INTERNATIONAL NUTRITION COMMUNICATION SERVICE

CONSULTANT REPORT SERIES

HONDURAS

— January - February, 1985 —

A mid-term impact evaluation of hospital institutions for the PROALMA Project, Honduras (El Proyecto PROALMA—Evaluacion del impacto en hospitals)

by

Phyllis A. Autotte
INCS Consultant

BEST AVAILABLE COPY

Prepared by Education Development Center, Inc.
55 Chapel Street, Newton, MA 02160 USA

This project has been conducted under Contract AID/DSAN-C-0209, Office of Nutrition, Science and Technology Bureau, United States Agency for International Development, Washington, D.C.

edc

INTRODUCTION

The PROALMA Project was begun in 1982 to promote breastfeeding practices in the urban population of Honduras. This midterm evaluation of the project, carried out in 1984 by an INCS consultant, shows that PROALMA has made noteworthy strides in raising the awareness of Honduran health personnel regarding the importance of breastfeeding through its education programs, national conferences, and general impact at the institutional level. The main objectives of the project are to: (1) demonstrate to health personnel in 3 hospitals the importance of breastfeeding; (2) promote institutional changes that support breastfeeding; and (3) educate and orient breastfeeding mothers.

This consultant report outlines the procedures followed in evaluating the program in three institutions: the Hospital Materno Infantil and two other hospitals affiliated with the Social Security System. The report indicates that PROALMA has increased the awareness and knowledge of hospital staff regarding breastfeeding, has had an effect on hospital procedures leading to increased breastfeeding, and has promoted the establishment and use of milk banks. The author has covered such evaluation areas as: changes in hospital routines, length of time after birth before breastfeeding occurs, impact on morbidity due to diarrhea, and institutional savings (mothers' milk vs. formula). She has also included several recommendations for the program based on the results of her study.

Ronald C. Israel
Director, INCS

March 1985

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION i

SUMMARY 1

RECOMMENDATIONS 3

THE PROALMA PROJECT 4

I. BACKGROUND INFORMATION 4

II. METHODOLOGY 4

III. HOSPITAL INSTITUTIONS 6

A. HOSPITAL MATERNO INFANTIL 6

B. HOSPITAL ROUTINES 6

1. Labor
2. Birth
3. Postpartum
4. Maternal Milk Bank
5. Standards
6. Institutional Savings
7. Impact on Morbidity Due to Diarrhea
8. Abandonment of Newborns
9. Cesarean Section Rate
10. Impact on Hospital Staff

C. SOCIAL SECURITY HOSPITAL, SAN PEDRO SULA 15

D. HOSPITAL ROUTINES 16

1. Labor
2. Birth
3. Postpartum
4. Maternal Milk Bank
5. Standards
6. Institutional Savings
7. Impact on Morbidity Due to Diarrhea
8. Abandonment of Newborns
9. Cesarean Section Rate
10. Impact on Hospital Staff

E. SOCIAL SECURITY HOSPITAL, TEGUCIGALPA 21

F. HOSPITAL ROUTINES 21

1. Labor
2. Birth
3. Postpartum
4. Maternal Milk Bank
5. Standards
6. Institutional Savings
7. Impact on Morbidity Due to Diarrhea
8. Abandonment of Newborns
9. Cesarean Section Rate
10. Impact on Hospital Staff

G. LIMITATIONS IN THE DATA COLLECTION 25

SUMMARY

In the two short years of its existence, PROALMA has definitely raised the consciousness of health personnel toward breastfeeding through its educational programs, its impact at the institutional level, and through two national conferences.

PROALMA has visibility in the three institutions where the project has been implemented. It has an office in each institution, and PROALMA personnel are known by the hospital staff who see them as hard working, dedicated people who have set a momentum in motion for the promotion of breastfeeding.

Each institution has had its specific set of problems to resolve in the implementation of the project, but the last six months of 1984 have seen the fruition of countless efforts and hard work.

Institutional committees have been formed and are now functioning on a regular basis. These groups, with PROALMA personnel, have revised hospital standards for Labor, Delivery, Postpartum Newborn Nursery, Premature Nursery, and Pediatrics. In each area, the standards were revised to promote and support breastfeeding, mother-infant bonding, and rooming-in. The standards in all institutions have been approved and published.

Maternal Milk Banks with trained personnel and electric milk pumps are functioning in each institution. Mothers have been given identification cards which identify them as nursing mothers and allow them to enter the hospital at any time to nurse their infants. As a result, most prematures are receiving mother's milk and mortality is decreasing. Fewer children are being hospitalized for diarrhea.

Interest in breastfeeding is increasing among students. Two medical students recently completed their theses on breastfeeding, and a nurse in San Pedro Sula studying for her Licenciature is also doing her thesis on the same topic.

All institutions have shown increased savings through decreased purchasing of infant formulas.

All health personnel interviewed were emphatic regarding the extension of the PROALMA project in order to consolidate the advances that have been made in the promotion of breastfeeding.

RECOMMENDATIONS

1. Urgently consider the extension of the PROALMA project for another 2 years.

2. Maintain the present staff with the goal of incorporating them as permanent members of their current institutions.

3. Continue to provide educational activities for physicians, especially obstetricians.

4. Consider new ways to maintain better linkages with the Ministry of Health.

5. Consider incorporating PROALMA activities into other regional hospitals.

6. Provide more educational activities to women, especially during the prenatal period, and provide greater support for working mothers.

7. Consider as a goal the establishment of more milk banks.

8. Continue to motivate the counterpart committees in the institutions especially regarding the implementation of norms.

9. Provide a mechanism for training the PROALMA staff in data collection methodology.

THE PROALMA PROJECT

I. BACKGROUND INFORMATION

PROALMA is an organization which was created in September, 1982, by the Honduran Institute of Social Security (IHSS), the Honduran National Junta for Social Welfare (JNBS), the Honduran Ministry of Health (MOH), and the United States Agency for International Development (AID), in order to implement a 2-year project to promote breastfeeding in the urban population of Honduras.

The focus of the project is:

1) To educate health personnel in three urban hospitals and clinics regarding the benefits of breastfeeding and its proper management;

2) Promote changes in institutional standards and routines which will encourage women to breast feed successfully;

3) Provide education and counseling for breastfeeding mothers.

A mid-term evaluation of the project was conducted in January-February 1984 to measure progress towards achievement of project objectives, assess the adequacy of project staffing and administrative structure, assess project linkages with other institutions, ascertain whether the data necessary for a summative evaluation are being assembled, and present recommendations for reprogramming and solutions to problems. (See O'Gara, C., Feb. 29, 1984)

Presently, PROALMA is in the final evaluation phase of the project. This report addresses one component of the evaluation: the impact that PROALMA has had in the institutions--Hospital Materno Infantil and IHSS hospitals in Tegucigalpa and San Pedro Sula.

II. METHODOLOGY

The author spent two weeks in Honduras and visited the three institutions (HMI and IHSS Tegucigalpa and San Pedro Sula). Formal interviews were

conducted with medical and nursing directors of each institution as well as the heads of the Departments of Obstetrics, Pediatrics, Gynecology, and Outpatient. Informal interchanges were held with staff and mothers in the Labor and Delivery and Postpartum areas.

Although a structured questionnaire was not utilized during the interviews, key questions were asked of everyone. These included:

1) How long had the person interviewed held his present position?
2) How many staff personnel were they responsible for?
3) How many of their personnel had participated in the courses taught by PROALMA?
4) What changes had occurred in the procedures and routines in their specific departments for the promotion of breastfeeding between 1982 and 1984?
5) Did they notice any attitudinal changes in their personnel regarding breastfeeding?
6) Were they aware of any changes in morbidity and mortality in children less than 2 years of age in their institutions?
7) What impact did they think PROALMA has had in the two years that the project has functioned?
8) If they were responsible for planning PROALMA's future, what would they do?

Observations were conducted in all three institutions in the labor and delivery areas, postpartum wards, newborn nursery, and pediatric wards. Observations were made during the morning and afternoon shifts (Turnos A and B) and during visiting hours. In the Maternal Child Hospital one of the delivery room observations was done on a Saturday morning from 9:30 - 12:30 p.m. Due to daytime commitments, it was not possible to make observations during the 11:00 p.m. - 7:00 a.m. shift (Turno C).

The observation guide that was used for gathering the initial base-line data of hospital routines was consulted in order to do comparable observations.

III. HOSPITAL INSTITUTIONS

A. HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Hospital Materno Infantil in Tegucigalpa is the referral and teaching hospital for the country. It is located in the health complex with Hospital Escuela, the medical-surgical teaching hospital.

Adminstratively, the labor, delivery, and postpartum wards pertain to the Obstetrics/Gynecology Service, and the newborn unit pertains to Pediatrics.

The Newborn service is divided into six areas: (1) observations, where neonates are monitored for a short while before being assigned to another area; (2) admission unit, where the babies are admitted and bathed; (3) postpartum area where normal newborns are united with their mothers and remain until discharge; (4) pathology unit, where ill or high risk babies remain; (5) premature unit, where intensive care is provided; and (6) out-of-hospital newborn unit, where referred babies with problems are admitted and treated as well as those born out of the hospital. (Brown, R. and Biellik, R. 1982).

The labor, delivery, and postpartum wards are located on the fourth floor, and the newborn nursery is located on the fifth floor.

The number of deliveries at the hospital is high. Approximately 30-40 babies are born every 24 hours, and the average number of births per month is 1,100 to 1,200. Approximately 25% of the women who deliver live outside of Tegucigalpa.

B. HOSPITAL ROUTINES

1. Labor

Prior to 1983, a woman in labor came to the admission area to be examined (4th floor). If she was not admitted, she was told to go home (impossible for many women) or to come back later. There was no place where women could go, so many of them just sat on the steps between the third and fourth floors and waited as their labor progressed. PROALMA, through the initiative of Dr. Chavex, was instrumental in getting a room near the admission area designated

as a waiting room for women in labor. The room was painted and provided with comfortable chairs.

Once a woman was admitted to the labor area, she was routinely given a complete perineal prep (shaved from the publis to the rectum) and an enema as part of the admission procedure. Many obstetric units in the United States have discontinued doing complete perineal preps which usually were a source of discomfort for the women, especially in the postpartum period when regrowth of pubic hair begins. Presently, in Hospital Materno Infantil, partial perineal preps are being done and an enema is given. An experimental period was tried when enemas were not given, but due to the high rate of deliveries per day and the increased risk of contamination, this practice was discontinued.

2. Birth

The typical hospital routine at birth in 1982/83 was to show the mother the baby after birth so she could verify the baby's sex. The baby was then carried in the arms of a health auxiliary to the fifth floor Admission Nursery. There, the baby was bathed and received a physical examination, was given glucose water in a bottle, and approximately six hours later, was brought to the mother in a postpartum ward. The baby was placed in a bassinette by the side of the mother's bed. The mother could breast feed or receive bottles with formula if she desired. No patient education on breastfeeding was provided. The average hospital stay after delivery is 24 hours.

Many changes have taken place in the birthing routines at Hospital Materno Infantil. The baby is still "shown" to the mother, but some of the mothers now hold their babies in their arms and put them to the breast immediately after birth. I observed a baby being put to breast in the delivery room.

Since June 1984, Dr. Chavez, PROALMA's Director, has been successful in convincing the hospital Director and heads of departments of the need for having the admission area be physically close to the delivery room. Space was provided, and with funds from UNICEF (through the initiative of PROALMA) the area was painted and remodeled. It contains 4 bassinettes.

The newborn now remains in the delivery area. The baby is bathed and examined in the admission room and is put in a bassinette. Once the mother is wheeled out of the delivery room, the baby is brought to her and is placed at her breast. Both mother and baby go to the postpartum area together. If the baby has a problem, it is taken up to the fifth floor nursery. Separation time has decreased dramatically from six hours to several minutes to one hour. Sometimes a baby will be admitted to the newborn nursery for "Cuidados Mínimos" which usually means observation for three hours. If the baby develops no problems, it will be brought to its mother.

The stretchers in the delivery area are old, some do not have mattresses, and none of them have side rails. New ones are greatly needed.

The number of episiotomies done appears to remain constant. Of the average number of births of 1,100 to 1,200 per month, approximately 400-500 occur with episiotomies.

Until June 1984, a woman routinely received the drug Methergine (an oxytoxin which helps contract the uterus) after birth. Since July, this has been discontinued as routine. Putting a baby to breast shortly after birth stimulates a similar physiological hormonal response in the mother's body.

There has been no increase in postpartum bleeding or hemorrhage since Methergine has been discontinued.

An analysis of the numbers of ampules of Methergine used from January through June 1984 as compared with the numbers used from July through December was done. Results are shown in Table I.

TABLE I

TOTAL AND COST OF METHERGINE AMPULES CONSUMED IN 1984

MONTHS	TOTAL AMPULES	COST (1 Amp. = L.0.48)
January-June	5,155	L. 2,474.40
July-December	1,046	502.08
Savings:	4,109	L. 1,972.32

Source: Accounting Office

I f the use of 5,155 ampules in a 6-month period can be considered average consumption, then there was a savings of 4,109 ampules not used in the second six months which resulted in a savings of L.1,972.32.

3. Postpartum

It is now customary for the mother to keep the baby in bed with her rather than use a bassinette. In my observations, only one or two bassinettes were seen in the six bed wards, and they were being used to store clothing. Twenty-five bassinettes were stored in an alcove at the end of the hall. This also indicates a saving in the use of staff time by not having to wash the bassinettes, less use of antiseptics, etc. All mothers were breastfeeding their babies, and no baby bottles were seen. The PROALMA counselor makes daily rounds on the postpartum ward to provide guidance and education, and the staff is gradually taking a more active role in educating mothers regarding breastfeeding. Posters of breastfeeding mothers are on the walls of the ward, and each mother had a PROALMA pamphlet on breastfeeding.

4. Maternal Milk Bank

The milk bank was inaugurated on October 30, 1984. It is staffed by a health auxiliary and is open from 7:00 a.m. to 3:00 p.m. Monday through Friday and from 7:00 a.m. to 1:00 p.m. on Saturdays. In November, 250 mothers used the bank. In December there was a decline to 167 which is typical of decreased activities in the holiday season.

There is a steady increase in the use of the milk bank as more women are becoming aware of its existence. Employees who are breastfeeding mothers are beginning to use the bank to empty their breasts during their working hours, and this includes health auxiliaries, nurses, and a resident. Women are asked to donate 2 oz. of their milk to the bank for the prematures. Presently approximately 80% of the prematures are receiving breast milk, and this is expected to increase.

The milk bank is located on the fifth floor in the newborn nursery area. Across from it is a room where mothers can take their hospitalized infants to nurse them.

A direct result of PROALMA's impact is that nursing mothers are given an identification card which allows them to enter the hospital at any time to nurse their infants.

5. Standards

In the past 6 months, the institutional executive committee for the promotion of Breast Feeding became "vitalized," met on a regular basis, set up a working schedule, and worked actively on developing new standards. The standards have been approved and include: apego precoz--putting the child to breast as soon as possible after birth--, alojamiento--rooming in--, no feeding of glucose water or formula to newborns.

The standards have been corrected and are now in the final stages of being typed up.

6. Institutional Savings

The impact of PROALMA has resulted in changes in hospital norms and routines which in turn are providing savings to the institution.

Since breastfeeding has been initiated, there has been a decrease in the need to purchase formula. Since formulas are imported items, there has been a notable increase in savings as shown in Table II.

TABLE II. QUANTITIES AND COST OF INFANT FORMULA

Year	Infant Formula	Cost
1982	4,752 Lbs.	L. 22,945.00
1983	3,667.04	18,472.86
1984	2,217.34	9,883.44

BEST AVAILABLE COPY

Since infant formula is used in the newborn nursery and babies in the pediatric ward, it can be hypothesized that this decrease is due to increased breastfeeding.

There has also been a decrease in the purchase of whole milk, but since this milk is used on a hospital-wide basis, it is difficult to determine exactly the contribution of breastfeeding to this decline. Table III demonstrates this:

TABLE III. QUANTITIES AND COST OF WHOLE MILK

Year	Whole milk	Cost
1982	27,720 Lbs.	L.71,494.00
1983	26,505.60 lbs.	L.79,516.80 (estimated)
1984	18,381.60 lbs.	L.68,438.61

This indicates a savings of L.11,078.19 for the year 1983-84.

The hospital is also showing a savings in the purchase of baby bottles for the premature and newborn nurseries.

TABLE IV. TOTAL COST FOR THE PURCHASE OF BABY BOTTLES FOR PREMATURE AND NEWBORN NURSERIES.

Year	Premature Nursery Cost	Newborn Nursery Cost
1983	L.6,594.73	L. 30,615.19
1984	4,245.34	17,944.56

This shows a savings of L.2,349.39 plus L.12,670.63 for a total of L.15,019.39.

It was estimated that in 1982 approximately 1,200 liters of glucose solution in bottles was administered to normal newborns at a cost of approximately L.3,500.00. Since July 1984, this practice has been discontinued; savings could be approximated at L.3,000.00.

BEST AVAILABLE COPY

Total institutional savings can be approximated at:

1. Savings in infant formula

1982-83	L. 4,472.24
1983-84	8,589.42
	L.13,061.66

2. Savings in Whole Milk

1982-83	-.-
1983-84	L.11,078.19

3. Savings in purchasing baby bottles

Prematures 1983-84	L. 2,349.39
Newborns 1983-84	12,670.63
	L.15,020.02

4. Savings in Methergine

July-December 1984	L. 1,972.32
TOTAL	L.41,132.19

7. Impact on Morbidity Due to Diarrhea

According to hospital statistics, the numbers of cases of children hospitalized with diarrhea has decreased during 1982-1984. Hospital discharges of children with diarrhea are shown in Table V.

TABLE V. HOSPITAL DISCHARGES OF CHILDREN WITH DIARRHEA BY AGE FROM 1982 - 1984

Age	1982	1983	1984
0-1	828	720	377
1-2	172	227	84
2-3	22	33	3
3-4	16	20	6
5-14	27	37	21

Source: Dept. of Statistics

BEST AVAILABLE COPY

The greatest decline can be seen in the younger age groups which are the target population for breastfeeding. PROALMA began at a time when PROCOMSI, the oral rehydration program was promoting breastfeeding. The decline in cases of diarrhea probably reflects the complementary efforts of the two organizations in the promotion of breastfeeding and its impact on the population.

8. Abandonment of Newborns

One of the expected outcomes of PROALMA was a decrease in the number of abandoned newborns at Hospital Materno Infantil. The number of abandonments in the last five years are as follows:

TABLE VI.

NUMBER OF NEWBORNS ABANDONED IN HOSPITAL MATERNO INFANTIL TEGUCIGALPA 1980-1984

Year	Number of Abandoned Newborns	Number Live Births
1980	19	11,281
1981	20	12,391
1982	26	13,780
1983	33	15,240
1984	35	14,786

Source: Dept. Social Service

The rate of abandonment appears to be proportional to the number of live births. Some of the reasons for abandonment are known for 1984: babies with congenital defects, a mother with mental problems, and others with multiple social and economic problems. Most abandonments have occured in the newborn nursery and not in the postpartum ward.

9. Cesarian Section Rate

There appears to be a steady increase in the numbers of cesarian sections proportional to the numbers of live births. They are as follows:

TABLE VII.

CESAREAN SECTIONS IN HOSPITAL MATERNO INFANTIL
1980-1984

Year	Cesarean sections	Live births
1980	1,041	11,281
1981	1,138	12,391
1982	1,211	13,780
1983	1,218	15,240
1984	1,316	14,786

10. Impact on Hospital Staff

Practically all staff in the labor, delivery, postpartum, and newborn areas have received PROALMA's course on breastfeeding. There has been a noticeable sensitization of personnel to promote breastfeeding. One unexpected outcome is that more of the hospital staff are becoming breastfeeding mothers and, therefore, have a vested interest in learning all they can about breastfeeding.

In the postpartum ward, the author observed one of the kitchen workers who was removing lunch trays telling the mothers in the ward that she is breastfeeding her 8-month old and how this child is healthy and does not get sick. She was urging the mothers not to give bottles to their babies.

All levels of staff from the hospital director to auxiliaries spoke very highly of the PROALMA staff. Everyone knows them and sees them as hard working dedicated people who are "capaz"--who know what they are doing. The hospital staff are in the process of learning to utilize the PROALMA staff as resource people and refer problem cases to them (this includes physicians). Recently a medical student who is having problems breastfeeding her baby came to PROALMA Counsellor, Kelin Jiron, for advice.

Regarding PROALMA's future, all stated that they wanted PROALMA to continue within the institution. In the past 6 months, the momentum of the project has taken hold with very positive results. The medical director and heads of departments voiced opinions that there is a need for continued motivation and support for at least one to two years to assure that the program will become institutionalized and will not "get lost."

PROALMA's administrative independence has greatly facilitated the implementation of PROALMA's activities. Energies have been channeled into "getting things done" rather than being caught in bureaucratic processes.

Dr. Chavez has been influential in stimulating the PROALMA staff to develop initiatives in planning their own programs in their respective institutions.

The National Seminars for physicians and nurses not only served as a stimulus for the physicians and nurses but also for the PROALMA staff as well. All the physicians interviewed who participated in the seminars commented on the high quality of the content of the seminar. Initial stimulus was provided by the conference leaders who were physicians from Costa Rica, Guatemala, and Brazil, who are experts in the promotion of breastfeeding. In 1983 the first National Breast Feeding Seminar sponsored by PROALMA was designated by the participants as the best scientific conference presented in Honduras in the last ten yars.

There is still some resistance on the part of obstetricians in the institution. Only two participated in the first national conference; two from San Pedro Sula participated in the Second National Seminar (out of 310 participants). Physicians, especially those in key positions in the institutions who participated in the conferences, have become convinced of the importance of breastfeeding. The sponsorship of National Seminars has been an effective strategy in reaching physicians.

C. SOCIAL SECURITY HOSPITAL - SAN PEDRO SULA

The Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) in San Pedro Sula is the second IHSS facility in the country. The hospital is located in a remodeled motel. Presently new construction is going on which will increase space for

all areas of obstetrics. The anticipated termination date of the construction is September 1985.

This facility was the first to initiate breastfeeding promotion in the newborn nursery in 1981. Dr. Manuel Calderon was responsible for initiating the changes in routine. Babies were brought to their mothers after six hours of observation in the nursery. During the observation period, routine admission procedures were carried out, as well as performing a gastric wash. During 1981, mothers of sick neonates were allowed to enter the nursery to breast feed their babies as well as bring in expressed breast milk.

In October-December 1981, a series of in-service training programs on breastfeeding for nurses and auxiliaries were held. The response was a greater sensitization of the staff to breastfeeding which was encouraged; bottle feeding was discouraged.

D. HOSPITAL ROUTINES

1. Labor

Routine admission to the labor area includes a partial perineal prep and an enema. There is no longer any restriction on the patient's activity during labor.

2. Birth

Episiotomies are done routinely on primiperas. All women are given Methergine intramuscularly after the birth. After the birth, the mother is shown the baby to verify its sex. Sometimes the mother is allowed to hold or nurse the baby on the delivery table, but this is unusual. The author was present at a birth where the baby was put to the mother's breast immediately after being born.

Babies are then taken to the newborn nursery at the other end of the hospital. There they are bathed, given a gastric gavage, and put in an incubator for observation. Approximately one to three hours after the birth, the baby is reunited with its mother in the postpartum ward.

3. Postpartum

There are 24 postpartum beds which are usually always filled. Although there are bassinettes in the rooms, most of the babies were observed in bed with the mothers. All women were breastfeeding, and there were no baby bottles in sight. Mothers receive an educational talk on the ward. The author was present for a presentation. The importance of breastfeeding was emphasized, and the mothers asked knowledgeable questions and participated in the discussion. The head nurse stated that in her two years as head nurse she has seen a dramatic change in mothers' attitudes toward breastfeeding with much greater acceptance now than previously. The postpartum stay is usually 24 hours. Upon discharge, mothers are given an appointment for the baby in the Well Child Clinic at age 10 days.

The PROALMA staff do postpartum rounds providing education and counseling. The hospital staff refer mothers with breastfeeding problems to the PROALMA counselors.

Mothers who have cesarean sections receive spinal anesthesia and are required to lie flat for six hours to avoid a spinal headache. Babies are usually brought to them after 12 hours, but I talked to a mother who had a cesarean section at 6:00 p.m. on Thursday and received her baby at 4:00 p.m. the next day.

4. Maternal Milk Banks

The Maternal Milk Bank room is presently being renovated. Workmen were present when the author visited the site which is located next to the newborn nursery. Mothers sat in another area and were manually expressing their milk.

A record of donated milk was begun in May 1984. From May through December, 1984, a total of 3,609 ounces was collected. From January 1 - January 28, 1985, 516.20 ounces were collected. Once the milk bank is in full operation, the total amount of donated milk will surely increase.

5. Standards

This year a working group revised the standards. They have been approved and are in the process of being distributed. The standards include apego precoz and the promotion of breastfeeding.

6. Institutional Savings

Breastfeeding promotional activities have had an impact on the use of infant formulas in the hospital as well as in Well Child Clinics. Purchases and costs of infant formulas for 1983-1984 are shown in the following table:

TABLE VIII.

QUANTITY AND COST OF INFANT FORMULA PURCHASED
IHSS-SAN PEDRO SULA 1983-1984

Year	Formula	Quantity	Cost
1983	Almiron	42,000 cans	L. 101.640
	Pelargon	23,928 cans	65.802
	TOTAL:	65,928 cans	L. 167,442
1984	Almiron	40,008 cans	L. 96,819.36
	Pelargon	-.-	-.-
	TOTAL:	40,008 cans	L. 96,819.36

This implies a savings of L.70,622.64 in infant formula from 1983-1984.

There were 66,651 cans of infant formula in reserve at the Central Warehouse in the last trimester of 1984. Based on this, the corresponding order for 1985 was cancelled which signifies a savings of L.96,819.36 for the year. (PROALMA correspondence #84-279, 17 Oct. 1984)

The subsidy of infant formula to the Well Child Clinic in San Pedro Sula in December 1982 was 1973 cans/month. By August 1984, the subsidy was down to 200 cans/month. Based on an average of 264.6 cans/month, this implies a decrease of 87% of the milk subsidy.

In the newborn nursery, the consumption of infant formula has been reduced by 90%, indicating the use of one can of infant formula or less per day.

These dramatic decreases are the result of an increase in the number of nursing mothers in the hospital who continue to breast feed for longer periods of time.

7. Impact on Morbidity and Mortality

Although mortality is low in the newborn nursery, some changes can be seen. In 1982, seven babies died: three prematures died of hyaline membrane disease, two from septicemia, and one of necrotizing enterocolitis. In 1983, four prematures died, two with hyaline membrane disease and two from septicemia. In 1984, there were no deaths in prematures from these two diseases.

There has also been a dramatic decrease in hospital admissions on the pediatric ward for diarrhea. One physician estimates the decrease to be about 70%.

There are 47 beds in the pediatric unit. In 1982 bed occupancy was 100%, many times with two children in a bed. A large percentage of the children had diarrhea. Present occupancy is about 48%. The day the author visited the ward, there were 15 patients, and none of them had diarrhea. Lactating mothers have an identification card which allows them to enter the hospital at any time to breastfeed their children.

8. Abandonment of Newborns

There are practically no cases of abandonment of newborns in the IHSS system, since mothers can be easily identified and tracked.

9. Cesarean Sections

The numbers of cesarean sections appears to remain constant in proportion to the numbers of births as can be seen in the following table:

TABLE IX.

CESAREAN BIRTHS - IHSS-SAN PEDRO SULA
1980 - 1984

Year	Cesarean births	Live births
1980	211	2,713
1981	231	2,887
1982	231	2,930
1983	268	2,952
1984	274	2,775

10. Impact on Hospital Staff

The initial problems of resistance by some of the hospital personnel appear to be resolving. The two new PROALMA members appear to be positively accepted by the staff. There is whole-hearted support by the Directors of Maternal Child Health and Medicine in the hospital. Dr. Juan Manuel Fuentes, the Director of Social Security of the Northern Region spoke in superlatives of PROALMA, of the impact the program has had, and the need for it to continue in the future.

All personnel interviewed were emphatic that PROALMA should continue for at least one to two years. The physicians who participated in the National Breast Feeding Seminar were highly enthusiastic about the quality of the seminar and its scientific integrity.

The obstetricians continue to be the least receptive to change. The Nursing Director and Subdirector of Nursing are very supportive of PROALMA and convinced of the importance of breastfeeding. The health auxiliaries who received PROALMA's courses have also been motivated to

promote breastfeeding. Continued training courses and follow-up of personnel are needed.

E. SOCIAL SECURITY HOSPITAL IHSS/TEGUCIGALPA

The Social Security Hospital in Tegucigalpa is the larger of the IHSS hospitals and is located downtown. It has a program for residents who spend two-month rotations in the various clinical special times.

The Obstetrical wing is on the fourth floor. The newborn admission nursery is adjacent to the delivery and postpartum areas.

F. HOSPITAL ROUTINES

1. Labor

When a woman comes to the admission labor room, she is examined. If she is not admitted, she is told to go home. If she lives too far away, she usually sits on a bench in the hall outside the labor area. There is no waiting room for women in labor.

Once she is admitted, routine preparations are administered which include a partial perineal prep and enema. Prior to 1984, the woman was examined every hour. This is no longer done routinely.

2. Birth

There is one delivery room with three delivery tables. Episiotomies are routinely done on primiperas and Methergine is given after the birth.

After the baby is born, the mother is shown the infant and sometimes gets to hold and nurse the infant on the delivery table. The author observed two deliveries and a cesarean section; the mothers were shown their infants. The baby is then carried to the Newborn Admission Nursery in the arms of the Nurse auxiliary. There the baby is bathed and examined, gastric gavage is done, and

the baby is put in an incubator for observation for one to three hours. There are approximately 15-20 births per 24 hours.

3. Postpartum

There are 15 postpartum beds for normal deliveries with bassinettes beside them. The rooms are crowded. Many mothers were observed to have their babies in bed with them, all were breastfeeding, and no baby bottles were seen. The mothers receive an educational talk before they go home. The usual postpartum stay is 24 hours. Mothers with cesarean sections receive their babies in 8-12 hours.

At discharge the mother receives a 2-week appointment for the baby at the Well Child Clinic.

The PROALMA counselor makes daily postpartum rounds to provide guidance and education.

4. Maternal Milk Bank

The milk bank is located on the fourth floor adjacent to the newborn nursery. It is staffed by a health auxiliary and is open from 7:00-3:00 p.m., but there is access 24 hours/day. In 1983, 2,474 ounces of milk were collected; in 1984, the total increased to 3,828 ounces. Present donations cover the needs of premature infants. There is an increase in the use of the electric breast pumps by the hospital staff who are nursing mothers.

Breastfeeding mothers are given an identification card which allows them entry to the hospital at any time. There is a room in the nursery area where mothers can nurse their babies.

5. Standards

Standards were revised in August, 1984, by the committee of counterparts with PROALMA. They have been approved, and printed. The standards include: apego

procoz, rooming-in, promotion, and facilitation of breastfeeding. (See Annex 1)

6. Institutional Savings

With increased breastfeeding, here has been a dramatic decline in the consumption of milk formulas in the hospital and well child clinics. The newborn nursery is using approximately one can of infant formula every one or two days. Prior consumption was 5-6 cans/day. In December, 1984, the Newborn Nursery consumed 23 cans of infant formula.

The Social Security system uses a central purchasing office. Therefore, the figures quoted for IHSS San Pedro Sula, also apply for IHSS-Tegucigalpa. The chief of the Pediatrics Department stated that it is estimated that the social security system has saved approximately L.200,000 in milk purchases alone since the promotion and support for breastfeeding was actively introduced by PROALMA.

One result of this savings has recently taken place; as of January 15, 1985, the PROALMA nurse in the IHSS in Tegucigalpa has been hired by the IHSS as a full-time employee. Absorption of the other PROALMA personnel into the IHSS system is pending.

7. Impact on Morbidity and Mortality

In 1984, there were no deaths in prematures from neonatal sepsis or necrotizing enterocolitis. Both morbidity and mortality have declined, especially cases of diarrhea.

8. Abandonment of Newborns

This is rare in the IHSS system. In the past 5 years there were two cases of abandonment.

9. Cesarean Section Rate

The cesarean section rate is approximately 10% as seen in the following table:

TABLE X.

CESAREAN SECTIONS IHSS/TEGUCIGALPA
1980 - 1984

Year	Cesarean sections	Live Births
1980	402	4,209
1981	476	5,224
1982	535	5,171
1983	658	5,081
1984	676	4,821

10. Impact on the Hospital Staff

The staff in this institution have been sensitized to breastfeeding and its promotion. The majority of the health personnel in labor and delivery, postpartum, and pediatrics have received the PROALMA course. The chief of pediatrics is a dynamic individual committed to promoting breastfeeding. He included five topics on breastfeeding in the resident morning conferences in January, 1985. There are increases in the number of hospital personnel who are breastfeeding mothers.

The staff spoke highly of the PROALMA coordinators and see them as dedicated hard-working individuals. Their counterparts discussed the gains they have made at their meetings and feel a sense of pride in the standards they produced. The Nursing Director has been least supportive of the program, but the subdirector is highly enthusiastic.

All were emphatic that PROALMA continue within the institution to provide motivation and education and to serve as resource people.

G. LIMITATIONS IN THE DATA COLLECTION

Perhaps the reader has noticed the absence of various tables comparing purchases and consumption of "other milks" or comparisons of whole milk. Reliable data is difficult to get because of inconsistencies of data collecting by the various institutions. The PROALMA staff has made great efforts to recollect data. The Social Security system, because of its centralized purchasing office, has more accurate data than other institutions.

Because increased breastfeeding has a great impact upon the purchase and consumption of infant formula, priority was given to this category of milks, and all data collected regarding amounts and costs were recalculated. Following is an example of errors that were discovered. The amount of whole milk reported for Hospital Materno Infantil in 1982 was 277,200 lbs. at a cost of 71, 494 lempiras. Calculated quantities for 1983 by our calculations were 26,505.60 lbs. at an estimated cost of L.79,516. In 1984 the quantity had decreased to 18,381.60 lbs at a cost of L.68,438.61. Therefore, the 277,200 reported probably was a typographical error. The same occurred in the reporting of infant formula. In 1982, 47,520 lbs. of formula was reported to be purchased at a cost of L.22,945. In 1983, by our calculations, 3,667.04 lbs. were purchased at a cost of L.18,472.86. In 1984, by our calculations, 2,217.34 lbs. of milk were purchased at a cost of L.9,883.44. In recalculating the amount purchased for 1982, 4,752 lbs. was consistent with the decreases and not 47,520.

It would be very helpful in the future to hire a short-term consultant to help develop a system for data collection for the PROALMA staff. Having a standardized data form would increase the efficiency in the use of PROALMA personnel time and perhaps help them collect more reliable data.

PERSONS INTERVIEWED

I. MATERNAL CHILD HOSPITAL

1.	DR. RICARDO OCHOA ALCANTARA	Director Maternal Child Hospital
2.	DR. FRANCISCO CLEAVES	Head Dept. of Pediatrics
3.	DR. MARIO ZAMBRANA	Head of Obstetrics
4.	DR. HECTOR ORELLANA	Head of Labor & Delivery Rooms
5.	DR. SERGIO VARGAS	Head of Postpartum Unit
6.	LIC. DORA EGLA DE SIERRA	Head Nurse, Pediatrics
7.	LIC. ISABEL IRIAS DE GONZALEZ	Head Nurse, Labor & Delivery Rooms
8.	LIC. NORMA DE GONZALEZ	Head Nurse, Gynecology
9.	ENF. BLANCA CRUZ	Acting Head Nurse, Newborn Nursery
10.	LIC. PETRONA DE CASTILLO	Head Nurse, Post partum Unit
11.	BLANCA BARRIENTOS	Nursing Auxiliary in charge of the Milk Bank
12.	ENF. ONDINA DE LOPEZ	Head Nurse - Gynecology

II. SOCIAL SECURITY HOSPITAL - TEGUCIGALPA

1.	DR. JOSE LUIS ABASTIDA	Director General of Social Security (both hospitals)
2.	DR. OSCAR GONZALEZ ARDON	Chief Pediatrics
3.	DR. JORGE ANIBAL RAMOS	Chief Neonatology
4.	ADELA ALVAREZ	Head Nurse, Newborn Unit
5.	FLORIS REYES	Head Nurse, Post partum Unit
6.	JUDITH GALINDO	Head Nurse, Labor & Delivery Rooms
7.	MIRNA DE GIRON	Head Nurse, Newborn Admission Unit
8.	ARGENTINA DE BORJAS	Head Nurse, Outpatient Dept.
9.	ELVIA DE CASTILLO	Director of Nursing
10.	MARTA LOPEZ	Nursing Auxiliary in charge of the Milk Bank.

III. SOCIAL SECURITY HOSPITAL - SAN PEDRO SULA

1.	DR. JUAN MANUEL FUENTES	Director of Social Security Northern Region
2.	DR. GUILLERMO OCANO	Director Dept. of Maternal Child Health
3.	DR. CARLOS ALFONSO BENATON	Director of Medicine
4.	DR. CESAR ABUD	Head of Obstetrics/Gynecology
5.	DR. JORGE GUILLEN	Head of Pediatrics
6.	DR. LEONARDO LANDA	Head of Emergency Pediatrics
7.	DR. MANUEL CALDERON	Head of Neonatology
8.	DR. MARCO ANTONIO SOSA	Head of Maternity
9.	DR. RODRIGO BARAHONA	Head of the Outpatient Dept.
10.	LIC. FELICITA BENITEZ	Head Nurse of Neonatology
11.	LIC. ROSA MARIA ALGER	Head Nurse, Pediatrics
12.	LIC. LIDIA DE BUSTAMANTE	Director of Nursing
13.	LIC. YOLANDA LANZA	Nead Nurse, Maternity Dept.
14.	LIC. LIA SARMIENTO	Head Nurse, Labor & Delivery Rooms
15.	LIC. GERTRUDIS DE VEGA	Head Nurse, Outpatient Dept.
16.	LIC. GLORIA ROBLES	Nursing Supervisor, Outpatient Dept.
17.	LIC. GREGORIA ESCOBAR	Head Nurse, Dept. of Education

IV. PROALMA STAFF

1.	DR. ARGENTINA DE CHAVEZ	Director PROALMA
2.	LIC. JUDY CANAHUATI	Technical Advisor
3.	LIC. REINA CORTES	Coordinator, Maternal Child Hospital
4.	KELIN GONZALEZ DE JIRON	Counsellor, Maternal Child Hospital
5.	LIC. EMELDA DE VALDIVIEZO	Coordinator, IHSS/Tegucigalpa
6.	PARCIA MEZA CHOTO	Counsellor, IHSS/Tegucigalpa
7.	DRA. MARIA LUZ ALVARADO	Coordinator, IHSS/San Pedro Sula
8.	LIC. REGINA SIERRA	Coordinator, IHSS/San Pedro Sula
9.	LIC. MIRNA LILI DE GOMEZ	Coordinator, Region Metropolitana

V. MINISTRY OF HEALTH

1.	DR. DANILO VELASQUEZ	Head Div. of Maternal Child Health

EL PROYECTO PROALMA

EVALUACION DEL IMPACTO EN HOSPITALES

Presentado por:

Phyllis A. Autotte
A: US AID/ HONDURAS
20 febrero, 1985

30

CONTENIDO

RESUMEN i

RECOMENDACIONES iii

I. INTRODUCCION 1

II. METODOLOGIA 2

III. HOSPITALES 3

A. HOSPITAL MATERNO INFANTIL 3

B. RUTINAS HOSPITALARIAS 4

1. Labor
2. Parto
3. Post Parto
4. Banco de Leche
5. Normas
6. Ahorros Institucionales
7. Impacto en Morbilidad por Diarrea
8. Abandono de Recién Nacidos
9. Tasa de Cesareas
10. Impacto en el Personal del Hospital

C. INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL, SAN PEDRO SULA 15

D. RUTINAS HOSPITALARIAS 16

1. Labor
2. Parto
3. Post Parto
4. Banco de Leche
5. Normas
6. Ahorros Institucionales
7. Impacto en Morbilidad y Mortalidad

8. Abandono de Recién Nacidos

9. Tasa de Cesareas

10. Impacto en el Personal del Hospital

E. INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL, TEGUCIGALPA 21

F. RUTINAS HOSPITALARIAS 22

1. Labor

2. Parto

3. Post Parto

4. Banco de Leche

5. Normas

6. Ahorros Institucionales

7. Impacto en Morbilidad y Mortalidad

8. Abandono de Recién Nacidos

9. Tasas de Cesareas

10. Impacto en el Personal del Hospital

G. LIMITACIONES EN LA RECOLECCION DE DATOS 26

ANEXO I

RESUMEN:

En sus dos años de funcionamiento, PROALMA definitivamente ha logrado concientizar el personal de salud hacía la lactancia materna mediante sus programas educacionales, su impacto al nivel institucional, y dos conferencias nacionales.

PROALMA tiene visibilidad en las tres instituciones donde se implemento el proyecto. Existe una oficina en cada institución. El personal de PROALMA es conocido por el personal de los hospitales quienes les ven como personas muy trabajadores y dedicadas, quienes han despierto el interes en la promoción de la lactancia materna.

Cada institución ha tenido sus propios problemas en la implementación del proyecto. Los últimos seis meses han demostrado los resultados de muchos esfuerzos y trabajo.

Comités institucionales han sido formados y estan funcionando con regularidad. Estos grupos con el personal de PROALMA han revisado las normas hospitalarias para Labor, Parto, Post Parto, Sala de Recién Nacidos, Sala de Prematuros, y Pediatría. En cada área, las normas han sido revisadas para promover y apoyar la lactancia materna, el apego precoz y alojamiento conjunto. Las normas en cada institución han sido aprobadas y publicadas.

Bancos de Leche con personal preparado y com bombas de leche estan funcionando en cada institución. Madres tienen tarjetas de identificación que les reconoce como madres lactantes, y les permiten entrar al hospital a cualquier hora para lactar a sus hijos. Como resultado, la mayoría de los prematuros esta reci-

biendo leche materna y se nota que la mortalidad en este grupo está disminuyendo. También hay un menor número de niños hospitalizados con diarrea.

Interés en la lactancia materna está incrementando entre estudiantes. Dos estudiantes de medicina recién han terminado sus tesis sobre lactancia materna y una enfermera en San Pedro Sula estudiando para su Licenciatura también está haciendo su tesis sobre el mismo tema.

Todas las instituciones han demostrado ahorros por comprar menos fórmulas infantiles.

Todo el personal entrevistado en cada institución fue enfático sobre la extensión del proyecto PROALMA para consolidar los avances hechos en la promoción de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

1. Considerar urgentemente la extensión del proyecto PROALMA para dos años más.

2. Mantener el presente personal con la meta de incorporarlo como miembros permanentes en sus propias instituciones.

3. Continuar realizando actividades educacionales para médicos, especialmente obstetras.

4. Considerar la búsquedade nuevas maneras de mantener mejor relaciones con el Ministerio de Salud.

5. Considerar la incorporación de las actividades de PROALMA a otros hospitales regionales.

6. Proveer mas actividades educacionales a jujeres, especialmente durante el período prenatal, y proveer más apoyo a la mujer que trabaja.

7. Considerar el establecimiento de más bancos de leche.

8. Continuar a motivar los comités contrapartes en las instituciones, especialmente en la implementación de normas.

9. Proveer un mecanismo para capacitar al personal de PROALMA en la recolección de datos.

35

EL PROYECTO PROALMA

I. INTRODUCCION:

PROALMA es una organización creada en septiembre, 1982 por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), la Junta de Bienestar Social (JNBS), el Ministerio de Salud Pública (MSP), y la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID), para implementar un proyecto en la promoción de lactancia materna en una población urbana en Honduras.

El enfoque del proyecto es:

1. Educar al personal de salud en tres hospitales y clínicas sobre los beneficios de la lactancia materna y su propio manejo.
2. Promover cambios institucionales en normas y rutinas para apoyar la lactancia materna.
3. Proveer educación y orientación a las madres que estan amamantando.

Una evaluación mediana fue conducida en enero-febrero, 1984 para medir el progreso del alcance de los objetivos del proyecto; evaluar la estructura administrativa y la adequacidad del personal del proyecto; evaluar enlaces del proyecto con otras instituciones; asegurar que los datos necesarios para la evaluación sumativa estan siendo recolectados; y presentar recomendaciones para la reprogramación del proyecto y soluciones de problemas. (O'Gara, C. 29 febrero, 1984).

Al presente, PROALMA está en la etapa final de la evaluación del proyecto. Este informe se dirige a un componente de la evaluación: el impacto de PROALMA en las instituciones: Hospital Materno Infantil, y los hospitales del Instituto Hondureno de Seguridad Social en San Pedro Sula y Tegucigalpa.

II. METODOLOGIA:

La suscrita estuvo en Honduras dos semanas y visitó tres instituciones, (HMI; y IHSS en Tegucigalpa y San Pedro Sula). Se hicieron entrevistas formales con directores de medicina y enfermería en cada institución, ademas con los jefes de los departamentos de Obstetrícia, Pediatría, Ginecología, y Consulta Externa. Se hicieron entrevistas informales con personal y madres en la salas de Labor, Parto, y Post parto.

No se utilizó una encuesta estructurada durante las entrevistas, pero se hicieron preguntas claves a todos. Estas incluyen:

1. Cuanto tiempo la persona entrevistada tenía su cargo?
2. Cuantas personas tienen bajo su supervisión?
3. Cuantas personas participaron en los cursos de PROALMA?
4. Qué cambios han occurrido en los procedimientos y rutinas de sus departamentos para la promoción de la lactancia materna desde 1982-1984?
5. Qué cambios en actitudes se ha notado en el personal hacía la lactancia materna?
6. Se han notado algunos cambios en morbilidad y mortalidad en niños menores de dos años en sus instituciones?
7. Qué impacto ha tenido PROALMA en sus dos años de funcionamiento?
8. Si ellos eran responsables por el futuro de PROALMA, cuales serian sus planes?

Se hicieron observaciones en la tres instituciones en las salas de labor, parto, post parto, recién nacidos, y pediatría. Las observaciones se realizaron en los turnos A y B (mañana y tarde) y durante las horas de visita. En el Hospital Materno Infantil se hizo una de la observaciones en la sala de partos un sábado de 9:30AM-12:30PM. Dado los compromisos en el dia, no fue posible realizar observaciones en el turno C (11:00PM-7:00AM).

Se consultó la guia de observación usada en la recolección de datos básicos de las rutinas hospitalarias para lograr observaciones comparables.

III. HOSPITALES:

A. HOSPITAL MATERNO INFANTIL:

El Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa es el hospital de referencia y enseñanza en el país. Está ubicado en el complejo Hospital Escuela, el hospital médico-quirúrgico.

Administrativamente, las salas de labor, parto, y post parto pertenecen al Servicio de Obstetrícia/Ginecologia, y la sala de recién nacidos pertenece a Pediatría.

El servicio de recién nacidos está dividido en seis areas: 1) Observación donde el neonato es observado un tiempo corto antes de ser asignado a otro area; 2) Sala de Admisión donde el recién nacido recibe un examen físico y un baño; 3) Post parto donde el recién nacido se reune con su mamá y se queda hasta recibir alta de la sala; 4) Patología donde se encuentran recien nacidos enfermos o de alto riesgo; 5) Prematuros donde se proveen cuidados intensivos; 6) Externo donde se admiten a bebes referidos con problemas o que nacen fuera del hospital. (Brown, R. y Biellik, R. 1982).

Las salas de labor, parto, y post parto estan ubicadas en el cuarto piso y la sala de recién nacidos en el quinto.

El número de partos es alto. Aproximadamente 30-40 niños nacen cada 24 horas y el promedio de nacimientos es de 1,100-1,200 por mes. Unos 25% de la madres que dan a luz en el hospital viven fuera de Tegucigalpa.

B. RUTINAS HOSPITALARIAS:

1. LABOR:

Antes de 1983, cuando una mujer en labor llegaba a la sala de admisión, si no era internada, recibía instrucciones de regresar a su casa (imposible para muchas mujeres), o regresar más tarde. No existía ningún sitio para las señoras, y muchas se quedaban sentadas en las escaleras dentro del tercer y cuarto piso mientras que progresaba el labor. PROALMA, por la iniciativa de la Doctora Chavez, fue instrumental en localizar una sala como sala de espera para las señoras en labor. La sala fue pintada y se consiguieron sillas.

Una vez admitida a la sala de labor, la señora recibía de rutina una rasura completa (del pubis hasta el recto) y una enema. Muchas unidades obstétricas en los EEUU han discontinuado esta práctica. Esto es una fuente de incomodidad para las señoras especialmente en el período del post parto cuando crece el vello. Ahora, en el Hospital Materno Infantil, se hace una rasura parcial y dan enema. Se hizo un periodo experimental cuando no daban enemas, pero dado el nivel alto de partos por día y el aumento de riesgo de contaminación, se discontinuó esta práctica.

2. PARTO:

La rutina hospitalaria típica del parto en 1982-83, fue la de ensenar visualmente al bebe a la madre para verificar el sexo. El recién nacido entonces fue llevado en brazos de la auxiliar de enfermería a la sala de recién nacidos (5 piso), por la escalera de atrás. Allí, el bebe recibía un baño y examen físico, y le daban glucosa en biberón. Después de 6 o 8 horas, se entragaba el bebe a la madre en la sala de post parto. Se colocaba el niño en un bacinette al lado de la cama de la mamá. La mamá podía dar pecho o fórmula en biberón. No existia educación

sobre lactancia materna. El promedio de estadía de la madre después del parto es de 24 horas.

Muchos cambios han sucedido en las rutinas de partos en el hospital. Siguen enseñando el bebe a la mamá, pero ahora algunas de la madres toman a sus bebes en brazos y les ponen al pecho inmediatamente después del nacimiento. Se observó un recién nacido puesto al pecho, en la sala de partos.

Desde junio, 1984, la Doctora Chavez, Directora de PROALMA, logró convencer al director del hospital y jefes de los departamentos, de la necesidad de ubicar la sala de admisión cerca de la sala de partos. Se consiguió espacio y con fondos de UNICEF (por la iniciativa de PROALMA) se pintó y remodeló el area. Tiene 4 bacinettes.

El recién nacido ahora se queda en al area de partos. El bebe es bañado y examinado en la sala de admisión y colocado en un bacinette. Cuando la madre sale de la sala de partos, se le entraga el bebe y se lo coloca al pecho. Ambos madre y bebe van juntos a post parto. Si el niño tiene algun problema, lo lleva al quinto piso. Tiempo de separación de la madre y el bebe ha disminuido dramaticamente de minutos hasta una hora. Algunas veces el bebe es admitido a la sala de recién nacidos para "cuidados mínimos", generalmente observación por algunas tres horas. Si el bebe no tiene problemas, lo entregan a la madre.

Las camillas en la sala de partos son viejas, algunas no tienen colchones, y ninguna tiene barandillas. Se necesitan nuevas camillas con urgencia.

El número de episiotomias parece ser constante . Aproximadamente 400-500 occurren en 1,100 a 1,200 partos por mes.

Hasta junio, 1984, de rutina, cada madre recibía metergina (un oxitóxico que contrae al utero) después del nacimiento. Desde julio se ha discontinuado el uso de la droga como rutina. Colocando el nino al pecho después del nacimiento

estimula una reaccion hormonal fisiologica en el cuerpo de la mama. Desde la discontinuacion de metergina, no se ha notado ningun incremento en post parto sangriento o hemorragias.

Se hizo un analysis del número de ampollas de metergina usado desde enero hasta junio, 1984 comparado con el número usado desde julio hasta diciembre. Se observan los resultados en la Table I.

Tabla I.

TOTAL Y COSTO DE AMPOLLAS DE METERGINA CONSUMIDO EN 1984.

MESES	TOTAL DE AMPOLLAS	COSTO (1 amp. = L 0.48)
Enero-junio	5,155	L. 2,474.00
Julio-diciembre	1,046	502.08
Ahorros	4,109	L. 1,972.32

Fuente: Oficina de Contabilidad

Si se considera el uso de 5,155 ampollas como promedio de consumo, entonces hubo un ahorro de 4,109 ampollas no usado en los segundos 6 meses, lo que resulto en un ahorro de L. 1,972.32.

3. POST PARTO:

Ahora es de costumbre que la madre coloca al niño con ella en su cama en vez de ponerlo en el bacinette. Se observó solamente 1 o 2 bacinettes en la salas de post parto y se estaba usándolos para guardar ropa. Veinte cinco bacinettes

estaban guardados al final del pasillo. Esto también indica ahorros en el uso del tiempo del personal que no tiene que limpiar ni lavarlos, menos uso de antiseptico, etc. Todas la madres estaban lactando a sus bebes y no se vió ningún biberón. La consejera de PROALMA visita a la sala de post parto cada día para proveer educación y orientación. El personal del hospital está asumiendo un rol más activo en la orientación de las madres sobre lactancia materna. Afiches sobre lactancia materna fueron colocados en las paredes de las salas y cada mama tenia un folleto de PROALMA sobre lactancia materna.

4. BANCO DE LECHE:

El Banco de Leche fue inaugurado el 30 de octubre, 1984. Es dirigido por una auxiliar de enfermeria y está abierto de 7:00AM -3:00PM de lunes a viernes y de 7:00AM - 1:00PM los sábados. En noviembre, 250 madres utilizaron el banco. En diciembre hubo un descenso en el número hasta 167. Esto refleja un descenso en actividades durante la estación de Navidad.

Habrá un incremento en el uso del Banco de Leche una vez que mas mujeres conozcan su existencia. Empleadas del hospital que estan lactando a sus hijos han empezado a utilizar al banco para exprimir su leche. Estan incluidos auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, y una residente de medicina. Se pide a las señoras una donación de dos onzas de su leche para el banco. Los niños prematuros tienen prioridad y aproximadamente 80% de los prematuros estan recibiendo leche materna. Se espera que la situación va a mejorar.

El banco de leche está ubicado en el quinto piso en el area de Recién Nacidos. Al frente hay una sala de amamantamiento para las madres de bebes hospitalizados,

42

donde pueden llevar a sus bebes para lactarlos.

Un resultado directo del impacto de PROALMA es que madres que estan lactando, reciben una tarjeta de identificación que les permite entrar al hospital a cualquier hora para lactar a sus hijos.

5. NORMAS:

En los últimos seis meses, el comité ejecutivo para la promoción de la lactancia materna, se "vitalizo", tuvo reuniones regularmente, desarrolló un esquema de trabajo, y participó activamente en el desarrolo de nuevas normas. Las normas fueron aprobadas e incluyen apégo precoz-poniendo al niño al pecho lo más pronto posible después del nacimiento; alojamiento conjunto-"rooming in"; y no dar ninguna glucosa ni fórmula a los recién nacidos.

6. AHORROS INSTITUCIONALES:

El impacto de PROALMA ha resultado en cambios de normas hospitalarias y rutinas y se pueden demostrar ahorros institucionales.

Desde el inicio de la lactancia materna, hay una disminución en la compra de la fórmula infantil. Dado que fórmulas son importada, hay un aumento notable de ahorros demostrado en la Tabla II.

TABLA II. CANTIDADES y COSTOS DE FORMULA INFANTIL

ANO	FORMULA	COSTO
1982	4,752 libras	L. 22,945.00
1983	3,667.04 "	18,472.86
1984	2,217.34 "	9,883.44

Esto implica ahorros de:

1982-1983	L. 4,472.24
1983-1984	8,589.42
Total	L.13,061.66

Dado que se utiliza fórmula para los recién nacidos y para los bebes en la sala de Pediatría, se puede hipotizar que el decenso está relacionado con el aumento en la lactancia materna.

También existe un decenso en la compra de leche entera, pero, dado que esta leche es utilizado en todo el hospital, es difícil determinar exactamente la contribución de la lactancia materna a este decenso. Se lo demuestra en la Tabla III.

TABLA III. CANTIDADES Y COSTO DE LECHE ENTERA

ANO	LECHE ENTERA	COSTO
1982	27,720 libras	L. 71,494.00
1983	26,505.60 "	79,516.80 (estimado)
1984	18,381.60 "	68,438.61

Esto indica ahorros de L. 11,078.19 para el ano 1983-1984.

El hospital también demuestra ahorros en la compra de biberones para las salas de prematuros y recién nacidos como de demuestra en la Tabla IV.

TABLA IV. COSTO TOTAL DE LA COMPRA DE BIBERONES EN SALAS DE PREMATUROS Y RECIEN NACIDOS 1983-1983

AÑO	SALA DE PREMATUROS costo	SALA DE RECIEN NACIDOS costo
1983	L. 6,594.73	L. 30,615.19
1984	4,245.34	17,944.56
Ahorros	2,349.39	12,670.63

Esto indica ahorros de L. 15,019.39

Se estima que en 1982 se administraron 1,200 litros de solución glucosa en biberones a los recién nacidos a un costo de más o menos L. 3,500.00. Desde julio, 1984, se discontinuó este procedimiento con ahorros aproximadamente de L. 3,000.00

Se puede calcular un total de ahorros institucionales aproximadamente de:

1. Ahorros en fórmula infantil:

1982-1983	L. 4,472.24
1983-1984	8,589.42
Total	13,061.66

2. Ahorros en leche entera:

1982-1983	-
1983-1984	11,078.19

3. Ahorros en la compra de biberones:

Prematuros	1983-1984	L. 2,349.39
Recien nacidos	1983-1984	12,670.63
	Total	15,020.02

4. Ahorros en metergina:

Julio - diciembre 1984	L. 1,972.32

El total de ahorros es:

1.	Fórmula infantil	L. 13,061.66
2.	Leche entera	11,078.19
3.	Biberones	15,020.02
4.	Metergina	1,972.32
	Total	L. 41,132.19

Si uno añada los ahorros aproximados del suero glucosada en L. 3,000 el total llega en L. 44,132.19 .

7. IMPACTO EN MORBILIDAD POR DIARREA:

De acuerdo a las estadísticas hospitalarias, el número de niños hospitalizados con diarrea ha disminuido durante 1982-1984. Egresos del hospital de niños con diarrea desde 1982-1984 se demuestran en la Tabla V.

TABLA V. EGRESOS HOSPITALARIAS DE NINOS CON DIARREA POR EDAD 1982-1984
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

EDAD	1982	1983	1984
0-1	828	720	377
1-2	172	227	84
2-3	22	33	3
3-4	16	20	6
5-14	27	37	21

Fuente: Depto. de Estadistica

Se observa el descenso mayor en niños menores de dos años que es la población principal para la lactancia materna. PROALMA, que inició al mismo tiempo que PROCOMSI, el programa de rehidratación oral, estaba promoviendo la lactancia materna. El descenso refleja probablemente los esfuerzos complementarios de las dos organizaciones en la promoción de la lactancia materna y su impacto en la población.

8. ABANDONO DE RECIEN NACIDOS:

Uno de los resultados esperados de PROALMA era una disminución en el número de niños abandonados en el Hospital Materno Infantil. El número de abandonos en los últimos cinco años se demuestra en la Tabla VI.

TABLA VI. NUMERO DE RECIEN NACIDOS ABANDONADOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TEGUCIGALPA. 1980-1984

ANO	NUMERO DE RECIEN NACIDOS ABANDONADOS	NUMERO DE NACIMIENTOS
1980	19	11,281
1981	20	12,391
1982	26	13,780
1983	33	15,240
1984	35	14,786

Fuente: Depto. de Servicio Social

La tasa de abandono parece ser proporcional al número de nacimientos vivos. Se conocn algunas causas de abandono en 1984 - bebes con defectos congénitos, una madre con problemas mentales, y otros con problemas múltiples de tipo social y economico. La mayoria de los abandonos ha occurrido en la sala de recién nacidos y no en la sala de post parto.

9. TASA DE CESAREAS:

El aumento en la tasa de cesareas parece ser proporcional al número de nacimientos vivos, como se demuestra en la Tabla VII.

TABLA VII. CESAREAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1980-1984

ANO	CESAREAS	NACIMIENTO VIVOS
1980	1,041	11,281
1981	1,138	12,391
1982	1,211	13,780
1983	1,218	15,240
1984	1,316	14,786

Fuente: Oficina de Estadistica

10. IMPACTO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL:

Casi todo el personal de las salas de labor, parto, post parto, y recién nacidos ha sido capacitado en los cursos de PROALMA sobre la lactancia materna. Hay una notable concientización del personal del hospital en la promoción de la lactancia materna. Un resultado no esperado es que hay un aumento en el número de personal quien esta lactando a sus bebes. Esto indica un interés personal en aprender todo lo que se puede sobre lactancia materna.

En la sala de post parto, la suscrita observó una trabajadora de la cocina sacando las bandejas de comida. Ella contaba a las madres que está dando pecho a su hijo de ocho meses y que este niño es sano y no se enferma. Aconsejava a las madres ahacer lo mismo y no dar biberones a sus hijos.

48

Todos niveles del personal en el hospital desde el director hasta auxiliares de envermería hablaron en superlativos del personal de PROALMA. Todo el mundo las conoce y las observa como personas muy capazes y muy trabajadoras. El personal del hospital esta en el proceso de aprender a utilizar al personal de PROALMA como recursos y esta referiendo casos problemáticos a ellos (incluyendo a médicos). Recientemente, una estudiante de medicina con problemas de lactancia para su propio bebe se acercó a Kelin para consejos.

En cuanto al futuro de PROALMA, todos indicaron que PROALMA debe seguir en la institución. En los últimos seis meses, se ha visto la realización de muchas actividades con resultados positivos. El director médico y jefes de los departamentos opinaron que hay una necesidad de continuar la motivación y el apoyo por uno a dos años más para asegurar que el programa se institucionalize y que "no se pierda."

La independencia administrativa de PROALMA ha facilitado la implementación de sus actividades. Se ha podido canalizar energía en actividades y no solamente en procesos burocráticos. La Doctora Chavez ha estimulado la iniciativa de su personal en el desarrollo de sus programas en cada institución.

Los seminarios nacionales para médicos y enfermeras han sido un estímulo grande para dichas personas y el mismo personal de PROALMA. Todos los médicos entrevistados que participaron en los seminarios comentaron sobre la alta calidad del contenido de los seminarios. El estimulo inicial fue impulsado por los conferencistas, médicos de Costa Rica, Guatemala, y Brazil, expertos en la promoción de la lactancia materna. En 1983, el Primer Seminario Nacional sobre Lactancia Materna auspiciado por PROALMA fue considerado como la mejor conferencia científica en Honduras en los últimos 10 años.

Todavía hay alguna resistencia por parte de los obstetras en la institución. Solamente dos participaron en el primer seminario nacional; diez participaron en el segundo (de 310 participantes). Médicos, especialmente los en posiciones claves en las instituciones, que participaron en los seminarios, se han convencido de la importancia de la lactancia materna. Patrocinando los seminarios nacionales ha sido una estrategia efectiva en llegar a los médicos.

C. INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL - SAN PEDRO SULA

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en San Pedro Sula es la segunda institución del IHSS en al país. El hospital está ubicado en un motel que ha sido remodelado. Ahora se está haciendo nueva construcción que aumentará el espacio en todas las areas de obstetrícia. Se espera la terminación de la construcción en setiembre, 1985.

Esta institución fue la primera a iniciar la promoción de la lactancia materna en la sala de recién nacidos en 1981. Dr. Manuel Calderon fue responsable en iniciar cambios en rutinas. Se entregaban a los bebes a sus madres unas seis horas despues de observación. Durante este período, se realizaban procedimientos de admisión incluyendo un lavado gástrico. Durante 1981 se permitió a las madres de neonatos enfermos entrar a la sala para amamantar a sus bebés o llevar leche que ellas exprimieron.

En octubre-diciembre, 1981 se realizaron programas de capacitacion sobre lactancia materna para enfermeras y auxiliares. El resultado fue una mayor concientización del personal en la promoción de lactancia materna.

Aproximadamente 300-350 bebés nacen cada mes. Hay una sala de partos con dos mesas. La sala de recien nacidos esta ubicada al otro lado del edificio.

D. RUTINAS HOSPITALARIAS:

1. LABOR:

Rutinas de admisión a la sala de labor incluyen una rasura parcial del perineo y una enema. No hay restricción en la actividad del paciente en labor.

2. PARTO:

Se hacen episiotomias de rutina en primerizas. Todas las madres reciben metergina después del nacimiento. Después del parto, se enseña al bebe a la madre para verificar su sexo. Algunas veces la madre puede lactar al bebe en la sala de partos, pero no es de rutina. La suscrita estuvo presente durante un parto donde se colocó al niño al pecho inmediatamente después de nacer.

El bebé es llevado a la sala de recién nacidos. Se le bana, se lo examina, se le da un lavado gástrico, y se le observa en una incubadora. Después de una a tres horas, se entrega al bebe a la madre en la sala de post parto.

3. POST PARTO:

Hay 24 camas en post parto y generalmente estan llenas. La mayoría de los recién nacidos estaba en la cama con sus mamás. Se observó a las señoras amamantando y no se vió ningún biberon. La suscrita estuvo presente en la sala durante sobre lactancia materna. Las madres participaron activamente y hicieron preguntas

interesantes. La enfermera jefa comentó que en sus dos años de jefatura, ella ha visto cambios positivos en actitudes de las madres frente a la lactancia materna. La madre generalmente se queda en el hospital 24 horas. Al tener alta, la madre recibe una cita para 10 dias en la clinica de crecimiento y desarrollo para el niño.

El personal de PROALMA hace turnos en las salas dando educación y orientación. El personal del hospital refiere madres con problemas en lactancia a ellas.

Madres con cesareas reciben anestesia raquídia y tienen que matenerse en posición plana unas 6 - 8 horas para evitar dolores de cabeza. Las madres generalmente reciben a sus bebés después de 12 horas, pero se habló con una señora que tuvo cesárea a las 6:00PM un jueves y recibió a su bebé a las 4:00PM del día siguiente.

4. BANCO DE LECHE:

La sala del banco de leche está siendo renovada. Trabajadores estaban allí cuando la suscrita visitó. La sala está ubicada cerca de la sala de recién nacidos. Madres estaban presente y manualmente se sacanvan la leche.

Se empezó a mantener un registro de las donantes de leche en mayo, 1984. Desde mayo a diciembre, 1984 se recolectó un total de 3,609 onzas de leche. Desde el primero hasta el 28 de enero, 1985, se recolectaron 516.20 onzas. Se espera un incremento en el total, una vez que el banco este funcionando completamente.

5. NORMAS:

Este año un comité con el personal de PROALMA revisó las normas. Han sido

aprobados y están en el proceso de ser distribuidos. Las normas enfocan la promoción de la lactancia materna e incluye apego precoz.

6. AHORROS INSTITUCIONALES:

Las actividades de promoción de la lactancia materna han tenido un impacto grande en el uso de fórmulas infantiles en el hospital y en las clínicas de crecimiento y desarrollo. Se observan las cantidades y los costos de fórmula infantil 1983-1984 en la Tabla VIII.

TABLA VIII. CANTIDADES Y COSTOS DE FORMULA INFANTIL - IHSS - SAN PEDRO SULA 1983 - 1984

ANO	FORMULA	CANTIDAD	COSTO
1983	Almirón	42,000 latas	L. 101,640
	Pelargón	23,928 "	65,802
	Total	65,928 latas	L. 167,442
1984	Almiron	40,008 latas	L. 96,819.36
	Pelargon	-0-	-0-
	Total	40,008 latas	L. 96,819.36

Esto implica ahorros de L. 70, 622.64 en 1983 - 1984.

En el último trimestre de 1984, hubo 66,651 latas de fórmula infantil en reserva en el almacén central. Basado en estos datos, se canceló el pedido para 1985.

53

Esto significa ahorros de L. 96,819.36 para el año. (Correspondencia PROALMA #84-279, 17 octubre, 1984.)

El subsidio de fórmula infantil a la clínica de Crecimiento y Desarrollo en San Pedro Sula en diciembre 1982, fue de 1,973 latas/mes. En agosto, 1984, el subsidio bajo a 200 latas/mes. Basado en un promedio de 2,646 latas/ano, esto implica una disminución de 87% del subsidio de leche.

En la sala de recién nacidos, el consumo de fórmula infantil ha sido reducido a un 90%, indicando el uso de una lata o menos de fórmula por día.

Estos decensos dramáticos han sido el resultado de un incremento en el número de madres amamantando, quienes estan lactando un mayor tiempo.

7. IMPACTO EN MORBILIDAD Y MORTALIDAD:

A pesar de que la mortalidad este baja en la sala de recién nacidos, se pueden hacer algunas observaciones. En 1982 murieron 7 bebes; 3 prematuros de la enfermedad membrana hialina; 2 de septicemia; y 1 de enterocolitis necrotizante. En 1983 4 prematuros murieron; 2 de membrana hialina y 2 de septicemia. En 1984 no hubo ninguna muerte en prematuros por estas enfermedades.

También se observó una disminución dramática en ingresos hospitalarios por diarrhea en Pediatria. Un médico calculó que el descenso es más o menos de 70%.

Hay 47 camas/cunas en la sala de Pediatría. En 1982 la ocupación de camas era 100% y muchas veces había 2 niños en una cama. Un mayor porcentaje de los niños

tenía diarrea. Ahora la ocupación de camas es aproximadamente de 48%. Cuando la suscrita visitó la sala, hubo 15 pacientes internados y ninguno tenía diarrea. Madres que amamantan a sus niños tienen una tarjeta de identificación que les permite entrar en la hospital a cualquier hora para lactar a sus hijos.

8. ABANDONO DE RECIEN NACIDOS:

Casi no hay casos de abandono en el sistema de IHSS, dado que se puede identificar facilmente a la madre.

9. TASA DE CESAREAS:

El número de cesareas parece ser constante en proporción al número total de nacimientos vivos como se demuestra en la Tabla IX.

TABLA IX. CESAREAS EN EL HOSPITAL IHSS SAN PEDRO SULA
1980 - 1984

ANO	CESAREAS	NACIMIENTOS VIVOS
1980	211	2,713
1981	231	2,887
1982	231	2,930
1983	268	2,952
1984	274	2,775

10. IMPACTO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL:

Se estan resolviendo los problemas iniciales de resistencia por parte de algunos

miembros del personal del hospital. Los nuevos miembros de PROALMA paracen ser aceptados positivamente. Hay apoyo completo por parte de los directores del Materno Infantil y de Medicina en el hospital. Dr. Juan Manuel Fuentes, el Director del IHSS de la region del Norte habló de PROALMA en superlativos, del impacto del programa, y de la necesidad de continuar en el futuro.

Todo el personal entrevistado enfatizó la necesidad que PROALMA continue por lo menos uno o dos años más. Los médicos que participaron en los seminarios nacionales sobre Lactancia Materna esta van entusiasmados con la alta calidad de los seminarios y la integridad científica.

Los obstetras todavía son los menos receptivos a cambios. La directora y subdirectora de Enfermería apoyan mucho a PROALMA y estan convencidas de la importancia de la lactancia materna. Las auxiliares de enfermería quienes participaron en los cursos de PROALMA had sideo motivadas en la promoción de lactancia materna. Se hacen necesario mas educación contínua y seguimiento del personal capacitado.

E. INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL - TEGUCIGALPA

El Instituto Hondureño de Seguridad Social en Tegucigalpa es el más grande de los hospitales del IHSS y está ubicado en el centro. Tiene un programa para residentes que hacen rotaciones de 2 meses en las especialidades clínicas.

El área de Obstetricia está ubicada en el cuarto piso. La sala de admisión de recién nacido está ubicada contigua a las salas de labor y post parto.

F. RUTINAS HOSPITALARIAS:

1. LABOR:

Cuando una mujer llega a la sala de admisión, si no es internada, se le pide regresar a su casa. Si ella vive lejos, ella se sienta en un banco en el pasillo cerca de la sala de labor. No hay sala de espera.

Una vez admitida, recibe preparación de rutina incluyendo una rasura parcial y una enema. Antes de 1984, se examinaba a la señora cada hora; ahora no se hace eso de rutina.

2. PARTO:

Hay una sala de partos con 3 mesas. Se hacen episiotomias de rutina en primerizas y se les aplica metergína después del nacimiento.

Se enseña al recién nacido a la mamá y algunas veces la madre puede lactar al bebé en la mesa de partos. La suscrita observó dos partos y una cesárea; se enseñaron visualmente los bebés a las madres. El bebé llega a la sala de admisión en brazos de la auxiliar. Allí se baña al niño, se lo examina, se la hace el lavado gástrico lo coloca en una incubadora para observación de una a tres horas. Hay aproximadamen 15-20 partos/24 horas.

3. POST PARTO:

Hay 15 camas en post parto para nacimientos normales con bacinettes al lado de cada

cama. Hay poco espacio vacio. Se observó que las madres en cama con sus bebés estaban amamantando, no se observó ningún biberon. Las madres reciben una charla educativa en la sala. La estadía post parto generalmente es de 24 horas. Las madres con cesáreas generalmente reciben a sus bebes en 8-12 horas. La consejera de PROALMA hace visitas post parto diariamente para impartir educación y orientación.

4. BANCO DE LECHE:

El Banco de Leche está ubicado en el cuarto piso contiguo a la sala de recién nacidos. Está al cargo de una auxiliar de enfermeria. Está abierto de 7:00AM- 3:00 PM pero con aceso las 24 horas del diá. En 1983 se recolectaron 2,474 onzas de leche; en 1984 el total incrementó a 3,828 onzas. Las donaciones están cubriendo las necesidades de los prematuros. Hay un aumento en el uso del banco por el personal del hospital que son madres lactantes.

Las madres reciben una tarjeta de identificación que les permite entrar en el hospital a cualquier hora para amamantar a sus hijos. Hay una sala de amamantamiento cerca de la sala de recién nacidos.

5. NORMAS:

Las normas fueron revisadas en agosto 1984 por el comité de contrapartes de PROALMA. Han sido aprobadas y publicadas. Las normas incluyen: apego precoz, alojamiento conjunto, y promoción de la lactancia materna.

6. AHORROS INSTITUCIONALES:

Con el incremento de la lactancia materna, hay un descenso dramático en el consumo

de fórmulas en el hospital y en las clínicas de Crecimiento y Desarrollo. La sala de recién nacidos está usando aproximadamente 1 lata de fórmula cada 1 o 2 días. Antes, el consumo era de 5-6 latas/dia. En diciembre, 1984, la sala de recién-nacidos consumió un total de 23 latas de fórmula.

El sistema del Instituto Hondureño de Seguridad Social utiliza una oficina central de compras. Las cifras citadas para el IHSS (reserva de latas y pedidos) también refierenal IHSS, Tegucigalpa. El jefe del departamento de Pediatría calcula que el IHSS ha ahorrado aproximadamente L. 200,000 solamente en la compra de leche desde la promoción a la lactancia materna introducida activamente por PROALMA.

Un resultado de los ahorros recién occurrió. El 15 de enero, 1985, la enfermera de PROALMA en el IHSS, Teguciagalpa, fué nombrada como empleada del IHSS a tiempo completo. La absorpción del otro personal de PROALMA en el sistema del IHSS está Pendiente.

7. IMPACTO EN MORBILIDAD Y MORTALIDAD:

En 1984, no hubo ninguna muerte en prematuros por sepsis neonatal o por enterocolitis necrotizante. También morbilidad y mortalidad han disminuido, especialmente en casos de diarrhea.

8. ABANDONO DE RECIEN NACIDOS:

Abandono del recién nacido es raro en el sistema del IHSS. En los últimos cinco años, solamente hubo dos casos de abandono.

9. TASA DE CESAREAS:

La tasa de cesareas es aproximadamente 10% como se observa en la siguiente tabla.

TABLA X. CESAREAS EN EL HOSPITAL IHSS, TEGUCIGALPA
1980 - 1984

AÑO	CESAREAS	NACIMIENTOS VIVOS
1980	402	4,209
1981	476	5,224
1982	535	5,171
1983	658	5,081
1984	676	4,821

10. IMPACTO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL:

El personal en esta institución está concientizado en la promoción de la lactancia materna. La mayoría del personal de las salas de labor, parto, post parto, y pediatría ha recibido el curso de PROALMA. El jefe de Pediatria es una persona dinámica comprometida a la promoción de la lactancia materna. El es responsable por la educación de los residentes, e dicto- para ellos cinco conferencias relacionadas con la lactancia materna en enero, 1985. Hay incrementos en el personal del hospital quienes estan amamantando a sus bebés.

El personal del hospital expreso su aprecio al personal de PROALMA y les observa como personas muy dedicadas y trabajadonas. Los contrapartes comentaron sobre los avances logrados en sus reuniones y se sienten orgullosos con las nuevas normas. La directora de Enfermería ha apoyado menos al programa pero la sub-directora está muy entusiasta.

Todos expresaron enfáticamente que PROALMA debe continuar en la institución 1 o 2 anos más para seguir motivando y educando y servir de recursos.

G. LIMITACIONES EN LA RECOLECCION DE DATOS:

Tal vez el lector se ha dado cuenta de la ausencia de varias tablas comparando compras y consumos de "otras leches" o comparaciones con leche entera. Es difícil recolectar datos confiables dado las inconsistencias en la recolección de datos en varias instituciones. El personal de PROALMA ha hecho grandes ezfuerzos en la recolección de datos. El IHSS tiene datos más confiables para su sistema centralizada de compras.

El incremento de la lactancia materna impacta en la compra y el consumo de formulas, y dado las limitaciones de tiempo, se dió prioridad a las formulas. Se recalcularon todos los datos sobre cantidades y costos.

Se descubrieran errores. En el Hospital Materno Infantil para 1982, se informó la compra de 277,200 libras de leche entera en L. 71,494. En 1983, por nuestros cálculos, se compraran 26,505.60 libras a un costo estimado de L. 79,516. En 1984 la cantidad disminuyó a 18,381.60 libras, a un costo de L. 68,438.61. Entonces, la cifra 277,200 debe ser un error en tipografia, y la cantidad correcta debe ser 27,720.

Lo mismo occurrió con fórmulas infantiles. En 1982 se informó que se compraron 47,520 libras de fórmula a un costo de L. 22,945. En 1983 por nuestros cálculos, se comproron 3,667.04 libras a un costo de L. 18,472.86; en 1984 se compraron 2,217.34 libras a un costo de L. 9,883.44. De acuerdo a los datos de 1983 y 1984, el total de 4,752 libras es más consistente con los cálculos y no 47,520.

Sería una gran ayuda en el futuro, conseguir un consultor de corto plazo para desarrollar un sistema de recolección de datos para el personal de PROALMA. Tener un formulario patrón serviría de apoyo para aumentar la eficiencia en el uso del tiempo del personal de PROALMA, y tal vez apoyaria la recoleccion de datos más confiables.

62

PERSONAS ENTREVISTADAS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

1.	Dr. Ricardo Ochoa Alcantara	Director, Hospital Materno Infantil
2.	Dr. Francisco Cleaves	Jefe, Depto. de Pediatría
3.	Dr. Mario Zambrana	Jefe, Depto. de Obstetrícia
4.	Dr. Hector Orellana	Jefe, Salas de Labor y Partos
5.	Dr. Sergio Vargas	Jefe, Sala de Post parto
6.	Lic. Dora Egla de Sierra	Enfermera Jefa, Pediatría
7.	Lic. Isabel Irias de Gonzalez	Enfermera Jefa, Labor y Partos
8.	Lic. Norma de Gonzalez	Enfermera Jefa, Ginecología
9.	Enf. Blanca Cruz	Enfermera Jefa, Recién Nacidos
10.	Lic. Petron de Castillo	Enfermera Jefa, Post parto
11.	Snrta. Blanca Barrientos	Auxiliar encargada, Banco de Leche
12.	Enf. Ondina de Lopez	Enfermera Jefa, Ginecología

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, TEGUCIGALPA

1.	Dr. Jose Luis Abastida	Director General del IHSS (los dos hospitales)
2.	Dr. Oscar Gonzalez Ardon	Jefe, Depto. de Pediatría
3.	Dr. Jorge Anibal Ramos	Jefe, Depto. de Neonatología
4.	Enf. Adela Alvarez	Enfermera Jefa, Recien Nacidos
5.	Enf. Floris Reyes	Enfermera Jefa, Post parto
6.	Enf. Judith Galindo	Enfermera Jefa, Labor y Partos
7.	Enf. Mirna de Giron	Enfermera Jefa, Sala de Admisión de Recién Nacidos

8.	Enf. Argentina de Borjas	Enfermera Jefa, Consulta Externa
9.	Enf. Elvia de Castillo	Directora de Enfermería
10.	Snrta. Marta Lopez	Auxiliar encargada, Banco de Leche

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, SAN PEDRO SULA

1.	Dr. Juan Manuel Fuentes	Director IHSS, Region Norte
2.	Dr. Guillermo Ocano	Director, Depto. de Materno Infantil
3.	Dr. Carlos Alfonso Benaton	Director, Depto. de Medicina
4.	Dr. Cesar Abud	Jefe, Depto. Obstetrícia/Ginecología
5.	Dr. Jorge Guillen	Jefe, Depto. de Pediatría
6.	Dr. Leonardo Landa	Jefe, Depto. Emergéncia- Pediatría
7.	Dr. Manuel Calderon	Jefe, Depto. Neonatología
8.	Dr. Marco Antonio Sosa	Jefe, Depto. Maternidad
9.	Dr. Rodrigo Barahona	Jefe, Consulta Externa
10.	Lic. Felicita Benitez	Enfermera Jefa, Neonatología
11.	Lic. Rosa Maria Alger	Enfermera Jefa, Pediatría
12.	Lic. Lidia de Bustamente	Jefa de Enfermería
13.	Lic. Yolanda Lanza	Enfermera Jefa, Maternidad
14.	Lic. Lia Sarmiento	Enfermera Jefa, Labor y Partos
15.	Lic. Gertrudis de Vega	Enfermera Jefa, Consulta Externa
16.	Lic. Gloria Robles	Enfermera Supervisora, Consulta Externa
17.	Lic. Gregoria Escobar	Enfermera Jefa, Depto. de Educacion

PERSONAL DE PROALMA

1. Dra. Argentina de Chavez	Directora, PROALMA
2. Lic. Judy de Canahuati	Asesora tecnica
3. Lic. Reina Cortes	Coordinadora, Hospital Materno Infantil
4. Snra. Kelin Gonzalez de Jiron	Consejera, Hospital Materno Infantil
5. Lic. Emelda de Valdiviezo	Coordinadora, IHSS/Tegucigalpa
6. Snrta. Parcia Meza Choto	Consejera, IHSS/Tegucigalpa
7. Dra. Maria Luz Alvarado	Coordinadora, IHSS/San Pedro Sula
8. Lic. Regina Sierra	Coordinadora, IHSS/San Pedro Sula
9. Lic. Mirna Lili de Gomez	Coordinadora, Region Metropolitana

MINISTERIO DE SALUD

1. Dr. Danilo Velasquez	Director, Division Salud Materno Infantil

REFERENCIAS

Brown, R. y Biellik, R. Consultant Report for Honduras (A Proposal for a National Breast Feeding Promotion Program). Education Development Center, June 12-July 1, 1982.

Chavez, Argentina de Correspondencia al Dr. Jose Luis Abastida, Director General, IHSS. PROALMA # 84-279. 17 octubre, 1984.

Informe de la Actividades del Departamento de Pediatria, 1984. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

O'Gara. Chloe Evaluation Plan for the PROALMA Project and Report on Baseline Data Collection. 31 August, 1983.

O'Gara, Chloe PROALMA Project: First Year Implementation. Mid-term Evaluation. 29 February, 1984.

INTRODUCCION

Existe un interés internacional en cuanto a la promoción de la lactancia materna para mejorar la situación nutricional y de salud de la niñez.

Honduras cuenta con una de las más altas tasas de mortalidad infantil 95-115/1.000 niños que nacen vivos, en América Latina, siendo la dierrea la principal causa de la mortalidad y morbilidad infantil.- La tendencia en Honduras es una disminución en la lactancia materna inicial, poca duración de ella, la introducción temprana de biberenos y otros alimentos, todo lo cual contribuye al ciclo vicioso de la dierrea, desnutrición, deshidratación y morbilidad.

Como consecuencia surge el Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna (PROALMA) bajo el convenio interistitucional entre el Instituto Hondureño de Seguridad Social, Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Bienestar Social y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), cuyo propósito fundamental es desarrollar, ejecutar y evaluar un programa nacional de lactancia materna de autosostenimiento, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la niñes en Honduras.-- Los esfuerzos se concentraron inicialmente en la población urbana donde la prevalencia de la lactancia es menor, con énfasis especial en la enseñanza a las madres, asesoría y seguimiento en los principales hospitales públicos urbanos. La actividad principal ha sido de tipo educacional para profesio - nales de salud, trabajadores en salud, y público en general.

Posteriormente todas las actividades promocionales, educacionales iniciales se integraron en las operaciones programáticas del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

NORMAS DE LACTANCIA MATERNA DEL HOSPITAL CENTRAL Y PERIFERICAS # 1 y 2.

INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

Los objetivos del programa de lactancia materna son:

1.- Desarrollar y ejecutar normas y procedimientos institucionales para facilitar la lactancia materna y la relación afectiva de los padres e hijos (apego).
2.- Proporcionar capacitación en servicio al personal de salud de la institución sobre la promoción y educación de la lactancia materna, apoyo de las madres lactantes y la relación afectiva entre padres e hijos.
3.- Desarrollar y ejecutar la educación de la madre sobre la lactancia materna, la nutrición materno infantil y estimulación precoz.
4.- Proporcionar leche materna para todos los recién nacidos de bajo peso y enfermos que queden hospitalizados en la institución.

O R G A N I Z A C I O N.

A.- FUNCIONAMIENTO.

A.1 ESTRUCTURA

La oficina de PROALMA del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa está ubicado en el Tercer Piso del Edificio Hospitalario,frente a la Sala de Recién Nacidos.- Contiguo a la oficina de PROALMA se encuentra la sala de amamantamiento, y es aquí donde las madres hospitalizadas y madres no hospitalizadas llegan a amamantar los niños que tienen en la Sala de Recién Nacidos con problemas especiales.
Adjunto a la Sala de REcién Nacidos se encuentra el Banco de Leche Materna, que es donde se atienden a las madres que llegan a donar leche para los niños que se encuentran hospitalizados en Sala Cuna, Cuidados Intensivos y niños graves de Pediatría.- Estas madres se clasifican en 5 tipos, que son:

a.- Madres hospitalizadas con sus niños internos en Sala Cuna

b.- Madres que vienen de la casa y tienen sus niños internos en Sala Cuna.

c.- Madres que van a ser esterilizadas y no tienen su niño en el hospital.

d.- Donadoras voluntarias.

e.- Madres lactantes empleadas de la Institución.

A. 2 AREAS DE ACCION

El programa de lactancia materna cubre las siguientes áreas que son las que tienen relación madre/ niño:

Consultorio Central, Labor y Partos, Puerperio,Ginecología, Recién Nacidos, Pediatría, Periférica No.1 y Periférica No. 2

NORMAS DE LACTANCIA MATERNA EN CONSULTORIO CENTRAL

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

N O R M A	A C I V I D A D
1.- TODO DATO ESTADISTICO SOBRE MORBILIDAD MATERNOINFANTIL DEBE SER REGISTRADO,TABULADO Y ANALIZADO.	1.- Clasificar y registrar la producción de consulta de morbilidad materno infantil,tabular datos, analizar datos y formular conclusiones.
2.- PATA TODO EL PERSONAL LABORANTE EN ESTA UNIDAD, ES OBLIGATORIO ASISTIR A CURSOS PROGRAMADOS SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar programas de educación para el personal. 2.- Ejecutar y evaluar programas de educación. 3.- Diseñar seguimientos para actualizar el personal.
3.- PLANIFICAR EL MATERIAL AUDIOVISUAL A UTILIZARSE EN LA ENSEÑANZA	1.- Suministrar a la auxiliar de enfermería las necesidades de material educativo,elaboración de ayudas audiovisuales adecuadas a la educación.
4.- ELABORAR MATERIAL EDUCATIVO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS PARTICIPANTES.	
5.- TODA PACIENTE QUE HAYA REALIZADO UN SEGUIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA DEBE SER REGISTRADO EN SU EXPEDIENTE.	1.- Elaborar plan de actividades sobre seguimiento de caso.
6.- TODA AUXILIAR ASIGNADA AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE CASO A PACIENTE TB,DEBE SER ORIENTADA SOBRE SEGUIMIENTO DE CASO EN LACTANCIA MATERNA.	1.- Educar al personal de enfermería sobre el uso del formulario de lactancia materna.
7.- TODO SEGUIMIENTO DE CASO DEBE SER REGISTRADO EN UN FORMULARIO.	1.-. Anotar en el expediente el seguimiento de caso.

8.- TODO PACIENTE QUE ASISTA A CONSULTA DE PEDIATRIA Y PRENATAL RECIBIRA EDUCACION SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar el programa de charlas educativas mensuales. 2.- Antes de entrar a la consulta médica el paciente recibirá la educación sobre lactancia materna.
9.- TODO PACIENTE CON PROBLEMAS DE LACTANCIA MATERNA QUE PUEDEN RESOLVER SE A ESTE NIVEL, SE REMITIRAN A PROALMA.	1.- Al ser remitida una paciente problema posteriormente se llevará la contrareferencia. De referencia: - Mastitis - Pesón invertido - Pesón plano. Plétora y cesárea. - Escasa producción de leche. - Gemelos. - Enfermedades de la madre y el niño. - Madre que trabaja.
10.- TODA ACTIVIDAD NUEVA O CAMBIO DEBE DARSE A CONOCER POR DIFERENTES MEDICOS.	1.- Elaborar comunicados y/o memorandum y enviarlos a las áreas correspondientes intra y extra institucional. 2.- Dar a conocer las innovaciones de PROALMA. 3.- Programar actividades para mantener actualizado al personal. 4.- Elaborar informes estadísticos de las actividades realizadas y enviarlos a su respectivo nivel.
11.- TODA FUNCION Y ACTIVIDAD DE LACTANCIA MATERNA DEBEN SER ESCRITAS ACCESIBLES Y DIVULGADAS.	1.- Elaborar procedimientos de lactancia materna. 2.- Solicitar su aprobación oficial. 3.- Presentación y discución de Normas y Procedimientos. 4.- Divulgación e implementación de las Normas y Procedimientos.
12.- TODAS LAS ACTIVIDADES DE LACTANCIA MATERNA REALIZADAS SERAN SUPERVISADAS PARA REGISTRAR SU CUMPLIMIENTO.	1.- Analizar y discutir parámetros de evaluación. 2.- Registrar datos para dar información y establecer medios de comparación.

N O R M A	A C T I V I D A D
	3.- Toda actividad de lactancia materna debe ser supervisada periódicamente.
13.- TODO PROGRAMA ESTARA SUJETO O CONTARA CON SUS PARAMETROS DE EVALUACION.	1.- Análisis global de las actividades de PROALMA, de acuerdo a los parámetros de evaluación. 2.- Dar estímulos públicos al personal que sobresalga en esta labor. 3.- Analizar y discutir parámetros de evaluación. 4.- Sacar conclusiones.
14.- EL PROGRAMA ESTARA SUJETO A IMPLEMENTACION DE METODOS DE MEJORAR DE ACUERDO A SU EVOLUCION.	1.- Analizar el programa. 2.- Toma de decisiones de acuerdo al resultado de evaluación. 3.- Establecer prioridades. 4.- Implementar cambios. 5.- Tabular datos. 6.- Establecer sistemas de comparación. 7.- Evaluar el cambio.

ELABORADO POR: E.P. ARGENTINA DE BORJAS

Supervisora del Consultorio Central.

LIC. EMELDA DE VALDIVIEZO

Coordinadora PROALMA IHSS/ Tegucigalpa

NORMAS DE LACTANCIA MATERNA EN LABOR Y PARTOS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

I.- GENERALIDADES.

1.- Es responsabilidad de todo el personal médico y enfermería orientar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna.

1.- Orientar y motivar a la madre sobre:
- Proceso del parto en relación a la lactancia materna.
- Ventajas de la lactancia materna
- Apego inmediato en la mesa de parto.
- Beneficios del calostro.
- Técnica de amamtamiento.
- Alojamiento conjunto.
- Banco de leche materna.

2.- Es responsabilidad del personal de la Unidad de Labor y Partos avisar al pediatra alguna situación de emergencia.

1.-Presentarse en las salas de expulsivo por requerimiento del personal que atiende el parto.
2. Continuar con los controles de latido fetal hasta el momento del nacimiento.
3.-Recibir al recién nacido y brindarle los cuidados pertinentes según su condición.
4.-Llevar a cabo el apego precoz al pecho materno según criterio del personal médico que valora al recién nacido.
5.-Traslado del recién nacido a sala de Admisión.

3.- Los pacientes con patología médica asociada al embarazo podrán tener apego precoz en la mesa de partos, según criterio del obstetra.

1.-Valorar la condición de la madre e hijo para indicar el apego precoz.

4.- En las pacientes posparto con patología médica que queden en recuperación, el obstetra debe indicar la extracción manual de la leche y su utilización o descarte.

2.-Valorar la utilización o uso de la leche.

3.-Coordinar con el banco de leche materna la política de su utilización.

5.- La persona que atiende el parto debe completar el llenado de la papelería correspondiente inmediatamente después de su atención.

1.- Deben anotarse los datos del parto en el libro correspondiente.

2.- La circulante del parto colocará el expediente en la estación de enfermería, posterior a la elaboración de la nota de enfermería.

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 pos-parto al alojamiento conjunto madre/hijo.

1.- Debe llenarse la papelería correspondiente después del parto.

2.- En el término de una hora máximo después del nacimiento, el recién nacido debe estar listo para que sea trasladado al alojamiento conjunto con su madre.

3.- La encargada de traslado debe verificar que tanto la madre como la papelería correspondiente están listos, y de inmediato realizar el traslado.

II. DEL INGRESO

1.- Es responsabilida del personal de admisión enviar a cada paciente con el expediente anterior y hoja de ingreso.

1.- Toda paciente debe ingresar con su expediente anterior y hoja de ingreso.

2.- 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.

1.- Revisar mamas y clasificar pezones como normales, planos e invertidos.

2.- En caso de anormalidad, registrarlo en el expediente, utilizando color rojo o subrayarlo.

3.- En responsabilidad del personal médico que ingresa a la paciente darle la orientación específica en caso de pezones planos o invertidos.

1.- Notificar a la paciente el problema encontrado.

2.- Demostrarle los ejercicios pertinentes para acondicionar el pezón.

3.- Solicitar a la paciente que repita la técnica enseñada.

4.- Es responsabilidad del personal médico que ingrese a la paciente anexar al expediente clínico la respectiva hoja de referencia de control prenatal.

1.- Colocar hoja de referencia a continuación de la hoja de notas de enfermería.

5.- No debe rasurarse el área púbica de la paciente,salvo caso de posible intervención quirúrgica o por episiotomía.

1.- Orientar a la paciente sobre baño y cambio de ropa.

2.- Previo al examen ginecológico se prácticará aseo perinal según técnica.

III. DEL TRABAJO DE PARTO.

1.- TODA paciente con trabajo de parto debe ser atendida de manera que éste progrese normalmente.

1.- Dar la orientación sobre parto natural.

2.- Permitir que las membranas ovulares se rompan de modo espontáneo.

3.- Permitir que la madre elija la posición más cómoda y la cambie a voluntad.

4.- No administrar a la madre en casos de rutina,ninguna medicación analgésica ansiolítica o anestésica.

5.- No administrar oxitocina a la madre, excepto caando haya indicación médica para ello.

6.- No administrar enema evacuante como rutina.

7.- Permitir que la madre tome líquidos orales según criterio del médico correspondiente o especialista.

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.

1.- Permitir que la madre realice los esfuerzos de expulsión en forma espontánea.

2.- Todo recién nacido normal en las salas de expulsivo,debe ser colocado al pecho materno inmediatamente después del parto.

1.- Hacer limpieza facial en el recién nacido utilizando gasa.

2.- Aspiración de secreciones orogarínges.

75

3.- Valoración del Apgar.

4.- Mostrar el recién nacido a la madre, informándole de su sexo.

5.- Ligar y cortar el cordón umbilical.

6.- Colocarlo al seno materno para la succión.

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

1.- Informar a la madre sobre las ventajas del apego precoz.

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

3.- Colocar al niño en la posición corecta para iniciar la succión.

4.- Dejarlo succionar durante 3-5 minutos apróximadamente e indicarle la forma correcta para interrumpirla.

4.- Es responsabilidad del personal médico no realizar maniobras para la extracción de la placenta.

1.- Permitir que el niño estimule la succión de oxitocina endógena a través de la succión al pecho para facilitar la expulsión de la placenta.

5.- Se debe evitar el uso rutinario de oxitócicos en la paciente postparto 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.

1.- Colocarlo en bacinete.

2.- Pesar al recién nacido.

3.- Tomar huellas plantares en la hoja respectiva.

4.- Realizar profilaxis oftálmica.

5.- Mantenerlo abrigado.

6.- Hacer brazalete de identificación anotando:
- Nombre completo de la madre con sus dos apellidos.
- Número de expediente.
- Sexo del recién nacido.
- Hora y médico que atiende.

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 lazona aspirada. La aspiración sólo se justifica:

1.- Cuando el neonato está deprimido (APgar menor de 7) 2. Cuando existe meconio en líquido amniótico. 3. Cuando el niño nació por cesárea. (1).

7.- Colocar brazalete en miembro inferior.

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.

1.- Trasladar en brazos al recién nacido co su respectiva hoja de identificación.

2.- Entregarlo a la encargada de 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.

1.-Tener la camilla vestida corectamente.

2.-Colocar la camilla a nivel de la mesa de partos.

3.-Orientar a la paciente para su coloboración en el traslado.

4.-Llevar a la paciente a la estación de enfermería para el llenado de la papelería respectiva.

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.

1.-Orientar a la madre para que adopte una posición segura y cómoda para el traslado.

2.-Mantener subidos los barandales de la camilla mientras se verifica el traslado.

3.-Abrir puertas según técnica al pasar la camilla.

4.-Entregar a la encargada de ingresos de puerperio normal la madre, junto con su papelería.

(1)

Ref: 1.- Tecnología apropiada para la atención del parto (CLAP-Uruguay
2.- Manual de embarazo después de los 30 años/ Gail Sforza Brewer

ELABORADO POR: E.P. VIRGINIA MANZANARES: Enfermera Jefe del Servicio de Labor y Partos.

LIC. EMELDA MARADIAGA DE VALDIVIEZO: Coordinadora PROALAMA.

REVISADO: El 2 DE AGOSTO DE 1984, EN SESION DE CONTRAPARTES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

77

NORMAS DE ATENCION DEL AREA DE ADMISION DE RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

I.- DEL INGRESO	P R O C E D I M I E N T O
1.- TODO RECIEN NACIDO NORMAL QUE INGRESE AL AREA DE ADMISION DEBE SER RECIBIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ESA AREA.	1.- Recibir el recién nacido. 2.- Colocarlo en la mesa de exámenes. 3.- Verificar brazalete y papelería. 4.- Valorar su condición física. 5.- Valorar sus signos vitales.
2.- TODO RECIEN NACIDO QUE INGRESE AL AREA DE ADMISION DEBE RECIBIR LOS CUIDADOS INMEDIATOS DE RECIEN NACIDOS.	1.- Lavado de cabeza del recién nacido con jabón quirúrgico. 2.- Limpieza del cuerpo con aceite y agua tibia. 3.- Tomar medidas antropométricas y peso. 4.- Hacerle curación umbilical con merthiolate o su equivalente. 5.- Comprobar por medio de una sonda sivias áreas son permeables. 6.- Comprobar por medio de un termímetro si su ano está perforado. 7.- Colocarlo en icubadora al regular la temperatura y después colocarlo en bacinete.
3.- TODO RECIEN NACIDO QUE INGRESE AL AREA DE ADMISION DEBE IR ACOMPAÑADO CON SU RESPECTIVA HOJA DE HISTORIAL DEL PARTO.	1.- Verificar que la hoja de historial del parto tenga los datos pertinentes, huellas plantares del niño y huellas digitales de la madre.
4.- LA ENCARGADA DE ADMISION ES LA RESPONSABLE DE COMPLETAR.	1.- Completar el expediente y ordenarlo de la siguiente manera:

Tercer Piso Junta Nacional
de Bienestar Social
Tegucigalpa, D.C.,
Tel: 22-51-27

Hospital del IHSS
San Pedro Sula, Cortés
Tel: 54-40-13
Tel: 54-41-62

BEST AVAILABLE COPY

18

	PROCEDIMIENTO
EL EXPEDIENTE CLINICO DEL RECIEN NACIDO	- Gráfica de signos vitales. - Hoja de examen físico. - Hoja de identificación. - Hoja de notas de enfermería. - Hoja de informes complementarios. (examen de laboratorio). - Viñeta de identificación para colocarlo en el bacinete.
5.- EL MEDICO ASIGNADO AL AREA DE ADMISION DEBE PERMANECER EN ESTA, Y ES RESPONSABLE DE REALIZAR EL EXAMEN FISICO DE TODOS LOS RECIEN NACIDOS.	1.- Verificar que el expediente clínico del recién nacido está en orden y completo y si pertenece al niño adjunto. 2.- Conocer toda la información perinatal del recién nacido contenida en el expediente clínico. 3.- Efectuar el examen físico detallado del recién nacido, registrando toda la información obtenida en el expediente correspondiente, y escribir al final de éste el nombre completo como responsable del mismo. 4.- Escribir en el expediente, sin hacer uso de abreviación, las órdenes médicas propias de cada niño. 5.- Reexaminar al niño que hubiere permanecido en esta sala y que hubiere sido examinado por el médico del turno anterior, para responsabilizarse de la condición actual de dicho niño. 6.- Todo recién nacido que por su condición de alto riesgo deba ser manejado en la sala de recién nacido patológico para sus cuidados especiales deberá ser reportado por el personal de enfermería al Residente para hacer los trámites pertinentes, anotando la hora que fue reportado.
II.- DEL TRASLADO	
6.- EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE EVALUAR LAS CONDICIONES FISICAS Y EMOCIONALES DE LA MADRE PARA AUTORIZAR Y AGILIZAR EL TRASLADO AL ALOJAMIENTO CONJUNTO A LA HORA DESPUES DE SU NACIMIENTO.	1.- Observar el estado físico y emocional de la madre. 2.- Establecer comunicación con ella. 3.- En caso de duda del estado físico de la madre, consultar el expediente clínico y al médico que atendió el parto.

	PROCEDIMIENTO
7.- LA ENCARGADA DE LA SALA DE ADMISION ES LA RESPONSABLE DE TRASLADAR AL RECIEN NACIDO AL ALOJAMIENTO CONJUNTO.	1.- Después de efectuados los cuidados inmediatos del recién nacido y comprobar su normalidad, la enfermera y/o auxiliar de enfermería deberá hacer el traslado al alojamiento conjunto.
8.- TODO RECIEN NACIDO QUE EN ESTA PRESENTARA UNA SITUACION DE EMERGENCIA, DEBE SER TRASLADADO AL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS.	1.- El traslado será realizado por el personal de enfermería de esa área. 2.- Entregar el recién nacido al personal de enfermería de esa área con el respectivo expediente. 3.- Reportar verbalmente y por escrito el motivo por el cual se traslada.
9.- EL PERSONAL DE ENFERMERIA ASIGNADO AL AREA DE ADMISION ES RESPONSABLE DE ENTREGAR EL RECIEN NACIDO A LA MADRE, INMEDIATAMENTE DESPUES DE EVALUAR SU CONDICION FISICA Y EMOCIONAL.	1.- Trasladar al recién nacido en el bacinete 2.- Preguntar el nombre a la madre. 3.- Verificar brazalete de identificación de ambos. 4.- Orientarlas sobre la adopción de una posición cómoda y segura para lactar al niño. 5.- Entregarle en sus brazos al recién nacido. 6.- Orientarla sobre la alimentación al pecho y la importancia del calostro.
10.-SI LAS CONDICIONES DE LA MADRE NO PERMITEN EL TRASLADO AL ALOJAMIENTO CONJUNOT, EL NIÑO PERMANECERA EN EL AREA DE ADMISION.	1.- Brindarle los cuidados de recién nacido. 2.- Alimentarlo con leche materna del banco de leche. 3.- Alimentarlo con una madre de Puerperio que tenga buena producción de leche.

ELAB RADO POR: BR. ADELA ALVAREZ: Enfermera Jefe del Servicio de Recién Nacidos

LIC. EMELDA MARADIAGA DE VALDIVIEZO: Coordinadora PROALMA

REVISADO: El 19 DE JULIO DE 1984 EN SESION DE CONTRAPARTES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

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

I.- GENERALIDADES.

1.- TODA MADRE DEBE PERMANECER CON HIJO RECIEN NACIDO EL TIEMPO QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO EXCEPTO CASOS ESPECIALES.

2.- EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE MOTIVAR, APOYAR Y ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y LAS TECNICAS DE AMAMTAMIENTO.

1.- El médico lo realizará durante su visita, o cuando sea necesario.

2.- El personal de enfermería debe realizarlo durante:

- Visita de ehfermería.
- Educación programa a grupos.
- Educación incidental, individual y de grupo.

3.- Orientar, demostrando y supervisando las siguientes técnicas:

- Posición de la madres.
- Posición del niño.
- Manera de interrumpir la succión.
- Masaje de los senos.
- Extracción manual de leche.
- Extracción en el banco de leche.
- Higiene de la paciente.

3.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA RESTABLECER EL ALOJAMIENTO CONJUNTO AL MEJORAR LA CONDICION DE LA MADRE O EL NIÑO.

1.- Coordinar con el personal del Servicio de Recién Nacidos.

2.- Mantener comunicación con el Servicio de Recién Nacidos.

3.- Informar a la madre sobre la evolución del niño.

4.- Al mejorar la condición de la madres, informar al Servicio de Recién Nacidos para el traslado inmediato del niño al alojamiento conjunto.

5.- Ayudar a la madre con el niño cuando ella lo desee y/o notificar a Sala Cuna.

92

4.- CADA RECIEN NACIDO DEBE TENER SU UNIDAD INDIVIDUAL JUNTO A LA CAMA DE SU MADRE.	1.- Mantener al niño junto a la madre el mayor tiempo posible. 2.- Mantener limpia y en orden la unidad que consta de un bacinete con su respectiva colchoneta.
5.- PARA TODO RECIEN NACIDO QUE PERMANEZCA CON SU MADRE EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO EL UNICO ALIMENTO QUE DEBE RECIBIR ES LA LECHE MATERNA,SALVO EN CASOS JUSTIFICADOS POR EL ESPECIALISTA.	1.- Continuar motivando a la madre para la lactancia materna. 2.- Promover amamantamiento a libre demanda. 3.- Detectar problemas en la madre y el niño que puedan interferir con la lactancia. 4.- Observar que la madre no dé ningún otro alimento, ni agua, sin orden médica.
6.- EN LA SALA DE PUERPERIO SE DEBE ENSEÑAR A PROPICIAR UNICAMENTE PROPAGANDA SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Colocar afiches o carteles alusivos a lactancia materna. 2.- Dar orientación individual o en grupos a las madres. 3.- Proporcionar folletos o panfletos sobre lactancia materna a las madres.
7.= EN LAS UNIDADES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, TODO PACIENTE TIENE DERECHO A SER VISITADO SOLAMENTE POR UNA PERSONA Y DURANTE EL HORARIO DE VISITA ESTABLECIDO POR EL HOSPITAL.	1.- Colocar afiches o carteles alusivos a lactancia materna. 2.- Vigilar que cada madre no tenga más de una visita a la vez. 3.- Vigilar que se cumpla el horario establecido (6-7 p.m.). 4.- Reportar a vigilancia cualquier problema relacionado con la visita.
8.- ES TERMINANTEMENTE PROHIBIDO FUMAR EN LAS UNIDADES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO.	1.- Colocar avisos en cada cubículo.
9.- TODA PERSONA QUE MANIPULE LOS RECIEN NACIDOS DEBE LAV ARSE PLENAMENTE LAS MANOS HASTA EL CODO.	1.- Mantener equipado cada lavado con jabón y toallas.

2.- Orientar a la visita y a la madre sobre la importancia del lavado de las manos.

3.- Lavarse las manos con agua y jabón hasta los codos.

10.- TERMINANTEMENTE PROHIBIDO QUE PERSONAS CON ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS PERMANEZCAN EN LAS UNIDADES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO Y MANIPULEN AL RECIEN NACIDO.

1.- Orientar a las madres y a los visitantes al respecto.

11.- EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE DETECTAR ENTRE LAS MADRES DE LA SALA DE PUERPERIO LAS POSIBLES MADRES DONADORAS PARA EL BANCO DE LECHE.

1.- Motivar a las madres para donar leche.

2.- Comunicar al Banco de Lecha Materna el número de donadoras de leche que se envía.

3.- Facilitar el traslado de las donadoras al banco de Lecha Materna.

II.- DEL INGRESO

1.- ES RESPONDABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA RECIBIR A LA MADRE Y COLOCARLA EN SU RESPECTIVA UNIDAD.

1.- Revisar expediente y brazaleta de las madres.

2.- Valorar la condición de la madre.

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

2.- DE PRESENTARSE COMPLICACIONES EN LA MADRE AL MOMENTO DEL INGRESO, EL PERSONAL QUE HACE EL TRASLADO DEBE NOTIFICAR AL MEDICO RESIDENTE Y REGRESARLA A LA UNIDAD DE RARTO.

1.- Colocar al niño en el bacinete.

2.- Trasladar de inmediato a la madre.

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

3.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE INGRESA LA PACIENTE, ENSEÑARLE LAS TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO PARA CONTINUAR LA LACTANCIA.

1.- Ayudar a la madre a adoptar una posición cómoda y adecuada.

2.- Colocarle al niño en posición corecta para succionar:
- Frente a frente.
- Boca del niño a la altura del pezón.
- Nariz del niño libre para respirar.

3.- Comprobar que el niño succiona corectamente,.

4.- Reforzar la importancia del calostro como nutrient-e.

III. D E L A E S T A D I A

1.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE BRINDAR AL RECIEN NACIDO.

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

2.- TODA MADRE QUE POR ALGUN MOTIVO NO PUEDA ESTAR ALOJADA CONJUNTAMENTE CON SU HIJO, EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DEBE DAR LA ORIENTACION NECESARIA PARA NO INTERRUMPIR LA LACTANCIA MATERNA Y EL APEGO CON EL RECIEN NACIDO.

1.- MOtivar a la madre sobre la lactancia materna y el apego a su hijo.

2.- Facilitar el traslado al Servicio de Recién Nacidos previa autorización médica.

3.- Si la madre no puede movilizarse,extraerle el calostro manualmente o utilizando un extractor manual de leche.

4.- Solicitar evaluación médica para utilizar o descartar la leche.

5.- Coordinar con el Banco de Lecha Materna las actividades relacionadas con donación.

95

3.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DAR ATENCION ESPECIAL A TODA MADRE QUE INGRESE CON PEZON PLANO O INVERTIDO.

1.- Darle seguridad a la madre de que podrá amamantar a su hijo.

2.- Demostrarle los ejercicios de Hoffman y los estiramiento y rotación de pezón.

3.- Indicarle la frecuencia con que estos deben ser realizados.

4.- Ayudarle a colocarse al niño al pecho para iniciar la succión.

4.- EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE ORIENTAR A LA MADRE SOBRE EL LAVADO DE LAS MANOS PREVIO AL AMAMANTAMIENTO.

1.- Darle a conocer la importancia del lavado de las manos.

2.- Proveer permanentemente los lavabos con jabón.

IV. D E L E G R E S O

1.- TODA MADRE QUE POR ALGUN MOTIVO TENGA QUE DEJAR HOSPITALIZADO A SU HIJO, DEBE SER REMITIDA AL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS PARA SU DEBIDA ORIENTACION.

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

2.- Enviarle a dicho servicio para continuar la orientación.

3.- Motivar a la madre sobre la importancia de visitar a su hijo para:

- Amamantarlo
- Dejar leche materna.
- Estimulación temprama.

4.- Reforzar las técnicas de extracción manual de leche:

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

2.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA REFERIR A LA MADRE A SU CONTROL POSTNATAL Y AL NIÑO A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD QUE LE CORRESPONCE.

1.- Orientar a la madre sobre la importancia del control medico de ambos.

2.- Entregarle su respectiva hoja de referencia o retrorreferencia.

ELABORADO POR: E.P. AURA DINO PLATERO
Enfermera Jefe del Servicio
de Puerperio Normal.

Lic. EMELDA M. DE VALDIVIEZO
Coordinadora de PROALMA-IHSS/ -Tegucigalpa

REVISADO POR: La sesión de contrapartes del Instituto
Hondureño de Seguridad Social.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA DE LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

I.- GENERALIDADES

1.- ES RESPONSABILIDAD DE TODO EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA MOTIVAR, APOYAR Y ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

1.- Orientar y motivar a la madre sobre:

- Ventajas de la lactancia materna.
- Importancia del calostro.
- Técnica de amamantamiento.
- Banco de lecha materna.
- Importancia del horario para lactar.
- Detectar pacientes donadoras.
- Ubicación de la sala de amamantamiento.
- Detectar patología de mamas.

II.- DEL INGRESO

TODO RECIEN NACIDO PATOLOGICO QUE INGRESE AL SERVICIO DEBE SER RECIBIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ESA AREA.

1.- Recibir al recién nacido.

2.- Verificar brazalete y papelería.

3.- Colocarlo en incubadora y/o bacinete (luminoterapia)

4.- Valorar su condición física.

5.- Valorar sus signos vitales.

6.- Presentarlo al médico de turno.

III. ESTADIA

1.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA, PRIORIZAR LA ALIMENTACION MATERNA EN PACIENTES CRITICOS.

1.- Alimentar exclusivamente con calostro o leche materna a niños prematuros y graves.

2.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA INSISTIR EN LA LACTANCIA MATERNA DIRECTA EN NIÑOS DELICADOS Y MEJORADOS.

1.- Dar educación a la madre sobre la lactancia materna.

- Posición de la madre.
- Posición del niño.

- Manera de interrumpir la succión
- Masaje de los senos
- Extracción manual de leche.
- Importancia del banco de leche.
- Extracción en el banco de leche.
- Higiene de la paciente.

2.- Dar información a la madre sobre el estado de salud del niño.

IV. DEL TRASLADO O EGRESO

1.- EL PERSONAL MEDICO ES RESPONSABLE DE EVALUAR LA CONDICION DEL PACIENTE PARA AUTORIZAR SU TRASLADO O ALTA.

1.- Evaluar la condición de la madre sobre:

- Estado físico y emocional de la paciente.
- Orientar sobre la importancia y ventajas de la lactancia materna.
- Orientar sobre:
* Inmunizaciones.
* Estimulación temprana
* Clínica de crecimiento y desarrollo.

ELABROADO POR: BR. ADELA ALVAREZ REYES
Enfermera Jefe del Servicio de Recién Nacidos.

LIC. EMELDA M DE VALDIVIEZO.
Coordinadora de PROALMA
IHSS/ Tegucigapal

REVISADO: En sesión de contrapartes del Instituto Hondureño de Seguridad Social
El 11 de octubre de 1984.

NORMAS DE LACTANCIA MATERNA EN LA SALA DE GINECOLOGIA DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

I.- INTRODUCCION

1.- ES RESPONSABILIDAD DE LA JEFE DE ENFERMERIA PLANIFICAR Y EJECUTAR PROGRAMAS DE EDUCACION PARA EL PERSONAL.	1.- Elaborar programas de educación para el personal. 2.- Ejecutar y evaluar programas de educación. 3.- Diseñar seguimiento para actualizar el personal.
2.- PARA TODO EL PERSONAL LABORANTE EN ESTA UNIDAD ES OBLIGATORIO ASISTIR A CURSOS PROGRAMADOS SOBRE LACTANCIA MATERNAA.	1.- Asistir a cursos programados sobre lactancia materna.
3.- LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE SE MOTIVARAN CON AYUDAS AUDIOVISUALES.	1.- Suministrar a la auxiliar de enfermería las necesidades de materia. 2.- Elaboración de ayudas audiovisuales adecuadas a la educación.
4.- TODO PACIENTE QUE INGRESE A LA SALA DE GINECOLOGIA RECIBIRA EDUCACION SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar el programa de charlas educativas mensualmente. 2.- Supervisar por la Jefe de Sala las charlas impartidas por el personal auxiliar de enfemería.

II.- GENERALIDADES.

1.- ES RESPONSABILIDAD DE TODO EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.	1.- Orientar y motivar a la madre sobre: - Proceso del parto en relación a la lactancia. - Proceso del parto en relación a la lactancia. - 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.- LOS PACIENTES DE GINECOLOGIA CON PATOLOGIA MEDICA, EL OBSTETRA DEBE INDICAR LA EXTRACCION MANUAL DE LECHE Y SUUTILIZACION O DES_ CARTE.	1.- Valorar la condición de la paciente para indicar las maniobras de extracción manual de leche. 2.- Valorar la utilización o uso de la leche. 3.- Coordinar con el banco de leche materna la política de su utilización.

II. DEL INGRESO.

1.- ES RESPONSABILIDA DEL PERSONAL DE ADMISION ENVIAR A CADA PACIENTE CON EL EXPEDIENTE ANTERIOR Y HOJA DE INGRESO.	1.- Todo paciente debe ingresar con su expediente anterior y hoja de ingreso.
2.- ES RESPONSABILIDA DEL PERSONAL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN FISICO EN LA SALA DE ADMISION, REVISAR LAS MAMAS Y CLASIFICAR EL TIPO DE PEZON MATERNO CON SIGNANDOLO EN LA HISTORIA CLINICA.	1.- Revisar mamas y clasificar pezones como normales, planos e invertidos. 2.- En caso de anormalidad, registrarlo en el expediente, utilizando color rojo o subrayarlo.
3.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO QUE INGRESA A LA PACIENTE DARLE LA ORIENTACION ESPECIFICA EN CASO DE PEZONES PLANOS O INVERTIDOS.	1.- Notificar a la paciente el problema encontrado. 2.- Demostrarle los ejercicios pertinentes para acondicionar el pezón.

ELABORADO POR: BR. OLGA EDITH ALMENDAREZ
Enfermera Jefe del Servicio de Ginecología.

LIC. EMELDA M. DE VALDIVIEZO
Coordinadora de PROALMA.

REVISADO POR: COMITE DE CONTRAPARTES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, EL 11 DE OCTUBRE DE 1984.

91

NORMAS DE PEDIATRIA A, B Y C

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

I. GENERALIDADES.

1.- TODA MADRE DEBE PERMANECER CON SU NIÑO LACTANTE DURANTE EL TIEMPO QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, EXCEPTO EN CASOS DE NIÑOS MAYORES DE UN AÑO.

1.- La permanencia de la madre será en niños mayores de un año de 7 a.m. a p.m.

2.- La permanencia de la madre en niños menores de un año las 24 horas.

2.- EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE MOTIVAR, APOYAR Y ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, LA TECNICA DE AMAMANTAMIENTO Y BANCO DE LECHE.

1.- El médico lo realizará durante su visita o cuando sea necesario.

2.- El personal de enfermería debe realizarlo durante:

- Visita de enfermería.
- Educación programada a grupos.
- Educación incidental, individual y a grupos.

3.- Orientar demostrando y supervisando las siguientes técnicas:

- Higiene de la madre.
- Posición de la madre.
- Posición del niño.
- Manera de interrumpir la succión.
- Masaje de los senos.
- Extracción manual de la leche.
- Extracción en el banco de leche.

3.- ES TERMINANTEMENTE PROHIBIDO FUMAR EN LAS UNIDADES DE PEDIATRIA.

1.- Colocar avisos en cada cubículo.

4.- EN LAS UNIDADES DE PEDIATRIA TODO PACIENTE TIENE DERECHO A SER VISITADO SOLAMENTE POR UNA PERSONA Y DURANTE EL HORARIO DE VISITA ESTABLECIDO POR EL HOSPITAL.

1.- Vigilar que cada lactante no tenga más de una visita a la vez.

2.- Vigilar que la visita no introduzca ningún otro alimento para el lactante.

3.- Vigilar que se cumpla el horario establecido de la visita (de 11:30 a.m. a 12: 30 p.m.)

4.- Reportar a vigilancia cualquier problema con la visita.

gv

5.- TODA PERSONA QUE MANIPULE LOS LACTANTES, DEBE LAVARSE PREVIAMENTE LAS MANOS.	1.- Mantener equipado cada lavabo con agua, jabón y toalla. 2.- Orientar la visita sobre la importancia del lavado de manos. 3.- Lavarse las manos con agua y jabón.
6.- ES TERMINANTEMENTE PROHIBIDO QUE PERSONAS CON ENFERMERABADES INFECTOCONTAGIOSAS PERMANEZCAN EN LAS UNIDADES DE PEDIATRIA Y MANIPULEN AL LACTANTE.	1.- Orientar a lamadre y a los visitantes al respecto.
7.- EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE DETECTAR ENTRE LAS MADRES DE LA UNIDAD LAS POSIBLES DONADORAS PARA EL BANCO DE LECHE MATERNA.	1.- Motivar a la madre para donar leche. 2.- Comunicar al banco de leche materna el número de donadoras que se envían. 3.- Facilitar el traslado de las donantes al banco de leche materna.

II. DEL INGRESO

1.- ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA RECIBIR AL LACTANTE Y COLOCARLO EN SU RESPECTIVA UNIDAD.	1.- Revisar el expediente y brazalete del lactante. 2.- Valorar la condición del lactante. 3.- Colocar al lactante en su respectiva cuna. 4.- Interrogar a la madre en cuanto al tipo de alimentación y registralo en el expediente. 5.- Registrar el control y suministro de leche materna en caso necesario (hoja de Control de Lecha Materna).

III.- DE LA ESTADIA.

ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE BRINDAR AL LACTANTE.	1.- Motivar a la madre para que participe activamente en el cuidado del lactante.

- Alimentación al pecho materno
- Baño.
- Cambio de ropa.
- Estimulación temprana.
- Enfatizar sobre el amor mutuo madre lactante para evitar el abandono de éste.

2.- En caso de iniciar una relactanción:

- Darle seguridad para que vuelva a amamantar al lactante.
- Demostrarle los ejercicios de Hoffman y los de estiramiento y rotación de pezón.
- Indicarle la frecuencia con que estos deben ser realizados.
- Ayudarle a colocarse al lactante al pecho para iniciar la relactanción.

IV. DEL EGRESO.

ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DAR ORIENTACION A LA MADRE Y FAMILIARES QUE SE LLEVAN AL NIÑO.

1.- Elaborar la hoja de referencia.

2.- Orientación sobre cuidados especiales.

3.- Inmunizaciones.

4.- Tipo de alimentación.

5.- Importancia del control médico.

6.- Orientación sobre la lactancia en la madre que trabaja.

7.- Otros.

ELABORADO POR: BR. RUTH RIOS, Jefe del Servicio de Pediatría "A"

LIC. EMELDA M. DE VALDIVIEZO, Coordinadora de PROALMA.

REVISADO: EN SESION DE CONTRAPARTES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, EL 11 DE OCTUBRE DE 1984.

NORMAS DE LACTANCIA MATERNA

EN LA CLINICA PERIFERICA No.1

N O R M A	A C T I V I D A D
TODO DATO ESTADISTICO SOBRE MORBILIDAD MATERNO INFANTIL,DEBE SER REGISTRADO, TABULADO Y ANALIZADO.	1.- Clasificar y registrar la producción de consulta de morbilidad materno infantil, tabular datos,analizar datos y formilar conclusiones.
PARA TODO EL PERSONAL LABORANTE EN ESTA UNIDAD ES OBLIGATORIO ASISTIR A CURSOS PROGRAMADOS SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar programas de educación para el personal.
LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE SE MOTIVARAN CON AYUDAS AUDIOVISUALES.	1.- Suministrar a la auxiliar de enfermería las necesidades de material educativo, elaboración de ayudas audiovisuales adecuadas a la educación.
TODO PACIENTE QUE AHAYA REALIZADO SEGUIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA DEBE SER REGISTRADO EN SU EXPEDIENTE.	1.- Elaborar plan de actividades sobre seguimiento de caso. 2.- Educar al personal de enfermería sobre el uso de formularios de lactancia materna.
TODO SEGUIMIENTO DEBE SER REGISTRADO EN SU EXPEDIENTE.	1.- Abotar en el expediente el seguimiento de caso.
TODO PACIENTE QUE ASISTA A CONSULTA DE PEDIATRIA Y PRENATAL RECIBIRAN EDUCACION SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar el programa de charlas educativas mensuales. 2.- Antes de entrar a la consulta médica el paciente recibirá la educación sobre lactancia materna.

N O R M A	A C T I V I D A D
TODA PACIENTE CON PROBLEMAS DE LACTANCIA MATERNA QUE PUEDEN RESOLVERSE A ESTE NIVEL SE REMITIRAN A PROALMA.	1.- Al ser remitida una paciente problema posteriormente se llevará la contrarreferencia. De referencia: - Mastitis. - Pezón invertido. - Pezón plano. - Plétora y césarea. - Escasa producción de leche. - Gemelos. - Enfermedades de la madre y del niño. - Madre que trabaja.
ESTABLECER MECANISMOS DE INFORMACION INTRA Y EXTRAINSTITUCIONAL.	1.- Elaborar comunicados y/o menorandums y enviarlos a las áreas correspondientes intra y extrainstitucional. 2.- Dar a conocer las innovaciones de PROALMA. 3.- PROGRAMA ACTIVIDADES PARA MANTENER actualizado al personal. 4.- Elaborar informes estadísticos de las actividades realizadas y enviarlos a su respectivo nivel.
TODA FUNCION Y ACTIVIDAD DE LACTANCIA MATERNA DEBEN SER ESCRITAS ACCESIBLES Y DIVULGADAS.	1.- Elaborar procedimientos de lactancia materna. 2.- Solicitar su aprobación oficial. 3.- Presentación y discusión de normas y procedimientos. 4.- Divulgación e implementación de las normas y procedimientos.
TODA LAS ACTIVIDADES DE LACTANCIA MATERNA REALIZADAS SERAN SUPERVISADAS PARA REGISTRAR SU CUMPLIMIENTO.	1.- Analizar y discutir parámetros de evaluación. 2.- Registrar datos para dar información y establecer medios de comparación.

N O R M A	A C T I V I D A D
	3.- Toda actividad de lactancia materna debe ser supervisada posteriormente.
TODO PROGRAMA CONTARA CON SUS PARAMETROS DE EVALUACION.	1.- Análisis global de las actividades de lactancia materna de acuerdo a los parámetros de evaluación.
	2.- Dar estímulos públicos al personal que sobresalga en esta labor.
	3.- Analizar y discutir parámetros de evaluación.
	4.- Sacar conclusiones.
EL PROGRAMA ESTA SUJETO A IMPLEMENTACION DE METODOS DE MEJORAS DE ACUERDO A SU EVOLUCION.	1.- Analizar el programa.
	2.- Toma de decisiones de acuerdo al resultado de evalución.
	3.- Establecer prioridades.
	4.- Implementar cambios.
	5.- Tabular datos.
	6.- Establecer sistema de comparación.
	7.- Ev aluar el cambio.

ELABORADO POR:

E.P. FRANCISCA FERRERA
Jefe de Enfermería, Periférica No. 1
IHSS/ Tegucigalpa

T.S. MARGARITA GONZALEZ
Periférica No. 1

LIC. EMELDA M. DE VALDIVIEZO
Coordinadora de PROALMA-IHSS/ Tegucigalpa.

N O R M A	A C T I V I D A D
RODO DATO ESTADISTICO SOBRE MORBILIDAD MATERNO INFANTIL DEBE SER REGISTRADO, TABULADO Y ANALIZADO.	1.- Clasificar y registrar la producción de consultas de morbilidad materno infantil, tabular datos, analizar datos y formular conclusiones.
PARA TODO EL PERSONAL LABORANTE DE ESTA UNIDAD ES OBLIGATORIO ASISTIR A CURSOS PROGRAMADOS SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar programas de educación para el personal. 2.- Ejecutar y evaluar programas de educación. 3.- Diseñar seguimiento para actualizar el personal.
LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE SE MOTIVARAN CON AYUDAS AUDIOVISUALES.	1.- Suministrar y diseñar a la educadora en salud sobre las necesidades de material educativo. 2.- Solicitar a la educadora la elaboración de ayudas audiovisuales adecuadas a la educación.
TODO PACIENTE QUE SE LE HA REALIZADO UN SEGUIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA DEBE SER REGISTRADO EN SU EXPEDIENTE.	1.- Observar por excepción la orientación que se dé al paciente. 2.- Organizar un archivo para visitas a domicilio. 3.- Diseñar las tarjetas para visita domiciliaria. 4.- Elaborar precedimientos sobre seguimiento de caso. 5.- Supervisar el cumplimiento de normas y procedimientos. 6.- Referir a la Jefe de Enfermeras o Supervisora de Enfermería las pacientes candidatas a seguimiento.

98

N O R M A	A C T I V I D A D
TODA PACIENTE QUE ASISTA A CONSULTA DE PEDIATRIA Y PRENATAL RECIBIRAN EDUCACION SOBRE LACTANCIA MATERNA.	1.- Elaborar el programa de charlas educativas quincenal. 2.- Al finalizar la consulta médica,el paciente recibirá la educación sobre lactancia materna.
TODA FUNCION Y ACTIVIDAD DE LACTANCIA MATERNA DEBE SER ESCRITA ACCESIBLE Y DIVULGADAS.	1.- Elaborar procedimientos de lactancia materna. 2.- Solicitar su aprobación oficial. 3.- Presentación y discusión de normas y procedimientos. 4.- Divulgación e implementación de las normas y procedimientos. 5.- Tabular datos estadísticos. 6.- Análisis e interpretación de datos. 7.- Elaboración y envío de informes:
TODAS LAS ACTIVIDADES DE LACTNACIA MATERNA REALIZADAS SERAN SUPERVISADAS PARA REGISTRAR SU CUMPLIMIENTO	1.- Analizar y discutir parámetros de evaluación. 2.- Registrar datos para información y establecer medios de comparación. 3.- Toda actividad de lactancia materna debe ser supervisada periódicamente.
TODA PACIENTE CON PROBLEMAS DE LACTANCIA MATERNA QUE NO SE PUEDE RESOLVER A ESTE NIVEL, SE REMITIRA A PROALMA.	1.- Establecer el sistema al ser referida una paciente problema, posteriormente nos enviarán la contrarreferencia. 2.- Establecer los casos de referencia: mastitis, pezón invertido y/o plano. - Plétora, cesárea. - Escasa producción de leche. - Gemelos. - Enfermedades de madre o niño. - Llenado de formulario madre para trabajo comunicados y momorándums madres negativas a la lactancia.

N O R M A	A C T I V I D A D
TODA PACIENTE NUEVA O CAMBIO DEBE DARSE A CONOCER POR DIFERENTES MEDIOS.	1.- Elaborar comunicacipon y enviarla a las áreas correspondientes intra o extraintitucional. 2.- Dar a conocer las innovaciones de PROALMA. 3.- Programar actividades para mantener actualizado al personal. 4.- Elaborar informes estadísticos de las actividades realizadas y enviarlos a su resprectivo nivel.
TODA PROGRAMA CONTARA CON SUS PARAMETROS DE EVALUACION.	1.- Análisis global de las actividades de PROALMA de acuerdo a los parámetros de evaluación. 2.- Dar estímulos públicos al personal que sobresalga en esta labor. 3.- Analizar y discutir parámetros de evaluación. 4.- Sacar conclusiones.
EL PROGRAMA ESTARA SUJETO A IMPLEMENTACION DE METODOS DE MEJORAS DE ACUERDO A SU EVOLUCION.	1.- Analizar el programa. 2.- Toma de decisiones de acuerdo al resultado de evaluación. 3.- Establecer prioridades. 4.- Implementar cambios. 5.- Tabular datos. 6.- Establecer sistemas de comparación 7.- Evaluar el cambio.

ELABORADO POR: LIC. EMELDA M. DE VALDIVIEZO
Coordinadora de PROALMA-IHSS/ Tegucigalpa.

LIC. MARIA CRISTINA DE GONZALEZ
Jefe de Enfermeras IHSS- Periférica No. 2

100

PROYECTO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

" P R O A L M A"

MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL BANCO DE LECHE MATERNA

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Tegucigalpa,D.C.

1 9 8 4

C O N T E N I D O

1.- INTRODUCCION.

1.1. Finalidad del manual.
1.2. Alcance.
1.3. Contenido
1.4. Personas que interviene en su elaboración.
1.5. Fecha de elaboración,publicación y periodicidad de revisión.

2.- BASE LEGAL

3.- CONCEPTO DEL BANCO DE LECHE

4.- CAPACIDAD INSTALADA DEL BANCO DE LECHE

4.1. Planta física.
4.2. Instalaciones.
4.3. Equipo y mobiliario.

5.- OBJETIVOS DEL BANCO DE LECHE.

6.- FUNCIONES DEL BANCO DE LECGE.

7.- ORGANIZACION DEL BANCO DE LECHE.

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

Siendo uan de las políticas prioritarias del Instituto Hondureño de Seguridad Social el fomentar la lactancia materna como medio para disminuir las tasas de morbimortalidad neonatal en el país, se organiza el Banco de Leche Materna en el SErvicio de REcién Nacidos del Hospital Central del IHSS.

El objetivo es alimentar únicamente con leche materna a todo recién nacido hospitalizado en el Servicio de Neonatología, Cuidados Intensivos y Pediatría de esta Institución.

==========

1.1 FINALIDAD.

La finalidad de este manual es que sirva de guí al per-sonal de enfermería que esté asignado a esta unidad hospitalaria.

1.2. ALCANCE

La aplicación de este manual se circunscribe al servicio de Neonatología. Cuidados Intensivos y Pediatría, y deberá ser conocido por todo el personal médico y de enfermería de los servicios comprendidos dentro del organismo estructural del Programa de Lactancia Materna del IHSS.

1.3. CONTENIDO

El manual contiene los siguientes capítulos:

1.3.1. Base legal.

1.3.2. Normas y procedimientos especiales del banco de leche materna

1.3.3. Fecha de elaboración, publicación y periodicidad de revisión.

1.4. Personas que intervinierón en su elaboración:

BR. ADELA ALVAREZ Enfermera Jefe del Servicio de Recién Nacidos.

LIC. EMELDA Mª DE VALDIEZO: Coordinadora de PROALMA IHSS-TEG.

Revisado por: Comité de Contrapartes del Instituto Hondureño de Seguridad Social, el 25 de noviembre de 1984.

1.5. Fecha de elaboración, publicidad y periodicidad de revisión.

1.5.1. Elaboración y publicación

Octubre y noviembre de 1984

Revisión cada dos años.

2.- BASE LEGAL

Convenio del Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna " PROALMA"

Número: 931-1010-01

Firmado: 9-7-82, por los representates del Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Bienestar Social, Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID).

3.- CONCEPTO DE BANCO DE LECHE MATERNA.

Es la unidad destinada para la extracción eléctrica y manual de la leche; recolección,almacenamiento, conservación y distribución de la leche materna para ser utilizada en los niños recién nacidos en Cuidados Intensivos y Pediatría.

4.- CAPACIDAD INSTALADA DEL BANCO DE LECHE MAT ERNA.

Es la relación positiva entre la oferta y demanda de leche materna.

4.1. Planta física.

Consta de un cubículo destinado al banco de leche materna.

4.1.1. Ubicación

Está ubicado en el tercer piso en la sala de Recień Nacidos de área hospitalaria.

4.1.2. Instalaciones.

4.1.2.1. Instalación eléctrica:

El banco de leche dippone de los (2) tomacorrientes dobles con un voltaje de 110.

105

4.1.2.2. Instalaciones especiales:

- Sistema telefónico interno y externo.

4.1.3. EQUIPO, MOBILIARIO E INSTRUMENTAL"

No. ORDEN	NOMBRE DEL ARTICULO	CANTIDAD
1	Bombas eléctricas extractoras de leche	2
2	Bombras extractoras manuales	2
3	Refrigeradora	1
4	Estufa eléctrica	1
5	Ventilador	1
6	Mesa metálica	1
7	Mesa de madera con rodos	3
8	Silla	4
9	Gabinete	1
10	Tablero informativo	1
11	Rotafolio de madera	1
12	Tarjetero de madera	1
13	Bandeja de acero inoxidable con tapadera	1
14	Azafate de acero inoxidable.	1
15	Panita de acero inoxidable	1
16	Pinza auxiliar	1
17	Portapinza	1
18	Accesorio de bomba	4
19	Cuaderno de control de material y equipo	1
20	Cuaderno de control de madres donadoras	1
21	Tarjeta índice de donadoras	5.000
22	Tarjeta de identificación de donadoras	5.000
23	Regla	1
24	Batas para donantes	80
25	Toallas de mano	250
26	Campos dobles 30x30	24
27	Material informativo	

5.- OBJETIVOS DEL BANCO DE LECHE MATERNA

5.1. Objetivos generales

5.1.1. Promover la lactancia materna.

5.1.2. Dar leche materna como único alimento a todo prematuro, recién nacido patológico y cualquier otro lactante especial.

5.2. Objetivos específicos

5.2.1. Disminuir la incidencia de diarrea y enterocolitis necrotizante en el Servicio de Recién Nacidos.

5.2.2. Utilizar la leche materna con coadyvente del neonato y lactante enfermo.

5.2.3. Promover el apego entre el binomio madre e hijo.

5.2.4. Estimular el sentido de cooperación y responsabilidad de la madre lactante.

5.2.5. Conscientizar al personal de salud de la institución de los beneficios materna.

5.2.6. Dar orientación a las madres sobre la lactancia materna.

5.2.7. Disminuir el consumo de leche artificial.

6.- FUNCIONES GENERALES DEL BANCO DE LECHE MATERNA.

6.1. Fomentar la protección de la salud mediante la implementación de la lactancia materna.

- El cumplimiento estricto de las técnicas de asepsia establecidas.

6.2. De docencia mediante:

- El desarrollo de programas educativos dirigidos al personal y a la madre lactante.

6.3. De investigación mediante:

- La realización de actividades de investigación sobre la calidad del producto briandado.

7.- ORGANIZACION DEL BANCO DE LECHE MATERNA.

7.1. Componentes estructurales organizativos.

7.1.1. Organo directivo

Jefatura de Sala de Recién Nacidos

7.1.2. Organo asesor

Comité de contrapartes del Proyecto de Apoyo a la lactancia materna del IHSS- Tegucigalpa

7.1.3. Organo de línea.

Personal de enfermería del Banco de Lecha Materna

7.1.4. Organización estructural.

Jefatura de Sala de Recién Nacidos

enfermeras Generales

Comité de Contrapartes de PROALMA en el IHSS Tegucigalpa.

BANCO DE LECHE MATERNA

7.2. Funciones de los componentes estructurales.

7.2.1. De la Jefatura de la Sala de Recién Nacidos.

- Organizar y administrar el banco de leche materna
- Proveer de condiciones necesarias para el buen funcionamiento del banco.
- Analizar las necesidades educativas del personal y madres lactantes; proponer las medidas para satisfacerlas y participar en su aplicación.
- Participar en las actividades docentes y coordinar con la Jefatura del Servicio de Pediatría y Unidad de Educación.

- Analizar las necesidades de recursos humanos y materiales, y darlos a conocer a la Jefatura del Servicio de Pediatría.
- Seleccionar personal asignado al banco de leche materna.
- Supervisar y evaluar el funcionamiento del banco de leche.

7.2.2. De las enfermeras generales.

- Administrar el banco de leche materna en la ausencia de la Jefe de Recién nacidos.
- Proveer las condiciones necesarias para el buen funnionamiento del banco.
- Analizar las necesidades educativas del personal y madres,lactantes, proponer las medidas para satisfacerlas y participar en su aplicación.
- Participar en las actividades docentes y coordinar con la Jefe de Sala y Unidad de Educación.
- Dirigir, participar y promover las investigaciones necesarias en el banco de leche materna.
- Analizar las necesidades de recursos humanos y materiales, y darlos a conocer a la jefe de la Unidad.
- Seleccioanr personal asignado al banco de leche en ausencia de la encargada permanente.

7.2.2. Del comité de contrapartes del Proyecto de Apoyo a la lactancia Materna " PROALMA" del IHSS/Tegucigalpa.
Coordinar actividades a nivel operativo y normativo.

7.2.3. Personal de Enfermería del Banco de Lecha Materna.

- Realizar actividades relacionadas con la extracción, conservación, almacenamiento y distribución de la leche materna.
- Registrar información en libros y formatos establecidos.
- Impartir educación a la madre lactante.
- Controlar el material y equipo del banco.

- Mantener el material y equipo en condiciones adecuadas.
- Mantener equipado de lo necesario al banco.
- Velar por la limpieza y desinfección del banco.
- Mantener un ambiente adecuado a las madres donantes.

NORMAS ESPECIFICAS DEL BANCO DE

LECHE MATERNA

I.- DE LA CAPTACION Y SELECCION DE LAS DONANTES.

N O R M A	P R O C E D I M I E N T O
1.- EL PERSONAL DE ENFERMERIA ASIGNADO AL BANCO DE LECHE MATERNA ES RESPONSABLE DE LA CAPTACION Y SELECCION DE LAS POSIBLES DONANTES DE LECHE MATERNA.	1.- Atender las posibles donantes referidas por otras unidades de la institución. 2.- Hacer visitas frecuentes a la unidad de amamantamiento para captar las nuevas donantes. 3.- Entrevistas a las posibles donantes. 4.- Seleccionar a las donantes. 5.- Coordinar con las unidades que tienen relación madre/niño para obtener posibles donantes.
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.	1.- Entrevista al donante para comprobar si cumple con los requisitos preestablecidos en la tarjeta de record de la donante. 2.- Una vez que la donante reúna los requisitos,llenarlo la tarjeta de récord de la donante. 3.- Explicarle a la madre el procedimiento para la extracción de la leche y el uso posterior de la misma. 4.- En caso de presentarse problema para selección de la donante, consultar a la enfermera jefe o médico jefe del servicio. 5.- Al no reunir los requisitos establecidos se darán las explicaciones necesarias.
3.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE ES RESPONSABLE DE ORIENTAR A LA MADRE LACTANTE SOBRE SU HIGIENE PERSONAL AOCMO REQUISITO PARA SER DOANTE.	1.-]Orientar a la madre donadora sobre: - Baño diario. - Cambio diario de ropa, tanto interior como exterior. - Mantener uñas cortas y limpias.

BEST AVAILABLE COPY

II.- DEL PROCESO OPERATIVO.

1.- LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE QUE LA MADRE CUMPLA LAS MEDIDAS HIGIENICAS ESTABLECIDAS PREVIA A LA RECOLECCION DE LECHE.

1.- Orientar a la madre sobre lavado de manos hasta la altura del codo con agua y jabón.

2.- Limpieza de ambos senos utilizando únicamente agua.

2.- LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ES RESPONSABLE DE QUE LA MADRE DONANTE SE COLOQUE LA BATA PREVIO A LA EXTRACCION DE LECHE.

1.- Indicar a la madre dónde permanecen las batas.

2.- Orientarla para que se ponga la bata con la abertura hacia adelante.

3.- Indicarle a la madre dónde colocará la bata que se quitó.

3.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE ES RESPONSABLE DE MANTENER UN AMBIENTE CONFORTABLE Y SEGURO PARA LA DONANTE,CON EL FIN DE DISMINUIR LA ANSIEDAD AL PROCEDIMIENTO.

1.- Mantener la unidad con una decoración alusiva a la madre lactante.

2.- Vigilar que dentro de la unidad no haya más de 4 personas.

3.- Mantener la unidad limpia y ordenada

4.- Atender lo más pronto posible a la madre.

5.- Mantener comunicación con las madres que están dentro de la unidad.

6.- Proporcionar literatura alusiva a la lactancia materna a las madres que están en espera de la extracción de leche.

7.- Motivar a las madres para futuras donaciones.

4.- ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE MATERNA ORIENTAR A LA MADRE SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA BOMBA DE EXTRACCION.

1.- Explicar a la madre cómo funciona la bomba eléctrica de extracción de leche materna.

2.- Informarle sobre la cantidad de leche que se le extraerá.

5.- ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE EXTRAER LA CANTIDAD DE LECHE MATERNA DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE LA DONANTE.

1.- Clasificar a las donantes y extraer la leche de acuerdo a:

a.- Madres hospitalizadas y cuyo hijo se encuentra en la Sala de Recién Nacidos.

b.- Vaciar ambos senos después del amamantamiento por lo menos cada tres horas.

c.- Madres no hospitalizadas y cuyo hijo se encuentra interno en la Sala de Recién Nacidos.

d.- Vaciar ambos senos después del amamantamiento cada tres horas por lo menos, durante su permanencia en la unidad.

e.- Madres hospitalizadas y cuyo hijo se encuentra interno en Sala de Recién Nacidos pero no lo amamanta:

* Citarlas al banco de leche materna cada 3 horas por lo menos para vaciar ambos senos.

f.- Madres no hospitalizadas con hijo tierno en Sala de Recién Nacidos, Cuidados Intensivos o Pediatría, que por condiciones del niño no lo amamanta, se hará lo siguiente:

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

g.- Madres que asisten a la Clínica Crecimiento y Desarrollo extraerle dos onzas de leche materna como mínimo previa consulta médica y que cumplam los requisitos sugüientes:

- Madre lactante que desea dpnar voluntariamente, extraerle dos onzas de leche como mínimo, dejando que la madre decida una donación mayor.

h.- Madres lactantes empleadas de la institución pueden hacer uso de las bombras de extracción tantas veces lo estimen necesario, dejando por lo menos dos onzas como donación al banco.

113

6.- ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE REALIZAR LIMPIEZA DE PEZONES, UTILIZANDO MATERIAL ESTERIL.

1.- Orientar a la madre sobre el procedimiento a realizar.

2.- Solicitar a la madre que descubra ambos senos.

3.- Hacer limpieza de pezón y aréola con algodón y agua destilada según técnica.

4.- Proporcionar a la madre una torunda para hacer presión sobre el pezón a nivel central y lateral cuando se produzca la bajada de la leche.

7.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE ES RESPONSABLE DE HACER LA EXTRACCION DE LECHE,UTILIZANDO EXTRACTOR ELECTRICO O MANUAL.

1.- Colocar la pezonera adecuada en tamaño sobre el seno de la madre,según técnica aséptica.

2.- Encender la bomba de extracción.

3.- Verificar el funcionamiento normal de la máquina.

4.- Observar el estado de ánimo de la madre durante el funcionamiento.

5.- Palpar el seno después de la extracción para verificar el vaciamiento mamario.

6.- Al finalizar la extracción,retirar pezonera, rompiendo adecuadamente el vacío formado.

7.- Repetir procedimiento en el otro seno.

8.- Orientar a la madre sobre el uso de la leche donada.

9.- Motivar a la madre para futuras donaciones.

8.- ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE MATERNA ENVASAR ADECUDAMENTE LA LECHE RECOLECTADA.

1.- Cada niño recibirá como prioridad la lecje de su madre para tal efecto.

a.- Trasladar la leche recolecta a un recipiente plástico estéril.

b.- Rotular y envasar con los siguientes datos:

- Nombre de la madres.
- Si es niño prematuro o a término.
- Fecha y hora de extracción.
- Número de expediente.

2.- La leche donada por las madres que no tienen hijos internos en el hospital será recolectada en un recipiente plástico estéril y de acuerdo al tipo de leche (calostro, de transición o leche madura). Se llenarán en recipientes comunes y aquellos cuyos hijos internos tengan N.P.O.

9.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE ES RESPONSABLE DE CONSERVAR ADECUADAMENTE LA LECHE MATERNA RECOLECTADA.

1.- Depositar la leche en los recipientes específicos usando técnicas asépticas.

2.- Colocar en refrigeración las leches que hayan alcanzado la temperatura ambiental.

3.- Mantener la leche en refrigeración a 4° C hasta su utilización.

10.-ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE LLEVAR AL DIA LOS REGISTROS PERTINENTES.

1.- Llevar debidamente los siguientes registros:

a.-Tarjeta de registro "Record de la donante.

b.- Carnet de identificación.

c.- Libro de registro diario de la donantes a domicilio.

d.- Informe mensual y anual del número y cantidad de donaciones de leche.

e.- Registro de orden deleche madterna distribuida a bacinetes de Sala Cuna.

f.- Registro de refrigerio a madres donantes de leche materna.

115

11.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE MATERNA DEBE ENTREGAR LA LECHE RECOLECTADA AL PERSONAL MEDICO O DE ENFERMERIA QUE LO SOLICITE SEGUN HORARIO ESTABLECIDO.	1.- Entregar la leche según solicitud escrita. 2.- Anotar en el libro de registro los datos necesarios. 3.- Archivar las solicitudes.
12.- ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DE LA SALA DE RECIEN NACIDOS HACER LA DISTRIBUCION DE LA LECHE RECOLECTADA EN EL RECIPIENTE COMUN, DE ACUERDO A PRIORIDADES.	1.- Establecer prioridades como: - Niño grave. - Niño prematuro. - Recién nacido a término patológico. - Recién nacido normal. - Otro lactante según necesidad.

III.-DE LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DEL EQUIPO.

1.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE ES RESPONSABLE DE ESTERILIZAR LOS ACCESORIOS DE LAS BOMBRAS ELECTRICAS Y MANUALES,UTILIZADOS PARA LA EXTRACCION DE LECHE DESPUES DE SU USO.	1.- Lavar los accesorios con agua y jabón utilizando cepillo. 2.- Esterilizarlos en ebullición durante 15 minutos. 3.- Extraer el material utilizando la técnica de manejo de material estéril. 4.- Colocar los accesorios en la bandeja destinada para material estéril. 5.- Mantener la bandeja cubierta con tapadera. 6.- Esterilizar diariamente la bandeja. donde se coloca el material estéril.
2.- ES RESPONSABILIDAD DE LA ENCARGADA DEL BANCO ASEGURAR LA ESTERILIDAD DE LA PINZA AUXILIAR.	1.- Esterilizar en autoclave la pinza y el respectivo recipiente semanalmente. 2.- Hacer cambiso semanalmente de solución bactericida contenida en el portapinza. 3.- Utilizar técnica adecuada en el manejo la pinza auxiliar.

3.- LA ENCARGADA DEL BANCO ES RESPONSABLE DE ASEGURAR LA CALIDAD DE LECHE EXTRAIDA POR LAS BOMBAS.

1.- Solicitar a la Enfermera Jefe del Servicio se realicen cultivos mensuales de lactancia materna.

2.- Llevar registro de los controles realizadas.

IV.-DE LA LIMPIEZA DEL BANCO DE LECHE.

1.- LA ENCARGADA DEL BANCO ES RESPONSABLE DE MANTENER LIMPIA Y ORDENADA LA UNIDAD.

1.- Hacer limpieza diaria del mobiliario, utilizando paño húmedo con agua, previo a la atención de la donante.

2.- Vigilar que el personal de la limpieza realice un aseo adecuado en el banco.

3.- Solicitar mensualmente al Servicio de limpieza, lavado y desinfección de la unidad.

4.- Orientar a la donante para que deposite los desperdicios en el basurero.

V.- CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y EQUIPO.

1.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE ES RESPONSABLE DE CONTROLAR Y REVISAR EL MATERIAL Y EQUIPO PERTENECIENTE A LA UNIDAD.

1.-Revisar diariamente el funcionamiento, del equipo.

2.-Notificar a la Jefe del Servicio de Neonatología si hay equipo en mal estado.

3.-Revisar la existencia de material.

4.-Solicitar material necesario a la Jefe de Sala.

5.-Entregar y revisar conforme inventario la unidad.

6.-Hacer los registros necesarios en el libro correspondiente.

7.-Solicitar mensualmente al Servicio de electromecánica la revisión del equipo eléctrico de la unidad.

8.- Hacer limpieza y aceitado de la bomba eléctrica de extracción semanalmente (sábados).

9.- Hacer limpieza general de la refrigeradora semanalmente (sábados).

2.- QUEDA TERMINANTEMENTE PROHIBIDO MOVILIZAR LAS BOMBRAS ELECTRICAS DE EXTRACCION DE LECHE FUERA DEL BANCO.

VI.- DEL HORARIO.

1.- EL BANCO DE LECHE MATERNA FUNCIONA DE LUNES A VIERNES, CON UN HORARIO DE 7:00 a 3:00 p.m. Y SABADOS DE 7:00 a 11: a.m.

2.- PARA CASOS ESPECIALES FUERA DEL HORARIO ESTABLECIDO, LA ENFERMERA PROFESIONAL DE NEONATOLOGIA O SUPERVISORA DE ENFERMERIA PUEDE HACER USO DE LA BOMBA DE EXTRACCION DE LECHE.

VII.-DEL VESTUARIO.

1.- LA ENCARGADA DEL BANCO DE LECHE DEBE USAR EL VESTUARIO ESTABLECIDO PARA EL BANCO DE LECHE MATERNA.

1.- Cambio de ropa de calle por la bata respectiva.

2.- Cubrir completamente el cabello con gorro.

3.- Para salir del servicio, cambiar la bata por el uniforme blanco.

VIII.-DE LOS REQUISITOS DEL PERSONAL.

1.- LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO ES RESPONSABLE DE ASIGNAR PARA EL BANCO DE LECHE MATERNA Y AYUDAR, AQUELLAS PERSONAS QUE REUNEN LOS REQUISITOS PERTINENTES.

1.- Seleccionar la persona que reúna los siguientes requisitos:

a.- Enfermera Profesional o Auxiliar de Enfermería adiestrada.

b.- Con capacitación sobre lactancia materna.

118

c.- Con capacitación sobre bancos de leche.

d.- Con buenas relaciones interpersonal.

e.- Con habilidad para comunicarse con el público.

f.- Con buena salud.

IX. DE LA COORDINACION.

1.- LA ENCARGADA DEL BANCO ES RESPONSABLE DE COORDINAR ACTIVIDADES DEL BANCO DE LECHE MATERNA CON LAS DIFERENTES SALAS DEL HOSPITAL Y PUBLICO EN GENERAL.

1.- Atender las solicitudes verbales y escritas.

2.- Solicitar a la Jefe de Sala candidatas donantes.

3.- Establecer comunicación con las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo y las empleadas lactantes de la institución.

4.- Previa autorización respectiva realizar coordinación extrahospitalaria.

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 RELACION A ESTE BANCO.

1.- Establecer comunicación con las donantes.

2.- Escuchar a las donantes los problemas planteados.

3.- Si no está a su alcance resolver el problema, consultarlo con la enfermera Jefe del Servicio de Recién Nacidos.

4.- Darle la orientación necesaria.

5.- Darle información escrita

B I B L I O G R A F I A

1.- Limited Scope Grant
Project Agreement
Between the United States Of America
Acting through the Agency for International
Development (A.I.D.)

and

Ministry of Public Health
Instituto Hondureño de Seguridad Social
Junta Nacional de Bienestar Social.

2.- Tecnología apropiada para la atención del parto.
CLAP- Uruguay

3.- Manual de embarazo deppués de los 30 años
- Gail Sforza
- Brewer.