

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
DIVISION MATERNO INFANTIL

PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR  
Y LACTANCIA MATERNA

Normas Programas de Planificación  
Familiar y Lactancia Materna

FINANCIADO POR EL PROYECTO 522-01-53

A. I. D.

SECRETARIA DE ESTADO  
EN EL  
DESPACHO DE SALUD PUBLICA

**I. RESOLUCION No. 202-83**

Tegucigalpa, D. C., 29 de Noviembre de 1983

Señor:

Para su conocimiento y demás fines transcribale la Resolución que a la letra dice:

“RESOLUCION No. 202-83.—Tegucigalpa, D. C., 17 de noviembre de 1983.—EL SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD PUBLICA, EN USO DE LAS FACULTADES QUE LA LEY LE CONFIERE,

**CONSIDERANDO:** Que el Estado de Honduras ha señalado como base fundamental de su actividad en el sector social el velar por la Salud, Educación y bienestar del pueblo hondureño.

**CONSIDERANDO:** Que el Estado de Honduras es signatario de resoluciones internacionales que lo comprometen a desarrollar la estrategia de Atención Primaria de Salud para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000, dentro de la cual está incluida la Planificación de la Familia como componente inseparable de la Salud Materno Infantil.

**CONSIDERANDO:** Que la actual administración está interesada en crear y mejorar la eficiencia de los programas y establecer mecanismos de coordinación intersectorial.

**POR TANTO:** En aplicación del Artículo 8, reformado inciso 9 del Código de Procedimientos Administrativos y 5 del Código Sanitario.

**R E S U E L V E :**

- 1) Crear el Programa Nacional de Planificación de Familia, integrado a la División de Salud Materno Infantil, dependiente de la Dirección General de Salud.

- 2) Reorganizar los recursos y actividades actuales de Planificación de la Familia en un Programa integrado a la atención materno infantil que brinda el Ministerio.
- 3) El Programa Nacional de Planificación de la Familia comprenderá las siguientes áreas de acción:
  - a) Promoción y Educación para la utilización de los Servicios de Planificación Familiar.
  - b) Ampliar la oferta de Servicios de Planificación Familiar en todos los Establecimientos de Salud dependientes del Ministerio.
  - c) Prestación de Servicios Clínicos de Planificación Familiar a las personas que los demanden para posibilitar la regulación de la fecundidad y el tratamiento de la infertilidad.
- 4) El Programa Nacional de Planificación de la Familia dependerá de la División de Salud Materno Infantil del Ministerio, que estará encargada de la planeación, organización, operacionalización, control y evaluación para la Salud, con el Ministerio de Educación Pública con la Unidad de Población de CONSUPLANE, con la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, el Instituto Hondureño de Seguridad Social.
- 5) El Programa Nacional de Planificación de la Familia será ejecutado por las Regiones Sanitarias y sus Servicios de Salud respectivos. En forma progresiva las comunidades, a través de sus organizaciones y voluntarios adiestrados, participarán en forma decisiva en los diversos aspectos de este programa.
- 6) El Programa Nacional de Planificación de la Familia se ordenará por medio de un Plan Operativo integrado a las actividades prioritarias de esta Secretaría de Estado.

NOTIFIQUESE: SELLO Y FIRMA,

DR. RUBEN FRANCISCO GARCIA MARTINEZ

Atentamente,

DR. RIGOBERTO LOPEZ LAGOS.

## I N T R O D U C C I O N

Honduras ha señalado como base fundamental de su actividad en el Sector Social el velar por la Salud, Educación y Bienestar del Pueblo. Como signatario de resoluciones internacionales que lo comprometen a desarrollar la estrategia de Atención Primaria de Salud para alcanzar la meta "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", dentro de la cual está incluida la Planificación de la Familia como componente inseparable de la Salud Materno Infantil. Por tal razón a través de la Resolución 202-83 del 17 de noviembre de 1983, el Señor Secretario de Estado en los Despachos de Salud Pública, Dr. Rubén Francisco García Martínez, creó el Programa Nacional de Planificación de la Familia integrado a las actividades prioritarias de esta Secretaría de Estado.

En la Conferencia Mundial de Población realizada en la Ciudad de México en 1984, el Señor Presidente Constitucional de la República, Doctor Don Roberto Suazo Córdova, en su mensaje expresó: "El Plan Nacional de Población 1982-1986 establece que cualquier decisión que restringe el número de nacimientos debe ser fruto únicamente de la voluntad de los ciudadanos y nunca producto de una imposición estatal establecida que "se garantiza a la población el derecho de planificar su familia previendo la prestación de servicios para tal fin".

En vista de que las acciones desarrolladas por los niveles Operativos en Planificación Familiar, deben complementarse y auxiliarse, se hizo necesaria la elaboración de Normas que rijan cada acción y a la vez sirvan de directriz de la misma.

Las normas establecen el desarrollo operativo de los servicios de Planificación Familiar en los niveles operativos, reflejan la filosofía de organización del Programa de Atención Materna e Infantil y en conjunto la del Programa Nacional de Salud; razón por la cual se funda en principios básicos de índole general, y su contenido sobre prestación de servicios de educación y promoción, ciertamente servirán para formar criterios que permitan orientar los programas hacia metas de superación.

### III- Normas y Procedimientos de Planificación

## 1. DEFINICIONES OPERATIVAS

La Planificación Familiar: Consiste en ofrecer a las personas los conocimientos y servicios para que puedan decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos; asimismo incluye el diagnóstico y tratamiento de aquellas parejas infértiles que desean tener hijos.

### ACEPTANTE

Es la persona que se inicia por primera vez en un método de Planificación Familiar.

### USUARIA

Es la persona que ha aceptado un método de Planificación Familiar y vuelve a control.

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE REQUIEREN ATENCIÓN PROFESIONAL O AUXILIAR.

#### ANTICONCEPTIVOS ORALES

Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería.

#### DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Médico y Enfermera Profesional,

#### ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Cirujanos Generales, Médico General Capacitado.

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE NO NECESITAN ASISTENCIA PROFESIONAL

MÉTODOS NATURALES: (Ritmo, Temperatura Basal, Moco Cervical, Billing, Abstinencia, Coito Interrumpido).

MÉTODOS DE BARRERA: Condón, preparados espermicidas.

### NUMERO DE ATENCIONES POR MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

#### 1. Para Anticonceptivos Orales:

a) Se brindaran 4 atenciones.

El primer control al mes de haber iniciado el método. Posteriormente un control cada 3 meses.

#### 2. Para Dispositivos Intrauterinos:

a) Se brindarán 3 atenciones.

La primera a la inserción, el segundo al mes y el tercero a los 6 meses.

#### 3. Para Métodos de Barrera:

a) Se brindarán 3 atenciones al año.

Una atención cada 4 meses.

## 2. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA NIVEL COMUNITARIO

NORMA	PROCEDIMIENTO
<p>1. El Personal Comunitario de Salud (Parteras Tradicionales Capacitadas, Guardianes de Salud, Representantes de Salud y Colaboradores Voluntarios de Malaria) realizarán como actividad la promoción sobre Planificación Familiar dirigida a las madres, parejas y grupos.</p>	<p>1.1 Divulgar a través de educación individual y/o grupal por medio de charlas los métodos de Planificación Familiar, ventajas y desventajas de los métodos existentes, sitios y horas en que se prestan los servicios.</p>
<p>2. La Partera Tradicional Capacitada, y el Guardián de Salud, brindarán a voluntad atención en planificación familiar, y distribuirán métodos anticonceptivos (espumas, condones) a toda persona que solicite sus servicios.</p>	<p>2.1 Informará sobre los métodos de Planificación Familiar, incluyendo los métodos temporales.</p> <p>2.2 Entregarán un método de barrera (condón, espermaticidas).</p> <p>2.3 Registrarán la actividad en el formulario respectivo (COM-4).</p> <p>2.4 Referirán a las usuarias al Servicio de Salud más cercano para la prescripción de métodos temporales (anticonceptivos orales, DIU).</p>
<p>3. La Partera Tradicional Capacitada, y el Guardián de Salud, realizarán seguimiento de usuarias de anticonceptivos prescritos por el nivel CESAR - CESAMO que no se hayan presentado a sus controles subsiguientes.</p>	<p>3.1 Realizar visitas domiciliarias a las usuarias de anticonceptivos orales.</p> <p>3.2 Interrogar a las usuarias de anticonceptivos orales y DIU, motivo de no asistencia de su control respectivo, y referirla al establecimiento de salud.</p>
<p>4. La Partera Tradicional y el Guardián de Salud referirá a los Servicios de Salud a las usuarias que estén utilizando métodos orales y que presenten complicaciones.</p>	<p>4.1 Referir a las usuarias que presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Piel de cara muy manchada.</li> <li>b) Dolor de cabeza o mareos muy frecuentes.</li> <li>c) Dolor en el pecho.</li> <li>e) Piernas o pies hinchados o dolorosos.</li> <li>f) Aparición de várices o venas muy prominentes en las piernas.</li> <li>g) Menstruaciones muy dolorosas.</li> </ul>
<p>5. La Partera Tradicional Capacitada, Guardián de Salud, Representante de Salud, Colaborador Voluntario de Malaria, orientarán e informarán a la comunidad sobre la importancia de la Planificación Familiar.</p>	<p>5.1 Impartirán educación individual y grupal a través de charlas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>—Ventajas de la Planificación Familiar y espaciamiento de los hijos.</li> <li>—Señales de peligro en el uso de anticonceptivos.</li> <li>—Ventajas de la Lactancia Materna.</li> </ul>

### 3. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR A NIVEL CESAR

NORMA	PROCEDIMIENTO
<p>1. La Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Evaluador de Vectores realizarán como actividad permanente, la promoción de la planificación familiar a las madres, parejas o grupos.</p>	<p>1.1 Difundir a través de educación individual o grupal por medio de charlas, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Métodos de Planificación Familiar.</li> <li>b) Ventajas y desventajas de los métodos Planificación Familiar.</li> <li>c) Lugares y horas en que se prestan los servicios de Planificación Familiar.</li> </ul>
<p>2. La Auxiliar de Enfermería admitirá e inscribirá a toda mujer en edad fértil que voluntariamente solicite el servicio de Planificación Familiar.</p>	<p>2.1 Orientar a la aceptante sobre los métodos de Planificación Familiar ya existentes.</p> <p>2.2 Interrogar a la aceptante, llenar la historia clínica utilizando el formulario correspondiente.</p>
<p>3. La Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Evaluador de Vectores captarán a mujeres en edad fértil que presenten signos y síntomas de peligro para un futuro embarazo.</p>	<p>3.1 Identificar mujeres con signos y síntomas de peligro para un futuro embarazo en la consulta prenatal, puerperal, morbilidad, y trabajo de campo.</p>
<p>4. La Auxiliar de Enfermería evaluará a la aceptante para determinar si puede iniciarse con métodos anticonceptivos orales o métodos de barrera.</p>	<p>4.1 Realizar examen físico siguiendo el orden de la ficha HC-4. Revisar en Historia Clínica los parámetros de los signos y síntomas de peligro para futuro embarazo.</p> <p>4.2 Tomar peso, presión arterial, observar extremidades inferiores, presencia de várices y piel de cara.</p> <p>4.3 Realizar examen de mamas y educar a la aceptante en el autoexamen de mamas.</p>
<p>5. La Auxiliar de Enfermería indicará a la aceptante el anticonceptivo oral (anovulatorio) según condición física de la misma.</p>	<p>5.1 Indicar anticonceptivos orales (anovulatorios) en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mujeres mayores de 15 años y menores de 35.</li> <li>b) En las que se haya descartado posibilidad de embarazo.</li> <li>c) Mujeres que haya sido legradas por aborto y sin complicaciones.</li> </ul> <p>5.2 Orientar a la aceptante que el inicio del método sea de preferencia al 5o. día después del primer día de la menstruación.</p>

6. La Auxiliar de Enfermería referirá a la aceptante que previamente evaluada no reuna las condiciones necesarias para la prescripción de anticonceptivos orales.
7. La Auxiliar de Enfermería no prescribirá anticonceptivos orales a las aceptantes que presenten contraindicaciones.
8. La Auxiliar de Enfermería indicará métodos de barrera a la aceptante que presente complicaciones.
- 5.3 Referir a la aceptante de métodos orales, CESAMO, CHA, Hospital Regional al mes de haber iniciado el método para evaluación médica, toma de citología (PAP).
- 6.1 Referir al CESAMO, CHA, Hospital Regional para la prescripción del método por el médico, según conveniencia de la usuaria.
- 6.2 Indicar y entregar a la aceptante un método de barrera mientras acude al nivel correspondiente.
- 7.1 Los anticonceptivos orales están contraindicados en los siguientes casos:
- a) Mujer lactando en los primeros 12 meses de vida del niño.
  - b) Patología mamaria.
  - c) Sospecha o prueba positiva de embarazo.
  - d) Várices evidentes.
  - e) Cardiopatías.
  - f) Enfermedad hepática (hepatitis, etc.)
  - g) Trastornos circulatorios (tromboflebitis, accidente cerebro vascular).
  - h) Sangrado uterino anormal.
  - i) Hipertensión arterial.
  - j) Diabetes (por comunicación de la aceptante durante el interrogatorio).
  - k) Fibromatosis uterina (tumores benignos de útero) por comunicación durante el interrogatorio.
  - l) Epilepsia (por comunicación voluntaria durante el interrogatorio).
  - m) Cefaleas frecuentes.
  - n) Asma con episodios frecuentes.
- 8.1 Orientará a la aceptante sobre:
- a) Uso correcto del método.
  - b) Importancia de la utilización de otros métodos más seguros.
  - c) Fecha de próxima cita.
- 8.2 Indicar métodos de barreras en aquellas aceptantes que:
- a) Estén lactando y no acepten inserción de DIU.
  - b) Soliciten incorporación al programa antes del tiempo ideal de inscripción de los otros métodos.
  - c) Cuando exista contraindicación para anticonceptivos orales, o que rechacen otros métodos.

9. La Auxiliar de Enfermería controlará a las usuarias referidas al CESAR por el médico o enfermera profesional para seguimiento.

10. La Auxiliar de Enfermería registrará a la usuaria y tipo de método en el formulario correspondiente.

11 La Auxiliar de Enfermería referirá al CESAMO, CHA, Hospital Regional para evaluación médica a las usuarias que presenten complicaciones por uso de anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos u otros métodos.

#### 9.1 Controles

Para realizar el control de usuarias de anticonceptivos orales, seguirá los siguientes pasos:

a) Llenar la ficha clínica HC-4 parte correspondiente a evaluación.

b) Realizar el examen físico siguiendo el orden HC-4.

c) Interrogar a la usuaria acerca del método que utiliza, satisfacción y problemas presentados.

d) Fijar la fecha del próximo control.

e) Entregar a las usuarias:

1. Anticonceptivos orales: para 1 mes partir del inicio en el método. Remesa para 3 meses a partir del primer control.

2. Métodos de barrera: Se entregarán como máximo 6 docenas de condones y 3 tubos de tabletas vaginales, cada 4 meses.

10.1 Registrar la actividad en los formularios AT-1 y AT-2.

11.1 Usuarias de anticonceptivos orales que presenten las siguientes características:

a) Piel de la cara muy manchada.

b) Dolor de cabeza o mareos frecuentes.

c) Dolor de mamas que persiste después de 3 meses.

d) Suspensión de 2 períodos menstruales consecutivos.

e) Menstruaciones muy abundantes, prolongadas e irregulares.

f) Piernas o pies hinchados y dolorosas.

g) Aparición de várices muy pronunciadas en miembros inferiores.

h) Flujo vaginal abundante o sanguinolento.

i) Cambios de conducta (mal genio, angustia).

11.2 Usuarias de dispositivos intrauterinos que presentan las siguientes características:

a) Demora en la llegada de la menstruación por 2 períodos consecutivos.

- b) Menstruaciones muy abundantes, prolongadas e irregulares.
  - c) Menstruaciones muy dolorosas.
  - d) Flujo vaginal abundante sanguinolento, fétido y fiebre.
  - e) Dolor intenso y frecuente en el bajo vientre.
  - f) Expulsión del dispositivo.
- 11.3 Usuarías de métodos de barrera:
- a) Demora del período menstrual.
  - b) Flujo vaginal sanguinolento o fétido.
  - c) Ardor, dolor o prurito en la región genital.
12. La Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Evaluador de Vectores educarán y orientarán a las parejas, usuarias y comunidad en general sobre planificación familiar.
13. La Auxiliar de Enfermería informará a la usuaria de anticonceptivos orales, que el tiempo de uso continuo de los mismos no debe exceder de 3 a 5 años.
14. La Auxiliar de Enfermería hará seguimiento a las usuarias de métodos de planificación familiar que se hayan ausentado de dos controles consecutivos (6 meses).
- 12.1 Educar y orientar individual y grupal por medio de charlas sobre:
- a) Métodos de Planificación Familiar, ventajas de la Planificación Familiar y espaciamiento de los hijos. Desventajas de los métodos de Planificación Familiar.
- 14.1 Realizar visitas domiciliarias a las usuarias que se hayan ausentado del Servicio.
- 14.2 Orientar al personal comunitario para que haga la referencia de estas usuarias.

#### **4. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA EL NIVEL CESAMO-CHA**

##### **NORMA**

1. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, y Vectores realizarán como actividad permanente, la promoción de la Planificación Familiar a las madres, mujeres en edad fértil, parejas y comunidad en general.
2. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Personal de Vectores detectarán y captarán mujeres en edad fértil con énfasis en aquellas que constituyan pacientes de riesgo para un futuro embarazo.
3. El Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería inscribirán en el Programa de Planificación Familiar a toda aceptante que lo solicite voluntariamente o que sea derivada o referida al servicio para la prescripción de Métodos de Planificación Familiar.

##### **PROCEDIMIENTO**

- 1.1 Divulgar e informar a través de educación individual o grupal por medio de charlas sobre:
  - a) Métodos de Planificación Familiar.
  - b) Ventajas y desventajas.
  - c) Lugares y horas de prestación de servicios.
- 2.1 En consulta prenatal, puerperio, morbilidad y trabajo de campo, identificar posibles candidatos para el Programa de Planificación Familiar y captar aquellos que consideren de riesgo.
- 2.2 Orientar a las posibles aceptantes acerca de la importancia de la Planificación Familiar en la salud de la madre y niño.
- 2.3 Derivar a las posibles aceptantes a los servicios de salud.
- 3.1 La inscripción de las aceptantes se realizará en el registro médico o archivo.
- 3.2 Abrir expediente, registrar a la usuaria en tarjeta índice, asignándole número de familia.
- 3.3 Posterior a la inscripción realizar las actividades siguientes:
  - a) La persona responsable de la Preclínica, hará la preparación física de la aceptante, tomará signos vitales (presión arterial, peso, temperatura).
  - b) Llenar la historia clínica HC-4, a través de la entrevista, completando los antecedentes familiares, personales, ginecológicos, obstétricos.
- 3.3 Realizar el examen físico cefalocaudal con énfasis en la palpación de mamas para detectar anormalidades, presencia de edemas y várices en miembros inferiores, aumento o disminución de peso, especialmente para anticonceptivos orales.
- 3.4 Realizar el examen ginecológico:
  - a) Explicar a la aceptante el procedimiento que se utiliza para la inspección de los órganos genitales externos o internos.

- b) Explicar el procedimiento que se utiliza para realizar el tacto vaginal, examen bimanual y el examen con espéculo de los órganos genitales internos.
- c) Orientar a la paciente para que evacúe la vejiga.
- d) Garantizar privacidad a la paciente.
- e) Aseo de manos previo el examen.
- f) Preparar el material y equipo.
- g) Colocar a la paciente en posición ginecológica tratando que los glúteos apoyen un poco del borde inferior de la mesa, aflojando y separando las rodillas.
- h) Inspección de genitales externos (vulva). Observar si hay señales de secreción vaginal, hemorragias, várices, condilomas, irritaciones, cicatrices y cambios de coloración en la piel.
- i) Realizar examen con espéculo.
  - 1) Escoger el espéculo apropiado y sin lubricante.
  - 2) Sostenerlo con la mano derecha y con las valvas cerradas, con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda, separe los labios mayores, mientras le solicita a la paciente que puje o respire por la boca y se relaje.
  - 3) Introducir el espéculo cerrado y de tal forma que las valvas penetren en forma oblicua hacia el canal vaginal, presionando sobre el recto y evitando hacer presión sobre uretra y clitoris; cuidar no lastimar la piel o tomar el vello con las valvas.
  - 4) Cuando las valvas penetren en el canal cervical, proceder a abrir las valvas del espéculo con cuidado y busque el cervix. Una vez visualizado el cervix asegure el espéculo cerrándolo para mantenerlo bajo y poder trabajar con ambas manos.
  - 5) Observar el cervix:  
Situación, color, tamaño, forma, laceraciones, desviaciones del eje, eversión, erosiones, hipertrofia, quistes, úlceras, pólipos, presencia de moco cervical y exudados, secreciones, hemorragias.

- 6) Observar en mucosa vaginal.  
Color, aspecto, presencia de tumoraciones, exudados.
  - 7) Si hay presencia del flujo, observe:  
Color, olor, consistencia. Tomar muestra para laboratorio y de citología.
  - 8) Si se observa anomalía a nivel del cervix (tumoraciones, ulceraciones o evidencia clínica de cáncer, refiera a la paciente a consulta especializada para diagnóstico y tratamiento.
4. El Médico, Enfermera Profesional no procederá a tomar citología vaginal (PAP) en los aceptantes y/o usuarias que presenten contraindicaciones.
    - 4.1 No tomará la citología vaginal (PAP):
      - a) Durante la menstruación normal.
      - b) Durante sangrados vaginales anormales.
      - c) Cuando esté usando medicamentos vaginales.
      - d) Cuando haya tenido relaciones sexuales por un período menor de 48 horas.
      - e) Cuando la paciente use duchas vaginales 48 horas antes de realizar el procedimiento.
    - 4.2 Dará cita a la usuaria en próxima fecha, orientándola sobre los requisitos necesarios para la toma de la muestra.
      - 5.1 Tomará citología vaginal (PAP) a:
        - a) Aceptantes referidas del nivel CESAR que se le haya prescrito anticonceptivos orales por primera vez.
        - b) Cada año a los usuarios de anticonceptivos orales, DIU, y métodos de barrera.
        - c) A las aceptantes de DIU con un mes de anticipación a su inserción
      - 5.2 Preparar la placa, marcada con el nombre y No. de Expediente de la usuaria en el extremo superior, teniendo a mano espátula de ayre, isopo o depresor lingual en caso de carecer de espátula de ayre. Fijador.
      - 5.3 Introduzca la muesca de la espátula de ayre, o isopo en el orificio cervical, y rótelo, desprendiendo las células de la unión escamo-columnar del cervix en forma firme hasta completar un ángulo de 360° alrededor del orificio cervical.
  - 5 El Médico, Enfermera Profesional procederá a tomar citología vaginal a toda usuaria o aceptante que no presente contraindicaciones.

- 5.4 Coloque (no frote) la muestra obtenida en un extremo de la placa marcada.
  - 5.5 Recoger muestra del fondo del saco posterior y paredes vaginales utilizando el extremo opuesto de la espátula o con isopo diferente.
  - 5.6 Coloque la muestra obtenida en el otro extremo de la placa.
  - 5.7 Retire el espéculo suavemente.
  - 5.8 Fije la muestra antes de que se seque teniendo el cuidado de que el rociado sea uniforme desde una distancia no menor de 30 cms.
  - 5.9 Llenar el formulario correspondiente en forma completa y clara.
6. El Médico, Enfermera Profesional, una vez realizado el examen con espéculo procederá a realizar el examen ginecológico bimanual.
    - 6.1 Colóquese guantes estériles.
    - 6.2 Separe los labios mayores con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda.
    - 6.3 Lubríquese los dedos índice y medio de la mano derecha e introdúzcalo en el introito vaginal suavemente y palpe la uretra contra la parte interna del pubis. Haga presión para identificar presencia de secreción de la glándula de skene y uretra.
    - 6.4 Deslice la mano examinadora a lo largo de cada labio mayor y trate de palpar la glándula de Bartholino entre el dedo pulgar y los dedos introducidos en la vagina (índice y medio) para describir la presencia de induraciones, aumento de tamaño, sensibilidad, quistes o abscesos.
    - 6.5 Deslice los dedos hacia la pared vaginal inferior y haga presión hacia abajo con la yema de los dedos introduciéndolos hacia el fondo de la vagina hasta localizar el cervix; pálpelo para definir tamaño forma abertura del orificio cervical externo y trate de identificar si hay presencia de pólipos, quistes, desgarrres, laceraciones y zonas anormales duras salientes y ásperos.
    - 6.6. Localice los fondos de saco laterales y empuje el cervix hacia el lado opuesto. Si la paciente se queja de dolor posiblemente hay inflamación de los anexos del lado donde se produjo el dolor.
    - 6.7 Coloque la mano izquierda sobre el hipogástrico en el punto medio entre el om-

bligo y la sínfisis del pubis, haga presión firme y constante hacia abajo con el fin de estabilizar los órganos pélvicos para que puedan ser palpados con la mano que está en la vagina.

- 6.8 Con la mano que está en la vagina empuje el cuello hacia arriba y hacia atrás para que el fondo del útero se dirija hacia adelante y pueda palparse con la mano que está sobre el abdomen. Coloque los dedos de la mano que está en la vagina en el fondo al saco anterior sobre el cervix tratando de buscar la mano que está en el abdomen con el fin de identificar la posición del útero.
  - 6.9 Si el cuerpo del útero no es palpable en la parte anterior, coloque los dedos de la mano que está en la vagina en el fondo del saco posterior y levante cuidadosamente el cervix hacia la mano que está en el abdomen, este movimiento puede identificar si la posición del útero es media o anterior, si se palpa el cuerpo entre las dos manos.
  - 6.10 Tan pronto como se identifique la posición del útero, abra los dedos de la mano que está en la vagina, tratando de enlazar el cervix y reconozca la forma, el tamaño, consistencia, sensibilidad y la movilidad del útero.
  - 6.11 Palpe luego los anexos y para ello coloque la mano que está en el abdomen en la fosa ilíaca del lado que se va a examinar. En este sitio se flexionan suavemente los dedos al mismo tiempo, lleve los dedos de la mano que está en la vagina, hacia atrás, arriba y afuera, presionando el anexo contra el abdomen; repita el procedimiento para el lado contrario.
  - 6.12 Registrar los hallazgos encontrados en el examen ginecológico en el formulario correspondiente en la Historia Clínica.
  - 6.13 Recoja el material utilizado, lávelo con cepillo, agua y jabón, luego esterilizarlo y déjelo listo para ser nuevamente usado.
7. El Médico, Enfermera Profesional informará a la usuaria sobre el método de Planificación Familiar que le conviene posterior a su evaluación física, y la Auxiliar de Enfermería reforzará esta información en la post-clínica.
  - 7.1 Informar a la usuaria sobre:
    - a) El método de Planificación Familiar que le conviene.
    - b) Ventajas del método a utilizar.
    - c) Forma de utilizar el método prescrito.

- d) Orientarla sobre posibles problemas que pueden presentarse con el método a utilizar.
8. El Médico, Enfermera Profesional indicará a la aceptante o usuaria el anticonceptivo oral (anovulatorio), según criterio y aceptación de la usuaria.
- 8.1 Indicará anticonceptivos orales en los siguientes casos:
- Mujeres mayores de 15 años.
  - Mujeres menores de 35 años.
  - En los que se descarte embarazo.
  - Mujeres que han tenido abortos sin complicaciones.
- 8.2 Orientar a la aceptante que el inicio del método sea de preferencia al 5 día después del primer día de la menstruación para anticonceptivos orales de concentración alta de esteroides y a partir del primer día de la menstruación para anticonceptivos de concentraciones bajas de esteroides (hormonas).
- 8.3 Dar cita a la aceptante para evaluación médica al mes de iniciado el método y determinar continuidad del mismo.
9. El Médico, Enfermera Profesional no prescribirá anticonceptivos orales a las aceptantes que presenten contraindicaciones.
- 9.1 Los anticonceptivos orales están contraindicados en los siguientes casos:
- Mujer lactando durante los primeros 12 meses de vida del niño.
  - Sospecha o prueba positiva de embarazo.
  - Várices evidentes.
  - Enfermedad hepática (hepatitis).
  - Trastornos circulatorios (tromboflebitis, tromboembolismo, accidente cerebro vascular).
  - Sangrado uterino anormal (orgánico).
  - Hipertensión arterial.
  - Diabetes (por comunicación de la aceptante durante el interrogatorio).
  - Fibromatosis uterina (tumores benignos de útero).
  - Epilepsia (por comunicación durante el interrogatorio).
  - Cefaleas frecuentes.
  - Asma bronquial con episodios frecuentes.
  - Patología mamaria.
10. El Médico, Enfermera Profesional, prescribirá otros métodos (mecánicos, barrera).
- 10.1 Informar a la usuaria o aceptante las razones por las que no pueden utilizar anticonceptivos orales.

11. El Médico, Enfermera Profesional controlará a las usuarias referidas del nivel CESAR y Comunidad, o los que espontáneamente o por cita acudan al servicio.
  - 11.1 Llenar la ficha clínica HC-4, parte correspondiente a evaluación.
  - 11.2 Realizar el examen físico siguiendo el orden del formulario HC-4.
  - 11.3 Interrogar a la usuaria acerca de la satisfacción y problemas presentados en el uso de anticonceptivos orales.
  - 11.4 Fijar la fecha del próximo control.
  - 11.5 Entregar a la usuaria anticonceptivos orales para 1 mes a partir del inicio en el método. Remesa para 3 meses a partir del primer control.
  
12. El Médico, Enfermera Profesional suspenderá la prescripción de anticonceptivos orales a las usuarias que presenten complicaciones por el uso.
  - 12.1 Usuarias de anticonceptivos orales que presenten las siguientes características:
    - a) Piel de la cara manchada (cloasma).
    - b) Dolor de cabeza o mareos frecuentes.
    - c) Dolor de mamas que persiste después de 3 meses.
    - d) Suspensión de dos períodos menstruales consecutivos.
    - e) Menstruaciones muy abundantes o irregulares.
    - f) Piernas o pies edematosos (hinchados y dolorosos).
    - g) Aparición de várices muy pronunciados en miembros inferiores.
    - h) Flujo vaginal abundante o sanguinolento.
    - i) Cambios de conducta (mal genio, angustia).
    - j) Aumento o disminución brusca de peso.
  
13. El Médico, Enfermera Profesional registrará a la usuaria y tipo de método en el formulario correspondiente.
  - 13.1 Registrar la actividad en el formulario AT.1 y AT-2.
  
14. El Médico, Enfermera Profesional indicará a la aceptante o usuaria el Dispositivo Intrauterino (DIU) según criterio y aceptación de la usuaria.
  - 14.1 La inserción de Dispositivo Intrauterino se hará según criterios:
    - a) De 4-6 semanas post-parto con o sin que se haya presentado la menstruación (previa evaluación ginecológica).
    - b) Después de un legrado por aborto incompleto no séptico.
    - c) Tres meses posterior a una cesárea, de preferencia con su menstruación.
    - d) Del 1o. al 5o. día después de la menstruación en los casos que no estén

- comprendidos en los literales anteriores.
- e) En usuarias que estén tomando un método oral y quieran cambiarse al dispositivo. Explicar a la paciente los procedimientos que le serán efectuados.
- f) Toma de citología, examen con espéculo, examen bimanual y la inserción del DIU.
15. El Médico, Enfermera Profesional no prescribirá el Dispositivo Intrauterino a las aceptantes que presenten contraindicaciones.
- 15.1 Los Dispositivos Intrauterinos están contraindicados en caso de:
- a) Confirmación de la existencia de embarazo.
- b) Infecciones pélvicas.
- b.1) En caso de Cervicitis moderada o severa.
- b.2) En caso de salpingitis aguda, o enfermedad pélvica inflamatoria, debe ser tratada y curada durante 6 semanas, preferiblemente 3 meses antes de insertar un DIU.
- c) Mipoplasia, estenosis o deformación del cuello o de la cavidad uterina.
- d) Sospecha o confirmación de cáncer vaginal, cervical o corporal.
- e) Grave patología vulvo-vaginal, cervical o corporal.
- f) Citología cervical anormal y fibromiomas.
- f.1) Resultado de citología vaginal con clase III.
- g) Dismenorrea severa o alteraciones del ciclo menstrual.
- h) Grandes múltiparas.
- i) Nuliparas.
16. El Médico, Enfermera Profesional procederá a la inserción del Dispositivo Intrauterino a la aceptante.
- 16.1 Preparar el instrumental necesario: Espéculo, pinzas de cuello, pinzas de curación, histerómetro, DIU estéril con su insertor, guantes estériles, tijeras, torundas de algodón estériles, solución antiséptica.
- 16.2 Solicitar a la aceptante evacuar la vejiga.
- 16.3 Ayudar a la aceptante a colocarse en la mesa ginecológica y asegurarle privacidad.

- 16.4 Se colocará el espéculo con la técnica adecuada una vez visualizado el cuello del útero, se limpiará con una torunda de algodón estéril impregnada de solución antiséptica.
- 16.5 Se colocará la pinza al cuello en la posición 10-2 del cervix, advirtiéndole a la aceptante que sentirá un poco de molestia.
- 16.6 Una vez tomado el cervix se tracciona firmemente hacia abajo y hacia afuera para enderezar la cavidad uterina.
- 16.7 Se sostendrá el histerómetro entre los dedos índice, pulgar y mayor de la mano, se introducirá dentro del canal cervical y se guiará solo en dirección a la cavidad uterina. Esto debe confirmar el diagnóstico sobre la posición del útero que se encontró en el examen bimanual.
- 16.8 Si se nota alguna obstrucción a nivel de orificio cervical interno, se puede hacer un poco de tracción con el tenáculo para facilitar la entrada del histerómetro. No debe ejercerse presión.  
Se mantendrá el histerómetro con cuidado contra la apertura cervical interna, durante 2 ó 3 minutos para que pase cualquier espasmo.  
Si después de este tiempo continúa siendo difícil pasar el histerómetro, se debe suspender este procedimiento y se remitirá a la aceptante a consulta especializada.
- 16.9 Una vez introducido el histerómetro, se tocará suavemente el fondo del útero para confirmar la posición.
- 16.10 Se extraerá el histerómetro para determinar la profundidad del útero usando el nivel de la sangre sobre el histerómetro. La mayoría de los úteros tienen una profundidad de 7 centímetros. No se debe intentar la inserción de un DIU en úteros con solamente 5 cms. de profundidad.
- 16.11 Coloque el Dispositivo (Lippes Loop) dentro del aplicador. Con la mano izquierda tome el aplicador y sosténgalo por la parte comprendida entre el indicador cervical y el indicador distal o de base, cuidando no contaminar el extremo cervical del aplicador.

- 16.12 Con su mano libre, tome el espiral de Lippes Loop empezando por el extremo que no tiene hilo, insértelo rápidamente del extremo distal del aplicador, en tal forma que descansa en el mismo plano horizontal en que están el indicador cervical y de base.
- 16.13 Tome el émbolo y empújelo dentro del aplicador por detrás del espiral.
- 16.14 Empuje el espiral hacia arriba hasta el borde del aplicador. El espiral no debe de permanecer dentro del aplicador por más de un minuto ya que el asa pierde su forma cuando se estira.
- 16.15 Con la mano izquierda, ejerza tracción sobre el tenáculo mientras inserta el aplicador cargado.
- 16.16 Con la mano derecha, empuje el aplicador con cuidado a través del canal cervical y en la dirección apropiada según como esté en el útero, en anteflexión o retroflexión no haga presión.
- 16.17 Coloque el aplicador en tal forma que el indicador cervical esté firme contra el orificio cervical externo y que se conserve en posición horizontal.
- 16.18 Mantenga una tracción firme sobre el tenáculo con la mano izquierda y con los dedos de esa mano. Sostenga el aplicador en forma estable en la posición correcta.
- 16.19 Con la mano derecha, tome el mandril y empújelo cuidadosamente dentro del aplicador. No ejerza presión. Si ésta se hace necesaria, suspenda el procedimiento.
- 16.20 Introduzca lentamente el Dispositivo y asegúrese de que entre en la cavidad uterina. Debe tenerse en cuenta que la inserción demasiado rápida puede provocar calambres y retorsiones. Luego al mandril se le da una vuelta sobre sí y se procede a retirarlo completamente para prevenir que tire de los hilos. Después se retira el aplicador.
- 16.21 Los hilos que salen del cuello deben de extenderse por lo menos 5 centímetros, seguidamente se hará un tacto para comprobar la estabilidad del asa.

17. El Médico, Enfermera Profesional informará a la usuaria sobre las molestias y cuidados que debe tener posterior a la inserción del DIU.

18. El Médico, Enfermera Profesional controlará a las usuarias de Dispositivo Intrauterino al mes de la inserción y posteriormente cada 6 meses.

19. El Médico, Enfermera Profesional retirará el DIU a las usuarias que presenten complicaciones por el uso.

17.1 Explicar a la paciente:

- a) Que aunque este es uno de los mejores métodos disponibles, existe de un 2% a 3% de posibilidad que falle.
- b) Debe advertírsele a la usuaria la posibilidad de expulsión y que además esto puede ocurrir con mayor frecuencia durante la menstruación.
- c) Molestias o ligero dolor después de la inserción por uno o dos días.
- d) Probablemente tendrá un sangrado ligero y una persistente secreción sanguinolenta que puede perdurar hasta la próxima menstruación.
- e) Que las primeras menstruaciones suelen ser más prolongadas y abundantes que de costumbre. Si persiste por varios meses, deberá acudir al servicio de salud.

18.1 Llenar la ficha clínica HC-4 correspondiente a evaluación.

18.2 Realizar examen ginecológico y comprobar que los hilos del DIU sobresalgan del cervix y detectar complicaciones.

18.3 Evaluará si es necesario remover el DIU, en caso de dismenorrea severa, menometrorragia, o proceso inflamatorio pélvico.

18.4 Valorizará la necesidad de continuar o cambiar el método.

18.5 Retirá el DIU en caso de demanda espontánea de la usuaria.

19.1 Procedimientos en casos especiales:

- a) Cuando los hilos del DIU no son visualizados.
  - a.1) Descartar embarazo clínicamente y laboratorialmente.
  - a.2) Revisar con equipo adecuado cuidadosamente la cavidad uterina.
  - a.3) Referirla al hospital de área o regional si el DIU no se toca, para consulta especializada.
  - a.4) Si el DIU fue expulsado, debe reemplazarse por otro de mayor tamaño o sugerir cambio de método.
  - a.5) Si el DIU está en cavidad uterina éste debe ser cambiado por otro

similar, teniendo el cuidado de cortar los hilos con una longitud adecuada de 4-5 centímetros.

- b) Embarazo con DIU insitú e hilos visibles.
    - b.1) Explicar la situación a la usuaria.
    - b.2) Con embarazo menor de 12 semanas referirla a consulta especializada para su extracción previa autorización escrita de la usuaria.
    - b.3) Con embarazo de 12 semanas o más, no debe removerse el DIU, y referir a la paciente a consulta especializada para control del embarazo como de alto riesgo.
- 
- 20. El Médico, Enfermera Profesional registrará a la usuaria y el método en el formulario correspondiente.
  - 21. El Médico, la Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Personal de Vectores orientará y educará a las usuarias y comunidad general sobre Planificación Familiar.
  - 22. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud y Personal de Vectores realizarán seguimiento a las usuarias de métodos de Planificación Familiar que se hayan ausentado por un período de 2 controles consecutivos (6 meses).
  - 23. El Médico, Enfermera Profesional prescribirá métodos de barrera a las usuarias en las cuales esté contraindicado el uso de Dispositivo Intrauterino y anticonceptivos orales.
  - 24. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Personal de Vectores, informará y orientará a aquellas parejas que presenten problemas de infertilidad.
- 
- 20.1 Registrar la actividad en los formularios AT-1 y AT-2.
  - 21.1 Orientará y educará a través de educación individual y grupal sobre métodos de Planificación Familiar, ventajas y desventajas de los métodos.
  - 22.1 Realizar visitas domiciliarias a las usuarias que se hayan ausentado del Servicio.
  - 22.2 Orientar al personal comunitario para referencia de las usuarias que se han ausentado del servicio.
  - 23.1 Explicar a la usuaria los métodos locales que puede utilizar:
    - a) Espermaticidas.
    - b) Condomes.
  - 23.2 Informarle y orientarle de la existencia de otros métodos definitivos de Planificación Familiar (esterilización quirúrgica) y referirla a Centros donde se practique este procedimiento, si la paciente acepta y reúne los requisitos indispensables para tal fin.
  - 24.1 Informar y orientar a las parejas que no pueden y desean tener hijos, acerca de los lugares donde puedan obtener servicio especializado para su problema.
  - 24.2 Referir a la pareja con problemas a consulta especializada, donde exista el recurso.

## 5. RESOLUCION No. 141-84

Tegucigalpa, D. C., 18 de Junio de 1984.

Para su conocimiento y demás fines transcribale la Resolución que a la letra dice:

El Secretario de Estado en el Despacho de Salud Pública,

CONSIDERANDO: Que es obligación del Ministerio de Salud Pública normar todas las actividades relativas a salud.

CONSIDERANDO: Que los aspectos de la Esterilización Quirúrgica y Terapéutica se encuentran formando parte como componente importante del Programa de Planificación Familiar en el contexto de la Salud Materno Infantil.

CONSIDERANDO: Que la Esterilización Voluntaria y Terapéutica que se ha venido practicando en los establecimientos tanto públicos como privados, no obedece a una regulación uniforme que permita los avances definidos en el objetivo del Programa.

POR TANTO: En aplicación de lo establecido en el Art, 5, Numeral 5 y 27 del Código Sanitario vigente, Artículo 8, Inciso 9, reformado del Código de Procedimientos Administrativos.

### R E S U E L V E :

Establecer con carácter obligatorio las siguientes disposiciones para la práctica de la Esterilización Quirúrgica Voluntaria y Terapéutica en los Establecimientos de Salud Pública y Privados.

1. En los Establecimientos Públicos y Privados del país se podrán practicar las Esterilizaciones siguientes:

#### a) ESTERILIZACION QUIRURGICA VOLUNTARIA

Entendiéndose éste como un método de regulación de la natalidad aceptado por las personas en forma libre y voluntaria y con pleno conocimiento de la naturaleza de la operación que tiene como propósito, mantener anticoncepción en forma permanente mediante un procedimiento quirúrgico.

#### b) ESTERILIZACION QUIRURGICA TERAPEUTICA:

Procedimiento quirúrgico aplicado en forma preventiva a hombres o mujeres que sufren enfermedades físicas o mentales, que

según la opinión de un cuerpo de técnicos en la materia convierte al proceso de reproducción humana en un elemento negativo para la salud de la madre y el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable, con los consiguientes perjuicios físicos, psicológicos y sociales que acarrearía el producto.

2. La Esterilización Quirúrgica Voluntaria y la Esterilización Quirúrgica Terapéutica serán practicadas por médicos que prestarán sus servicios en los establecimientos públicos y privados especializados en Gineco-Obstetricia o Cirugía General.

Los Médicos Generales también podrán practicar esterilizaciones cuando acrediten debidamente su entrenamiento.

3. El procedimiento de esterilización sólo podrá realizarse en un ambiente quirúrgico, adecuado para lo cual la Secretaría autorizará a los establecimientos que llenen este requerimiento.
4. Toda persona que se someta a procedimiento de Esterilización Quirúrgica Terapéutica debe ser avalado por una Certificación extendida por el Médico tratante y dos Médicos más que se encuentren en el ejercicio legal de su profesión. Uno de los cuales tendrá la especialidad en la patología que presenta el paciente. Estos documentos deberán incluirse en la Historia Clínica respectiva, que para tal fin se llene en el establecimiento en que se practique la Esterilización.
5. Podrá practicarse Esterilizaciones Quirúrgicas Voluntarias a:
  - a) Las mujeres de 24 a 34 años con tres o más hijos y las mujeres mayores de 35 años con uno o más hijos, lo cual acreditará con cualquier documento oficial, siempre que se comprueben haber agotado los recursos no quirúrgicos.
  - b) En los varones de 30 años, cuando tengan tres o más hijos, lo cual acreditará con cualquier documento oficial.
6. Previo a la práctica de la Esterilización Quirúrgica Voluntaria se requiere:
  - a) Que la paciente, padres o cónyuges sea: Informado del procedimiento, su irreversibilidad y posibles consecuencias; con dos semanas de anticipación a la práctica deberá informarle nuevamente sobre el procedimiento quirúrgico.

- b) Constancia en donde se exprese el pleno consentimiento de la persona que se somete en forma voluntaria al procedimiento.
7. Queda prohibida la entrega de incentivos de cualquier tipo para que una persona se someta a Esterilización Quirúrgica Voluntaria en los Hospitales del Estado; no se permitirá que el personal del mismo reciba pago extra por ejecutar o participar en esta operación.
  8. La Esterilización Quirúrgica Voluntaria Terapéutica que se practique en los Hospitales del Estado se hará bajo la dirección de los Departamentos de Gineco-Obstetricia o Cirugía General y de Urología en los Hospitales donde exista tal Departamento.
  9. Los Directores de los Establecimientos de Salud, tendrán la obligación de rendir informe estadístico a la División Materno Infantil, con copia a Estadística del Ministerio de Salud Pública, en los primeros quince días de cada mes, sobre el número de Esterilizaciones efectuadas.
  10. Esta Resolución entrará en vigencia a partir de su publicación en el Diario Oficial "La Gaceta".

NOTIFIQUESE. Sello y Firma,

Dr. RIGOBERTO LOPEZ LAGOS

Dr. RUBEN FRANCISCO GARCIA MARTINEZ

IV- Normas de Lactancia Materna para el  
Nivel César - Cesamo

# 1. NORMAS DE ATENCION EN LACTANCIA MATERNA A NIVEL CESAR Y CESAMO

## NORMA

## PROCEDIMIENTO

1. El Personal de Salud, Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud y Personal de Vectores, Nutrición y Comunitario, realizará como actividad permanente la promoción de de la lactancia materna a embarazadas que asistan a control prenatal, consulta de salud familiar y comunidad en general.
  - 1.1 Divulgar a:
    - Embarazadas, grupos familiares y comunidades en general, las ventajas de la lactancia materna para la salud del niño, madre y la familia.
2. El Personal de Salud en el control prenatal, brindará educación sobre lactancia materna, enfocándolo a:
  - a) Características de los niños normales alimentados con leche materna.
  - b) Ventajas nutricionales, inmunológicas, antialérgicas, económicas y emocionales de la Lactancia Materna.
  - c) Nutrición de la embarazada.
  - d) Proceso del embarazo y atención del parto.
  - e) Preparación física y psicológica de la embarazada para la Lactancia Materna.
3. El Médico, la Enfermera Profesional y la Auxiliar de Enfermería durante el control prenatal realizarán la preparación física y psicológica de la embarazada para una lactancia materna exitosa.
  - 3.1 Preparación de pezones.
  - 3.2 Preparación física, psicológica de la embarazada para el parto, haciendo énfasis en:
    - a) Alojamiento conjunto.
    - b) Lactancia Materna inmediata después del parto a niños normales nacidos a término.
    - c) Lactancia Materna a libre demanda.
    - d) Alimentación exclusiva con leche materna desde el nacimiento.
    - e) Valorar el estado nutricional de la embarazada.
4. El Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería, durante el control prenatal harán el examen físico de la embarazada haciendo énfasis en la inspección y palpación de mamas.
  - 4.1 Realizar el examen físico céfalo caudal según orden del formulario HC-4, parte correspondiente a control prenatal
  - 4.2 Inspección de mamas.
  - 4.3 Identificación y clasificación de pezones:
    - a) Pezón normal.
    - b) Pezón plano.
    - c) Pezón invertido.

5. El Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería harán detección y captación de embarazadas con "Problemas Especiales" que dificultarían la lactancia materna (tipo de pezón).

6. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Personal de Vectores, Nutrición y Comunitario realizarán programas de seguimiento a la embarazada con problemas especiales relacionados con la lactancia.

7. El equipo de salud motivará a la embarazada en control en la post-clínica, para la formación de grupos de prenatal.

5.1 Orientar a la madre sobre preparación y ejercicios de los pezones:

**Pezón normal:**

a Partir del 7o. mes de embarazada se hará la preparación manual de los pezones:

a) Frotar el pezón con un paño o toalla, estirar y girar el mismo. Todos los días pueden hacerse durante el baño (no usar jabón para el aseo de pezones).

b) Aplicar aceite, vaselina o crema en ambos pezones y areola.

c) Exponerlos al sol durante 5 ó 10 minutos.

**Pezón plano:**

A partir del 2o. mes de embarazo:

a) Ejercicios dos o tres veces al día.

b) Realizar para hacer resaltar el pezón los procedimientos de preparación y ejercicios de los pezones en la embarazada (pezón normal).

c) Usar un sostén o brassiere ajustado y/o hacerle un agujero en el lugar por donde resalte el pezón y usarlo diariamente.

**Pezón invertido**

A partir del segundo mes de embarazo:

a) Peñizcarlo o aplicar hielo sobre el pezón para que resalte.

b) Efectuar las maniobras de Hoffman 2 a 3 veces al día.

c) Realizar los procedimientos para pezón normal.

d) Uso de brassiere con agujero.

6.1 Realizar visitas domiciliarias.

6.2 Referencia al establecimiento de salud.

7.1 Selección de embarazadas interesadas en formar los grupos de prenatales.

7.2 Integración a los grupos de embarazadas, madres con experiencia en lactancia materna para que sirvan de apoyo.

7.3 Planificar y ejecutar cursos sobre lactancia materna a embarazadas integrantes de los grupos.

8. El Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería darán cita a la embarazada en el último control para que asista al Centro de Salud 10 días después del parto.
9. El Médico, la Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería detectarán en los primeros 10 días post-parto a puerperas y recién nacidos.
10. El Médico, la Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería realizarán el control post-natal a todas las puerperas que demanden la atención.
  - 8.1 Registrar en el expediente la fecha de la cita del control puerperal
  - 9.1 Visitas domiciliarias.
  - 9.2 Referencias por parteras tradicionales capacitadas y guardianes de salud.
  - 10.1 Realizar el control, siguiendo el orden del formulario HC-4.
  - 10.2 Interrogatorio sobre:
    - a) Dolor de espalda que es señal de mala posición al amamantar.
  - 10.3 Estado general de la paciente.
  - 10.4 Revisión de las mamas en busca de:
    - a) Color, rubor, secreción láctea presente.
    - b) Presencia de grietas de pezones.
    - c) Tamaño, forma de pezones.
    - d) Congestionamiento mamario o pletara.
    - e) Mastitis.
11. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Promotor, Nutricionista, Personal de Vectores y Comunitario orientará e informará a toda puerpera de 0-28 días sobre el cuidado personal y del recién nacido.
  - 11.1 Se impartirá educación individual o grupal a través de charlas sobre:
    - a) Higiene personal.
    - b) Reposo.
    - c) Alimentación del recién nacido.
    - d) Alimentación de la madre lactante.
    - e) Cuidado de las mamas.
    - f) Ventajas de la Lactancia Materna.
    - g) Relación afectiva madre-hijo.
  - 11.2 Además, realizará demostraciones prácticas sobre:
    - a) Baño del recién nacido.
    - b) Curación del cordón umbilical.
    - c) Estimulación temprana.
    - d) Alimentación exclusiva del pecho del recién nacido.

12. El Médico, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería y Nutricionista brindarán atención y orientación a toda puerpera en la que se detecten situaciones especiales que se presenten durante la lactancia materna, considerándose como problemas especiales los siguientes:  
(Ver Anexo 2)

### **SITUACION ESPECIAL A PROBLEMA**

#### **En la Madre:**

- 1) Trabajo
- 2) Epilepsia
- 3) Diabetes
- 4) Hepatitis
- 5) Enf. de Transmisión Sexual
- 6) Anemia
- 7) Toxemia
- 8) Desnutrición
- 9) Otras infecciones
- 10) Pletora
- 11) Pezones adoloridos y agrietados
- 12) Hipogolactea
- 13) Ausencia de Calostro
- 14) Mastitis

13. Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería no prescribirán anticonceptivos hormonales (de contenido estrogénico) a las madres que se encuentren lactando durante un período de por lo menos 12 meses.

14. El Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería, durante la visita de la madre a la consulta por morbilidad y control de Crecimiento y Desarrollo, la orientará sobre la importancia de:
- a) Lactancia materna prolongada.
  - b) Inmunizaciones.
  - c) Terapia de rehidratación oral.
  - d) Desarrollo psicomotor del niño.

#### **En el Niño:**

- a) Niño prematuro y/o de bajo peso al nacer.
- b) Niño patológico.
- c) Niño con succión débil.
- d) Niño con labio leporino y/o paladar hendido.
- e) Niño con síndrome de Down.
- f) Gemelos.
- g) Niño que no aumenta de peso.

- 13.1 Orientará a la madre hacia el uso de métodos de barrera o al uso de dispositivos intrauterinos.

- 14.1 Divulgar la importancia de la lactancia exclusiva hasta el cuarto mes y continuar cuando el niño ya inicie con otros alimentos hasta 1 año.

- 14.2 Divulgar las ventajas nutricionales inmunológicas, psicológicas y económicas de la leche materna.

- 14.3 Divulgar el esquema de alimentación del niño durante los dos primeros años de vida.

- 14.4 Divulgar la importancia de la inmunización, edades de vacunación, tipo de enfermedades inmunoprevenibles y vacunación sostenida.

- 14.5 Orientar sobre los medios para prevenir la diarrea.
  - 14.6 Divulgar el uso de la terapia de rehidratación oral para prevenir la deshidratación por diarrea.
  - 14.7 Utilizar los cursos de crecimiento para la detección temprana de la desnutrición.
  - 14.8 Evaluar el desarrollo psicomotor y alimentación del niño utilizando el formulario HC-2.
- 
15. El Personal de Salud promoverá una nutrición adecuada en la madre lactante, recién nacido y familia para la prevención de la desnutrición.
    - 15.1 Orientar sobre la importancia de la distribución del ingreso familiar, selección adecuada de alimento según presupuesto.
    - 15.2 Orientar a la madre sobre el uso de los productos suministrados por el servicio de salud y evitar el mal uso en la alimentación de recién nacido y lactante menor.
    - 15.3 Introducción de alimentos semisólidos para complementar la Lactancia Materna.
    - 14.4 Orientar sobre la importancia de la alimentación durante el destete.
    - 15.3 Introducción de alimentos semisólidos para completar la lactancia materna.
    - 15.4 Orientar sobre la importancia de la alimentación durante el destete.

## **NORMAS DE ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA PARA HOSPITALES REGIONALES Y DE AREA**

1. Toda madre debe permanecer con su hijo recién nacido durante el tiempo que se encuentre hospitalizada, excepto casos especiales.
2. Todo niño debe permanecer junto a su madre desde el momento de su nacimiento, salvo en casos especiales.
3. El Personal de Salud (Médico, Enfermería, Promoción, Vectores, Nutrición) es responsable de motivar, apoyar y orientar a la madre y familia sobre la importancia de la Lactancia Materna y las técnicas de amantamiento.
  - 3.1 El Médico lo realizará durante su visita.
  - 3.2 El Personal de Enfermería y de Promoción, Nutrición lo realizará durante:
    - visita o domiciliarios.
    - Educación individual.
    - Educación incidental, individual o a
    - Trabajo de Campo.
  - 3.3 Se orientará, demostrará y supervisará las siguientes técnicas:
    - Posición de la madre.
    - Posición del niño.
    - Manera de interrumpir la succión.
    - Masaje de los senos.
    - Extracción de leche.
    - Higiene de la paciente.
4. En caso de presentarse complicaciones de la madre o del niño( ésta(e) debe ser llevado a la Sala de Recién Nacidos por el Personal de Enfermería de Puerperio.
  - 4.1 Avisar al personal del servicio de recién nacidos en caso de complicación materna
  - 4.2 Trasladar al niño de inmediato con su respectivo expediente al servicio de recién nacidos en caso de presentar complicación.
  - 4.3 Notificar verbalmente y por escrito al Personal del Servicio de Recién Nacidos el motivo del traslado.
5. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería establecer el alojamiento conjunto al mejorar la condición de la madre o del niño.
  - 5.1 Mantener comunicación con el servicio de Recién Nacidos.
  - 5.2 Informar a la madre sobre la evolución del niño.
  - 5.3 Al mejorar la condición de la madre, informar al Servicio de Recién Nacidos para el traslado inmediato del niño al alojamiento conjunto.

- 6 Cada recién nacido debe tener su unidad individual junto a la cama de su madre.
  - 6.1 Mantener limpia y en orden la unidad que consta de un bacinete con su respectiva colchoneta.
  - 6.2 Promover amamantamiento a libre demanda.
7. Para todo recién nacido que permanezca con su madre en el alojamiento conjunto, el único alimento que debe recibir es la leche materna, salvo en caso justificado por el especialista.
  - 7.1 Continuar motivando a la madre para la lactancia.
  - 7.2 Detectar problemas en la madre y el niño que puedan interferir en la lactancia.
  - 7.3 No dar ningún otro alimento ni agua sin orden médica.
8. En la Sala de Puerperio se debe enseñar y propiciar únicamente propaganda sobre lactancia materna y todo lo relacionado con la salud del niño y la madre.
  - 8.1 Colocar afiches o carteles alusivos a lactancia materna, vacunación, control de crecimiento y desarrollo.
  - 8.2 Dar orientación individual o en grupos a las madres.
  - 8.3 Proporcionar folletos o panfletos sobre Lactancia Materna, vacunación a la madre y familia.
9. En las unidades de alojamiento conjunto, todo paciente tiene derecho a ser visitada solamente por una persona y durante el horario de visita establecido por el hospital.
  - 9.1 Vigilar que cada madre no tenga más de una visita a la vez.
  - 9.2 Vigilar que se cumpla el horario establecido por el hospital.
  - 9.3 Reportar a vigilancia cualquier problema relacionado con la visita.
- 10 Es terminantemente prohibido fumar en las unidades de alojamiento conjunto.
  - 10.1 Colocar avisos en cada cubículo.
11. Toda persona que manipule los recién nacidos debe lavarse previamente las manos hasta el codo.
  - 11.1 Mantener equipado cada lavabo con jabón y toalla.
  - 11.2 Orientar sobre la importancia del lavado de las manos antes de manipular el recién nacido.
  - 11.3 Lavarse las manos con agua y jabón hasta el codo.
12. Es terminantemente prohibido que personas enfermas permanezcan en las unidades de alojamiento conjunto y manipulen al recién nacido.
  - 12.1 Orientar a la madre y a los visitantes al respecto.
13. Es responsabilidad del personal de enfermería recibir a la madre y al recién nacido y colocarlos en sus respectivas unidades.
  - 13.1 Revisar los expedientes y brazaletes.
  - 13.2 Valorar la condición de la madre y del niño.

14. De presentarse complicaciones en la madre al momento del ingreso, el personal que hace el traslado debe regresarla a la unidad de partos.
  - 15: De presentarse complicaciones en el niño al momento del ingreso, éste deberá ser trasladado de inmediato al Servicio de Recién Nacido para Niños Patológicos.
  16. Es responsabilidad del personal de enfermería que ingresa la paciente, enseñarle las técnicas de amamantamiento para continuar la lactancia.
  17. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería orientar a la madre sobre los cuidados que debe brindar al recién nacido.
- 13.3 Colocar al recién nacido en el bacinete que permanecerá junto a la cama de la madre inclinado.
  - 13.4 Trasladar la madre a la cama con ayuda del personal de la Unidad de Partos.
  - 13.5 Colocar viñeta de identificación en el bacinete y el expediente del niño entre el bacinete y portabacinete.
  - 13.6 Cumplir órdenes médicas de la madre.
  - 14.1 Colocar el niño en el bacinete.
  - 14.2 Trasladar de inmediato a la madre.
  - 15.1 Colocar al niño en el bacinete con su respectivo expediente.
  - 15.2 Trasladarlo de inmediato al área pertinente.
  - 15.3 Informar a la madre el motivo del traslado del recién nacido.
  - 15.4 Colocar a la madre en su unidad respectiva.
  - 15.5 Mantener informada a la madre sobre el estado del recién nacido.
  - 16.1 Ayudar a la madre a adoptar una posición cómoda y adecuada.
  - 16.2 Colocarle al niño en posición correcta para succionar:
    - Frente a frente.
    - Boca del niño a la altura del pezón.
    - Nariz del niño libre para respirar.
  - 16.3 Comprobar que el niño succiona correctamente.
  - 16.4 Reforzar la importancia del calostro como nutriente.
  - 17.1 Motivar a la madre para que participe activamente en el cuidado del niño:
    - Alimentación al pecho materno.
    - Baño.
    - Limpieza del cordón umbilical.
    - Cambio de ropa.
    - Estimulación temprana.
  - 17.2 Enfatizar sobre el amor mutuo madre niño para evitar el abandono de éste.

18. Toda madre que por algún motivo no pueda estar alojada conjuntamente con su hijo, el personal médico y de enfermería debe dar la orientación necesaria para no interrumpir la lactancia materna ni el apego con su recién nacido.
  - 18.1 Motivar a la madre sobre la lactancia materna y el apego a su hijo.
  - 18.2 Facilitarle el traslado al Servicio de Recién Nacidos previa autorización médica.
  - 18.3 No establecer horarios de visita al Servicio de Recién Nacidos.
  - 18.4 Si la madre no puede movilizarse, extraerle el calostro manualmente o utilizando un extractor manual de leche.
  - 18.5 Solicitar evaluación médica para utilizar o descartar la leche.
  - 18.6 Coordinar, si lo hubiere, con Banco de Leche Materna las actividades relacionadas con donación
19. Es responsabilidad del personal de enfermería dar atención especial a toda madre que ingrese con pezón plano o invertido.
  - 19.1 Darle la seguridad a la madre de que podrá amamantar al niño.
  - 19.2 Demostrarle los ejercicios de Hoffman y los de estiramiento y rotación del pezón.
  - 19.3 Indicarle la frecuencia con que éstas deben ser realizados.
  - 19.4 Ayudarle a colocarse el niño al pecho para iniciar la succión.
20. El personal médico y de enfermería es responsable de orientar a la madre sobre el lavado de las manos previo al amamantamiento.
  - 20.1 Darle a conocer la importancia del lavado de las manos.
  - 20.2 Proveer permanentemente los lavados con jabón.
21. Toda madre que por algún motivo tenga que dejar hospitalizado a su hijo, debe ser orientada en la Sala de Alojamiento Conjunto.
  - 21.1 Informar a la madre que su hijo quedará hospitalizado en el Servicio de Recién Nacidos.
  - 21.2 Enviarla a dicho servicio para continuar con la orientación.
  - 21.3 Motivar a la madre sobre la importancia de visitar a su hijo para:
    - Amamantarlo.
    - Dejar leche materna.
    - Estimulación temprana.
  - 21.4 Reforzar las técnicas de extracción manual de leche:
    - Masaje de senos.
    - Extracción manual.
    - Frecuencia de la extracción.
22. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería referir a la madre a su control post-natal y al niño a control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud que le corresponde.
  - 22.1 Orientar a la madre sobre la importancia del control médico de ambos.
  - 22.2 Entregarle su respectiva hoja de referencia o retrareferencia.
  - 22.3 Enviar a la Supervisora encargada del Programa a Nivel Regional copia de todas las referencias y retroreferencias de las pacientes que pertenecen a su área de influencia regional.

### 3. NORMAS DE LACTANCIA MATERNA HOSPITAL ESCUELA, BLOQUE MATERNO INFANTIL

#### NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA DE LA UNIDAD DE PARTOS

##### GENERALIDADES

1. Es responsabilidad de todo el Personal Médico y de Enfermería orientar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna.
2. Es responsabilidad del Personal de la Unidad de Cuidados Inmediatos del Recién Nacido de Alto y Mediano Riesgo, recibir al recién nacido de alto y mediano riesgo en las salas de expulsión.
3. Los pacientes con patología médica asociada al embarazo podrán tener apego precoz en la mesa de partos, según criterio del obstetra.
4. En las pacientes post-parto con patología médica que queda en recuperación, el obstetra debe indicar la extracción de la leche y utilización o descarte.
5. La persona que atiende el parto debe completar el llenado de la papelería correspondiente inmediatamente después de su atención, para agilizar el alojamiento conjunto.

##### PROCEDIMIENTOS

- 1.1 Orientar y motivar a la madre sobre:
  - Proceso del parto en relación a Lactancia Materna.
  - Ventajas de la Lactancia Materna.
  - Apego inmediato en la mesa de parto.
  - Beneficios del calostro.
  - Técnicas de amamantamiento.
  - Alojamiento conjunto.
  - Banco de Leche Materna.
- 2.1 Presentarse en las salas de expulsivo por requerimiento del personal que atiende el parto.
- 2.2 Continuar con los controles de latido fetal hasta el momento del nacimiento
- 2.3 Recibir al recién nacido y brindarle los cuidados pertinentes según su condición.
- 2.4 Llevar a cabo el apego precoz al pecho materno, según criterio del personal médico que valora al recién nacido.
- 3.1 Valorar la condición de madre e hijo para indicar el apego precoz.
- 4.1 Valorar la condición de la paciente para indicar las maniobras de extracción de leche.
- 4.2 Valorar la utilización o no de la leche.
- 4.3 Coordinar con el Banco de Leche Materna la política de utilización.
- 5.1 Deben anotarse los datos del parto en el libro correspondiente.
- 5.2 La circulante del parto colocará el expediente en la estación de enfermería posterior a la elaboración de la nota de enfermería.
- 5.3 La persona que atiende el parto completará el expediente y lo colocará en la cabecera de la camilla de la paciente.

6. Es responsabilidad del Personal Médico y de Enfermería agilizar los trámites de traslado de la paciente post-parto al alojamiento conjunto madre-hijo.

6.1 Debe llenarse la papelería correspondiente después del parto.

6.2 En el término de 1 hora máximo después del nacimiento, el recién nacido debe estar listo para su traslado al alojamiento conjunto con su madre.

6.3 La encargada de traslados debe verificar que tanto la madre como el niño y su papelería estén listos y de inmediato realizar el traslado de ambos.

## II. DEL INGRESO

1. Es responsabilidad del Personal Médico que realiza el examen físico en la Sala de Admisión, revisar las mamas y clasificar el tipo de pezón materno consignándolo en la Historia Clínica.

2. Es responsabilidad del Personal Médico que ingresa a la paciente, darle la orientación específica en caso de pezones planos o invertidos.

3. Es responsabilidad del Personal Médico que ingresa a la paciente anexar al expediente clínico la respectiva hoja de referencia de control prenatal.

4. No debe rasurarse el área púbica de la paciente salvo en caso de posible intervención quirúrgica, o presencia de extoparásitos.

5. Se hará rasurado del tercio inferior de la vulva y periné a toda paciente que se le efectuará episiotomía.

## II. INGRESO

1.1 Revisar mamas y clasificar pezones como normales, planos o invertidos, según técnica (ver anexo).

1.2 En caso de anormalidad registrarlo en el expediente utilizando color rojo o subrayarlo.

2.1 Notificar a la paciente del problema encontrado.

2.2 Demostrarle los ejercicios pertinentes para acondicionar el pezón según técnica de Hoffman (ver anexo).

2.3 Solicitar a la paciente que repita la técnica enseñada.

3.1 Colocar hoja de referencia a continuación de la hoja o notas de enfermería.

4.1 Orientar a la paciente sobre baño y cambio de ropa.

4.2 Previo al examen ginecológico se practicará aseo perineal según técnica .

4.3 Rasurar región púbica-perineal según técnica.

5.1 Rasurar tercio inferior de la vulva y periné.

### III. DEL TRABAJO DE PARTO

1. Toda paciente en trabajo de parto debe ser atendida de manera que éste progrese normalmente.

### IV. DEL PARTO

1. Es responsabilidad del Personal Médico y de Enfermería orientar a la madre sobre la forma en que realizará los esfuerzos de expulsión.
2. Todo recién nacido normal, en las salas de expulsión, debe ser colocado al pecho materno inmediatamente después del parto.

### III. TRABAJO DE PARTO

- 1.1 Dar la orientación sobre parto natural.
- 1.2 Permitir que las membranas ovulares se rompa de modo espontáneo.
- 1.3 Permitir que la madre elija la posición más cómoda y la cambie a voluntad.
- 1.4 No administrar a la madre, en casos de rutina, ninguna medicación analgésica ansiolítica anestésica.
- 1.5 No administrar oxitocina a la madre, excepto cuando haya indicación médica para ello.

### IV. DEL PARTO

- 1.1 Permitir que la madre realice los esfuerzos de expulsión en forma espontánea (tubo fisiológico).
- 2.1 Hacer limpieza facial en el recién nacido, utilizando gasa.
- 2.2 Aspiración de secreciones orofaríngeas. El neonato vigoroso (apgar mayor de 7 en el primer minuto) no necesita aspiración y por otra parte ésta aumenta la incidencia de contaminación bacteriana en la zona aspirada.

La aspiración sólo se justifica:

- a) Cuando el neonato está deprimido (apgar menor de 7).
  - b) Cuando existe meconio en el líquido amniótico.
  - v) Cuando el niño nació por cesárea.
- 2.3 Valoración del apgar.
  - 2.4 Informar a la madre sobre el sexo del recién nacido y mostrárselo.
  - 2.5 Ligar y cortar el cordón umbilical.
  - 2.6 Colocarlo al seno materno para la succión.

3. El personal que asiste y circula el parto es responsable de ayudar al apego precoz en la mesa de partos.

4. Es responsabilidad del Personal Médico no realizar maniobras para la extracción de la placenta.

5. Se debe evitar el uso rutinario de oxitocicos en la paciente post-parto inmediato.

6. La circulante de la atención del parto es responsable de prestar los cuidados inmediatos al recién nacido y registrar estos datos en las hojas respectivas.

## V. DEL TRASLADO

1. La circulante de la atención de parto es responsable del traslado del niño a la sala de admisión del recién nacido.

2. Es responsabilidad de las personas que atienden el parto ayudar a la paciente a trasladarse a la camilla,

3.1 Informar a la madre sobre las ventajas del apego precoz (ver anexo).

3.2 Indicar a la madre la forma más segura de sujetar al recién nacido.

3.3 Colocar al niño en la posición correcta para iniciar la succión.

3.4 Dejarlo succionar durante 3-5 minutos aproximadamente e indicarle la forma correcta para interrumpirla.

4.1 Permitir que el niño estimule la secreción de oxitocina endogena a través de la succión al pecho, para facilitar la expulsión de la placenta.

5.1 Pesar al recién nacido.

5.2 Colocarlo en bacinete.

5.3 Tomar huellas plantares en la hoja respectiva.

5.4 Realizar profilaxis oftálmica.

5.5 Mantenerlo abrigado.

5.6 Hacer brazaletes de identificación anotando: nombre completo de la madre con sus dos apellidos, número de expediente, sexo del recién nacido y fecha de nacimiento.

5.7 Colocar brazaletes en miembro superior.

## V. DEL TRASLADO

1.1 Trasladar en brazos al recién nacido, con su respectiva hoja de identificación.

1.2 Entregarlo a la encargada de la sala de admisión del recién nacido.

2.1 Tener camilla vestida correctamente.

3. La persona encargada de traslados es responsable de llevar a la madre y su hijo recién nacido en la misma camilla al alojamiento conjunto.

- 2.2 Colocarla a nivel de la mesa de partos.
- 2.3 Orientar a la paciente para su colaboración en el traslado.
- 2.4 Llevar paciente a la estación de enfermería, para el llenado de la papelería respectiva.
- 3.1 Orientar a la madre para que adopte una posición segura y cómoda para el traslado.
- 3.2 Mantener subidos los barandales de la camilla mientras se verifica el traslado.
- 3.3 Abrir puertas según técnica al pasar la camilla.
- 3.4 Entregar a la encargada de ingresos de recién nacidos la madre y el recién nacido con su respectiva papelería.
- 3.5 En caso de parto gemelar, uno de los niños será trasladado en bacinete.

#### **PROCEDIMIENTOS**

1. Permitir que la madre amamante a su hijo sin restricción de horario.
2. Solicitar leche materna al Banco de Leche

## NORMAS DE ATENCION DEL AREA DE ADMISION DE RECIEN NACIDOS EN LA UNIDAD DE PARTOS

### I. DEL INGRESO

### PROCEDIMIENTOS

1. Todo recién nacido normal que ingrese al área de admisión debe ser recibido por el personal de enfermería de esa área.
  - 1.1 Recibir al recién nacido.
  - 1.2 Colocarlo en bacinete.
  - 1.3 Verificar brazaletes y papelería.
  - 1.4 Valorar su condición física.
  - 1.5 Valorar sus signos vitales.
  
2. Todo recién nacido que ingrese al área de admisión debe ir acompañado de su respectiva hoja de identificación.
  - 2.1 Verificar que la hoja de identificación tenga los datos pertinentes y huellas plantares.
  
3. Todo recién nacido que ingrese al área de admisión debe recibir los cuidados mediatos del recién nacido.
  - 3.1 Baño con agua tibia, según técnica.
  - 3.2 Hacerle curación umbilical con merthiolate o su equivalente.
  - 3.3 Dejar cordón umbilical sin cubrir.
  - 3.4 Aplicar 1 mg de vitamina K IM en el muslo
  - 3.5 Trasladarlo a la salita de examen debidamente vestido y cubierto.
  
4. La encargada de admisión es responsable de reclamar al médico que atendió el parto, la papelería del recién nacido y completar el expediente clínico del mismo.
  - 4.1 Completar el expediente y ordenarlo de la siguiente manera:
    - Hoja de examen físico.
    - Hoja de laboratorio.
    - Hoja de identificación.
    - Hoja perinatal.
    - Informe estadístico de nacimiento.  
Se adjunta al expediente pero no como parte del mismo:
    - Viñeta de identificación para colocarla en el bacinete.
    - Vale para control de ropa del niño.
  
5. El médico asignado al área de admisión debe permanecer en ésta y es responsable de realizar el examen físico a todos los recién nacidos normales.
  - 5.1 Verificar que el expediente clínico del recién nacido esté en orden y completo y si pertenece al niño adjunto.

- 5.2 Conocer toda la información perinatal del recién nacido contenida en el expediente clínico.
- 5.3 Efectuar el examen físico detallado del recién nacido, incluyendo el pasaje de S.N.G. en caso de sospecha de atresia esofágica y del termómetro rectal, a todos los niños, registrando toda la información obtenida en el expediente correspondiente y escribir al final de éste, el nombre completo como responsable del mismo.
- 5.4 Escribir en el expediente sin hacer uso de abreviaciones, las órdenes médicas propias de cada niño.
- 5.5 Reexaminar al niño que hubiere permanecido en esta sala y que hubiere sido examinado por el médico de turno anterior, para responsabilizarse de la condición actual de dicho niño.
- 5.6 Derivar al recién nacido ya examinado hacia la sala correspondiente.
- 5.7 Reportar personalmente y por escrito al residente o pediatra, todo recién nacido que por su condición de riesgo alto deba ser manejado en alguna sala de cuidado especial, anotando la hora en la que fue reportado.

## II. DEL TRASLADO

- 6. El médico asignado al área de admisión es el responsable de autorizar el traslado del recién nacido al alojamiento conjunto.
- 7. Todo recién nacido que presentará una situación de emergencia, debe ser trasladado al área de cuidados inmediatos de alto riesgo.
  - 6.1 Después de efectuado el examen de reconocimiento del niño y comprobado su normalidad, ordenar el traslado al alojamiento conjunto.
  - 7.1 El traslado será realizado por el personal del área de admisión.
  - 7.2 Entregar el recién nacido al personal de esa área, con el respectivo expediente.
  - 7.3 Reportar verbalmente y por escrito el motivo por el cual se traslada.
  - 7.4 Informar a la madre sobre la condición del niño y el porqué de su permanencia.

8. El personal médico y de enfermería es responsable de evaluar las condiciones físicas y emocionales de la madre para autorizar y agilizar el traslado al alojamiento conjunto.
  - 8.1 Observar a la madre.
  - 8.2 Establecer comunicación con ella.
  - 8.3 En caso de duda consultar el expediente clínico de la madre y al médico que atendió el parto.
  
- 9 El personal de enfermería asignado al área es responsable de entregar el recién nacido a la madre inmediatamente después de la autorización médica de traslado.
  - 9.1 Preguntar el nombre a la madre.
  - 9.2 Verificar brazaletes de identificación de ambos.
  - 9.3 Orientarla sobre la adopción de una posición cómoda y segura.
  - 9.4 Entregarle en sus brazos al recién nacido.
  - 9.5 Orientarla sobre la alimentación al pecho y la importancia del calostro.
  - 9.6 Colocar el expediente completo del recién nacido bajo la colchoneta en la cabecera de la camilla.
  
10. Si las condiciones de la madre no permiten el traslado al alojamiento conjunto inmediato, el niño debe ser trasladado al servicio de recién nacidos en el 5o. piso al cubículo asignado para éstos por la auxiliar de enfermería encargada del área de admisión.
  - 10.1 Llevar al recién nacido en brazos al área de admisión.
  - 10.2 Entregarlo con su respectiva papelería al personal de enfermería de esa área.

## NORMAS DE ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA EN LA SALA DE PUERPERIO NORMAL

### I. GENERALIDADES

1. Toda madre debe permanecer con su hijo recién nacido durante el tiempo que se encuentre hospitalizada, excepto casos especiales.
2. Todo niño debe permanecer junto a su madre desde el momento de su nacimiento, salvo en casos especiales.
3. El personal médico y de enfermería es responsable de motivar, apoyar y orientar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna y las técnicas de amamantamiento.
4. En caso de presentarse complicaciones de la madre o del niño, ésta(e) debe ser llevado a la sala de recién nacidos por el personal de enfermería de puerperio en ausencia del personal del servicio de recién nacidos.
5. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería restablecer el alojamiento conjunto al mejorar la condición de la madre o del niño.

### PROCEDIMIENTOS

- 3.1 El médico lo realizará durante su visita.
- 3.2 El personal de enfermería lo realizará durante:
  - Visita de enfermería.
  - Educación programada a grupos.
  - Educación incidental, individual o a grupos.
- 3.3 Se orientará, demostrará y supervisará las siguientes técnicas:
  - Posición de la madre.
  - Posición del niño.
  - Manera de interrumpir la succión.
  - Masaje de los senos.
  - Extracción de leche.
  - Higiene de la paciente.
- 4.1 Avisar al personal del servicio de recién nacidos en caso de complicación materna.
- 4.2 Trasladar al niño de inmediato con su respectivo expediente al servicio de recién nacidos en caso de presentar complicación.
- 4.3 Notificar verbalmente al personal del servicio de recién nacidos el motivo del traslado.
- 5.1 Mantener comunicación con el Servicio de Recién Nacidos.

6. Cada recién nacido debe tener su unidad individual junto a la cama de su madre.
  - 6.1 Mantener limpia y en orden la unidad que consta de un bacinete con su respectiva colchoneta.
  - 6.2 Promover amamantamiento a la libre demanda.
7. Para todo recién nacido que permanezca con su madre en el alojamiento conjunto, el único alimento que debe recibir es la leche materna, salvo en caso justificado por el especialista.
  - 7.1 Continuar motivando a la madre para la lactancia.
  - 7.2 Promover amamantamiento a libre demanda.
  - 7.3 Detectar problemas en la madre y el niño que puedan interferir en la lactancia.
  - 7.4 No dar ningún otro alimento ni agua sin orden médica.
8. En la Sala de Puerperio se debe enseñar y propiciar únicamente propaganda sobre lactancia materna.
  - 8.1 Colocar afiches o carteles alusivos a lactancia materna.
  - 8.2 Dar orientación individual o en grupos a las madres.
  - 8.3 Proporcionar folletos o panfletos sobre lactancia materna a las madres.
9. En las unidades de alojamiento conjunto, todo paciente tiene derecho a ser visitada solamente por una persona y durante el horario de visita establecido por el hospital.
  - 9.1 Vigilar que cada madre no tenga más de una visita a la vez.
  - 9.2 Vigilar que se cumpla el horario establecido de 3-4 p. m.
  - 9.3 Reportar a vigilancia cualquier problema relacionado con la visita.
10. Es terminantemente prohibido fumar en las unidades de alojamiento conjunto.
  - 10.1 Colocar avisos en cada cubículo.
11. Toda persona que manipule los recién nacidos debe lavarse previamente las manos hasta el codo.
  - 11.1 Mantener equipado cada lavabo con jabón y toalla.
- 5.2 Informar a la madre sobre la evolución del niño.
- 5.3 Al mejorar la condición de la madre, informar al Servicio de Recién Nacidos para el traslado inmediato del niño al alojamiento conjunto.

12. Es terminantemente prohibido que personas enfermas permanezcan en las unidades de alojamiento conjunto y manipulen al recién nacido.

13. El personal médico y de enfermería es responsable de detectar entre las madres de la Sala de Puerperio las posibles madres donadoras para el Banco de Leche Materna.

## II. DEL INGRESO

1. Es responsabilidad del personal de enfermería recibir a la madre y al recién nacido y colocarlos en sus respectivas unidades.

2. De presentarse complicaciones en la madre al momento del ingreso, el personal que hace el traslado debe regresarla a la unidad de partos.

3. De presentarse complicaciones en el niño al momento del ingreso, éste debe ser trasladado de inmediato a la Unidad de Cuidados Inmediatos del Recién Nacido de Alto Riesgo, por el personal que está haciendo el traslado.

11.2 Orientar sobre la importancia del lavado de las manos.

11.3 Lavarse las manos con agua y jabón hasta el codo.

12.1 Orientar a la madre y a los visitantes al respecto.

13.1 Motivar a las madres para donar leche.

13.2 Comunicar al Banco de Leche Materna el número de donadoras que se envían.

13.3 Facilitar el traslado de las donantes al Banco de Leche Materna.

## INGRESO

1.1 Revisar los expedientes y brazaletes.

1.2 Valorar la condición de la madre y del niño

1.3 Colocar al recién nacido en el bacinete que permanecerá junto a la cama de la madre.

1.4 Trasladar la madre a la cama con ayuda del personal de la Unidad de Partos.

1.5 Colocar viñetas de identificación en el bacinete y el expediente del niño entre el bacinete y portabacinete.

1.6 Cumplir órdenes médicas de la madre.

2.1 Colocar el niño en el bacinete.

2.2 Trasladar de inmediato a la madre.

2.3 Avisar al Servicio de Recién Nacidos para el traslado del niño.

3.1 Colocar el niño en el bacinete con su respectivo expediente.

3.2 Trasladarlo de inmediato al área pertinente.

4 Es responsabilidad del personal de enfermería que ingresa la paciente, enseñarle las técnicas de amamantamiento para continuar la lactancia.

3.3 Informar a la madre el motivo del traslado del recién nacido.

3.4 Colocar a la madre en su unidad respectiva.

3.5 Mantener informada a la madre sobre el estado del recién nacido.

4.1 Ayudar a la madre a adoptar una posición cómoda y adecuada.

4.2 Colocarle al niño en posición correcta para succionar:

- Frente a frente.
- Boca del niño a la altura del pezón.
- Nariz del niño libre para respirar.

4.3 Comprobar que el niño succiona correctamente.

4.4 Reforzar la importancia del calostro como nutriente.

### III. DE LA ESTADIA

1. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería orientar a la madre sobre los cuidados que debe brindar al recién nacido.

2. Toda madre que por algún motivo no pueda estar alojada conjuntamente con su hijo, el personal médico y de enfermería debe dar la orientación necesaria para no interrumpir la lactancia materna ni el apego con su recién nacido.

### III. ESTADIA

1.1 Motivar a la madre para que participe activamente en el cuidado del niño:

- Alimentación al pecho materno.
- Baño.
- Limpieza del cordón umbilical.
- Cambio de ropa.
- Estimulación temprana.

1.2 Enfatizar sobre el amor mutuo madre niño para evitar el abandono de éste.

2.1 Motivar a la madre sobre la lactancia materna y el apego a su hijo.

2.2 Facilitarle el traslado al Servicio de Recién Nacidos previa autorización médica.

2.3 No establecer horarios de visita al Servicio de Recién Nacidos.

2.4 Si la madre no puede movilizarse, extraer-

3. Es responsabilidad del personal de enfermería dar atención especial a toda madre que ingrese con pezón plano o invertido.

4. El personal médico y de enfermería es responsable de orientar a la madre sobre el lavado de las manos previo al amamantamiento.

#### IV. DEL EGRESO

1. Toda madre que por algún motivo tenga que dejar hospitalizado a su hijo, debe ser remitido al Servicio de Recién Nacidos para su debida orientación.

2. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería referir a la madre a su control post-natal y al niño a control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud que le corresponde.

le el calostro manualmente o utilizando un extractor manual de leche.

2.5 Solicitar evaluación médica para utilizar o descartar la leche.

2.6 Coordinar con Banco de Leche Materna las actividades relacionadas con donación.

3.1 Darle seguridad a la madre de que podrá amamantar al niño.

3.2 Demostrarle los ejercicios de Hoffman y los de estiramiento y rotación del pezón.

3.3 Indicarle la frecuencia con que éstas deben ser realizadas.

3.4 Ayudarle a colocarse el niño al pecho para iniciar la succión.

4.1 Darle a conocer la importancia del lavado de las manos.

4.2 Proveer permanentemente los lavabos con jabón.

#### IV. EGRESO

1.1 Informar a la madre que su hijo quedará hospitalizado en el Servicio de Recién Nacidos.

1.2 Enviarla a dicho servicio para continuar con la orientación.

1.3 Motivar a la madre sobre la importancia de visitar a su hijo para:

- Amamantarlo.
- Dejar leche materna.
- Estimulación temprana.

1.4 Reforzar las técnicas de extracción manual de leche:

- Masaje de senos.
- Extracción manual.
- Frecuencia de la extracción.

2.1 Orientar a la madre sobre la importancia del control médico de ambos.

2.2 Entregarle su respectiva hoja de referencia o retrareferencia.

# NORMAS DE LACTANCIA MATERNA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

## I. GENERALIDADES

### NORMAS

1. Todos los niños que ingresan al Servicio de Recién Nacidos deben ser alimentados con leche materna, salvo casos especiales bajo prescripción médica.
2. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería orientar a la madre sobre la importancia de la Lactancia Materna.
3. El personal médico y de enfermería es responsable de darle especial atención a las madres cuyos hijos tengan problemas en el amamantamiento.
4. El personal de enfermería es responsable de orientar a las madres lactantes sobre cuidados higiénicos apropiados durante este período.
5. El personal de enfermería del Servicio de Recién Nacidos es responsable de orientar a las madres sobre las técnicas de lactancia materna.

### NORMAS

6. Es responsabilidad del personal médico y de enfermería del servicio de recién nacidos dar atención adecuada y apoyo a las madres y niños con problemas especiales que afecten la Lactancia Materna.

## PROCEDIMIENTOS

- 1.1 Permitir que la madre amamante a su hijo sin restricción de horario.
- 1.2 Solicitar Leche Materna al Banco de Leche, por escrito.
- 2.1 Motivar a la madre a través de charlas educativas, carteles alusivos, audiovisuales u otros métodos educativos.
- 3.1 Detectar por observación directa problemas de amamantamiento.
- 3.2 Establecer comunicación verbal con la madre.
- 3.3 Dar la orientación necesaria a la madre.
- 4.1 Se orientará sobre:
  - Baño diario.
  - Cuidado de pezones.
  - Uso de ropa limpia
  - Lavado de manos.
- 5.1 Se le orientará y demostrará sobre:
  - Posición cómoda y adecuada de la madre para amamantar.
  - Posición del niño.
  - Interrupción de la succión.
  - Masaje de senos.
  - Extracción de leche.

- 6.1 Detectar problema.

- 6.2 Dar un manejo adecuado de acuerdo al problema especial detectado.

Se consideran problemas especiales los siguientes:

- En la madre: toxemias, diabetes, epilepsia, hepatitis, enfermedad de transmisión sexual, problemas de pezón.
- En el niño: prematuros y/o bajo peso al nacer, niño patológico.
- Síndrome de Down.
- Labio leporino con o sin paladar hendido.
- Gemelos.
- Niño con succión débil.

## II. DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO

1. Es responsabilidad de la auxiliar de enfermería asignada a las áreas de alojamiento conjunto recibir y entregar en cada turno niño por niño.
2. Es responsabilidad de la asignada a las áreas de alojamiento conjunto mantener equipado el carro para la visita médica.
3. La auxiliar de enfermería es responsable de mantener ordenado, limpio y equipado el carro que utilizará en el cuidado de los niños en el alojamiento conjunto.
4. En cada cubículo de las áreas de alojamiento conjunto, la auxiliar de enfermería asignada es responsable de demostrar a las madres el cuidado del recién nacido, utilizando como modelo uno de los niños del cubículo.

## PROCEDIMIENTOS

- 1.1 Revisar cada uno de los niños.
- 1.2 Realizar un informe verbal sobre los mismos
  - 2.1 Revisar el carro.
  - 2.2 Dotarlo de lo necesario.
  - 2.3 Limpiarlo.
  - 2.4 Movilizarlo al lugar donde será utilizado.
    - 3.1 Limpiar el carro.
    - 3.2 Revisar el contenido.
    - 3.3 Dotarlo de lo necesario.
    - 3.4 Dejarlo limpio y ordenado.
      - 4.1 Llevar el carro listo al cubículo.
      - 4.2 Informar a las madres sobre la actividad que realizará:
      - 4.3 Solicitar uno de los niños.
      - 4.4 Orientar y demostrar en el niño los siguientes cuidados:
        - Baño, curación umbilical con merthiolate, retirar gancho umbilical y si el cordón está húmedo hacerle nueva ligadura.
        - Como vestirlo y abrigarlo.
        - Posición en el bacinete.

5. La auxiliar de enfermería durante sus actividades en el alojamiento conjunto es responsable de detectar problemas relacionados con Lactancia Materna y cuidado del niño y dar la orientación necesaria.
  - 5.1 Observar a la madre durante el amamantamiento y mientras provee otros cuidados al niño.
  - 5.2 Dar orientación verbal y/o demostrar al gún procedimiento específico según necesidad.
  - 5.3 Supervisar los cuidados que la madre brinda a su hijo.
  - 5.4 Proveer a la madre de material y ropa necesaria.
  - 5.5 Realizar rondas continuas en los diferentes cubículos.
  
6. Es responsabilidad de la auxiliar de enfermería asignada al alojamiento conjunto, vigilar que los recién nacidos no reciban fórmulas, jugos, suero oral ni agua sin indicación médica para ello.
  - 6.1 Realizar rondas continuas en los diferentes cubículos.
  - 6.2 Orientar a la madre sobre la importancia de la Lactancia Materna y la utilización del calostro.
  - 6.3 Detectar problemas que interfieran en el amamantamiento y dar la orientación necesaria.
  - 6.4 Revisar orden médica.
  - 6.5 Vigilar que otro personal cumpla con esta norma.
  
7. Es responsabilidad de la auxiliar de enfermería asignada al alojamiento conjunto, mantener el expediente clínico del recién nacido ordenado y completo y cumplir las órdenes médicas.
  - 7.1 Vigilar que el expediente se encuentre en el lugar indicado.
  - 7.2 Reclamar y pegar los resultados de los exámenes de laboratorio.
  - 7.3 Cumplir las órdenes médicas.
  
8. La enfermera profesional es responsable de aplicar la BCG a todos los recién nacidos en alojamiento conjunto.
  - 8.1 Trasladarse a los diferentes cubículos con el equipo necesario.
  - 8.2 Explicar a todas las madres de los cubículos:
    - Procedimiento a realizar.
    - Importancia de la vacuna.
    - Cuidados específicos de post-vacunación.

- 8.3 Aplicar vacuna en hombro izquierdo, según técnica.
- 8.4 Hacer los siguientes registros:
- Anotar las iniciales BCG y fecha de aplicación en la hoja de identificación del recién nacido.
  - En el carnet de vacunación anotar el nombre de la madre con lápiz tinta y la fecha de aplicación en la casilla correspondiente.
  - Anotar datos solicitados en la Hoja de Control de Vacunas.
9. Es responsabilidad de la enfermera profesional del servicio de neonatología realizar en cada turno como mínimo, una ronda de supervisión a las áreas de alojamiento conjunto.

- 9.1 Supervisar las actividades de la auxiliar de enfermería asignada a esa área.
- 9.2 Supervisar los cuidados que la madre proporciona a su hijo recién nacido.
- 9.3 Detectar problemas relacionados con Lactancia Materna y otros cuidados del recién nacido.
- 9.4 Dar la orientación necesaria según el caso.
- 9.5 Coordinar actividades con el personal médico y de enfermería del área de alojamiento conjunto.
- 9.6 Vigilar el cumplimiento de las normas de alojamiento conjunto.

### III. DEL EGRESO

#### NORMA

1. La ayudante o la auxiliar de enfermería es responsable de limpiar y dejar preparados los bacinetes después de egresar el paciente del alojamiento conjunto.

#### DEL EGRESO

- 1.1 Llevar el bacinete al cubículo 4-58.
- 1.2 Lavarlo con agua y jabón.
- 1.3 Secarlo.
- 1.4 Desinfectarlo con paño humedecido en bactericida.
- 1.5 Trasladarlo junto a cada unidad materna.
- 1.6 Vestir la colchoneta.
- 1.7 Colocar bolsa plástica en el porta bacinete para recolección de ropa sucia.

2. Es responsabilidad de la enfermera profesional que realiza el egreso, verificar si los requisitos para el alta se han cumplido.
  - 2.1 Revisar en el expediente clínico la orden de alta.
  - 2.2 Revisar exámenes de laboratorio.
  - 2.3 Revisar trámite administrativo de egreso.
  
3. Es responsabilidad de la persona que realiza el egreso verificar la condición física del niño.
  - 3.1 El niño será revisado en cuanto a:
    - Coloración, actividad, succión, estado del ombligo para verificar si es necesaria una nueva ligadura.
  
4. La enfermera profesional que realiza el egreso es responsable de orientar a la madre sobre el cuidado del niño en el hogar.
  - 4.1 La madre será orientada respecto a:
    - Alimentación, baño, cuidado del ombligo, vacunas, cuidados de la ropa del niño, estimulación psicomotora.
  
5. La enfermera profesional que realiza el egreso debe reforzar las orientaciones dadas a la paciente sobre la Lactancia Materna.
  - 5.1 La madre será reorientada respecto a:
    - Ventajas de la alimentación a pecho.
    - Alimentación del niño a libre demanda.
    - Posición del niño para amamantar.
    - Vaciamiento de ambos pechos en cada amamantada.
    - Iniciar el amamantamiento con el pecho que terminó la vez anterior.
    - Técnica para suspender la succión.
    - Extracción de gases.
    - Aumento en la cantidad de alimentos y líquidos para la madre.
  
6. La enfermera profesional que realiza el egreso debe referir al recién nacido a los programas de crecimiento y desarrollo de las diferentes instituciones de salud.
  - 6.1 Se dará referencia escrita a toda madre que se le entregue su niño.
  - 6.2 Se orientará a la madre para que lleve al niño a la institución de salud más cercana a su vivienda durante los primeros 15 días de nacimiento.
  - 6.3 Se referirán de inmediato aquellos casos especiales como:
    - Gemelos, prematuros, niños con labio leporino c/s paladar hendido.
    - Síndrome de Down.
    - Niños de bajo peso.
    - Madre con problemas de pezón.
    - Madres que egresen con medicamentos.
    - Madres con poca producción de leche.

7. Es responsabilidad de la enfermera profesional que realiza el egreso, referir a la madre a los centros de inscripción para el debido registro de nacimiento del niño.

8. La enfermera profesional que realiza el egreso es responsable de entregar al recién nacido cumpliendo los requisitos necesarios.

7.1 Entregar a la madre la hoja de registro de nacimiento.

7.2 Orientar a la madre para que inscriba al niño durante la primera semana de nacimiento.

8.1 Comparar brazaletes de identificación de madre e hijo.

8.2 Retirar del niño la ropa del hospital.

8.3 Controlar la ropa según el vale.

8.4 Orientar a la madre para que vista al niño con su respectiva ropa.

8.5 Colocar la ropa sucia en la bolsa correspondiente.

8.6 Entregar a la madre la papelería correspondiente:

— Carnet de Vacunación.

— Hoja Estadísticas de Nacimiento.

— Carnet de Citas.

— Referencia para consulta externa.

Los dos últimos incisos son para niños en situaciones especiales.

8.7 Obtener de la madre la huella o firma en el libro de egresos y en el expediente del recién nacido.

8.8 Remitir a la madre a la estación de enfermería de la sala donde está hospitalizada para reportar su egreso y solicitar la papelería.

**4. MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL  
BANCO DE LECHE MATERNA, HOSPITAL ESCUELA,  
TEGUCIGALPA, D. C.**

**C O N T E N I D O**

1. INTRODUCCION.
  - 1.1 FINALIDAD DEL MANUAL.
  - 1.2 ALCANCE.
  - 1.3 CONTENIDO.
  - 1.5 FECHA DE ELABORACION, PUBLICACION Y PERIODICIDAD DE REVISION.
2. BASE LEGAL.
3. CONCEPTO DEL BANCO DE LECHE.
4. CAPACIDAD INSTALADA DEL BANCO DE LECHE.
  - 4.1 PLANTA FISICA.
  - 4.2 INSTALACIONES.
  - 4.3 EQUIPO Y MOBILIARIO.
5. OBJETIVOS DEL BANCO DE LECHE.
6. FUNCIONES DEL BANCO DE LECHE.
7. ORGANIZACION DEL BANCO DE LECHE.

## **I N T R O D U C C I O N**

Siendo una de las políticas prioritarias del Ministerio de Salud Pública el fomentar la Lactancia Materna como medio para disminuir la Morbi-Mortalidad infantil, y especialmente en la etapa del niño lactante que comprende de 0 a 2 años, se organiza el Banco de Leche Materna en el Servicio de Neonatología del Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, con el objeto de alimentar únicamente con leche materna a todo recién nacido hospitalizado en el Servicio de Neonatología y a otros niños que le necesiten.

## **1. FINALIDAD**

La finalidad de este manual es que sirva de Guía de Trabajo al Personal de Salud que esté asignado a esta unidad hospitalaria.

## **2. ALCANCE**

La aplicación de este manual se circunscribe al Servicio de Neonatología y deberá ser conocido por todo el personal médico y de enfermería de los servicios comprendidos dentro del Organigrama Estructural del Programa de Lactancia Materna del Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela.

## **3. CONTENIDO**

El Manual contiene los siguientes capítulos:

3.1 Introducción, Base Legal.

3.2 Normas y Procedimientos Específicos del Banco de Leche.

## **5. FECHA DE ELABORACION, PUBLICACION Y PERIODICIDAD DE REVISION**

5.1 Elaboración y publicación, Septiembre, Octubre de 1984, Revisión cada 2 años.

## **2. BASE LEGAL**

2.1 Convenio del Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna (PROALMA) Número 931-1010.10 de Septiembre 7 de 1982, firmado por los representantes del Ministerio de Salud Pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S.), Junta Nacional de Bienestar Social (J.N.B.S.) y Agencia Internacional para el Desarrollo (A.ID.).

2.2 Reglamento del Comité Ejecutivo del Programa de Lactancia Materna del Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela.

## **3. CONCEPTO DE BANCO DE LECHE MATERNA**

## **4. CAPACIDAD INSTALADA**

Es el conjunto de ambientes instalaciones, equipo y mobiliario y otros recursos. Materiales necesarios para la organización y funcionamiento del Banco de Leche materna.

4.1 Planta física, instalaciones y equipo.

4.1.1 Planta física.

Consta de un cubículo destinado al Banco de Leche.

4.1.2 Ubicación

Está ubicada en el 5o. piso en la Sala de Recién Nacidos, Sala "A" del Bloque Materno Infantil.

4.1.3 Instalaciones

Instalaciones eléctricas.

El Banco de Leche dispone de instalaciones eléctricas con dos (2) toma corrientes dobles con un voltaje de 110.

#### 4.1.4 Instalaciones especiales

Sistema Telefónico Interno

#### 4.1.5 Equipos

Consta del equipo, mobiliarios e instrumental siguiente:

No. de Orden	Nombre del Artículo	Cantidad
01	Bombas eléctricas extractoras de leche	2
02	Bombas extractoras manuales	?
03	Refrigeradora	1
04	Estufa eléctrica	1
05	Ventilador	1
06	Mesas metálicas	2
07	Mesa de madera	1
08	Mesa de noche metálica	1
09	Sillas	6
10	Estante metálico	1
11	Tablero Informativo	1
12	Rotafolio de madera	1
13	Tarjetero metálico	1
14	Bandeja de acero inoxidable con tapadera	2
15	Azafate de acero inoxidable	1
16	Panita de acero inoxidable	1
17	Pinza auxiliar	1
18	Porta pinza	1
19	Accesorios de bomba	1
20	Cuaderno de control de material y equipo	1
21	Cuaderno de control de donaciones	1
22	Tarjetas índices de donadoras	5000
23	Tarjetas de identificación de donadoras	5000
24	Regla	1
25	Botas para donantes	80
25	Botas para donantes	80
26	Toallas de mano	250
27	Compás dobles 30 x 30	24
28	Material informativo	—

## **NORMAS ESPECIFICAS DEL BANCO DE LECHE MATERNA**

### **I. DE LA CAPTACION Y SELECCION DE LAS DONANTES**

#### **NORMA**

1. El personal de enfermería asignado al Banco de Leche Materna es responsable de la captación y selección de las posibles donantes de leche materna.

2. La persona que selecciona las donantes es responsable de verificar que la madre cumpla con los requisitos establecidos por la unidad del Banco de Leche Materna catalogada como donante.

3. La encargada del Banco es responsable de orientar a la madre lactante sobre su higiene personal como un requisito para ser donadora del Banco.

#### **II. DEL PROCESO OPERATIVO**

1. La Auxiliar de Enfermería es responsable de que la madre efectúe el cambio de ropa previa a la extracción de leche.

#### **PROCEDIMIENTOS**

1.1 Atender las posibles donantes referidas por otras unidades o Institución de Salud.

1.2 Hacer visitas frecuentes a la unidad de amamantamiento para captar las nuevas donantes de leche.

1.3 Entrevistar a las posibles donadoras.

1.4 Seleccionar a las donantes.

1.5 Coordinar con otras unidades para obtener posibles donantes.

2.1 Entrevistar a la donante para comprobar si cumple con los requisitos preestablecidos en la tarjeta kardex del Banco denominado récord de la donante.

2.2 En caso de que la donante reúna los requisitos llenarle la Tarjeta Récord de la Donante.

2.3 Explicar a la madre el procedimiento para la extracción de la leche y el uso posterior de la misma.

2.4 En caso de presentarse problemas para selección de donante, consultar a la enfermera jefe o médico jefe del servicio.

2.5 En caso de no reunir los requisitos establecidos se darán las explicaciones necesarias.

3.1 Orientar a la madre donadora sobre:  
— Baño diario.  
— Cambio diario de la ropa interior.  
— Uso de ropa limpia.  
— Corte y limpieza de uñas.

1.1 Proporcionar a la madre la bata especial.

1.2 Orientarla para que descubra la parte superior del tórax y se ponga la bata proporcionada.

2. La Auxiliar de Enfermería es responsable de que la madre cumpla las medidas higiénicas establecidas previo a la recolección de leche.
  - 1.3 Indicarle a la madre donde colocará la ropa que se quitó.
  - 2.1 Orientar a la madre sobre lavado de las manos hasta la altura del codo con agua y jabón.
  - 2.2 Limpieza de ambos senos utilizando únicamente agua.
    - 3.1 Mantener en la unidad una decoración alusiva a madres lactantes.
    - 3.2 Vigilar que dentro de la unidad no haya más de 6 personas.
    - 3.3 Mantener la unidad limpia y ordenada.
    - 3.4 Atender lo más pronto posible a la madre.
    - 3.5 Mantener comunicación con las madres que están dentro de la unidad.
    - 3.6 Proporcionar literatura alusiva a la lactancia a las madres que están en espera de la extracción de leche.
    - 3.7 Motivar a las madres para futuras donaciones.
4. Es responsabilidad de la encargada del Banco de Leche orientar a la madre sobre funcionamiento de la bomba de extracción.
  - 4.1 Explicar a la madre cómo funciona la bomba eléctrica de extracción de leche.
  - 4.2 Informarle sobre la cantidad de leche que se le extraerá.
5. Es responsabilidad de la encargada del Banco, extraer la cantidad de leche materna de acuerdo a la clasificación de las donantes.
  - 5.1 Clasificar a las donantes y extraer la leche de acuerdo a:
    - a) Madres hospitalizadas y cuyo hijo se encuentra interno en el Servicio y lo amamanta.  
Vaciar ambos senos después del amamantamiento y por lo menos cada 3 horas.
    - b) Madre no hospitalizada y cuyo hijo se encuentra interno y lo amamanta.

Vaciar ambos senos después del amantamiento y con una frecuencia de cada 3 horas por lo menos durante su permanencia en la unidad.

c) Madres hospitalizadas cuyo hijo se encuentra interno en el Servicio, pero no lo amamanta:

—Citarla al Banco cada 3 horas, por lo menos, para vaciar ambos senos.

d) Madres no hospitalizadas con hijo interno en el hospital y por condición del niño no lo amamanta:

— Vaciar ambos senos cada 3 horas, por lo menos, mientras permanezca en la unidad.

e) Madres que asisten a la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, extraerle 2 onzas como mínimo previa consulta médica y que cumplan los requisitos.

f) Madres lactantes que desean donar voluntariamente, extraerles 2 onzas de leche como mínimo, dejando que la madre decida una donación mayor.

g) Madres lactantes empleadas de la institución pueden hacer uso de las bombas de extracción tantas veces lo estimen necesario, dejando por lo menos 2 onzas como donación al Banco.

6. Es responsabilidad de la encargada del Banco de Leche realizar limpieza de pezón y areola utilizando material estéril.

6.1 Orientar a la madre sobre el procedimiento a realizar.

6.2 Solicitar a la madre que descubra ambos senos.

6.3 Hacer limpieza de pezón y areola con algodón y agua destilizada, según técnica.

6.4 Proporcionar a la madre una torunda para hacer presión sobre el pezón contralateral cuando se produzca el "Reflejo de Bajada".

7. La encargada del Banco de Leche es responsable de hacer la extracción de leche utilizando el extractor eléctrico o manual.

7.1 Colocar la pezonera adecuada en tamaño sobre seno de la madre y según técnica aséptica.

7.2 Encender la bomba de extracción.

- 7.3 Verificar el funcionamiento normal de la máquina.
    - 7.4 Observar el estado anímico de la madre durante el procedimiento.
    - 7.5 Palpar seno sometido a la extracción para verificar el vaciamiento mamario.
    - 7.6 Al finalizar la extracción, retirar pezonerá rompiendo adecuadamente el vacío formado.
    - 7.7 Repetir procedimiento en el otro seno.
    - 7.8 Orientar a la madre sobre el uso que se hará de la leche donada.
    - 7.9 Animar a la madre para futuras donaciones.
  - 8.1 Cada niño recibirá como prioridad la leche de su madre.  
Para tal efecto:
    - a) Trasladar la leche recolectada a un recipiente plástico estéril.
    - b) Rotular envase con los siguientes datos:
      - Si es niño prematuro o a término.
      - Fecha y hora de extracción.
  - 8.2 La leche donada por las madres que no tienen hijo interno en el hospital, será recolectada en un recipiente plástico estéril y de acuerdo al tipo de leche, llenándose recipientes comunes (pool) del mismo tipo de leche (calostro), leche transicional, leche madura y aquellas cuyos hijos internos tengan nada por vía oral.
8. Es responsabilidad de la encargada del Banco envasar adecuadamente la leche recolectada.
  - 9.1 Depositar la leche en los recipientes específicos usando técnicas asépticas.
  - 9.2 Colocar en refrigeración las leches que hayan alcanzado la temperatura ambiental.
  - 9.3 Mantenerla en refrigeración a 4° C hasta su utilización.
9. La encargada del Banco de Leche es responsable de conservar adecuadamente la leche recolectada.

10 Es responsabilidad de la encargada del Banco de Leche llevar al día los registros pertinentes.

11. La encargada del Banco de Leche debe entregar la leche recolectada al Personal de Enfermería que lo solicite, según horario establecido.

12. Es responsabilidad de la enfermera encargada de los recién nacidos, hacer la distribución de la leche recolectada en el recipiente común, de acuerdo a prioridades.

#### IV. DEL CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y EQUIPO

1. La encargada del Banco es responsable de controlar y revisar el material y equipo perteneciente a la unidad.

10.1 Llenar debidamente los siguientes registros:

- Tarjeta Récord de la donante.
- Libro diario de control de donaciones y distribuciones.
- Informe mensual del Banco de Leche.
- Otros.

11.1 Entregar leche según solicitud escrita.

11.2 Anotar en el libro de registro los datos necesarios.

11.3 Archivar las solicitudes.

12.1 Establecer como prioritarios:

- Niños prematuros.
- Recién nacidos a término patológico.
- Recién nacidos normales.
- Otros lactantes según necesidad.

1.1 Revisar diariamente el funcionamiento del equipo.

1.2 Notificar a la Jefe de Sala del Servicio de Neonatología si hay equipo con desperfecto.

1.3 Revisar la existencia de material.

1.4 Solicitar material necesario a la Jefe de Sala.

1.5 Entregar y recibir conforme inventario la unidad.

1.6 Hacer los registros necesarios en el libro correspondiente.

1.7 Solicitar mensualmente al Servicio de Electromecánica la revisión del equipo eléctrico de la unidad.

1.8 Hacer limpieza y aceitado de las bombas eléctricas de extracción semanalmente (sábados).

1.9 Hacer limpieza general de la refrigeradora semanalmente (sábados).

2. Queda terminantemente prohibido movilizar las bombas eléctricas de extracción de leche fuera de banco.

#### V. DE LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DEL EQUIPO

1. La encargada del Banco es responsable de esterilizar los accesorios de las bombas eléctricas y manuales utilizados para la extracción de leche inmediatamente después de su uso.

2. Es responsabilidad de la encargada del Banco asegurar la esterilidad de la pinza auxiliar.

3. La encargada del Banco es responsable de asegurar la calidad de la leche extraída por las bombas.

#### VI. DE LA LIMPIEZA DEL BANCO DE LECHE

1. La encargada del Banco es responsable de mantener limpia y ordenada la unidad.

#### LIMPIEZA Y ESTERILIZACION EQUIPO

- 1.1 Lavar los accesorios con agua y jabón suave utilizando cepillo.

- 1.2 Esterilizarlo en ebullición durante 15 minutos.

- 1.3 Extraer el material utilizando la técnica de manejo de material estéril.

- 1.4 Colocar los accesorios en la bandeja destinada para material estéril.

- 1.5 Mantener la bandeja cubierta con tapadera.

- 1.6 Esterilizar en autoclave diariamente la bandeja donde se coloca el material estéril.

- 2.1 Esterilizar en autoclave la pinza y el recipiente respectivo semanalmente.

- 2.2 Hacer cambios semanalmente de solución bactericida contenida en el porta-pinza.

- 2.3 Utilizar técnica adecuada en el manejo de la pinza auxiliar.

- 3.1 Solicitar a la Enfermera Jefe del Servicio se realicen cultivos mensuales de leche materna.

- 3.2 Llevar registro de los controles realizados.

#### LIMPIEZA BANCO DE LECHE

- 1.1 Hacer limpieza diaria del mobiliario utilizando paño humedecido con agua previo a la atención de las donantes.

- 1.2 Vigilar que el personal de limpieza realice un aseo adecuado en el Banco.

- 1.3 Solicitar mensualmente al servicio de lim-

- pieza, lavado y desinfección de la unidad.
- 1.4 Orientar a las donantes para que depositen los desperdicios en el basurero.

## VII. DEL HORARIO

1. El Banco de Leche Materna funciona de lunes a viernes con un horario de 7:00 a. m. a 3:00 p. m. y el sábado de 7:00 a. m. a 11:00 a. m.

### 2. Para Casos Especiales

Fuera del horario establecido, la Enfermera Profesional del Servicio de Neonatología o Supervisora de Enfermería pueden hacer uso de las bombas de extracción de leche.

## VIII. DEL VESTUARIO

1. La encargada del Banco debe usar el vestuario establecido para el Banco de Leche.

### VESTUARIO

- 1.1 Cambio de ropa de calle por la bata respectiva.
- 1.2 Cubrir completamente el cabello con el gorro.
- 1.3 Para salir del servicio, cambiar la bata por uniforme blanco.

## IX. DE LA COORDINACION

1. La encargada del Banco es responsable de coordinar actividades entre el Banco de Leche Materna con las diferentes Salas del Hospital y público en general.

### COORDINACION

- 1.1 Atender las solicitudes verbales y escritas.
- 1.2 Solicitar a las jefes de sala candidatas para donantes.
- 1.3 Establecer comunicación con la Clínica de Crecimiento y Desarrollo y las empleadas lactantes de la Institución.
- 1.4 Previa autorización respectiva realizar coordinación extra-hospitalaria.

## X. DE LA INFORMACION AL PUBLICO

1. La encargada del Banco de Leche Materna es responsable de satisfacer las necesidades planteadas por las donantes en relación a este Banco.

- 1.1 Establecer comunicación con las donantes.
- 1.2 Escuchar a las donantes los problemas planteados.
- 1.3 Si no está a su alcance resolver el problema.

ma, consultar con la Enfermera Jefe del Servicio de Recién Nacidos.

1.4 Darle la orientación necesaria.

1.5 Darle información escrita.

## **XI. DE LOS REQUISITOS DEL PERSONAL**

1. La Enfermera Jefe del Servicio es responsable de asignar al Banco de Leche Materna, a aquellas personas que reúnan los requisitos pertinentes.

1.1 Seleccionar la persona que reúna los siguientes requisitos:

- a) Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería Adiestrada.
- b) Con Capacitación sobre Lactancia Materna.
- c) Con Capacitación sobre Manejo de Bancos de Leche.
- d) Con buenas relaciones personales.
- e) Con habilidad para comunicarse con el público.
- f) Con buena salud.

V- ANEXOS

## **TECNICAS Y CUIDADOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA**

Una lactancia exitosa depende de cuatro elementos muy importantes:

- A) La motivación de la madre,
- B) La información correcta de las técnicas del amamantamiento,
- C) El apoyo psicológico a la madre, y
- D) Una buena alimentación (Figura No. 1).

El manejo de las técnicas y de los cuidados para una lactancia exitosa pueden discutirse en tres etapas:

- A) El período prenatal,
- B) El período inmediato postparto y
- C) El período postnatal:
  - 1) Las primeras seis semanas (período de aprendizaje) y
  - 2) Las siguientes semanas o meses hasta el período del destete (período de gratificación).

### **A. Período Prenatal**

Es mucho más efectivo preparar a la madre para la lactancia durante el embarazo, antes del nacimiento de su hijo, que después del parto. Durante este período la madre deberá ser orientada con respecto a:

- 1) Los cuidados y la alimentación de la mujer embarazada.
- 2) Los cuidados y la alimentación de la madre lactante.
- 3) El cuidado y la alimentación del niño.
- 4) Las ventajas de la lactancia materna para la madre y para el niño.
- 5) La anatomía y fisiología de los senos (estructura y funcionamiento de los senos, el proceso de la lactancia).
- 6) Las técnicas de preparación de los senos para la lactancia, acondicionamiento de pezones y extracción manual.

Durante el embarazo la madre debe tratar de comer mejor y un poco más de lo acostumbrado (calidad y cantidad), para ayudar a la buena formación y desarrollo del niño y con el fin de prepararse para la lactancia.

En la lactancia la madre deberá comer mayores cantidades de alimentos que durante el embarazo, en vista que sus necesidades nutricionales se han incrementado: para formar suficiente leche, poder amamantar al niño y que éste crezca sano y normal; así como para que ella se mantenga saludable y activa. La madre puede y debe comer de todo, necesita tomar abundantes líquidos, por ejemplo: agua pura, atoles, sopas o caldos, jugos, refrescos, leche, etc.

### **Descripción de las Técnicas**

#### **1) Preparación de los senos:**

Además de proporcionar a la madre la oportunidad de discutir las opciones para la alimentación del niño y de conocer acerca de los mecanismos de la lactancia, el período prenatal es el adecuado para preparar los senos en su nuevo papel como fuente de nu-

trición para el recién nacido. Muchas madres no realizan una preparación previa especial y tienen éxito durante la lactancia, sin embargo dicha preparación puede ayudar a la madre tanto en el aspecto físico, como en el psicológico.

El efecto psicológico de la preparación previa de los senos es el de iniciar el proceso de lactancia en forma positiva, especialmente en las mujeres que han tenido problemas de pezones agrietados y doloridos al amamantar a hijos anteriores, harían bien en iniciar la preparación de sus senos durante esta etapa.

Limpieza: No se necesita de una limpieza especial para los senos, es suficiente con el baño diario, no utilizando jabón directamente en los pezones y evitando restregárselos. Además, se recomienda el cambio de ropa interior cada día, y que la embarazada reciba tanto como sea posible, suficiente aire y sol directamente en los senos.

## 2) Preparación o acondicionamiento de los pezones

La preparación que a continuación se describe es para todos los tipos de pezones; ayuda a abrir los conductos lactíferos, estirar y endurecer el pezón, hacer más flexibles las adherencias y en especial para acostumar a la madre al manejo de los senos. Esta preparación es mucho más importante si la mujer tiene pezones aplanados o invertidos.

El ejercicio de acondicionamiento de pezones debe realizarse por lo menos dos veces diarias durante las últimas seis semanas de embarazo.

El hecho que una mujer tenga pezones aplanados o invertidos, no imposibilita el amamantamiento, pero es sumamente importante indicar el tratamiento adecuado antes del nacimiento del niño, y no esperar hasta que el pequeño se frustre y el pecho se congestione.

Ejercicio: Se ha demostrado que una tracción suave o estirón en el pezón, hasta sentir una pequeña molestia pero no dolor, dos veces al día, acompañada del uso de lubricantes (cremas, aceite de tierno, aceite comestible, etc.), sobre el pezón (no en la areola), prepara el tejido delicado del pezón para la succión vigorosa del niño (Figura No. 2).

Los pezones invertidos pueden diagnosticarse al presionar la areola con el índice y el pulgar. Si el pezón es normal o aplanado, resaltará; mientras que si el pezón es verdaderamente invertido, se retraerá o encogerá (Figura No. 3). Los pezones invertidos son raros y pueden tratarse con el ejercicio para estirarlos; pero responderán más efectivamente si también se usan unos protectores plásticos especiales debajo del sostén. La presión constante y pareja causará que el pezón emerja o salga por el orificio central de la base plástica. Los protectores pueden usarse diariamente en las últimas semanas o meses del embarazo, pero no en forma constante, sino que colocándoselos varias veces al día por períodos más o menos de 3 horas. Si no se cuenta con protectores, se puede utilizar un sostén ya usado y de una talla menor, al cual se le abre un agujero a nivel de la areola para que este orificio realice la presión que hará emerger el pezón. Se debe tener especial cuidado en que el sostén no quede demasiado ajustado al seno, porque puede ser causa de congestión mamario.

Otro método recomendado para la preparación de pezones aplanados e invertidos, es el desarrollado por el Dr. J. Brooks Hoffman, de Connecticut, Estados Unidos

de América (Figura No. 4) y consiste en dibujar una cruz imaginaria en el pezón colocando los pulgares uno a cada lado de éste sobre una de las líneas de la cruz. Los pulgares estarán directamente en la base del pezón y no en la orilla de la areola. Se presionará firmemente en contra del seno; alejando los pulgares uno de otro al mismo tiempo. Al hacerlo, se estirará el pezón, aflojando la tirantez o estrechez en la base, lo que hará que el pezón se desplace hacia afuera. Se recomienda que se practique este ejercicio 5 veces consecutivas durante el día, primero sobre una de las líneas de la cruz imaginaria y luego sobre la otra.

### 3) Preparación para la extracción manual

Algunas veces se sugiere la extracción manual diaria de unas cuantas gotas de calostro de cada seno durante las últimas semanas del embarazo. La razón para realizar la extracción manual del calostro antes de que nazca el niño, es porque dicha extracción tiende a abrir los conductos lactíferos, lo que reduce la plétora o congestión, que frecuentemente se presenta cuando la leche baja, y que produce molestias a la madre lactante. Además, es posible que la madre se vea en la necesidad de extraerse leche de los senos debido a situaciones especiales que pudieran presentarse en un futuro.

#### a) Masaje de los senos:

Ayuda a preparar los senos para la extracción. Con ambas manos se rodea la base del seno, colocando los dedos pulgares de las manos en la parte superior del seno y el resto de los dedos en la parte inferior. Ambas manos juntas se deslizan suavemente pero de manera firme hacia adelante. Se ejerce presión desde arriba, abajo y a los lados. (Figura No. 5, pasos A y B).

#### b) Mecanismo de la extracción manual

Sostener el seno con la mano, colocar el pulgar arriba de la areola y el índice por debajo de la misma. Hacer presión hacia adentro, hacia los músculos del pecho y apretar suavemente el pulgar contra el índice. Aflojar y repetir la operación nuevamente, tratando de no resbalar los dedos hacia el pezón. Mover la mano alrededor de todo el seno, para alcanzar todos los conductos lactíferos. Repetir esta operación alternando un rato en cada seno. Debe hacerse muy suavemente y sólo una o dos veces al día. (Figura No. 5, Paso C).

La extracción manual del calostro puede añadirse a la rutina diaria de acondicionar los pezones y del masaje de los senos. Es muy sencillo y se hace lo mismo para extraer algunas gotas de calostro en las últimas semanas del embarazo, como para extraer leche durante la lactancia. En algunas madres no se obtendrá nada de calostro durante el embarazo, lo cual no indica que durante la lactancia no tendrá una buena producción de leche.

## B. Período Inmediato Postparto

Se recomienda que la lactancia se inicie lo más pronto posible después del parto, antes o después de cortar el cordón y preferiblemente antes de que la placenta haya salido. La primera leche que el niño recibe de la madre, el calostro, es baja en grasa y carbohidratos, pero alta en proteínas. Es espesa, cremosa y de color amarillento (por contener una gran cantidad de vitamina "A"). Además, provee al niño de las defensas necesarias en contra de enfermedades y alergias; el calostro es fácilmente digerible por el niño, ayudándole así a que expulse el meconio (primera evacuación); por lo cual no

es necesario que al recién nacido se le proporcione agua estéril o suero como primera alimentación.

Este es un período crítico porque muchas madres que no reciben el apoyo y la orientación adecuada, fallan en su intento de amamantar al recién nacido. Los niños aunque nacen con el reflejo de succión deben aprender cómo amamantar, y cuando las madres dan a luz no saben automáticamente cómo dar de mamar.

### 1. El Parto en el Hospital

#### a) Amamantando en la sala de parto

Si la madre ha recibido orientación previa sobre la lactancia materna probablemente querrá amamantar a su hijo inmediatamente después de su nacimiento. Puede ser en la mesa de parto mientras se espera la expulsión de la placenta.

El niño podrá ser colocado al pecho inmediatamente después del nacimiento y luego de hacerle los reconocimientos rutinarios podrá ser llevado a la madre para que permanezca junto a ella y así amamantarse a libre demanda (sin horario).

Se ha demostrado que si la madre no ha sido anestesiada durante el trabajo de parto, el niño nace con fuerte reflejo de succión. Si el niño es amamantado inmediatamente después del parto, su interés por succionar se desarrolla y se mantiene, lo cual ayuda a que la bajada de la leche suceda más temprano. Si el amamantamiento no ocurre durante la primera hora, muchas veces el reflejo de succión disminuye para no volver a aparecer en forma pronunciada por 12 a 24 horas y la bajada de leche se retrasa.

El período inmediatamente después del nacimiento es el indicado para lograr un buen acercamiento entre la madre y el niño, aprovechándose al mismo tiempo los beneficios y las propiedades protectoras del calostro. Si el niño desea ser amamantado y toma el pezón, la madre se sentirá tranquila y su ansiedad por la lactancia disminuirá. Si durante el proceso de acercamiento la madre recibe el apoyo necesario, éste le ayudará a sentirse más segura de sí misma y más cerca de su hijo. Si el recién nacido no muestra interés en ser amamantado hay que animar a la madre y explicarle que necesita ser sostenido, abrazado y acariciado, mostrándole mucho amor al hacerlo. Las caricias estimulan al niño para que succione más vigorosamente.

#### b) Los días en el hospital

A la madre se le darán consejos sobre cómo amamantar a su hijo, posición, frecuencia, etc.

Se debe ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda para amamantar. No debe haber reglas acerca de si se amamanta en una posición sentada o en una acostada. Debe colocarse el niño al seno de la madre en la primera vez y luego ayudar a la madre a colocarse nuevamente el niño en el otro seno, ya que el cambio de posición puede ser difícil para la madre en la primera oportunidad.

Para iniciar el amamantamiento el cuerpo del niño deberá estar en contra del cuerpo de la madre y su cara de frente al pecho materno (Figura No, 6). La madre deberá sostener el seno con una mano haciendo presión hacia atrás en la parte superior del seno con los dedos índice y pulgar. Así el niño podrá coger el pezón y a la vez se mantendrá el pecho separado de su nariz para que pueda respirar fácilmente. La madre

deberá acercar el niño a ella hasta que su mejilla toque el seno, estando el pezón cerca de su boquita. El niño volverá la cabeza y abrirá la boca. La madre entonces deberá acercarlo más a ella de manera que el niño introduzca en su boca el pezón y parte de la areola (zona oscura del seno) y así comience a mamar. Para quitarle el pecho al niño la madre deberá interrumpir la succión, introduciendo su dedo meñique por una de las orillas de la boca del niño.

Existen ciertas situaciones en las cuales la madre no podrá amamantar a su hijo inmediatamente después de su nacimiento; como cuando la lactancia temprana no es una práctica común en el hospital donde la madre da a luz, o por especificación médica, cuando el parto ha sido por cesárea; el niño es prematuro o por enfermedad de la madre o del recién nacido. En estas circunstancias se requiere que la madre tenga un poco más de paciencia, de empeño y de comprensión hacia el personal médico, en vista de que se están rigiendo por la política establecida en el hospital. Pero lo más importante es que la madre tenga una actitud positiva hacia el amamantamiento y que coloque al niño al seno lo antes posible, ya cuando el personal médico haya dispuesto que el niño puede ser llevado a su madre. Mientras tanto, lo que la madre puede hacer es extraerse manualmente la leche de los senos (Figura No. 5), para mantener su suministro de leche y un drenaje adecuado de los conductos lactíferos para evitar posteriormente un congestiónamiento mamario (plétora).

## **2. El Parto en el Hogar**

La madre permanece en su casa en espera del nacimiento de su hijo y es atendida por personal calificado, ya sea el médico, la enfermera o la partera.

El parto en el hogar permite que se lleve a cabo una interacción entre la madre, el recién nacido, el padre y el resto de la familia. La madre participa más activamente después del nacimiento, sostiene al niño cerca de ella, lo que favorece a que la lactancia se inicie antes de los 5 ó 6 minutos.

El factor más importante para llevar a cabo con éxito el parto en el hogar es la planificación anticipada y la prevención. No solamente necesita la madre saber como tener a su hijo, pero también planificar el papel que tendrá o hará cada miembro de la familia durante el parto y en lo posterior, hasta que la madre se haya recuperado.

La principal ventaja del parto en el hogar es que la madre inmediatamente después del nacimiento de su hijo puede tenerlo junto a ella y amamantarlo, sin ninguna clase de restricción, sin la preocupación de las normas o rutinas que muchas veces se dan en los hospitales y que desfavorecen a la lactancia materna.

La madre debe de estar en control pre-natal para prever cualquier problema que pueda necesitar asistencia hospitalaria y debe de escoger con cuidado su partera. La enfermera o partera empírica que la atiende debe de tener los suficientes conocimientos para reconocer señales de peligro y llevar o remitir a la madre a un centro hospitalario con suficiente anticipación.

## **C. Período Postnatal**

### **1. Las primeras seis semanas (período de aprendizaje)**

#### **Figura No. 7.**

## **La Bajada de la Leche:**

Si la madre después del parto (ya sea en el hospital o en el hogar), inicia la lactancia inmediatamente y a demanda del niño, la leche comenzará a producirse entre el segundo a tercer día. Los senos se pondrán firmes y la madre podrá sentir el "reflejo de bajada" cuando el niño succiona, el seno que no está siendo mamado puede gotear.

Con el primer niño, es posible que la madre tenga fiebre al producirse la "bajada de la leche". Es en este período que puede producirse el congestiónamiento mamario o plétora. Si el amamamiento se retrasa después del parto, la leche bajará hasta el cuarto o quinto día y el congestiónamiento generalmente será mayor.

Alrededor de diez a catorce días después, el congestiónamiento mamario desaparece y la madre ya no sentirá los senos tan firmes o duros. Por esta razón, muchas madres creen que no tienen suficiente leche y pueden comenzar a dar fórmula al niño con el objeto de ofrecerle una buena alimentación. Es importante recordar que el congestiónamiento mamario es una inflamación de los tejidos y que al desaparecer, generalmente, hay más leche que en los primeros días.

Este período es de aprendizaje y de ajuste no sólo para la madre sino que también para el niño.

Durante este período es frecuente que la madre tenga problemas en el amamamiento. Para resolver y evitar estos problemas se debe observar a la madre cuando alimenta a su hijo.

En este período las madres también tienen dudas y se encuentran ansiosas acerca del amamantamiento.

### **Mecanismo de la succión:**

Cuando el seno es ofrecido al niño, los labios suavemente aprisionan la areola para sostenerla en su lugar mientras la lengua se mueve hacia adelante para agarrar el pezón y la areola. En seguida la lengua se mueve hacia atrás y arriba en contra del paladar duro atrayendo el pezón y la areola hacia adentro. Los músculos de las mejillas se contraen y éstas llenan la boca a causa de las almohadillas de grasa, lo que provee una presión negativa. Las encías y los labios presionan los conductos lactíferos de la areola "ordeñándolos", mientras el pezón está comprimido en contra del paladar, permitiendo así una presión relativamente negativa. La leche fluye de los orificios del pezón y es ingerida como una respuesta al reflejo de deglución. (Figura No. 8). Pezones adoloridos, agrietados y un aumento de peso deficiente en el niño son problemas que pueden suceder por una succión inefectiva.

Cuando la madre y su familia realizan el cambio del hospital al hogar puede ser un momento de bastante tensión para la madre. El niño que hasta entonces era tranquilo, se despierta con más frecuencia y llora mucho más. La madre debe ser orientada en este aspecto y mencionarle además, que no debe preocuparse si necesita amamantar al niño frecuentemente el primer día en casa. Este es el principio del ajuste, tanto para la madre como para el niño, el cual ha cambiado de ambiente. Los primeros días o semanas están llenos de ansiedad para la nueva madre, la cual debe ajustarse a su nuevo papel. Gradualmente, mientras el niño crece y la madre adquiere mayor seguridad,

ambos comenzarán a gozar más de esos momentos que pasan juntos durante el amamantamiento y la ansiedad de la madre disminuirá.

Durante este período se presentan además ciertas situaciones “especiales” que deben ser del conocimiento de la madre.

### **Frecuencia de la alimentación**

Las nuevas madres son casi siempre inseguras y se preocupan acerca de la falta un horario, especialmente si un programa de alimentación a libre demanda ha sido sugerido. Otras madres parecen prosperar con un horario a libre demanda. La madre puede expresar preocupación acerca de las alimentaciones frecuentes y por las propiedades de su leche (se preocupa de que la leche se vea tan rala y azul, después de que el calostro era espeso y cremoso). No es el momento adecuado para dar suplementos, pero sí para que ofrezca al niño el pecho más seguido y así llenar sus demandas y aumentar el suministro de leche. Es un hecho que cuando el estómago del niño se llena varias veces suficientemente y los senos de la madre se vacían un regular número de veces, se previenen la mayoría de los problemas durante el amamantamiento. Ningún horario puede decirle a la madre cada cuánto tiene que alimentar a su niño. Algunos niños en ocasiones se alimentarán más a menudo que cada dos o tres horas. Este incremento de su necesidad es una indicación de que el niño está vigoroso y creciendo, y no debe ser causa de preocupación para la madre. Una buena manera de asegurar a la madre que su hijo está mamando suficientemente, es que revise el número de pañales que moja diariamente. Si moja por lo menos de seis a ocho pañales al día y tiene asientos suaves de color amarillo desde varias veces al día a una vez cada cuatro o cinco días, el niño está ingiriendo suficiente leche.

Un incremento en la frecuencia del amamantamiento se presentará de vez en cuando, lo cual puede significar que el apetito del niño se adelante temporalmente al abastecimiento de la leche de la madre. Esto comúnmente sucede entre la tercera y sexta semana y luego cuando el niño tiene más o menos tres meses de edad. La madre entonces deberá incrementar las mamadas. Estos son “días de frecuencia” que por no entenderlos pueden llevar al destete precoz.

### **El suministro de leche**

Para llegar a un suministro de leche suficiente, lo más importante que debe comprender la madre es el principio de demanda y suministro. Si amamanta con frecuencia, mayor será la cantidad de leche que producirá. Si en alguna ocasión el suministro no es suficiente, generalmente al aumentar la frecuencia de la lactancia por 2 a 3 días se logrará obtener la cantidad requerida.

Si la madre está teniendo problemas con su suministro de leche podrá hacerle las siguientes preguntas para averiguar las causas y encontrar las soluciones:

- a) ¿Está dando ambos pechos en cada mamada?
- b) ¿Está dando de mamar seguido (por lo menos cada 2 a 3 horas o más frecuente) y sin consultar el reloj?

- c) ¿Permite que el niño amamante tanto como quiere o sea a la libre demanda?
- d) ¿Está tomando o bebiendo suficientes líquidos nutritivos (y no demasiado café, té o bebidas gaseosas)?
- e) ¿Está consumiendo una dieta adecuada y balanceada?
- f) ¿Comprende y lleva a cabo el principio de **Suministro y Demanda**?
- g) ¿Usa pepe o chupete, ha dado pachas o biberones suplementarias o comenzó a dar otros alimentos al niño demasiado pronto?

Si el niño está recibiendo alimentos complementarios o biberones suplementarios, la madre recibe menos estimulación y por lo tanto produce menos leche.

- h) ¿Sabe la madre que los niños tienen “días de frecuencia” en que amamantan más seguido, debido al aumento repentino en el apetito, aproximadamente a las 6 semanas y luego a los 3 meses. Generalmente, estos períodos duran de 2 a 4 días y pareciera que el niño necesita del aumento en el suministro de leche y luego espaciar más los tiempos de alimentación.
- i) La madre puede tratar con un cambio en el amamantamiento. Amamantarlo 10 minutos en cada pecho, cambiando de lugar 4 ó más veces en vez de las 2 usuales.

# PROYECTO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (PROALMA)

## "SITUACIONES ESPECIALES DURANTE LA LACTANCIA"

### OBLEMAS EN LA MADRE

#### ETAPA PRENATAL

Comprende los problemas generalmente de naturaleza médica que se detectan durante el embarazo y pueden interferir con la lactancia.

a) **Toxemia:** Las contraindicaciones para la lactancia materna en el postparto inmediato serían: por la condición de la madre, los medicamentos que está tomando y posiblemente prematuridad o problemas en el niño. (1) Hay pacientes que se recuperan rápido -de 24 a 48 horas postparto. Si el niño es de término y está bien, la decisión para el amamantamiento se inicia cuando las precauciones para toxemia se descontinúan o cuando la madre está recibiendo menos de 180/mg día de Fenobarbital (Lawrence, p. 222), porque se calcula que la cantidad de leche no es tan grande al principio. Si se está dando otros medicamentos como diuréticos, hidralazina y metildopa, es mejor esperar hasta que se descontinúan estos medicamentos. Una vez que no haya riesgo de convulsión, se puede extraer la leche. Si está tomando medicamentos hay que botar la leche.

(2) Hay que ayudar a la madre a disminuir la ansiedad, así que cuando se pueda, se le habla sobre la lactancia para tranquilizarla. Necesitará apoyo cuando inicia la lactancia con los problemas que pudieron suceder por la tardanza en amamantar (plétora, leche insuficiente, etc.) y apoyo también si el niño es prematuro. (Lawrence, p. 222-3).

b) **Diabetes:** A menos que una madre diabética está tan incapacitada que no puede tolerar ningún estado de ansiedad, debería tener la misma oportunidad de lactar a su niño como cualquier otra madre. La diabetes necesita manejo cuidadoso de la madre y el hijo. Dependiendo de la variedad de la diabetes, la madre necesitará solamente un ajuste en su dieta, hasta cambios en la cantidad de insulina que se aplica.

Si la mujer diabética chequea su orina, debería hacerlo con una cinta específica para detectar glucosa, ya que la cantidad de lactosa que excreta puede dar conclusiones inapropiadas en algunas cintas sobre sus requerimientos de insulina. La madre diabética está más predispuesta a tener mastitis, infecciones vaginales y moniliasis en los pezones. Debe tratar con cuidado cualquier infección.

c. **Epilepsia:** Generalmente si la epilepsia está controlada por medicamentos el riesgo de convulsiones no es problema para la madre. Los medicamentos como Epamin, Tegretol y Fenobarbital no están contraindicados para el niño, por tanto puede ser amamantado por su madre. Si la madre tiene convulsiones, el problema de dejar caer al niño no es mayor que si lo alimenta con biberón. Generalmente la madre tiene "aura" pudiendo tomar las siguientes precauciones:

a) Tener una cuna o corral cerca de ella para poder colocar al niño adentro cuando sienta que va a convulsionar y evitar golpearlo.

- b) Colocar más almohadas en la silla donde generalmente da pecho para mayor protección.
- c) Colocar barandales forrados con almohadas alrededor de la cama, si generalmente se acuesta con el niño.
- d) Colocar una etiqueta en su cuerpo y sobre el niño, diciendo que se trata de una paciente epiléptica cuando sale de la casa sin llevar compañía (Riordan, p. 137).

**d. Enfermedades de transmisión sexual:**

- 1) Sífilis: La madre con reacción sanguínea positiva está indicando que tiene sífilis primaria, por lo que debe tratarse inmediatamente con penicilina. Si hay lesiones cutáneas abiertas que contengan treponema, el niño deberá aislarse de la madre y de los otros niños. Si hay lesiones alrededor del pecho, la lactancia está contraindicada hasta que el tratamiento se haya completado y las lesiones estén cerradas. Al niño se le puede alimentar con leche materna del Banco de Leche por mientras y la madre puede estar extrayendo su leche diariamente hasta que termine su tratamiento.
- 2) Gonorrea: Si se identifica gonorrea antes del parto se debería iniciar tratamiento inmediato con penicilina; la madre puede manejar y/o amamantar a su niño 24 horas después de la iniciación del tratamiento antibiótico.
- 3) Herpes genital tipo II: La madre con esta enfermedad no puede tener su niño a través del parto vaginal y deberá hacerse cesárea, por el riesgo de contaminar al recién nacido y la alta mortalidad neonatal que esto conlleva.

Una vez recuperada de la anestesia, la madre puede amamantar a su bebé teniendo los cuidados higiénicos.

**e) Hepatitis:** Existen 3 tipos de hepatitis, pero hay 2 que son las más importantes.

La llamada hepatitis "A" que es la más frecuente y se transmite a través de la saliva o alimentos contaminados y la llamada Hepatitis B que se transmite por la sangre.

El riesgo de transmitir esta enfermedad al niño es mayor durante el embarazo y el parto que en el período neonatal, ya que la leche materna no es una vía de transmisión importante, por lo tanto la madre embarazada que se expone a un paciente con hepatitis debe recibir tratamiento con gammaglobulina.

En la Hepatitis A no hay ningún peligro de que la madre amamante a su niño, debe aplicársele previamente gamma-globulina para protegerlo, y posteriormente pueda recibir pecho. (1)

En la Hepatitis B existe desacuerdo de los investigadores, algunos como Krugman contraindican la lactancia; otros como Riordan sugiere que se aplique gammaglobulina al bebé y se amamante, y afirma que puede hacerse más daño al niño si suspendemos la lactancia materna, ya que son pequeños los riesgos de contraer hepatitis a través de la leche, contra los enormes beneficios de los anticipos que

la madre que contrae hepatitis después del nacimiento pasara a su niño que ya ha sido expuesto durante el período de incubación de la enfermedad. Ella cuestiona lo ilógico de negar al niño la leche materna. (2)

- f. **Anemia:** La anemia grave durante el embarazo causa una elevada incidencia de nacimientos prematuros, niños de bajo peso e infecciones postparto, por lo que la madre embarazada con anemia debe iniciar su tratamiento desde que se detecta para asegurar un buen peso de su bebé al nacer y además debe incluirse en un Programa de Alimentación Complementaria, especialmente durante el último trimestre de embarazo y la lactancia.

Después del parto, la lactancia es una buena medida para la madre porque generalmente retarda la reanudación de la menstruación durante varios meses. La madre deberá continuar su tratamiento antianémico y mejorando su dieta para asegurar una buena producción de leche. (3)

- g. **Desnutrición:** Los estudios demuestran que el mejoramiento del estado nutricional de la madre está directamente relacionado con el aumento del peso al nacer del niño y con la mayor supervivencia del recién nacido y lactante. Las madres desnutridas crónicas generalmente tienen niños de bajo peso al nacer y no acumulan suficiente grasa durante el embarazo para mantener una lactancia exitosa, y los niveles más bajos de nutrientes en la leche materna ocurren cuando la madre está severamente desnutrida.

Las vitaminas hidrosolubles parecen ser las más afectadas seguidas de afectación de las grasas, proteínas y calcio. (4)

Sobre los efectos de la desnutrición materna, Helsing afirma: "mujeres malnutridas probablemente producen menos leche, especialmente si se trata de grandes multíparas", La producción de leche se mantiene a costo de las reservas de la mujer y solamente cuando éstas se agotan hay alteración de la composición de la leche. (5)

Pero aún en condiciones seriamente adversas, la leche humana es únicamente valiosa para el niño, por lo que es preferible mejorar la dieta de la madre que recurrir a dar una alimentación artificial al niño que es costosa. No está al alcance de familias pobres e induce desnutrición y procesos infecciosos en el niño, aumentando el riesgo de muerte.

Si existe un Programa de Alimentación Complementaria debe incluirse desde el principio del embarazo, ya que la suplementación alimentaria puede mejorar el peso al nacer y asegurar una mejor lactancia, animando a la madre a consumir alimentos básicos (arroz y frijoles) en vez de la necesidad de proteína animal (carne, huevos) cuando la situación económica es deficiente. Si no hay Programa de Alimentación Complementaria y hay subsidio de leche, tal vez se le puede dar esta leche a la madre para tomarla ella (si la tolera) para ayudarla a mejorar su estado de salud. Generalmente las condiciones en las cuales vive una madre malnutrida aumentan tremendamente el riesgo del biberón para el niño, y se debería tratar de evitar la introducción precoz de suplementos, especialmente otras leches, en lo más posible.

h. **Infecciones de las vías urinarias:** El único tipo de infecciones urinarias que presenta riesgo para el niño son las causadas por estreptococo betahemolítico B, por lo que la madre deberá hacer lo siguiente:

a) La madre debería lavar bien las manos antes de manejar al niño.

b) El medicamento utilizado debe ser aquel que se podría dar también al niño, como ampicilina, penicilina, etc. No se deberá utilizar ni tetraciclina o clo-ranfencical o sulfas.

c) Se puede forzar líquidos y tratar de acidificar la orina (Lawrence, p. 22).

h. **Otros problemas del pezón:**

1. **Pezón de hoyuelo:** Esto es una inversión parcial, el ejercicio de Hoffman y uso de hielo ayuda, pero algunas veces hay más éxito sacando el pezón manualmente y sujetándole con una pinza de pelo forrada con algodón. (Brewster, p. 88).

2. **Pezón supernumerario - pezones extras:** El problema se presenta cuando baja la leche porque se llenan y son incómodos, No existe tratamiento prenatal alguno. Cuando baja la leche, si molestan, envolver con una banda elástica, aplicar hielo hasta que baje la plétora, Amamantar al niño frecuentemente para que el pecho no esté muy lleno. **NO HAY QUE SACAR LA LECHE DE ESTOS PEZONES EXTRA PORQUE SIN ESTIMULO LA PLETORA REBAJARA.** Amamante con los pezones normales solamente. Brewster, p. 98-99).

3. **Un solo pecho:** Una madre que tiene un solo pecho porque el otro se lo han quitado quirúrgicamente, o no tiene pezón en el otro pecho, puede, teóricamente, amamantar. Así como una madre con gemelos puede amamantar a los dos, una madre con un solo pecho puede lograr suficiente leche.

## II. P A R T O

### PARTO NO NATURAL

Cuando durante el proceso fisiológico del parto se realizan múltiples intervenciones médicas como ser: aislamiento de la madre, restricción de líquidos orales y comidas livianas, posiciones rígidas durante la fase de labor, uso de medicación sedante, analgésica, anestésica y oxitócicos, ruptura prematura y artificial de membranas ovulares. instrucción de pujos prolongados y no espontáneos, y posición de Totomía dorsal para el período expulsivo, el resultado es una madre agotada, deshidratación, hipoglicémica y con depresión de su sistema nervioso y la imposibilitará de realizar la interacción con el recién nacido, el cual estará además deprimido su sistema nervioso, con Apgar bajo y con sus reflejos disminuidos, por lo que no podrá succionar el pecho materno inmediatamente después del parto, sino que tendrá que ser sometido a maniobras de reanimación cardiorespiratoria para asegurar su supervivencia y ser internado en Sala de Cuidados Intensivos para su vigilancia, interfiriendo de esta manera con el apego precoz y la lactancia materna. Por lo anterior, hay que hacer énfasis que la mayoría de los niños deben nacer por parto natural tal como se describió anteriormente y evitar estos problemas.

Si el niño después de las maniobras de reanimación efectuadas en la Sala de Parto se recupera y tiene un Apgar mayor de 7, puede colocarse al pecho materno para estimular el reflejo de succión y puede enviarse a alojamiento conjunto con su madre para continuar la lactancia, ya que el calostro será de gran beneficio para su recuperación total.

Si el niño no se ha recuperado y tiene Apgar menor de 6, se enviará a la Sala de Recién Nacidos y deberá ser alimentado con el calostro extraído a la madre por medio de extracción manual, bomba manual o eléctrica para acelerar su recuperación total y transferirle inmunidad natural para protegerlo de procesos infecciosos que pueden hacer peligrar su vida.

## **PARTO POR CESAREA**

En este caso la madre necesita mucho apoyo de todas las personas que la rodean, tanto en el aspecto emocional como físico, ya que el problema básico es la dificultad para iniciar la lactancia debido a la anestesia y a la incomodidad postoperatoria.

- a) Puede realizarse el apego precoz en la Sala de Parto o en Recuperación, ya que no existe contraindicación, pero debe estar preparada para ello y el personal de enfermería puede preguntarle y estar de acuerdo con ello.
- b) El niño puede ser llevado a alojamiento conjunto en cuanto la madre esté despierta y recuperada de la anestesia general (de 6-8 horas después del parto) o en cuanto esté en su cama de postparto si ha recibido anestesia regional. En este último caso necesitará vigilancia y ayuda para mover al niño durante las primeras horas.
- c) Existen técnicas de amamantamiento para madres con cesárea y son:
  1. La madre puede estar de lado con almohada detrás de su espalda y una toalla u otra protección para el abdomen. El niño se coloca de lado frente al pecho para iniciar la lactancia, debiendo recibir instrucción sobre cómo cambiar al niño de un lado hacia el otro, colocándole sobre el pecho de ella, ayudándose con sus piernas dobladas, depositándolo al otro lado y colocándose enfrente de él,
  2. Otra alternativa es colocando una almohada debajo del niño y acostándolo sobre la misma, que lo levante hasta el nivel del pecho, quedando la madre boca arriba y colocar al niño sobre el pecho materno para que inicie la lactancia.
  3. Si el niño se encuentra en Sala de Recién Nacidos, la madre puede empezar a extraerse manualmente su calostro y enviarlo en un frasco estéril para que le sea dado al niño. Si existe una bomba eléctrica portátil se le puede traer a la cama y extraerle el calostro.
  4. En Sala de Recién Nacidos el niño será alimentado con gotero o sonda y no darle biberón para evitar la confusión entre el pecho y el biberón, sobre todo si han pasado más de dos horas del parto, especialmente en los niños susceptibles a presentar cuadro de hipoglicemia neonatal.

5. El niño deberá quedarse en alojamiento conjunto todo el tiempo que la madre esté interna, no se deberá enviarlo a la casa antes de dar de alta a la madre.

### III. PERIODO POSTPARTO INMEDIATO

Los principales problemas que interfieren con la lactancia materna son:

1. **Plétora:** Es más común en las primíparas. Se trata del congestionamiento mamario que se presenta en el postparto inmediato. El congestionamiento presenta dos componentes, uno es la congestión y la vascularidad aumentada, y el segundo es la acumulación de leche con obstrucción de conductos lactíferos; puede comprometer solamente la areola, o sólo el cuerpo de la mama o ambos. Cuando la areola está congestionada oblitera el pezón y hace imposible que sea tomado por la boca del niño; además, si el niño succiona sólo el pezón, esto es sumamente doloroso por la estimulación de las fibras nerviosas, lo que dificulta más la lactancia.

Las causas de la plétora son:

- a) Retraso en la iniciación de la lactancia.
- b) Intervalo prolongado entre cada amamantada.
- c) Uso de fórmulas y/o biberones con agua o suero al recién nacido.
- d) Vaciamiento incompleto de los senos.
- e) Bajada de leche incompleta.

La prevención de la plétora se logra a través de las siguientes prácticas:

1. Apego precoz y alojamiento conjunto.
2. Posición correcta de amamantar, facilitando buena expresión de leche.
3. Alimentación del bebé a libre demanda, cada 2-3 horas como máximo.
4. Mantener al bebé suficiente tiempo en cada pecho (15-20 minutos como mínimo) para asegurar un vaciamiento completo.
5. No dar biberones con fórmulas, agua o suero al niño.

En cuanto al tratamiento recomienda:

1. Colocar paños calientes en cada pecho para relajar los conductos lactíferos, facilitando la bajada de leche.
2. Extracción manual de leche utilizando la técnica descrita anteriormente, o con bomba manual o eléctrica para extraer el exceso de leche, o los tapones de leche que obstruyen los conductos, facilitando la bajada de leche.
3. Colocar al niño al pecho, realizando amamantadas más frecuentes y prolongadas.
4. Omitir las fórmulas y biberones al niño.

5. Puede aplicarse compresas de hielo entre cada amamantada para disminuir la inflamación.
6. Se puede utilizar un analgésico tipo aspirina o acetaminofen, si hay mucho dolor.

## 2. Pezones adoloridos y agrietados

### 1) Las causas son:

- a) Plétora o congestión mamario.
- b) Posición incorrecta de amamantar.
- c) Uso de protectores plásticos, jabón o detergentes en pezones.
- d) Deficiente bajada de leche, lo que ocasiona que el niño muerda el pezón.
- e) Enfermedades como moniliasis, eccema del pezón.

### 2) Prevención:

- a) Preparación adecuada de pezones durante el embarazo.
- b) Enseñanza de técnicas y posiciones correctas del amamantamiento.

### 3) Tratamiento:

- a) Rebajar la plétora con extracción manual para que el niño pueda tomar la areola, no sólo el pezón.
- b) Extracción manual de un poco de leche para que al fluir bien pueda disminuir el dolor y la tensión que afecta la bajada de leche.
- c) Iniciar succión en el pezón menos doloroso y cuando baje la leche pasar al niño al pecho más afectado.
- d) No disminuir demasiado el tiempo de amamantamiento, ya que el niño necesita por lo menos 15-20 minutos en cada pecho para vaciarlo bien.
- e) Verificar si la posición del niño en el pecho está correcta: La cabeza del niño estará directamente enfrente al pezón, no de lado, para que la presión que ejerza sobre el pecho sea uniforme.
- f) Variar posiciones: sentado, acostado, etc.
- g) Estar segura que el niño está succionando parte de la areola, no sólo el pezón.
- h) Enseñar a la madre cómo retirar al niño del pecho, puede ser que lo esté lastimando cuando ella lo retira.
- i) No utilizar protector plástico adentro del sostén (si está usando pezoneras, que los deja o los usa por períodos cortos).
- j) Que exponga los pechos al sol 5-10 minutos diarios o a una lámpara, previa aplicación de manteca de cacao, vaselina o cualquier lubricante.
- k) Que exponga los pezones al aire, quedando sin sostén parte del día, o bajando la pieza removible del sostén de maternidad.
- l) Use hielo envuelto en una toallita y aplíquelo antes de iniciar el amamantamiento para disminuir el dolor. O puede congelar gasas mojadas y aplicarlas sobre el pezón.

- m) No utilizar jabón en los pezones y lavar los sostener con detergentes muy suaves para evitar causar más irritación.
- n) Mantener seco el pezón, si utiliza paños, cambiarlos cuando estén mojados; secar bien el pezón después de que amamante el niño.
- ñ) Si el dolor es muy grande, sacar la leche del lado doloroso y dárselo al niño en cuchara, gotero y sonda, pero **no darla en biberón**.
- o) Puede tomar algún analgésico como aspirina.
- p) Si el niño tiene moniliasis oral, debe tratarse los pezones de la madre también y tratar de mantener secos los pezones.

**NOTA: Es importante prevenir y/o tratar pezones adoloridos o agrietados porque son una de las causas más frecuentes de destete del niño durante las primeras semanas de postparto.**

### 3. Ausencia de calostro

La causa de ausencia de calostro se ha relacionado con el uso de Ergotamina y sus derivados (Metergin, etc.) durante el proceso del parto, causando una disminución del nivel de prolactina en madres durante el periodo postparto inmediato. (White, G., Dr. White, M. 1984. Breastfeeding and Drugs in Human Milk.

**Veterinary and Human Toxicology, Vol. 26, No. 1).**

La ausencia de calostro puede ser que no sea absoluta, ya que el volumen varía entre 2 y 10 ml/amamantada/día en los primeros 3 días.

#### PREVENCION:

1. Preparación de pezones con extracción manual de calostro durante el embarazo.
2. Dar lactancia precoz en la primera hora después del parto para elevar el nivel de prolactina, estimulando la producción de calostro.
3. Evitar el uso rutinario de ergotamina en las salas de parto, y debe estimularse el apego precoz, ya que la succión del niño sobre el pecho materno estimula la liberación de oxitocina que produce contracciones uterinas que ayuda a la expulsión de la placenta y disminuye el sangrado postparto.

#### MANEJO:

1. Succión inmediata postparto.
2. Amamantamiento a libre demanda. No administrar al recién nacido fórmulas o sueros. La leche bajará siempre y cuando el niño amamante frecuentemente.

#### PERIODO POSTPARTO TARDÍO:

Comprende desde el tercer día postparto hasta los 40 días.

Los principales problemas son:

- a) **Hipogaláctea:** Poca producción de leche materna. Las causas son:

1. Succión infrecuente o por tiempo demasiado corto.
  2. Interferencia con el reflejo de bajada de leche por estado de angustia de la madre (stress emocional) o por fumar demasiado o ingerir alcohol o medicamentos como Ergotamina (Metergin y L-dopa).
  3. Fatiga de la madre
  4. Falta de confianza de la madre que se cree incapaz de producir suficiente leche para alimentar a su niño.
  5. Introducción de biberones con fórmulas o suero al recién nacido que lo confunde y lo hace volverse adicto al biberón y rechazar el pecho materno.
  6. Enfermedad en la madre como infección del tracto urinario, endometritis, infección respiratoria o hipertensión arterial que la debiliten y conducen a la fatiga.
  7. Uso de anticonceptivos hormonales que disminuyen hasta en un 50% la producción de leche.
- b) **Mastitis:** Es un proceso infeccioso de la glándula mamaria que se presenta después de la segunda o tercera semana postparto. Generalmente es unilateral. Hay dos tipos de mastitis:

**Tipo celulitis**

Está afectado el tejido conectivo interlobular como resultado de introducción de bacterias a través de pezones agrietados, generalmente en las primeras 2-3 semanas después del parto.

Los síntomas son: fiebre, escalofríos, área mamaria enrojecida y extremadamente sensible al tacto, raramente hay formación de material purulento.

**Tipo adenitis:**

Están afectados los conductos lactíferos y es más común la supuración, formándose abscesos en el tejido glandular. La formación de abscesos puede ocurrir en madres infectadas por sus niños, quienes han estado internos en salas de recién nacidos y se han contaminado con estafilococos.

Las causas de mastitis son:

1. Plétora no manejada.
2. Intervalo muy prolongado entre amamantadas.
3. Pezones agrietados.
4. Uso de sostenes muy apretados.
5. Stress en la madre.
6. Procesos infecciosos en la madre.

## 7. Anemia y desnutrición.

Por lo que para prevenirla deben evitarse todos estos factores.

### **Tratamiento:**

La madre necesita apoyo y comprensión por parte del personal de salud y no reprimendas.

- a) Recomendar descanso en la cama (básico).
- b) Continuar amamantando al niño de ambos pechos, comenzando en el pecho no afectado hasta que baja la leche y después colocarlo en el pecho afectado, tratando que se vacíe todo el pecho por sí mismo o utilizando extracción manual o con bomba.
- c) Escoger un antibiótico apropiado que pueda ser tolerado tanto por el niño como por la madre, tal como la ampicilina o eritromicina que serán tomadas por 10 días, no importando la mejoría clínica que sienta la madre, explicándole que cuando se toma por menos tiempo, son frecuentes las recaídas.
- d) Puede colocarse paños mojados en agua caliente que parecen tener mejor efecto que el hielo; pero si no se siente aliviada del dolor, puede probar con compresas de hielo.
- e) Tomar abundantes líquidos.
- f) Tomar un analgésico como la Aspirina.
- g) No usar sostenes apretados.
- h) Tratar pezones agrietados tal como se explicó anteriormente.

## **MADRE QUE TRABAJA**

1. Se trata de una situación frecuente entre las madres del área urbana, y esta situación se debe analizar desde el embarazo, considerando si es posible dejar el trabajo por un tiempo, ya sea con permiso sin goce de sueldo o un retiro temporal.
2. Puede explorar la posibilidad de aumentar su tiempo de licencia postnatal, añadiendo parte de su descanso prenatal y las vacaciones, y así poder estar junto a su niño durante los primeros 2-3 meses para garantizar una adecuada producción de leche.
3. Puede explorar la posibilidad de llevar el niño al lugar de trabajo, hablando con su jefe; esto es posible en fábricas donde el empleador puede asignar un lugar donde tener los niños y conseguir voluntarios entre los familiares de las empleadas para cuidar los niños, o tal vez el empleador considere la posibilidad de rotar estas responsabilidades entre los empleados. Entonces la madre solamente daría una mañana al mes o cada 15 días para cuidar los niños, dependiendo de la cantidad de madres con niños menores de 5-6 meses que haya en la empresa.
4. La madre trabajadora NO debe dar biberón a su niño.
  1. Se le debe concientizar sobre esto desde el período prenatal por todo el personal de salud, Se debería reforzar este concepto en el hospital.
  2. Las personas que cuidan al niño pueden darle biberón. De esta manera el niño no se confunde y aceptará el pecho de la madre, ella no debe darle nunca biberón.

3. La madre debería tratar de tomar por lo menos su hora diaria de lactancia, de preferencia al mediodía, para ir a amamantar a su niño.
4. Si es posible, ella debería dormir con el niño para que pueda amamantar a libre demanda de noche.
5. Los fines de semana y días feriados el niño debería recibir puro pecho materno para asegurar una adecuada producción de leche.
6. La madre debería tratar de dejar su propia leche para alimentar al niño cuando regrese al trabajo, extraída manualmente o con bomba en el momento de amamantar a su niño. Puede extraerla del otro pecho y dejarla en un recipiente limpio y tapado en refrigeración o colocarla en un tazón con agua fría, ya que la leche materna permanece inalterable por espacio de 12-18 horas, según la temperatura ambiente, En refrigeración dura hasta 48 horas.

La madre puede extraerse su leche en el trabajo y guardarla en recipientes esterilizados y tapados, y llevarla para que le sea dada a su niño el día siguiente, así mantendrá una buena producción de leche.

7. La madre debería procurar que su leche se la den al niño en taza y cuchara y no con biberón, por los riesgos que trae el biberón.

## **PLANIFICACION FAMILIAR**

A pesar de que el amamantamiento da cierto grado de protección anticonceptiva en el período postparto temprano, una madre que seriamente quiere evitar un nuevo embarazo debe ser informada al respecto.

1. Puede salir embarazada durante la lactancia, ya que el riesgo de nuevo embarazo durante la amenorrea es cerca del 5-10%.
2. Si va a utilizar la lactancia materna como protección anticonceptiva, tiene que dar pecho materno en forma exclusiva día y noche para mantener niveles altos de prolactina que inhiban la ovulación. Una vez que se le da agua, fórmula o comida al niño, o que el niño esté durmiendo toda la noche, la madre puede salir embarazada aunque lo siga amamantando.
3. Si la madre desea utilizar, además de la lactancia materna, otro método anticonceptivo, existen varias alternativas como ser los métodos de barrera:

Los dispositivos intrauterinos presentan una efectividad del 95 al 98%; los diafragmas del 85 a 88% de efectividad; preservativos o condones, 80% de efectividad; por lo que estos métodos pueden utilizarse durante la lactancia materna.

4. En cuanto a los contraceptivos hormonales, no se recomienda su uso durante los primeros 6 meses de lactancia materna, ya que producen una disminución en la producción de leche, así como en algunas investigaciones se ha encontrado cambio en el contenido de proteínas y grasas. Además, el efecto a largo plazo en el niño aún sigue desconocido.

## **DROGAS Y LACTANCIA MATERNA**

Las drogas de las que se hablará a continuación incluyen las drogas "sociales", tales como el café, cigarrillo, alcohol, marihuana, etc., y las drogas medicamentosas, . . .

### **PROYECTO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (PROALMA) "SITUACIONES ESPECIALES EN LACTANCIA MATERNA"**

#### **PROBLEMAS EN EL NIÑO**

Los problemas que pueden presentarse en el niño y que interfieren con la lactancia materna se detectan a partir del parto y son:

#### **1. NIÑO PREMATURO Y/O NIÑO DE BAJO PESO AL NACER**

El niño prematuro y/o el de bajo peso al nacer, por sus condiciones fisiológicas de inmadurez, debe ser internado en la Sala de Recién Nacidos para lograr la estabilidad de sus funciones vitales, tales como control de temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, y procesos metabólicos, ya que son susceptibles de presentar trastornos como hipoglicemia e hipocalcemia, etc.

Estos niños necesitan, en forma prioritaria, ser alimentados exclusivamente con leche materna y especialmente con calostro, ya que debido a sus componentes inmunológicos le confiere una mayor protección contra enfermedades infecciosas que le producen gran daño y muerte neonatal; además le garantiza una adecuada ganancia de peso que le favorecerá un crecimiento y desarrollo normal. Esto se logra mediante:

- a) Mantener a la madre dentro del hospital mientras el niño permanezca internado en la Sala de Recién Nacidos.
- b) Autorizar la libre entrada de la madre a la Sala de Recién Nacidos y/o Pediatría para amamantar a su niño si éste ya se puede sacar de la incubadora.
- c) Extracción de la leche en forma manual o con bomba, dándola al niño por tubo nasogástrico cuando:

—Niño no tiene reflejo de succión todavía.

—Niño no se puede sacar de incubadora.

—Madre que no puede levantarse de la cama.

—Madre que no puede permanecer tiempo completo en el hospital.

- d) Alimentar al niño con leche donada al Banco de Leche Materna por su propia madre o por otras madres lactantes. El bebé prematuro debería recibir de preferencia la leche de su propia madre que tiene una composición especial y única para asegurar su crecimiento, o leche de otra madre de prematuro, y finalmente, leche de madres de niños a término por la diferencia en la composición de la leche de la madre del prematuro y la leche madura.

#### **2. NIÑO PATOLÓGICO**

Es el recién nacido que se queda interno en Sala de Recién Nacidos por presentar una patología de origen infeccioso o no.

Estos niños deben recibir exclusivamente calostro y leche materna para asegurar una rápida recuperación, por lo que debe recomendarse a la madre:

- a) Que extraiga su leche y la lleve a la Sala de Recién Nacidos para alimentar a su niño; si es posible, inmediatamente después del parto debería extraer su calostro que tiene un alto contenido de componentes inmunológicos para ayudar a la recuperación de su niño.
- b) Si el niño se ha estabilizado y puede amamantar, la madre entrará a la Sala de Recién Nacidos para darle su pecho; si no es posible, puede llegar a verlo, acariciarlo o tocarlo, así favorecerá el reflejo de bajada de leche y facilitará la extracción láctea de sus pechos.

## **PROBLEMAS DEL NIÑO EN EL PERIODO POSTPARTO**

### **1. NIÑO CON SUCCION DEBIL**

La principal causa es la sedación de la madre durante el parto o como efecto del uso de oxitócicos en la inducción del mismo, Este efecto puede durar hasta una semana. Para alimentar a este niño se recomienda:

- a) No darle biberón, ya que el niño con succión débil se acostumbra fácilmente al biberón.
- b) Al alimentarlo con leche materna extraída, utilizando gotero, sonda o Lact-Aid para estimular su reflejo de succión. Al normalizarse la succión, seguir colocando al niño al pecho y descartando el gotero o Lact-Aid.

Otras causas de niño con succión débil son problemas neurológicos como el Síndrome de Down o malformaciones congénitas como labio leporino.

Podemos ayudar a las madres de niños con estos problemas así:

#### **a) Niño con labio leporino y/o paladar hendido**

Si el problema es sólo el labio, la solución es relativamente sencilla:

1. Hay que introducir el pecho lo suficientemente profundo en la boca del niño para cerrar la hendidura labial, o utilizar los dedos o aplicación de esparadrapo para poder hacer un cerrado completo (sello) y crear el vacío necesario para la succión.
2. Al realizar la cirugía correctora, el niño puede amamantar tan pronto se recupere de la anestesia, ya que el movimiento de succión no va a dañar los puntos efectuados. (1)

Si el niño tiene paladar hendido puede haber más problemas, ya que el paladar hendido puede abarcar paladar blando y duro o ser parcial o total.

La dificultad para amamantar es que no existe la porción sólida del paladar donde sostener el pezón para permitir una succión adecuada y detener la leche, la cual se va hacia la nariz, produciendo aspiración a vías respiratorias.

La solución se orientará a:

- a) Si el paladar hendido es total:

—Se resolverá el problema del paso de leche a la nariz mediante una posición de amamantamiento lo más vertical posible (niño casi sentado frente al pecho), tratando de ofrecerle el pecho cuando éste esté lleno, ya que el niño es capaz de “ordeñar” el pecho más fácilmente que “succionarlo”.

—Si es posible construirle un paladar artificial con material de odontología y poderlo cambiar cada tres meses hasta que se opere al niño, es lo ideal.

- b) Si el paladar hendido es parcial, generalmente, con tiempo y paciencia el bebé aprende cómo “ordeñar” el pecho mediante compresión de la areola y sacar la leche.

Si el aumento de peso en el niño no es suficiente, la madre puede extraerse su leche después de cada amamantada y dársela con gotero.

Estas madres necesitan mucho apoyo de parte del personal de salud, y necesitarán visitas domiciliarias y seguimiento; hay que insistir en el **NO USO DE FORMULAS LACTEAS** por el efecto irritativo que producen cuando pasan a la nariz o al oído; además de todos los inconvenientes del uso de fórmulas.

### b) Niño con Síndrome de Down

1. Problema principal es succión deficiente.

- a) Madre puede utilizar su dedo para bajar la lengua del niño, ayudando a mantener su lengua debajo del pezón.
- b) Estimular el reflejo de succión colocando unas gotas de leche en su boca, mediante extracción manual.
- c) Utilizar una sonda nasogástrica con una jeringa llena de leche extraída. El punto del tubo va adentro de la boca del niño y la madre puede inyectar cantidades pequeñas de leche, observando al niño siempre para ver que está tragando.
- d) Estimular al niño físicamente.
- e) Mantener al niño lo más recto posible mientras le amamanta. (2)

### 2. NIÑOS GEMELOS

El problema principal es que la madre acepte las demandas de ambos niños, las cuales son excepcionales durante el primer año de vida.

- a) El apoyo se dirigirá hacia las técnicas de amamantamiento y se le ofrecerán las diferentes posiciones que la madre pueda utilizar hasta lograr una mejor comodidad tanto para ella como para ambos niños.

La madre escogerá si los amamanta simultáneamente o uno por uno, aunque esta última alternativa conduce a la fatiga; afortunadamente la mayor parte de los gemelos combinan las dos modalidades. (Ver Anexo “A”).

- b) Debe enfatizarse en la adecuada alimentación de la madre y suficientes líquidos diarios para garantizar una adecuada producción de leche para los dos niños.
- c) La madre debería amamantar de los dos pechos a cada uno de los niños para lograr una adecuada estimulación de succión y lograr buena producción de leche.
- d) Brindarle mucho apoyo.

### 3. NIÑO QUE NO AUMENTA DE PESO

Es el niño que siendo amamantado exclusivamente no gana peso adecuadamente y se mantiene debajo del 10° percentil en la curva de crecimiento estándar.

Las causas son múltiples y corresponden a problemas maternos o problemas en el niño. El siguiente cuadro ilustra lo anterior:

**Niño amamantado  
que no aumenta  
de peso**

Causas en  
la madre

Poca producción  
de leche

- 1) Dieta inadecuada.
- 2) Enfermedad infecciosa.
- 3) Fatiga

Reflejo de bajada  
de leche  
disminuido

- 1) Bloqueo psicológico
- 2) Drogas o medicamentos.
- 3) Fumar.

Causas en  
el niño

A. Deficiente  
ingestión  
de leche

- 1) Succión débil.
- 2) Intervalos prolongados entre amamantadas.
- 3) Anormalidades estructurales de aparato digestivo alto (labio leporino-paladar hendido).

B. Deficiente  
absorción de  
leche

- 1) Vómitos y diarrea.
- 2) Síndrome de mala absorción.
- 3) Enfermedad infecciosa.
- 4) Enfermedades metabólicas.

C. Elevado  
requerimiento  
energético

- 1) Niños de bajo peso al nacer.
- 2) Niños con cardiopatías congénitas.
- 3) Enfermedades del sistema nervioso que se acompañan de hiperactividad.

Por lo tanto, en el interrogatorio de todo niño que no aumenta de peso, debe investigarse estas causas y tratar de dar orientación adecuada para corregirlos.

Las causas por enfermedad y mala técnica de amamantamiento son relativamente fáciles de resolver; los problemas más difíciles son los de origen neurológico, metabólico y las malformaciones congénitas.

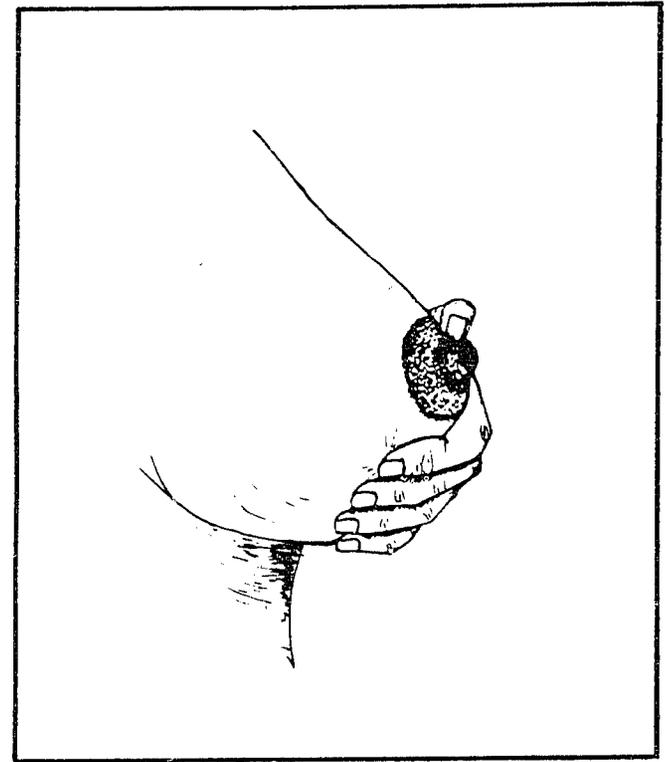
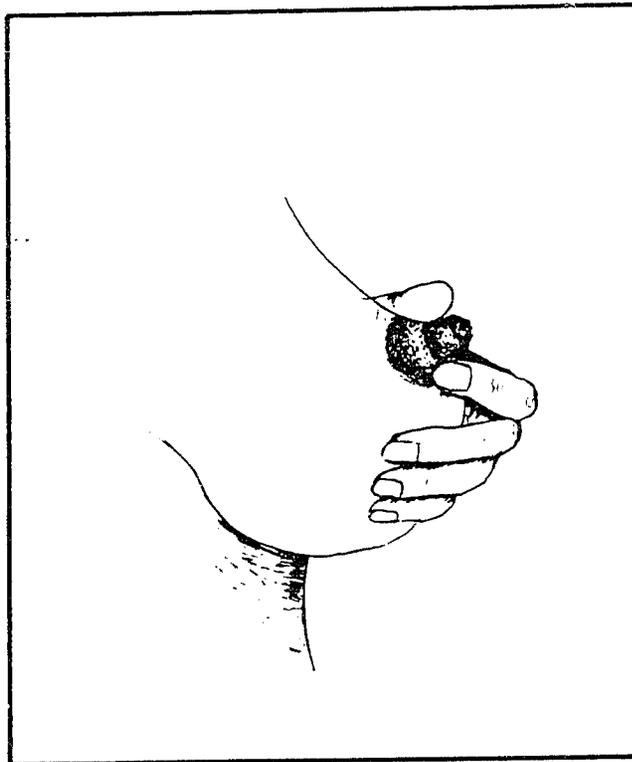
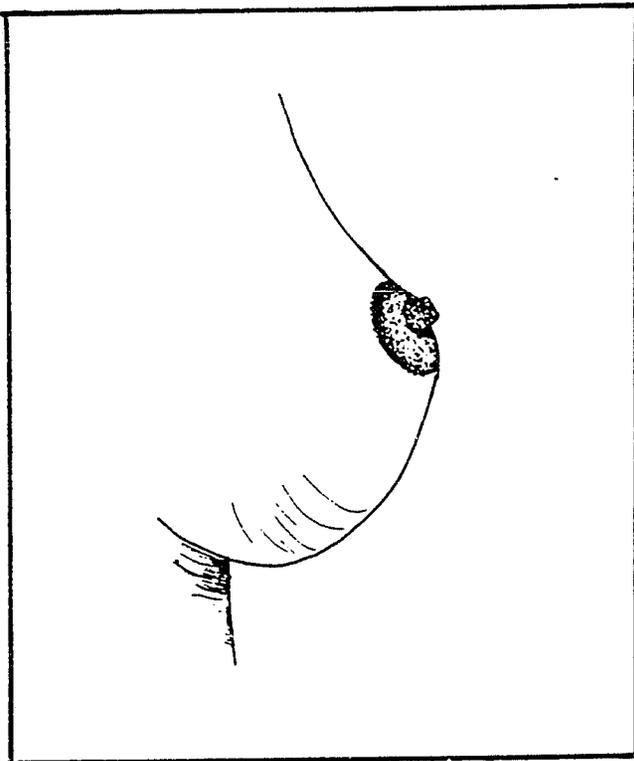
1. En la mayoría de los casos, la indicación es el uso de un Lact-Aid, que básicamente consiste en tratar de mantener al niño al pecho para que al succionar estimule la producción y la bajada de leche y al mismo tiempo suplementarlo mediante una sonda situada cerca del pezón o con un gotero conteniendo leche materna donada por otra materna de preferencia que fórmula láctea.

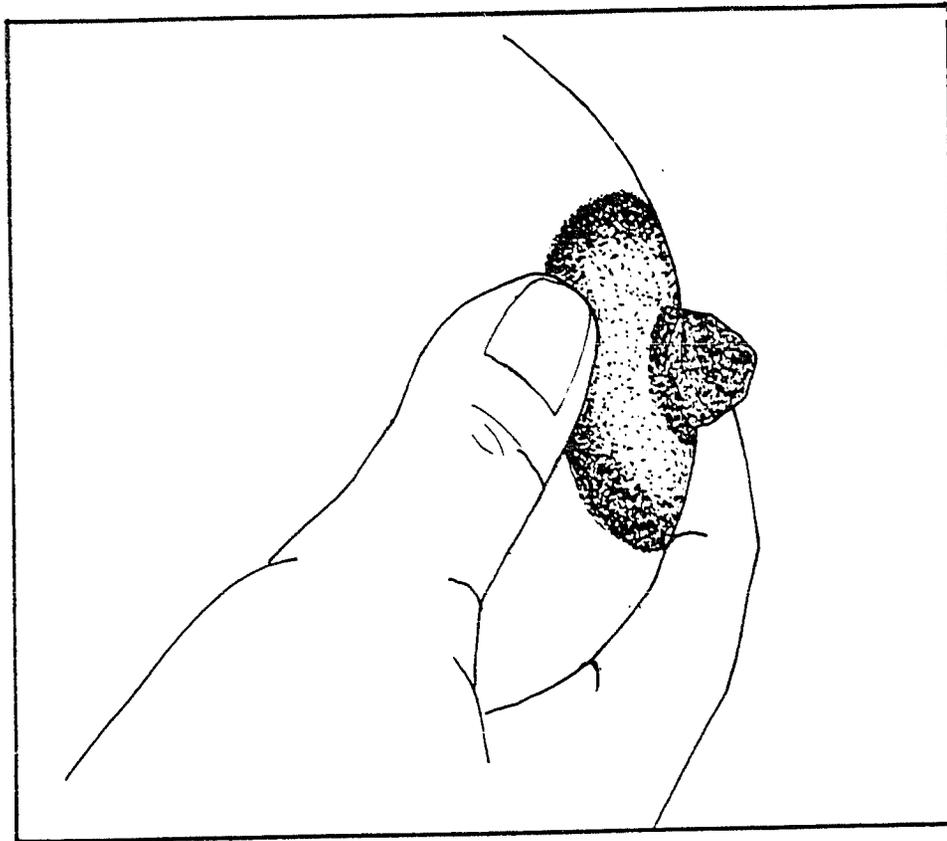
Si la madre puede conseguir un Lact-Aid comercial, es lo ideal; si no, puede fabricar un sustituto utilizando una sonda larga introducida adentro de un frasco con leche que se coloca en posición más alta que el pecho; el orificio libre de la sonda se coloca cerca del pezón para que el niño al succionar extraiga la leche del frasco y al mismo tiempo estimula el pezón para iniciar la producción de leche materna.

2. Esta técnica requiere mucha paciencia de parte de la madre y mucho apoyo de parte del personal de salud.

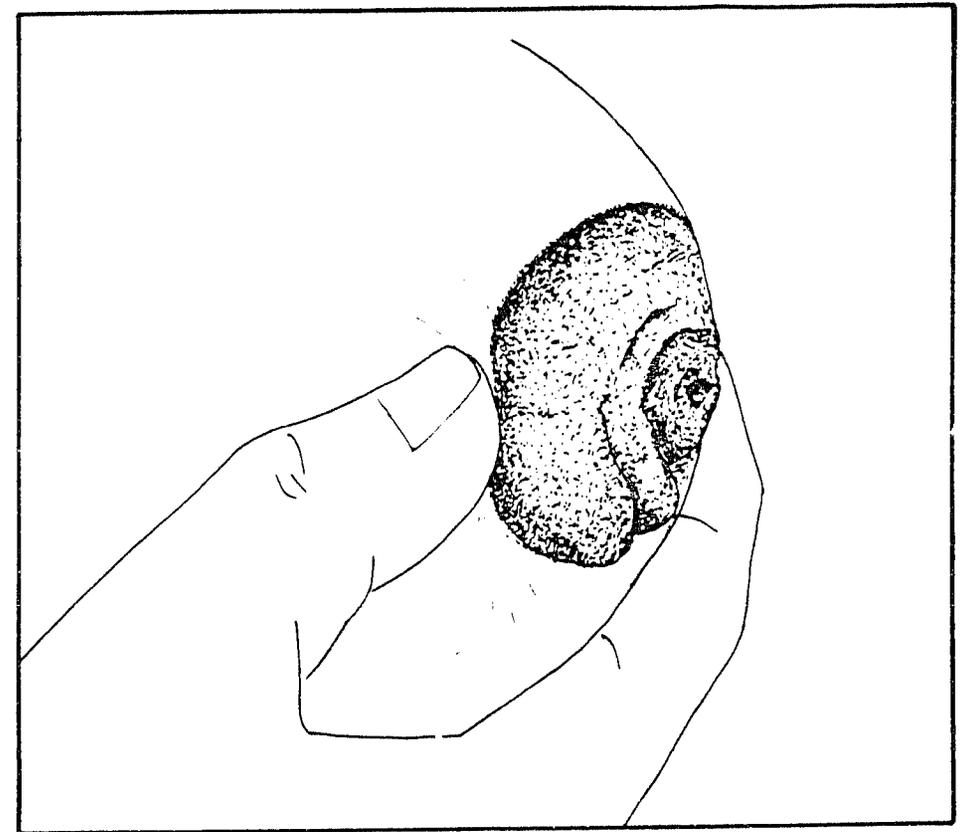
## ACONDICIONAMIENTO DE PEZONES

SOSTENER EL SENO CON LA MANO MIENTRAS SE PRESIONA SUAVEMENTE EL PEZON CON LOS DEDOS PULGAR E INDICE. ESTIRAR Y GIRAR EL PEZON HASTA SENTIR UNA PEQUEÑA MOLESTIA, LUEGO SOLTARLO. REPETIR ESTE EJERCICIO VARIAS VECES AL DIA.





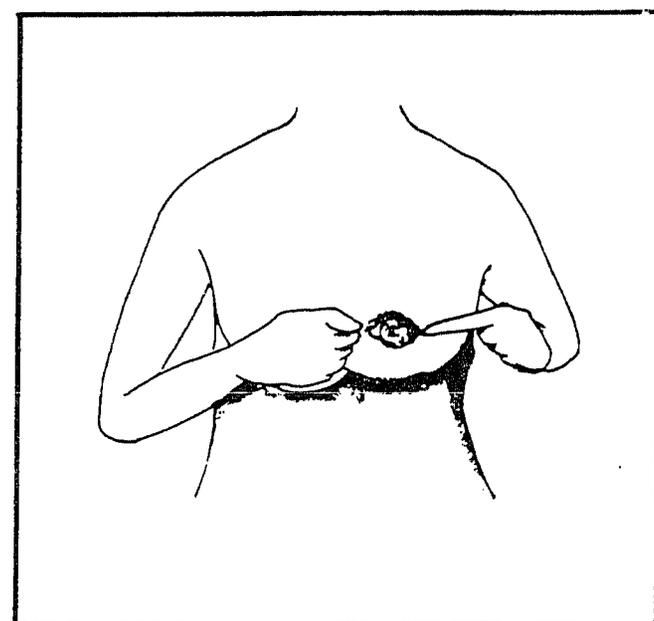
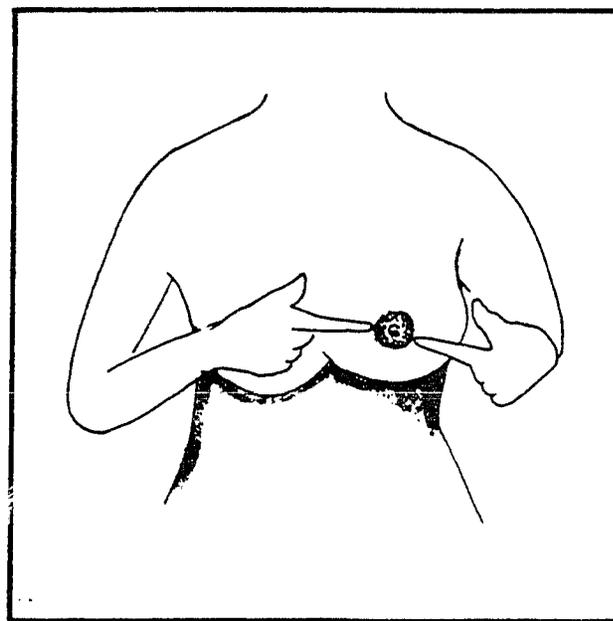
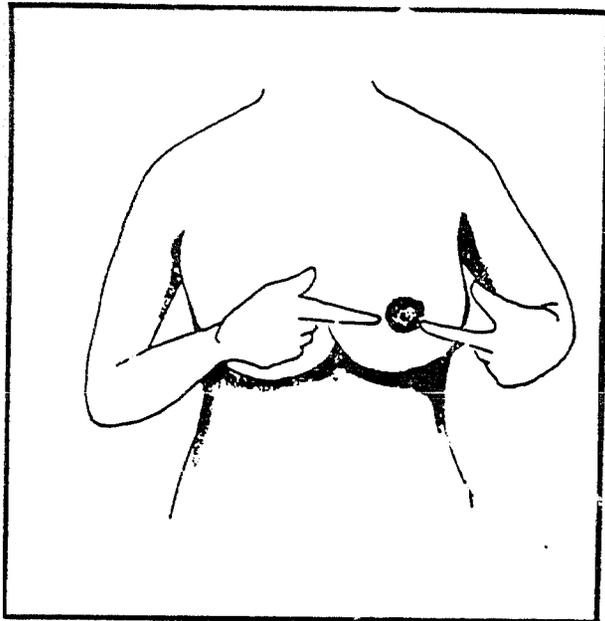
EL PEZON NORMAL SOBRESALE  
CUANDO SE PELLIZCA LA AREOLA.



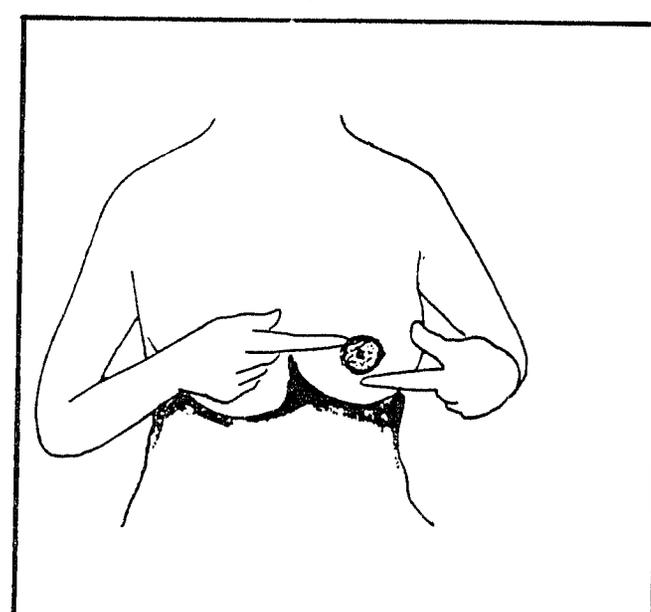
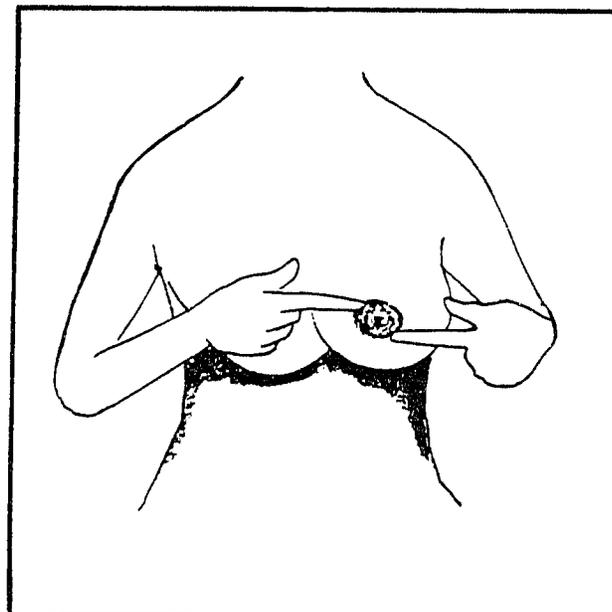
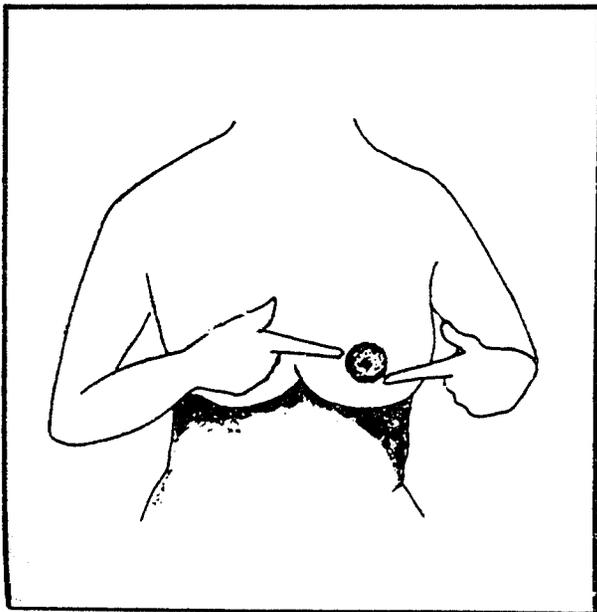
EL PEZON INVERTIDO SE RETRACTA  
CUANDO SE PELLIZCA LA AREOLA

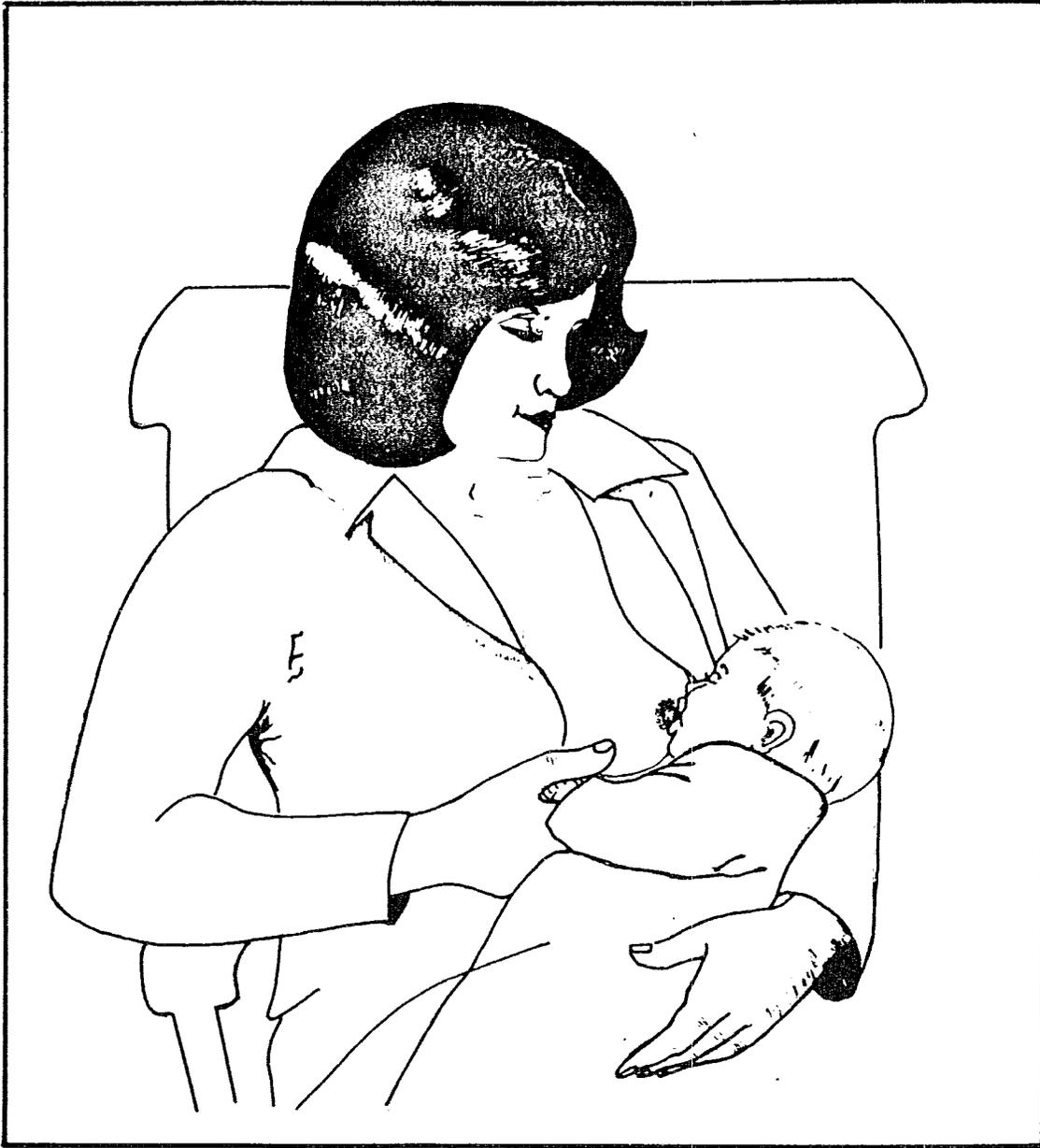
# EJERCICIOS DE HOFFMAN

LOS EJERCICIOS DE HOFFMAN CONSISTEN EN MASAJES DEL PEZON DESDE EL CENTRO A LA PERIFERIA CON LOS DEDOS. DEBE REALIZARSE AL MENOS DOS VECES AL DIA.

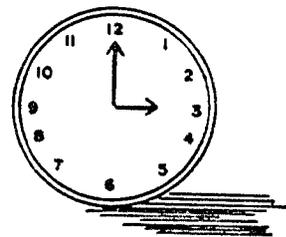


TOMADO DE: "MANUAL DE FOMENTO PARA LA LACTANCIA MATERNA" MINISTERIO DE SALUD; SANTIAGO, CHILE. 1979.





PERIODO DE  
APRENDIZAJE

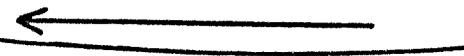


3 - 6  
SEMANAS

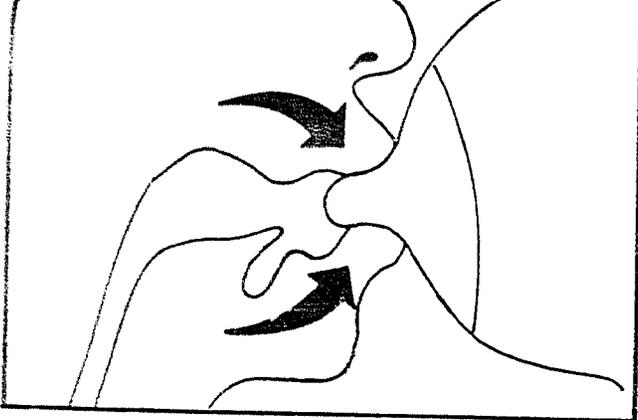
PERIODO DE  
GRATIFICACION



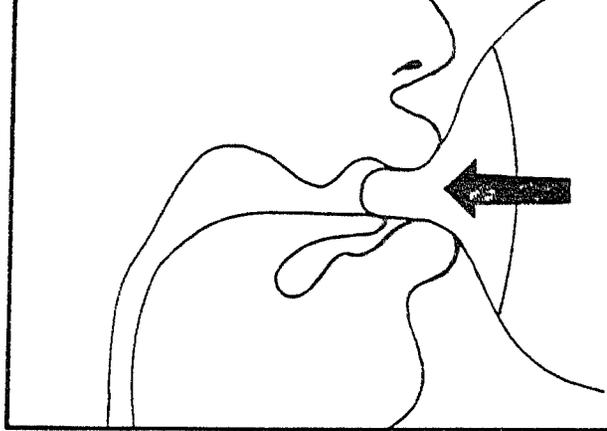
NIVEL DE  
ANSIEDAD MATERNA



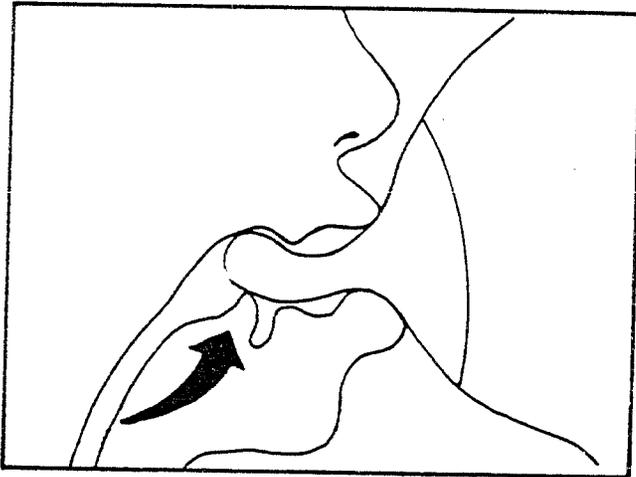
# MECANISMO ORAL DE LACTANCIA DE PECHO Y POR MAMADERA.



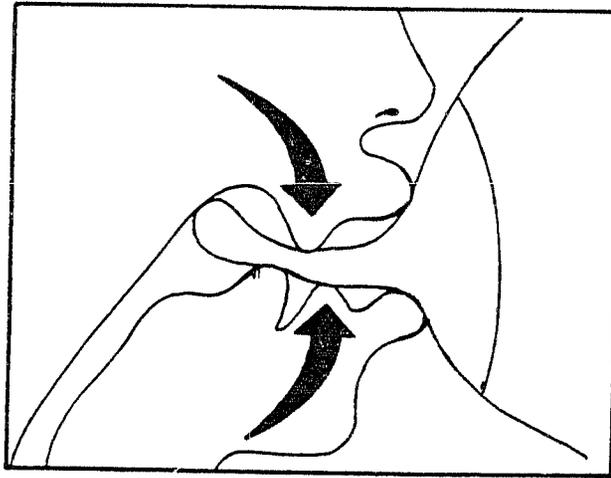
NOTE COMO LOS LABIOS FORMAN UNA "C" EN EL CONCAVO AREOLAR DEL PEZON, "ENCAJANDO COMO UN GUAITE" LOS MUSCULOS DE LA MEJILLA SE CONTRAEN.



LA LENGUA SE MUEVE CON FUERZA HACIA ADELANTE PARA TOMAR EL PEZO Y LA AREOLA.

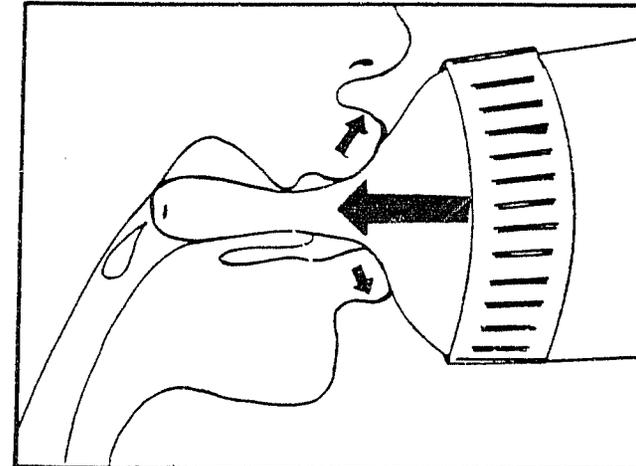


EL PEZON SE MUEVE HACIA EL PALADAR DURO MIENTRAS LA LENGUA SE RETRAE, INDUCIENDO LA AREOLA HACIA LA BOCA. LA LENGUA Y LAS MEJILLAS CREAN UNA PRESION **NEGATIVA** CONTRA EL PEZON. CREANDOSE ASI EL EFECTO DE MAMAR.



LAS ENCIAS PRESIONAN LA AREOLA, EXPRI- MIENDO LA LECHE HACIA LA PARTE POSTE- RIOR DE LA GARGANTA, EN DONDE EL ACTO DE MAMAR OCURRE. LA LECHE FLUVE DE LOS ORIFICIOS DEL PEZON HACIA EL PALADAR DURO.

NOTESE COMO EL BIBERON DE TAMAÑO GRAND GOLPEA EL PALADAR BLANDO (PRODUCIENDO ATORAMIENTO) Y EVITA LA ACCION ADECUADA DE LA LENGUA.

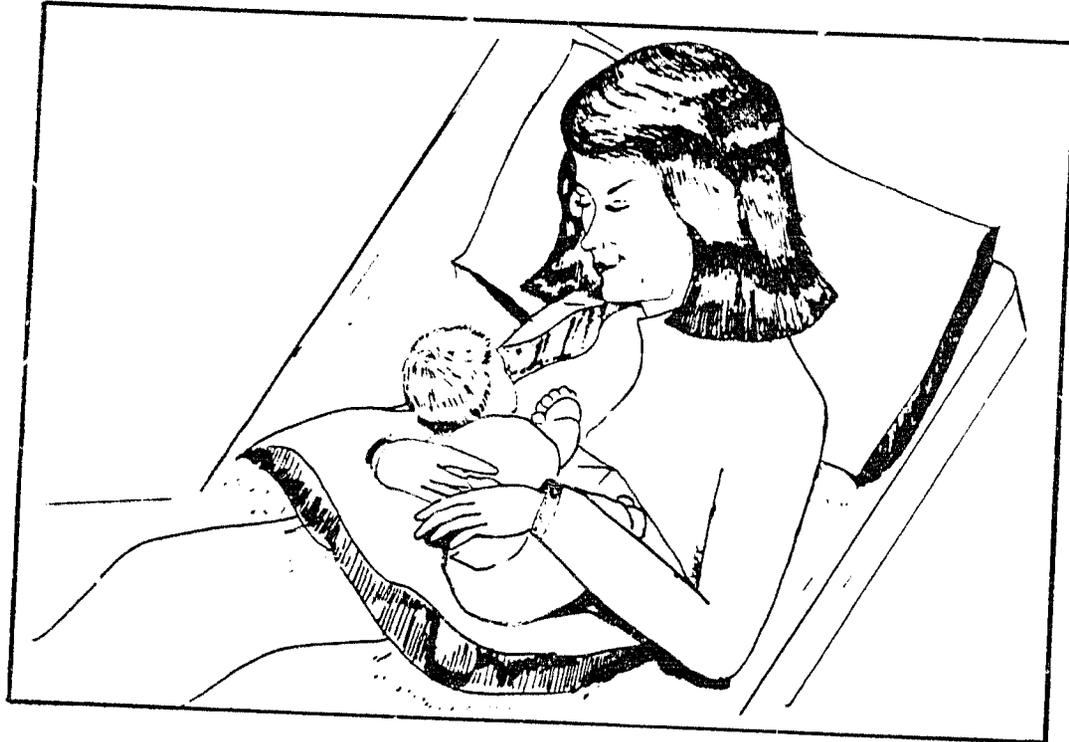


LA LENGUA SE MUEVE HACIA ADELANTE (Y EN CONTRA DE LAS ENCIAS) CON UN MOVIMIENTO DE EMPUJE, A FIN DE QUE EL EXCESO DE LE- CHE NO PASE AL ESOFAGO. NOTE COMO LOS LA- BIOS SE CIERRAN FORMANDO UNA "O" NO SE OBTIENE COMPRESION. LOS MUSCULOS DE LA MEJILLA SE RELAJAN.

# POSICIONES PARA AMAMANTAR



POSICIONES PARA AMAMANTAR



## BIBLIOGRAFIA

1. Normas de Planificación Familiar - Ministerio de Salud, Lima, Diciembre, 1980.
2. Programa Materno Infantil, Panamá, 1981.
3. Manual de Normas para la Atención Materno Infantil, Mayo, 1983.
4. Programa de Salud Materno y Perinatal, Chile, 1980.
5. Normas y Procedimientos del Programa de Atención del Niño. 1984, El Salvador.
6. Normas para la Atención Materno Infantil, Costa Rica, 1983.
7. Lactancia Materna en Honduras, Marzo, 1980.
8. Planificación Familiar, Manual de Procedimientos Enfermedades Obstétricas Stats. University of New York. 1973.
9. Técnica para la Inserción de DIU. Publicado por SIDA. 1968.
10. Abrahamsson, L. N. Velarde & L. Hambræus  
The Nutritional value of home prepared in industrially produced weaning food.  
J. Human Nutr. 32:279, 1978.
11. American Academy of Pediatrics  
Breast feeding  
Pediatrics 62:591, 1978.
12. Bailey K. J. & A Raba  
Supolementary feeding programs. Nutrition in Preventive Medicine.  
WHO. Chapter 21:297. 1976.
13. Cameron, M. & Y. Hofvander  
Manual on feeding infants and young children protein calorie advisory group of the United Nations System. Second Edition.  
United Nations, New York. 127, 1976.
14. Devadar, R. P. P. Easwaran & K. Ponnormmal  
Diet and nutrition in the first year of life. Part. I. Feeding Pattern  
Weaning practices and inmunization measures adopted.  
J. Nutr. Diet. 14:334, 1977.
15. Mata. L. J. JJJ. Urrutia & A. Lechting  
Infection and nutrition of children of a low socio economic rural community.  
Am J. Clin. Nutr. 24:249, 1971.

1986 Cronograma  
 Family Planning  
 Breast Feeding

6

1985

PROYECTO A.I.D. 522-0153

**DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

(CRONOGRAMA DE TRABAJO)

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEN.				DICIEMBRE							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Evaluación y monito- ria del Programa de F.P. y L.M. 1985																																																				
Investigación ope- rativa sobre manejo de suministros de - anticonceptivos.																																																				
Elaboración de me- morias globales de aten- ción por regiones de salud en la atención de la mujer.																																																				
Elaboración de me- morias de suministros - para el programa de F.P. y L.M.																																																				
Elaboración de presupuesto general global del programa interno infantil y F.P., L.M.																																																				

Best Available Document

1985

PROYECTO A.I.D. 522-0153  
 DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
 (CRONOGRAMA DE TRABAJO)

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
6-Definición de pasos administrativos para la ejecución de fondos a nivel regional del programa de PF y LM.																																																			
7-Solicitud de equipos y materiales del programa de PF y LM.																																																			
8-Elaboración del plan de acción de acuerdo a resultados de investigación operativa sobre suministros.																																																			
9-Distribución a nivel nacional por regiones de salud de suministros.																																																			

Best Available Document

6

1985  
**PROYECTO A.I.D. 522-0153**  
**DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
 (CRONOGRAMA DE TRABAJO)

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
10-Definición de mecanismos de coordinación para manejo del componente de la División Materno-Infantil y Región de Salud con el proyecto de apoyo a la lectencia mat.																																																					
11-Reimpresión y distribución a nivel nacional del manual de normas del programa - de PF. y L.M.																																																					
12-Distribución de - Fichas calendario MI NIÑO QUERIDO																																																					
13-Elaboración del Manual de Normas de At. Materna.																																																					

Best Available Document

1985  
**PROYECTO A.I.D. 522-0153**  
**DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
 (CRONOGRAMA DE TRABAJO)

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
3.1-Recopilación de formas existentes en los niveles regionales.																																																			
3.2-Revision de bibliografía existente.																																																			
3.3-Elaboración documento preliminar.																																																			
3.4-Revision del documento preliminar y elaboración 2 borradores.																																																			
3.5-Validación nivel operativo.																																																			
3.6-Asecuración y elaboración del documento final.																																																			
3.7-Aprobación por el nivel político.																																																			
3.8-impresión final.																																																			
3.9-implantación																																																			







**1985**  
**PROYECTO A.I.D. 522-0153**  
**DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**

**SECRETARIA DE SALUD PUBLICA**  
**(CRONOGRAMA DE TRABAJO)**

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
15-21-Validación a nivel regional del rotafolio comunitario.																																																			
15-22-Análisis de la validación del rotafolio.																																																			
15-23-Corrección y versión final de rotafolios comunitarios.																																																			
15-24- Impresión final rotafolios.																																																			
15-25-Elaboración de guía metodológica - rotafolio comunitario.																																																			
15-26-Diseño preliminar de sonovisos sobre PF y LM.																																																			



1985  
**PROYECTO A.I.D. 522-0153**  
**DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**  
**SECRETARIA DE SALUD PUBLICA**  
**(CRONOGRAMA DE TRABAJO)**

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
17.2-Taller sobre - manejo clinico de L. M. a nivel nacional.													■																																						
17.3-Talleres regio- nales sobre manejo clinico de L.M.																	■					■				■						■																			
17.4-Reuniones de tr- abajo para evaluacion del proceso de capa- citacion del progra- ma de PF. y LM.																	■					■				■																									
17.5-Reuniones de - trabajo para evaluar impacto de la capa- citacion en inser- cion DIU													■				■																																		
17.6-Capacitacion y recapacitacion en tecnicas de inser- cion de DIU y toma de citologia a nivel de medicos y ent.pro- fesionales.																																																			

BEST AVAILABLE



1985  
**PROYECTO A.I.D. 522-0153**  
**DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**  
**SECRETARIA DE SALUD PUBLICA**  
**(CRONOGRAMA DE TRABAJO)**

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52				
17.10-Reuniones tri- mestrales con perso- nal comunitario - C.C. de Salud, parte - ras, etc) para uosa trabajo y atencion de salud. M., AF y L.M.																																																								
18-Supervision de los servicios de sa- lud.																																																								
18.1-Del nivel con- tral al nivel regio- nal.																																																								
18.2-Nivel local a nivel comunitario.																																																								
18.3-Organizacion e instalacion de Ben- eficos de leche a nivel regional.																																																								

1985  
PROYECTO A.I.D. 522-0153  
DESARROLLO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS  
 SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
 (CRONOGRAMA DE TRABAJO)

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB.				OCTUBRE				NOVIEMB.				DICIEMBRE							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
19-COORDINACION																																																				
19.1-Reuniones de trabajo con PROALMA.																																																				
19.2-Reuniones de trabajo con ASHON PLATA.																																																				
19.3-Reuniones de trabajo División de Epidemiología, nutrición, Educación Salud Mental, Salud Oral, Recursos Humanos.																																																				
19.4-Divulgación - resultados Encuesta Nacional de MI y PE.																																																				
19.5-Evaluación y monitoreo del programa materno infantil MF y LM.																																																				

