



# **Formulario de solicitud de evaluación de la Fase 3D (Fase de Difusión)**

## **Maternidad**

# IHAN España

## Formulario de solicitud de evaluación para la acreditación IHAN de Fase 3D

### Introducción

La evaluación de la Fase 3D está enfocada a la formación del personal. En ocasiones, para acreditar esta Fase sólo será preciso remitir documentación a la IHAN. En caso de precisarse evaluación presencial, esta tiene lugar en el mismo Hospital, en una fecha previamente acordada con la IHAN. En cualquier caso, debe remitirse una serie de documentos y de información para comprobar que el Hospital está preparado para la evaluación. Una vez cumplimentado, este formulario ofrece la mayoría de los datos necesarios.

Este formulario puede cumplimentarse electrónicamente o puede remitirse una copia firmada a la secretaría de la IHAN. Si se rellena a mano, utilice letras mayúsculas. Para ayudarle a completarlo, léase la **Guía para la evaluación de Fase 3D**, la cual puede descargarse (junto con otra información relativa a la evaluación de la Fase 3D) de la página web de la IHAN ([www.ihan.es](http://www.ihan.es)). Por favor, denos la información más completa posible en relación con cada sección.

*Antes de presentar el formulario deberá notificarlo y planificarlo con la secretaría de la IHAN.*

### Documentos a presentar

La información de cada sección del formulario tiene que ser acreditada con ciertos documentos. Estos se mencionan en las secciones relevantes y están incluidos en una lista de comprobación al final del formulario.

### Declaración

El formulario debe ser firmado por el Director Gerente del Hospital, entre otros responsables, y debe ser remitido a la IHAN **al menos 3 meses antes** de la fecha en la que piensa que el Hospital estará preparado para la evaluación, para disponer del tiempo suficiente para concertar una fecha conveniente para ambas partes.

### Costes

La información sobre los costes la encontrará en la página web: [www.ihan.es](http://www.ihan.es)

*Nota. La factura se enviará a la dirección indicada una vez que se haya realizado la evaluación, a no ser que Vd. indique otra cosa.*

**Gastos de cancelación:** La cancelación debe notificarse por escrito lo antes posible. No se efectuará ningún cargo adicional si la cancelación se notifica con 90 días de antelación; la IHAN se reserva el derecho de solicitar el abono del 45% de la tasa si se cancela a los 60-90 días; y del 65% de la tasa si se cancela con menos de 60 días.

## Datos básicos

Por favor, complete la siguiente información:

Nombre del Hospital	
Dirección ( <i>también para envío de facturas a no ser que se indique otra</i> )	

Nombre del máximo responsable del Hospital	
Cargo (Director, Gerente, Director Médico..)	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre del jefe de Servicio de Pediatría	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre del supervisor/a de matronas	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre del responsable de la maternidad	
Cargo	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre de la persona responsable de coordinar la implantación de la Iniciativa	
--	--

Cargo	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Fecha de la acreditación del Hospital de Fase 2D	
--	--

<b>CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL</b>	
Número de camas del Hospital (total)	
Número de partos al año (en el último año)	
Número de camas en la(s) planta(s) de Maternidad	
Número de camas para embarazos de alto riesgo	
Promedio de censo diario en la unidad de cuidados especiales para recién nacidos	

¿La normativa y/o los protocolos de lactancia han sido modificados o actualizados desde que el Hospital superó la evaluación de la Fase 2D? Si/No

*Si la respuesta es afirmativa, por favor, deberá enviar una copia de la versión actualizada.*

## ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA

Por favor, complete la siguiente tabla con sus últimas estadísticas (véase Guía para la Fase 2D , sección 1.5):

	<b>Categoría</b>	<b>Número (Porcentaje)</b>
	Niños que inician LM (cuya primera toma es LM)	
El porcentaje debe sumar 100%	Niños con LM exclusiva al alta* de la Maternidad	
	Niños con LM al alta* de la Maternidad	
	Niños con lactancia artificial al alta* de la Maternidad	

\* En las 24 horas previas al alta.

Indique el periodo de recogida de los datos (lo idóneo serían los últimos 12 meses):

De.....a.....

## Sección 2 – Formación del personal; registro y resultados de la autoevaluación

*Este apartado se aplica a todas las áreas del Hospital que van a ser evaluadas. Por favor, lea la Sección 2 de la Guía cuando cumplimente este apartado. La numeración se correlaciona con la de la Guía.*

*Por favor, borre **Si** o **No**, según se precise.*

### 2.1 y 2.2 Número de empleados y categoría en cada área

Por favor, consigne el número total de personas empleadas para el cuidado de las embarazadas y/o las púerperas y sus hijos en cada área.

*Debe consignar el número real de personas, no los tiempos de trabajo equivalentes.*

Categorías	Nº en consulta prenatal	Nº en Hosp.. Gestantes alto riesgo	Nº en paritorio	Nº en Maternidad	Nº en Unidad Neonatal	Nº en Atención Primaria	Nº en Área Quirúrgica (cesareas)	Nº en Reanimación (postquirúrgica)
Matronas								
Enfermeras neonatales								
Auxiliares neonatales								
Enfermeras Maternidad								
Auxiliares de Maternidad								
Pediatras								
Obstetras								
Auxiliares de paritorio								
Otros:								

### 2.3 Rotación del personal

¿Todas las matronas rotan por las áreas prenatales, paritorio y Maternidad? Si/No

Si es que no, por favor, denos detalles del personal que trabaja solo en determinadas áreas:

¿Las matronas de Atención Primaria trabajan también en el hospital? Si/No

Si es así, por favor denos detalles:

### 2.4 Conocimiento de la normativa por parte del nuevo personal

Por favor, utilice los registros que tenga sobre el conocimiento que tiene el personal de la normativa para cumplimentar la siguiente tabla. Tiene que indicar el porcentaje que ha sido informado de la existencia de la normativa de entre todo el personal involucrado en el cuidado de embarazadas, madres y recién nacidos que lleven más de una semana trabajando en el Hospital.

Por favor, facilite los datos para todas las categorías de personal. Escriba “No procede” si en el Hospital no hay personal contratado con esa cualificación. Utilice las celdas vacías para añadir otras categorías no especificadas.

Categoría del personal	% empleados desde hace $\geq 1$ semana que han recibido información sobre la existencia de la normativa
Matronas	
Enfermeras neonatales	
Auxiliares de Neonatos	
Enfermeras de la Maternidad	
Auxiliares de la Maternidad	
Pediatras	
Obstetras	
Auxiliares de Paritorio	

Estos registros están actualizados con fecha..... (consigne la fecha)

*Por favor, asegúrese tener disponible una copia de los registros sobre conocimiento de la Normativa para los evaluadores.*

## 2.5 Formación del personal para implantar la normativa

Por favor, utilice los registros de asistencia a las actividades de formación en lactancia para completar la siguiente tabla. Tiene que indicar qué porcentaje del personal que proporciona apoyo a las embarazadas y nuevas madres, y que llevan más de 6 meses trabajando, ha completado la actividad formativa.

Por favor introduzca los datos para cada categoría de personal actualmente empleado en el Hospital. Escriba "No procede" si la categoría especificada no existe en el centro o cuando la actividad formativa no sea adecuada para esa categoría. Añada filas si precisa para incluir otras categorías no especificadas.

<b>Categoría del personal</b>	<b>% empleado durante <math>\geq</math> 6 meses que han completado la formación</b>
Matronas*	
Enfermeras neonatales	
Auxiliares de Neonatos	
Enfermeras de la Maternidad	
Auxiliares de la Maternidad	
Pediatras	
Obstetras	
Auxiliares de Paritorio	

Estos registros están actualizados con fecha.....  
(consigne la fecha)

\*Las matronas de Hospital y de Atención Primaria pueden incluirse en una sola categoría si se desea.

*Por favor, asegúrese tener disponible una copia de los registros de asistencia para entregar a los evaluadores.*

## **2.6 Plan de formación**

¿Ha cambiado algo del plan de formación desde que el Hospital superó la Fase 2D? Si/No

*Se cual sea la respuesta, por favor tenga disponible una copia del último plan de formación para entregarla..*

## **2.7 Horas de formación impartidas**

¿Ha cambiado el programa de los cursos de formación desde la evaluación de la Fase 2D? Si/No

*Remita también una copia de los programas de los cursos y actividades de formación que se han celebrado con fechas, contenidos y docentes, así como de los resultados de los exámenes de los cursos (si existen)..*

**2.8/9 Resultados de la autoevaluación (auditoria o monitorización) de la efectividad del programa de formación del personal.**

¿Realiza algún tipo de autoevaluación o auditoria interna sobre la formación del personal? Sí/no

Si la respuesta es negativa, no cumplimente el resto de apartados de esta sección.

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique cómo las lleva a cabo:

Por favor utilice los resultados de su autoevaluación más reciente para cumplimentar la siguiente tabla. Tiene que indicar qué porcentaje del personal que proporciona información y apoyo a las embarazadas y nuevas madres, es capaz de dar adecuada respuesta a las siguientes cuestiones, y de enseñar a las madres la posición y el enganche y la extracción manual.

Su autoevaluación debería haber sido realizada sobre una muestra aleatoria elegida entre todos los miembros del personal, no solo de los que han completado la formación.

*Por favor, disponga de una copia de su herramienta de autoevaluación (o auditoria) para que pueda ser valorada por los evaluadores.*

Resultados de la auditoria (o autoevaluación) sobre el conocimiento y habilidades del personal:

<b>Personal que...</b>	<b>% que da la respuesta correcta/adecuada</b>
Conoce la importancia de la información prenatal para la lactancia	
Puede nombrar 4 beneficios de la lactancia	
Conoce la importancia del contacto piel con piel y lo que debe prolongarse	

Conoce la importancia de una adecuada posición y enganche	
Sabe por qué se recomienda la extracción manual	
Conoce la importancia de la extracción frecuente para los neonatos ingresados en la unidad neonatal.	
Sabe por qué se deben evitar los suplementos en los niños amamantados	
Conoce la importancia del alojamiento conjunto para la lactancia	
Conoce la importancia de la alimentación a demanda	
Sabe por qué se deben evitar tetinas y chupetes en los niños amamantados	
Afirma que enseña a las madres cómo colocar al niño al pecho *	
Son capaces de describir correctamente cómo enseñar a una madres a colocar a su hijo al pecho*	
Afirma que enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche*	
Son capaces de describir correctamente cómo enseñar a una madres la extracción manual de leche*	

*\* Estas preguntas se refieren solo a aquellos miembros del personal que deben enseñar estas técnicas.*

## Declaración del Director del Centro

Certifico que la información que se aporta en este formulario es correcta.

Solicito la evaluación de Fase 3D para:

Nombre del Hospital/Institución	
---------------------------------	--

en la fecha que se indica o poco después:

Fecha a partir de la cual el Hospital estará preparado para la evaluación	
---	--

Y confirmo que

Nombre del Hospital/organización	
----------------------------------	--

pagará la factura por la visita de evaluación en los 30 días tras la recepción de la factura; conozco y estoy conforme con los gastos de cancelación (ver página 1).

Firma (Director)	
Cargo	
Fecha	

Nombre y firma (Gerente)	
Fecha	

Firma (Jefe de Servicio/Responsable de Lactancia/Responsable de la implantación de la Iniciativa)	
Cargo	
Fecha	

### **Lista de comprobación de los documentos a ser presentados con este formulario**

- La Normativa de Lactancia (remítase solo si ha sido modificada desde la Acreditación de la Fase 2D).
- Copia de los registros sobre conocimiento de la Normativa
- Copia de los registros de asistencia a las actividades de formación.
- Copia del plan de formación
- Copia de los programas de los cursos y actividades de formación que se han celebrado con fechas, contenidos y docentes.
- Copia de los resultados de las exámenes de cada curso.
- Resultados de la monitorización o auditoría sobre el conocimiento del personal en temas de lactancia (Sólo en caso de que el Hospital la haya realizado) (no es un requisito imprescindible)