las primeras horas del puerperio al iniciar el amamantamiento.
- Las pacientes con fisuras, congestión mamaria periareolar y erosión fueron fácilmente identificables por lo que es necesario que el grupo de atención de la lactancia, revise y diagnostique a las pacientes en las primeras 48 horas postparto para no interrumpir el amamantamiento.
- El inicio de el amamantamiento en la primera hora después del parto o cesárea se asoció con menor frecuencia a dolor en el pezón.
- El inicio del amamantamiento 4 horas después se asoció con mayor frecuencia y con influencia significativa para presentar pezón doloroso o traumatismo (erosión, fisuras y congestión mamaria periareolar.)
- La operación cesárea se asoció con una mayor frecuencia de pezones dolorosos principalmente del tipo de la erosión en un (11.11%).
- No se observó la presencia de eccema en el presente estudio.
- No se encontró relación entre pezón doloroso y proceso infeccioso.
- Existe divergencia con la literatura en cuanto la asociación de mujeres puerperas y hallazgos de problemas estructurales del pezón mencionando un 10%, en contra de el 30% de hallazgos en nuestro estudio.

**No existe asociación de influencia significativa para que se presenten problemas de pezón doloroso o trauma en cuanto a la posición de la técnica de amamantamiento, el tener experiencia previa para amamantar, el tener información previa y en tener cesárea en lugar de parto.**

# **ANEXOS**

ANEXO 1

FORMATO DE CAPATACION DE PACIENTES DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO  
PROBLEMAS DE PEZON COMO FACTOR LIMITANTE DE LA LACTANCIA MATERNA  
EN LAS PRIMERAS 48 HORAS POSTPARTO.

NOMBRE.

EDAD.

GESTACIONES

PARTOS

ABORTOS

CESAREAS

VIA DE RESOLUCION DEL ULTIMO EMBARAZO.

RECIBIO INFORMACION PREVIA 1 EN LA CONSULTA EXTERNA\_\_\_ 2 EN SU  
ESTANCIA HOSPITALARIA. \_\_\_

TIENE EXPERIENCIA PARA AMAMANTAR SI\_\_\_NO\_\_\_,FUE SATISFATORIA  
SI\_\_\_,NO\_\_\_

POSICION DEL LACTANTE.(CORRECTA O INCORRECTA)

A)ANGULO ENTRE LA MADRE Y EL LACTANTE MENOR DE 90 GRADOS.

B)LA BARBILLA DEL LACTANTE ESTE APOYADA CON EL PECHO DE LA MADRE.

C)LA NARIZ DEL LACTANTE ESTE LIBRE.

D)QUE EL PEZON ESTE ENTRE LOS DEDOS INDICE Y EL ANULAR O ENTRE EL  
MEDIO Y EL ANULAR.

( SI REUNE MAS DE 3 CRITERIOS INCORRECTA)

INICIO DEL AMAMANTAMIENTO IaHORA EXPULSION\_\_\_ +DE 4 HORAS PROMEDIO  
RECUPERACION Y HOSPITALIZACION.

CAUSAS DE PEZON DOLOROSO

1)CONGESTION MAMARIA

2)FISURAS

3)EROSION

4)ECCEMA

5)PEZON PLANO

6)PEZON INVERTIDO A) PARCIAL\_\_B) TOTAL\_\_\_.

REALIZO. DR JUAN LUIS ALEMAN DE LA FUENTE. R/3 G/O.

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CARTA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO "PROBLEMAS DE PEZON COMO FACTOR LIMITANTE DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PRIMERAS 48 HORAS POSTPARTO", ENTIENDO QUE MI PARTICIPACION ES VOLUNTARIA Y NO REPRESENTA EROGACION ECONOMICA POR MI PARTE, NI ME OBLIGA A REALIZAR OTROS ACTOS DISTINTOS AL LLENADO DEL CUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO Y A LA EXPLORACION FISICA A REALIZAR.

FECHA .

NOMBRE LA PACIENTE.

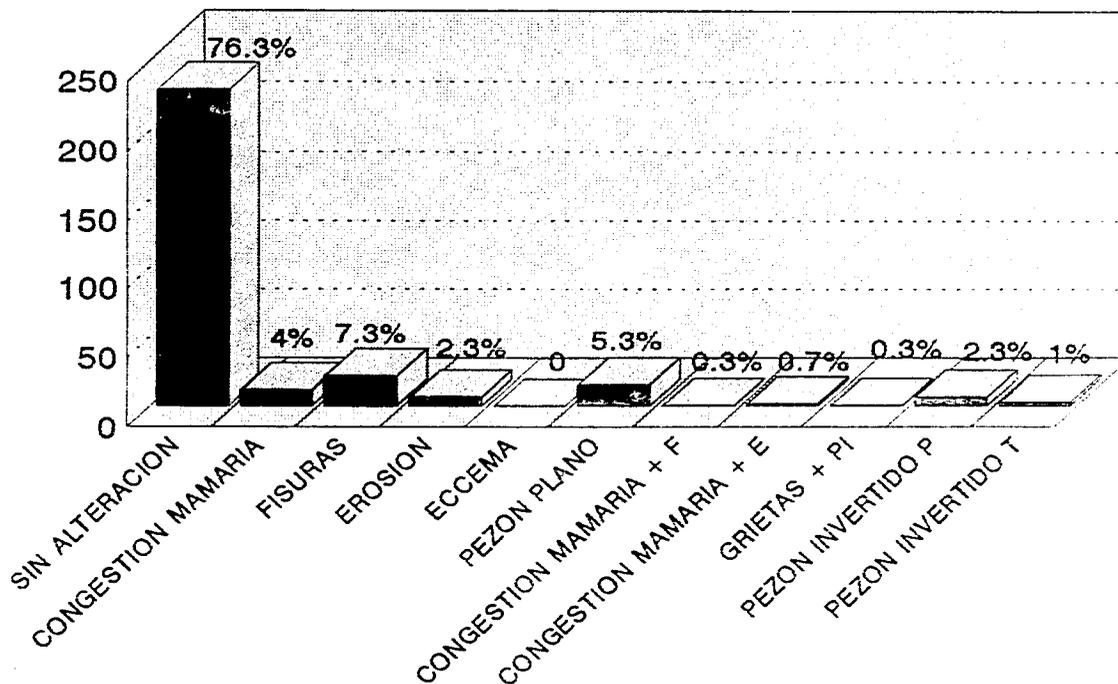
FIRMA.

NOMBRE DE EL INVESTIGADOR:

JUAN LUIS ALEMAN DE LA FUENTE RESIDENTE DE 3 AÑO.

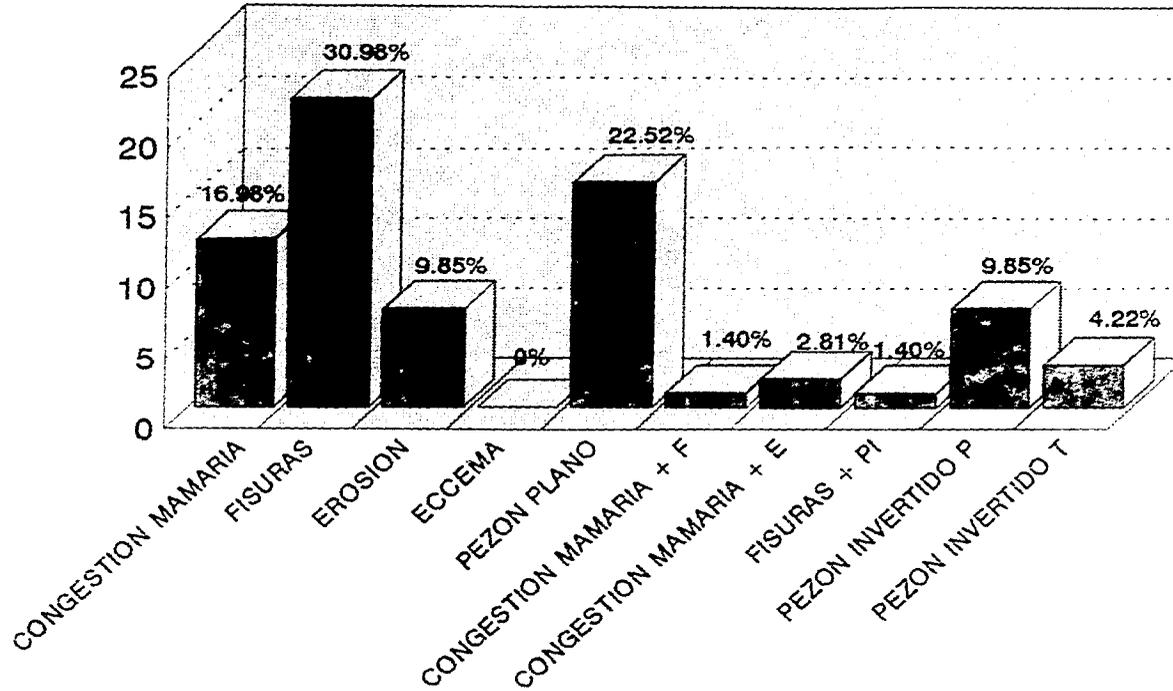
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

## FRECUENCIA DE PROBLEMAS DE PEZON EN 300 PACIENTES EN SUS PRIMERAS 48 HORAS POSTPARTO (N=300) (ANEXO 3)



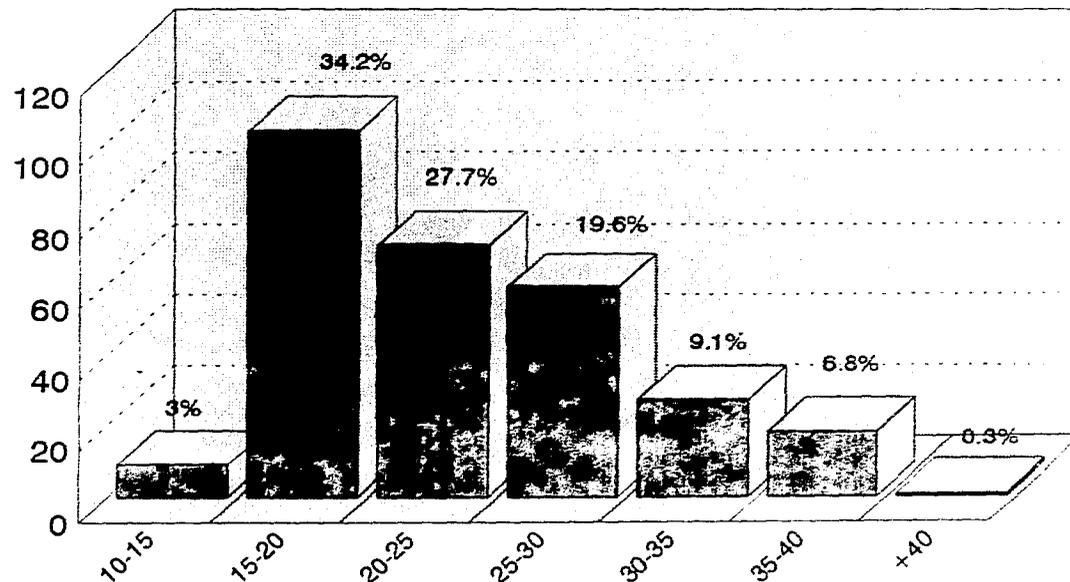
**71 PACIENTES CON PROBLEMA DE PEZON  
EN LAS PRIMERAS 48 HORAS POSTPARTO (N=71) (ANEXO 4)**

---



## POBLACION GENERAL DE PACIENTES PUERPERAS LACTANDO EN LAS PRIMERAS 48 HRS POSPARTO (ANEXO 5)

---



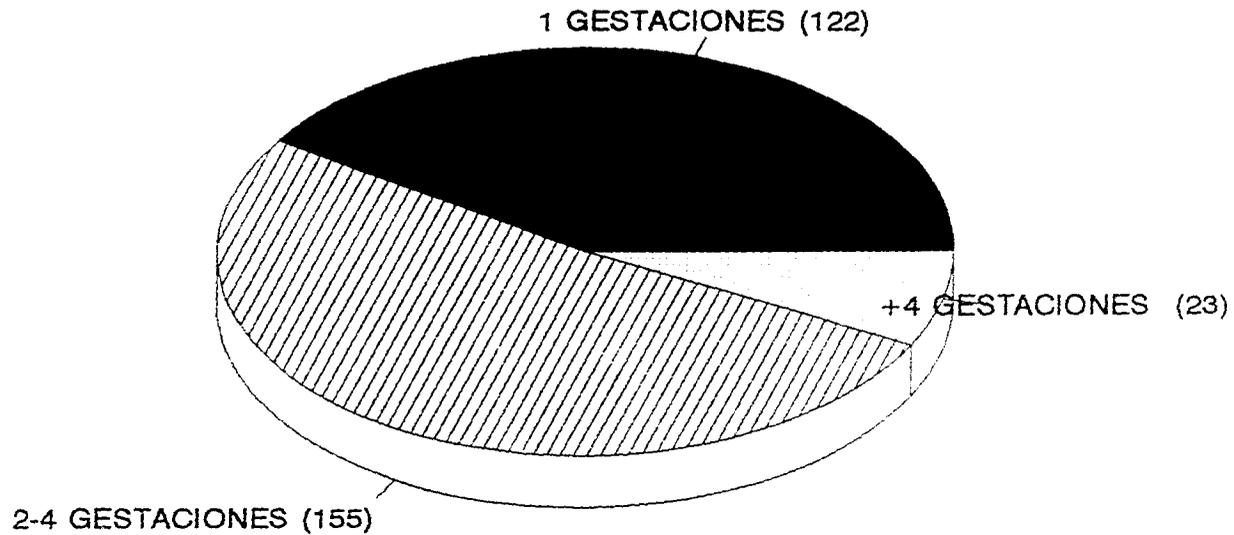
SUMA = 683

MEDIA = 2.28

DESVIACION ESTANDAR = 1.52

# NO. DE GESTACIONES EN 300 PACIENTES (ANEXO 6)

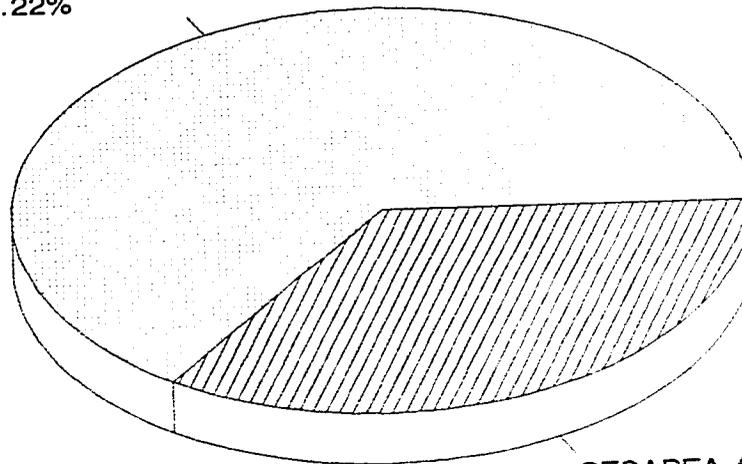
---



# PRINCIPAL VIA DE RESOLUCION DE EMBARAZO EN 300 PACIENTES (ANEXO 7)

---

PARTO VAGINAL (195)  
65.22%



CESAREA (104)  
34.78%

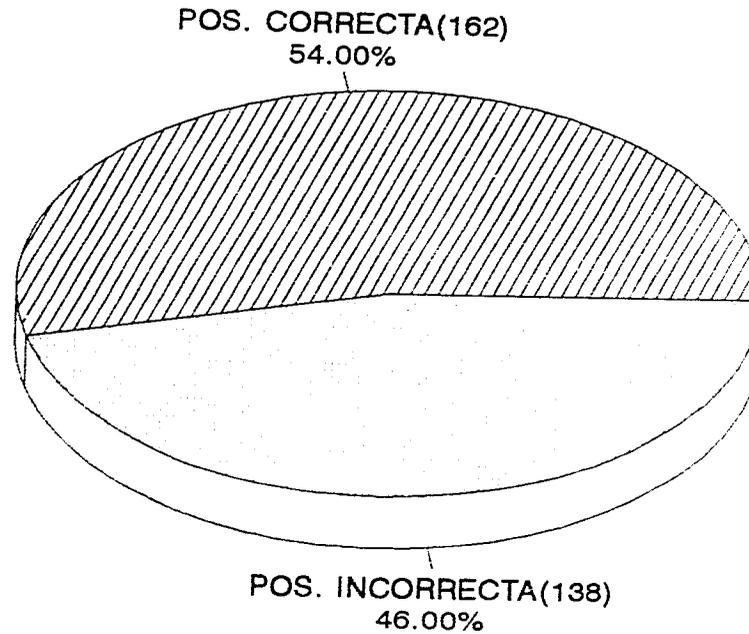
# PACIENTES CON EXPERIENCIA PREVIA PARA AMAMANTAR EN 300 PACIENTES (ANEXO 8)

---



# POSICION DEL LACTANTE, EN EL MOMENTO DE INICIO DE LA LACTANCIA EN 300 PACIENTES (ANEXO 9)

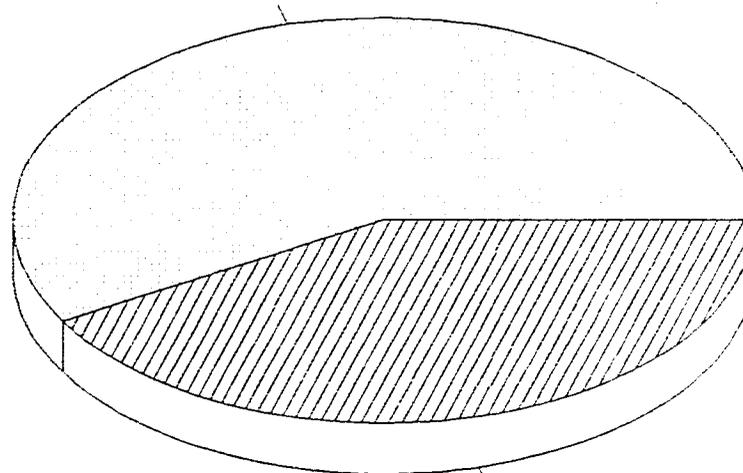
---



## RECIBIO INFORMACION PREVIA SOBRE LACTANCIA EN 300 PACIENTES (ANEXO 10)

---

CON INFORMACION (175)  
58.33%

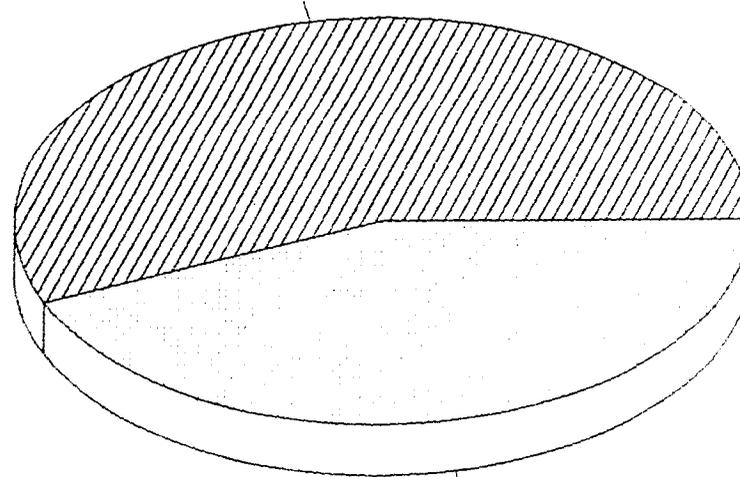


SIN INFORMACION (125)  
41.67%

## VIA RESOLUCION DE EMBARAZO EN PACIENTES CON FISURAS (ANEXO 11)

---

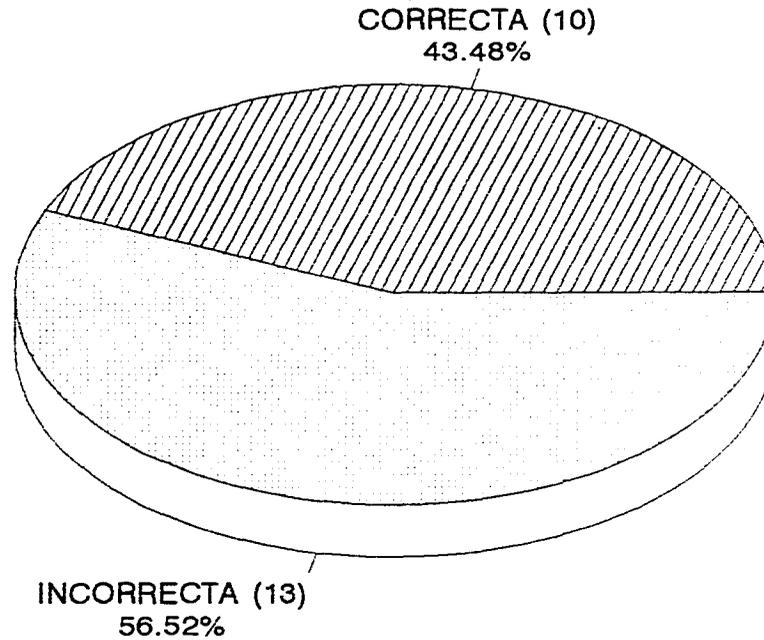
PARTO VAGINAL (13)  
56.52%



CESAREA (10)  
43.48%

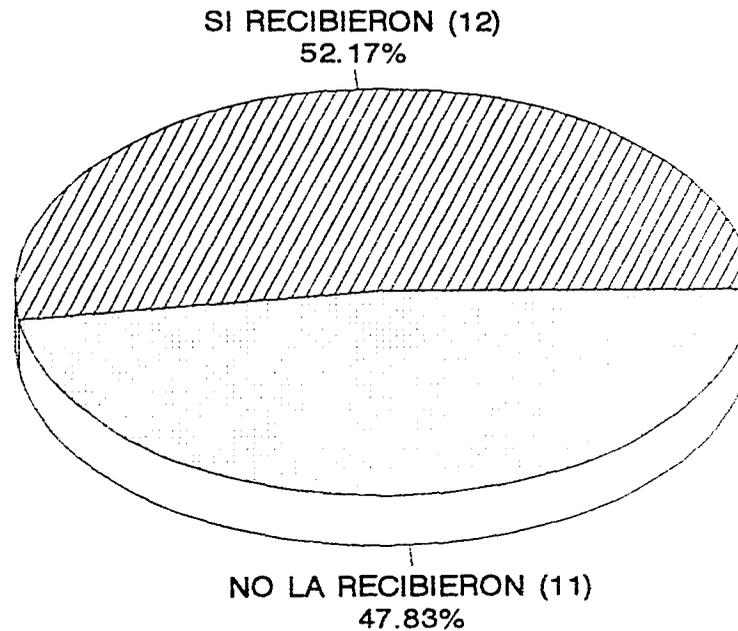
## POSICION LLEVADA A CABO EN PACIENTES CON FISURAS (ANEXO 12)

---



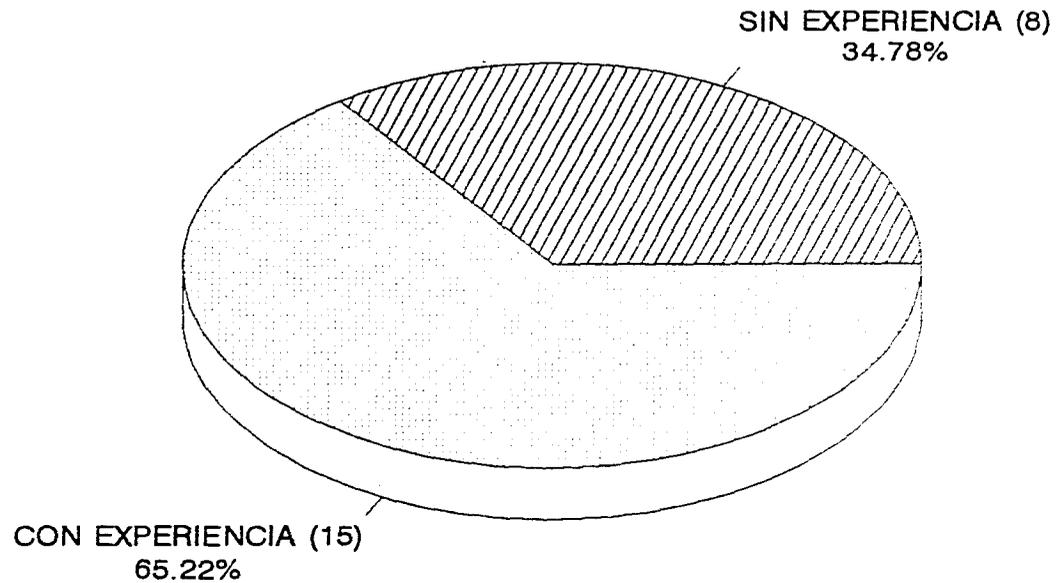
# INFORMACION EN PACIENTES CON FISURAS (ANEXO 13)

---



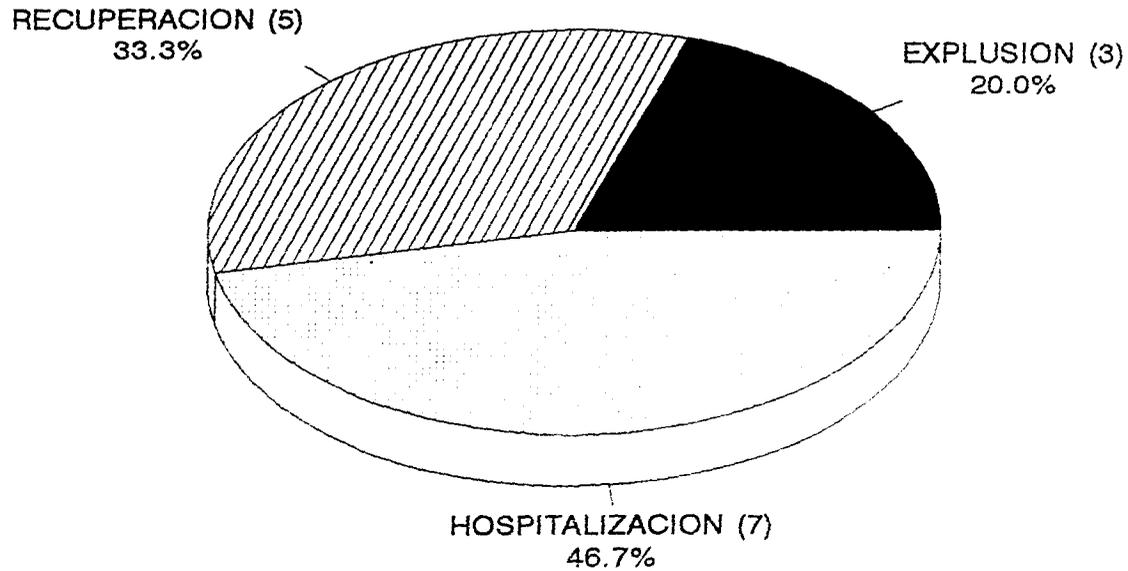
## EXPERIENCIA PARA AMAMANTAR EN PACIENTES CON FISURAS (ANEXO 14)

---



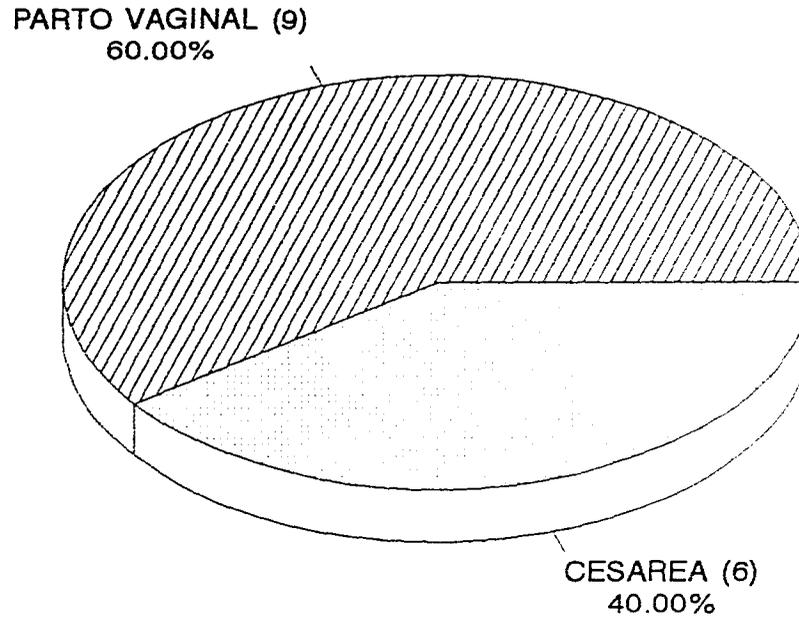
## INICIO DEL AMAMANTAMIENTO DE PACIENTES CON FISURAS (ANEXO 15)

---



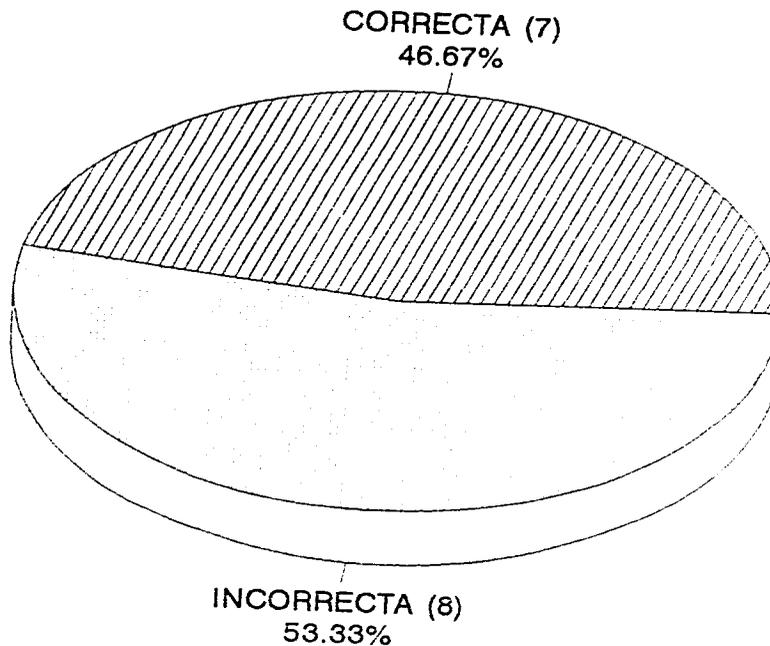
## VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CONGESTION MAMARIA (ANEXO 16)

---



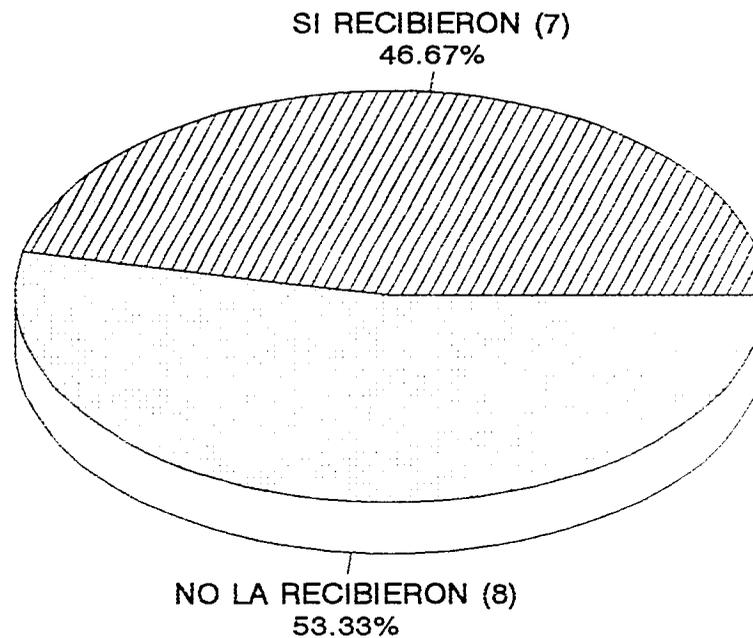
**POSICION  
LLEVADA A CABO EN PACIENTES CON CONGESTION MAMARIA (ANEXO17)**

---



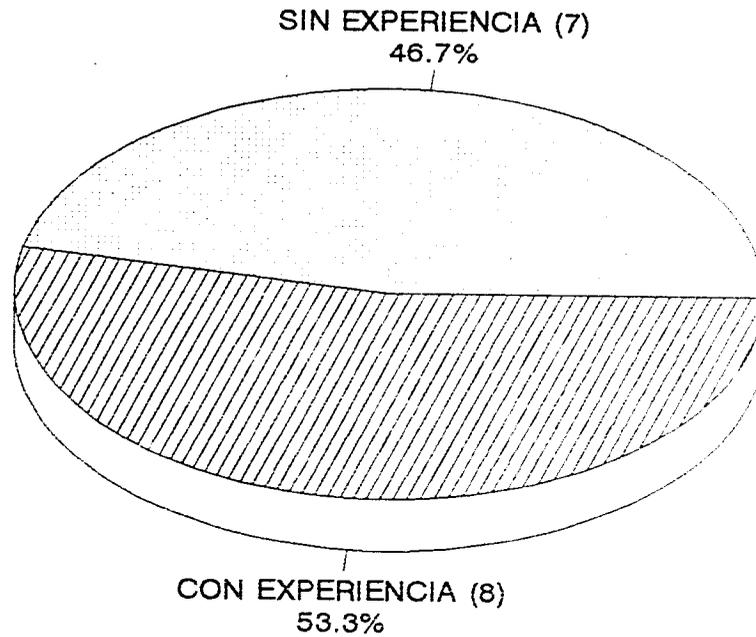
## INFORMACION PREVIA EN PACIENTES CON CONGESTION MAMARIA (ANEXO 18)

---



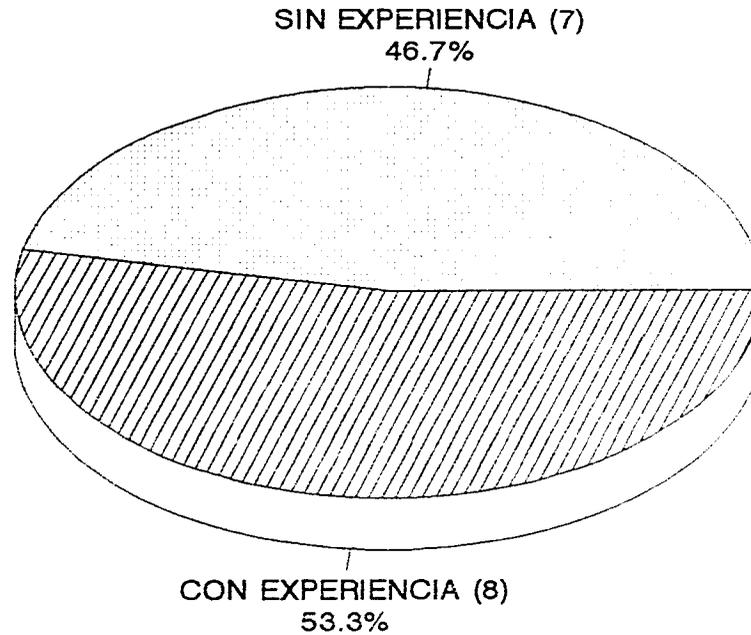
## EXPERIENCIA PARA AMAMANTAR EN PACIENTES CON CONGESTION MAMARIA (ANEXO 19)

---



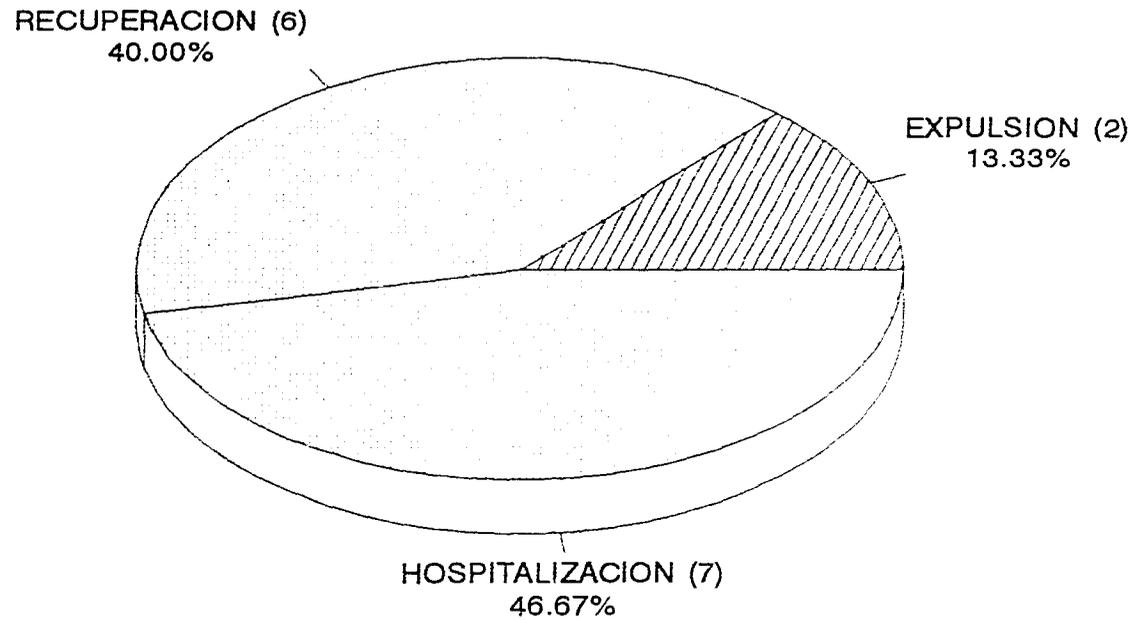
# EXPERIENCIA PARA AMAMANTAR EN PACIENTES CON CONGESTION MAMARIA (ANEXO 19)

---



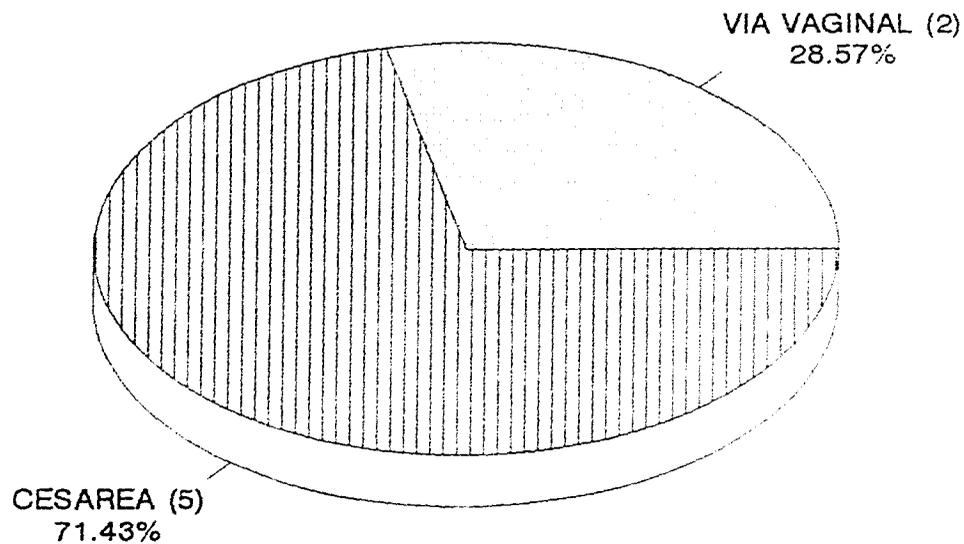
INICIO  
DE LA LACTANCIA EN PACIENTES CON CONGESTION MAMARIA (ANEXO 20)

---



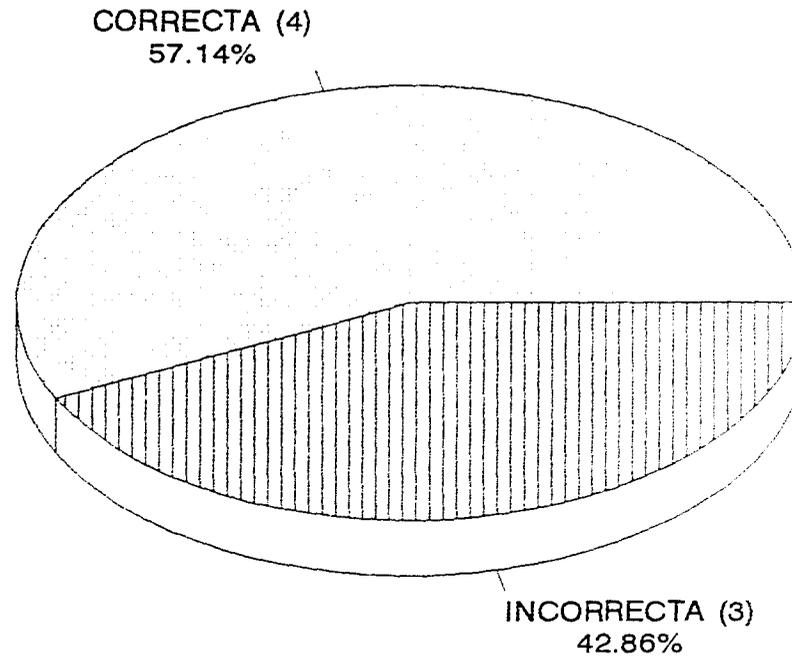
## VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON EROSION (ANEXO 21)

---



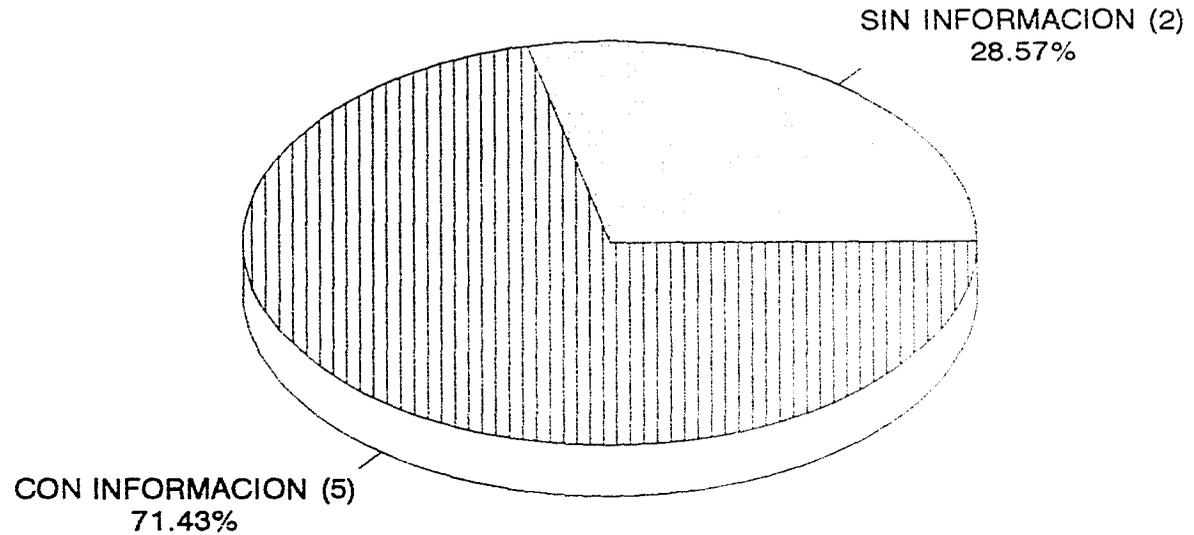
POSICION  
EN EL MOMENTO DE INICIO DE LA LACTANCIA EN PACIENTES CON EROSION (ANEXO 22)

---



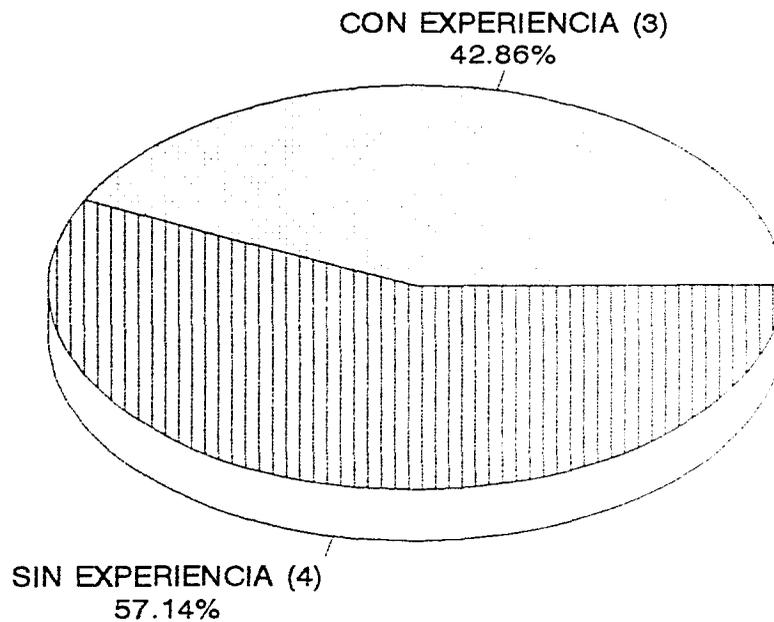
# INFORMACION PREVIA EN PACIENTES CON EROSION (ANEXO 23)

---



# EXPERIENCIA PARA AMAMANTAR EN PACIENTES CON EROSION (ANEXO 24)

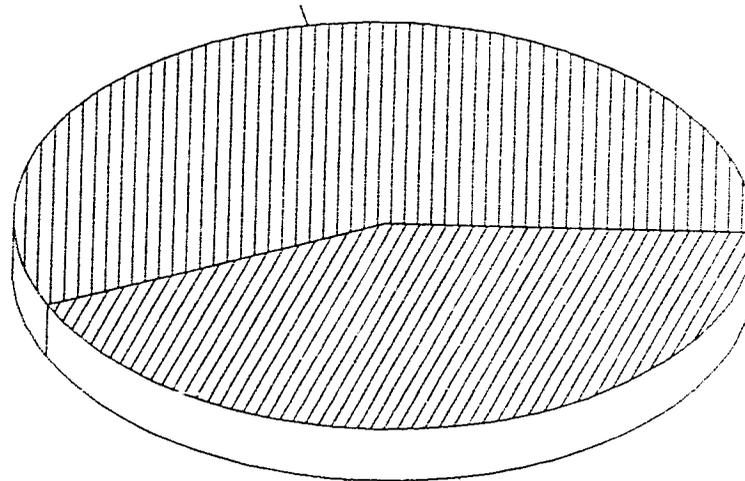
---



# INICIO DE LACTANCIA PACIENTES CON EROSION (ANEXO 25)

---

RECUPERACION (4)  
57.14%



HOSPITALIZACION (3)  
42.86%

## BIBLIOGRAFIA

1. RAMIRO IRRIFETA, JOAQUIN CRAVIOTO, LACTANCIA MATERNA ANALISIS CRITICO. EDICIONES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO 1983
2. LAWRENCE RUHT, CLINICAS DE PERINATOLOGIA, AMAMANTAMIENTO, VOLUMEN I 1987, INTERAMERICANA.
3. EDICIONES DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. CLINICA DE LACTANCIA MATERNA 1990. MOTIVOS DE CONSULTA EN LA CLINICA DE LACTANCIA MATERNA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA.
4. MANOEL DE CARVALHO, MD. STEVEN ROBERTSON PH. D. REVIEW BREASTFEEDING, FROM THE DEPARTAMENT OF PEDIATRICS, CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITI SCHOOL OF MEDICINE, AND MOUNT SINAL MEDICAL CENTR, CLEVELAND.
5. DIANE L. BOROVIES, ASSESING AND MANAGING PAIN IN BREAST FEEDING MOTHERS, JULY-AGUST 1984 VOL. 9 MC AMERICAN JOURNAL OF NURSING COMPANY.
6. A.C. THOMSEN MD, ESPERSEN MD. COURSE AND TREATMENT OF MILK STASIS NON INFECTIUOS INFLAMMATION OF THE BREAST, AND INFECTIOUS MASTITIS, FROM THE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY KOMMUNES HOSPITALET, ABRIL 9,1983 AARHUS DENMAR.

7. HOFFMAN, ASUGGESTED TRATAMENT FOR INVERTED NIPPLES, AM. J. OBT GYNEC AUGUST 1993.
8. COMMON PROBLEMS OF INIATITING BREAST-FEEDING VOL. 82 Núm 6 NOVEMBER 1987 POSTGRADUATE MEDICINE BREAST-FEEDING.
9. BREAST-FEEDING FOURTH EDITION COPYRING 1994, MANEGEMENT OF THE MOTHER-INFANT, NURSING COUPLE, A GUIDE FOR THE MEDICAL PROFESION, RUTH LAWRANCEST, LOUIS, MISSOURI 63-196.
10. NORMAS MEDICAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.1993
11. PATRONES DE ALIMETACION EN NEONATOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA, EDICIONES DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.1993  
ESPINOZA TORRES.B. ESPINOZA AGUILERA.