



**Cuestionario de  
Autoevaluación de  
los hospitales IHAN**

**Hospitales-Maternidad**

**IHAN-España  
2021**

---

## Cómo utilizar este cuestionario

El objetivo de este cuestionario es el de facilitar el proceso de autoevaluación del hospital. Permite a los hospitales hacer una **valoración de las prácticas vigentes en su hospital en relación con el apoyo a la alimentación infantil, así como también sobre la atención en el parto y el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.**

El documento está dividido en varias partes:

- Información del hospital, incluyendo el personal que forma parte de la Comisión de Lactancia.
- Encuesta de cumplimiento de los Diez pasos para una feliz lactancia natural incluido el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (Paso 1a.): En este apartado se puede responder a cada pregunta “sí” (si se cumple plenamente), “no” (si no se cumple) o “en proceso” (no se cumple, pero hay actividades de mejora que ya están puestas en marcha para cumplirlo).
- Encuesta de cumplimiento de la atención amigable al parto y al nacimiento.
- Estadísticas de lactancia.

El cuestionario de autoevaluación, en general, se cumplimenta:

- **Al principio del proceso:** la cumplimentación de este cuestionario constituye el primer paso del proceso, y **deberá ser enviado** junto con la solicitud de registro en la Fase 1D. De este modo, el hospital sabe el punto de partida y las áreas de mejora, y, a la IHAN, le sirve para conocer las necesidades de los centros y proporcionarles la ayuda oportuna. Destacar que **la información contenida en el cuestionario de autoevaluación no será utilizada por la IHAN como criterio de evaluación del hospital.** Se recomienda revisar también los Criterios de Evaluación (requisitos para conseguir la acreditación como hospital IHAN). El documento relativo a estos criterios se encuentra en la documentación en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es).
- **Durante el proceso:** El cuestionario también sirve como un listado de comprobación para valorar cuan cerca están del logro de los 10 Pasos y del resto de requisitos de la Iniciativa. Es **recomendable** que se cumplimente de manera completa periódicamente (aproximadamente una vez al año) como actividad de seguimiento o auto-monitorización. Además, puede utilizarse de manera parcial con más frecuencia en aquellos requisitos que tengan más áreas de mejora.
- **Al final del proceso:** Al solicitar la evaluación de la Fase 4D o la re-acreditación, el cuestionario de autoevaluación **deberá ser cumplimentado** para que sepan si están o no preparados para dicha evaluación, y **enviado** posteriormente junto a la solicitud de acreditación de la Fase 4D.

## Cómo analizar los resultados de la autoevaluación

Si la respuesta a la mayoría de las preguntas en este instrumento es “sí” el hospital está preparado para solicitar la evaluación externa y posiblemente cumplirá perfectamente los Criterios de Evaluación establecidos.

Si hay muchas respuestas negativas, indicarán el incumplimiento de las recomendaciones de la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF y sus Diez pasos para una feliz lactancia natural y el resto de requisitos. El hospital debería en este caso desarrollar un Plan de Acción para modificar las prácticas. El hospital debería dedicar algunos meses a revisar las rutinas, capacitar nuevamente al personal y establecer nuevos protocolos de atención. El proceso de autoevaluación puede repetirse.

Este documento debe ser cumplimentado y remitido a la IHAN en las fases 1D y 4D. Se puede remitir en versión Word o cumplimentar el [formulario online](#) disponible en la web IHAN. Cualquiera de las dos versiones se remitirá a la dirección de mail [evaluaciones@ihan.es](mailto:evaluaciones@ihan.es)

**Fecha de cumplimentación del  
Cuestionario de Autoevaluación:**

Haga clic aquí para escribir una fecha.

## 1. HOJA DE DATOS DEL HOSPITAL

### INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

<b>Nombre del hospital:</b>			
<b>Dirección:</b>		<b>C.P.</b>	
<b>Población/Provincia:</b>			

### PERSONAL IMPLICADO EN LA LACTANCIA MATERNA- ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

El siguiente personal tiene responsabilidad directa para atender a nuevas madres y darles indicaciones sobre alimentación infantil: *[Señale lo que proceda en su organización.]*:

	Sí	No	Número total (no por turno de trabajo)
Enfermeras de la Maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auxiliares de la Maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermeras de la Unidad Neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auxiliares de la Unidad Neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Matronas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pediatras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obstetras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auxiliares de Paritorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personal de área quirúrgica/reanimación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicos generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consultoras de lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Madres de grupos de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro personal voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### COMISIÓN DE LACTANCIA\*

Puesto	¿Hay representantes en la CL del Área?		¿Hay representante en la CL del Hospital?	
Matronas de atención primaria.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ginecólogos-obstetras.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Matronas del hospital.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Auxiliares de enfermería de área de partos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

COMISIÓN DE LACTANCIA*				
Puesto	¿Hay representantes en la CL del Área?		¿Hay representante en la CL del Hospital?	
Pediatras del hospital y Neonatólogos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermeras de pediatría-neonatos y de maternidad.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Auxiliares maternidad.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pediatras de atención primaria.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermeras de pediatría de atención primaria.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Representante de la dirección/gerencia.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Representante de grupo de apoyo de madres	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>OPCIONALES</b>				
Anestesiastas:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermeras de quirófano y de reanimación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Representante del Servicio de Farmacia:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trabajador social.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Médicos de familia del área.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros, indicar:				

\***NOTA:** Esta información no va a ser evaluada y no es necesario que todos los representantes indicados anteriormente formen parte de la Comisión de Lactancia del hospital. Este listado se debe interpretar como una herramienta de comprobación de la composición de la Comisión de Lactancia por parte de los propios centros, a fin de garantizar que en dicha Comisión estarán representadas todas las figuras que consideren necesarias.

Asimismo, no es requisito IHAN que exista una Comisión de Área/Departamento, aunque es recomendable. El único requisito obligatorio es tener una Comisión de Lactancia en el hospital.

Para más información, ver documento *Cómo crear una Comisión de Lactancia. Hospitales IHAN ESPAÑA* descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es).

## 2. LOS “DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL”

**PASO 1a:** *Cumplimiento pleno del Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de leche materna y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
1a. 1.- ¿Rechaza el hospital suministros de sucedáneos de leche materna gratuitos o a bajo costo (descuento máximo hasta el 30%) y los compra por el precio al por mayor o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. 2.- ¿Está ausente toda promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas o chupetes en todo el hospital, sin exhibición de materiales (carteles, folletos, calendarios, bloc de notas, bolígrafos....) ni distribución de ellos a las mujeres embarazadas o a las madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. 3.- ¿Los empleados de los fabricantes y de los distribuidores de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes tienen prohibido tener contacto con mujeres embarazadas o madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. 4.- ¿El personal del hospital revela cualquier contribución realizada por un fabricante o distribuidor de leche, ya sean becas, viajes de estudio, fondos para investigación, asistencia a conferencias profesionales, etc. y es consciente que estos apoyos pueden crear conflicto de intereses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. 5.- ¿El personal del hospital mantiene todas las latas de leche artificial y biberones preparados fuera del alcance de la vista, a menos que se estén utilizando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. 6.- ¿El hospital prohíbe dar a las mujeres embarazadas, a las madres y a sus familias, cualquier material de propaganda como muestras o paquetes regalo que incluyan sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas, chupetes o cupones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. 7.- ¿Los miembros del personal conocen el Código y comprenden por qué es importante no dar muestras gratuitas o materiales de propaganda de las compañías de leche artificial a las madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 1b:** *Adopción de una Política escrita de alimentación infantil que se comunica rutinariamente al personal y a los padres.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
1b.1 ¿Tiene el hospital una Política escrita de lactancia materna que incluya los 10 pasos para una feliz lactancia natural en los servicios de maternidad (en los que ha incorporado el cumplimiento con el Código de comercialización de sucedáneos), así como la atención amigable con las madres durante el parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.2 ¿La Política de lactancia es aprobada por la Dirección del centro, teniendo carácter de obligado cumplimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.3 ¿Se da a conocer la Política de lactancia a todo el personal que atiende a mujeres embarazadas, madres y bebés, y para el personal de nueva incorporación, se difunde durante el primer mes tras su incorporación a su puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.4 ¿Existe un resumen de la Política fácilmente accesible para los padres (por ejemplo, expuesto en todas las áreas materno-infantiles o se entrega a modo de Guía para Padres...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.5 ¿La Política y su resumen están redactados en los idiomas más comúnmente utilizados en la localidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 1c:** *Establecimiento de sistemas continuos de monitorización y gestión de datos.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
1c.1 ¿Existen mecanismos para evaluar si la Política se cumple (es decir, un plan de seguimiento con actividades que incluyan, al menos, la recogida de tasas de lactancia y las encuestas a las madres y embarazadas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c.2 ¿Se reúne la Comisión de Lactancia como mínimo cada 6 meses para revisar la implementación de los 10 pasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c.3 ¿Se realiza una monitorización, como mínimo, anual de las prácticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2:** *Profesionales capacitados. El personal tiene conocimientos, competencias y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
2.1. ¿Se evalúan las competencias en lactancia materna de los profesionales con implicación directa en la lactancia materna que tienen formación previa y se establecen los planes de acción necesarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ¿Se proporciona formación sobre lactancia materna y sobre la manera de ponerla en práctica a todo el personal que presta atención directa a madres y niños que no disponga de formación previa? ¿Esta formación se lleva a cabo, para personal de nueva incorporación ,durante los seis primeros meses tras su incorporación a su puesto de trabajo?,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2a ¿El programa de formación para el personal directamente implicado (pediatras, matronas, obstetras, enfermeras y auxiliares de Maternidad y paritorio, etc) es acorde con el temario recomendado por la IHAN e incluye prácticas de consejería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 ¿La capacitación del personal no implicado directamente en la atención a la lactancia (anestesiastas, enfermeras de áreas de hospitalización de gestantes de riesgo, etc.) o no clínico, es suficiente dado su rol, para proporcionarles habilidades y conocimiento necesarios para apoyar a las madres con la lactancia? ¿Esta formación se lleva a cabo, para personal de nueva incorporación, durante los doce primeros meses tras su incorporación a su puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 3:** *Formación Prenatal. Informar a las mujeres embarazadas y sus familias sobre la importancia y el manejo de la lactancia materna.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
3.1 ¿Dispone el hospital de mecanismos de coordinación con Atención Primaria para la información a la embarazada (se han definido los contenidos a desarrollar, se ha establecido un plan de información, un responsable, plazo de información así como un sistema para garantizar que las embarazadas disponen de la información establecida)??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 ¿La educación prenatal (tanto la verbal, como los documentos escritos que se proporcionan) cubre temas clave relacionados con la importancia y el manejo de la lactancia (al menos sobre la importancia de la lactancia materna, los riesgos de dar leche de fórmula/sucedáneos, el contacto piel con piel y el inicio temprano de amamantamiento, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ¿La información a la mujer durante su embarazo se realiza antes de las 32 semanas de gestación ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 ¿Están las embarazadas protegidas de la promoción oral o escrita sobre lactancia artificial y sólo se les enseña el modo de preparación de la lactancia artificial de manera individual y si lo solicitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ¿Las mujeres que acuden al servicio prenatal pueden describir la importancia del contacto precoz piel con piel entre madres e hijos y del alojamiento conjunto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 4:** *Cuidado postnatal inmediato. Facilitar el contacto inmediato e ininterrumpido piel con piel y apoyar a las madres para que inicien el amamantamiento lo antes posible después del parto.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
4.1 ¿Los niños nacidos de parto vaginal o de cesárea SIN anestesia general se colocan en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente tras el nacimiento y se anima a sus madres a mantener este contacto durante por lo menos una hora o más (a no ser que la situación clínica se lo impida) permitiéndoles hacer la primera toma de forma precoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ¿Se demora la realización de procedimientos sobre el recién nacido hasta después de la primera toma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ¿Los niños nacidos por cesárea CON anestesia general son colocados en contacto piel con piel con sus madres tan pronto como éstas responden y están alertas y se ha seguido el mismo procedimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ¿Todas las madres reciben ayuda durante este tiempo para reconocer que sus bebés están listos para amamantar y se les ofrece ayuda en caso de que la necesiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 ¿Se anima a las madres con bebés ingresados en cuidados especiales a tenerlos en contacto piel con piel con ellas, excepto que haya una razón que justifique no hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 5:** *Ayuda con el amamantamiento. Apoyar a las madres en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna y el manejo de las dificultades comunes.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
5.1 ¿El personal ayuda a todas las mujeres con la lactancia dentro de las primeras seis horas después del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 ¿El personal o los consejeros especializados en el manejo de la lactancia están disponibles a tiempo completo para ayudar a las madres durante su estancia en el hospital y en la preparación para el alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 ¿Las madres que amamantan muestran una correcta posición y buen agarre al pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 ¿Se enseña a las madres que amamantan a sacar la leche manualmente y se les da información sobre cómo hacerlo y se les asesora sobre dónde pueden obtener ayuda en caso de necesitarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 ¿Se les enseña a las madres los signos de que su lactancia va bien, y los signos de alarma para que puedan autoevaluar su lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 ¿Las madres con bebés en cuidados especiales que piensan amamantar reciben ayuda de forma precoz tras el nacimiento para establecer y mantener la lactancia con la extracción frecuente de su leche (al menos 8 veces al día)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 6:** *Suplementos. No suministrar a los recién nacidos ningún otro alimento o líquido que no sea la leche materna, a menos que esté clínicamente indicado\*.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
6.1 ¿El personal sanitario tiene claras las situaciones en las que es aceptable prescribir alimentos o bebidas que no sean leche para niños amamantados?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 ¿A los bebés amamantados no se les da algún alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que existan razones clínicas aceptables* o sea por una decisión informada de la madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 ¿Los registros del hospital reflejan todos los suplementos que reciben los niños amamantados, la causa por la que se administran y con qué método se dan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 ¿A las madres que han decidido no amamantar, se les enseña de manera individual cómo preparar de manera correcta la fórmula y cómo dar las tomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5. ¿Se alienta a las madres que deciden no amamantar a tener a sus hijos piel con piel tras el parto y que permanezcan cerca de ellos después?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6. ¿Se recomienda a las madres que no amamantan que ofrezcan el biberón a su hijo en brazos, mirándole a los ojos, y se les informa de la importancia del vínculo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Ver el Documento sobre Razones Médicas Aceptables para el Uso de Sucedáneos de Leche Materna (OMS, 2009), el protocolo de la Academia de Medicina de la lactancia y el ABM Protocolo Clínico # 3: Guía Hospitalaria para el Uso de Alimentación Suplementaria en neonatos sanos a término, Alimentados al Seno Materno, Revisado 2017.

**PASO 7:** *Alojamiento conjunto. Permitir que las madres y sus hijos permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
7.1 ¿Las madres y sus bebés permanecen juntos y/o comienzan el alojamiento conjunto inmediatamente tras el nacimiento (a no ser que la situación clínica se lo impida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 ¿Las madres que han tenido una cesárea u otros procedimientos con anestesia general permanecen junto a sus bebés y/o comienzan el alojamiento conjunto tan pronto como están en condiciones de responder a las necesidades del bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 ¿Permanecen madres y bebés juntos durante las 24 horas del día (en la misma habitación) a no ser que la separación esté completamente justificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 ¿Se les indica a las madres que deciden no amamantar la importancia de crear y mantener el vínculo con sus hijos (se les alienta al contacto piel con piel y a permanecer cerca de sus hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 8:** *Lactancia a demanda. Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
8.1 ¿Se enseña a las madres que están amamantando a reconocer las señales que indican cuándo tienen hambre sus bebés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 ¿Se anima a las madres que están amamantando a alimentar a sus bebés tan a menudo y durante tanto tiempo como sus bebés quieran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8.3 ¿Se recomienda a las madres que amamantan que si su bebé duerme mucho rato seguido es conveniente que lo despierte y trate de amamantarlo, y también si su pecho está muy lleno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**PASO 9:** *Biberones, chupetes y tetinas. Aconsejar a las madres sobre el uso y riesgo de alimentar con biberones, chupetes y tetinas a bebés que amamantan.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
9.1 ¿Los bebés amamantados son atendidos sin usar biberones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 ¿Las madres han recibido alguna información del personal de los riesgos asociados con el uso de chupetes y de biberones y tetinas para administrar leche u otros líquidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 ¿Los bebés amamantados no utilizan chupete ni tetinas a no ser por decisión informada de la madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 10:** *Alta. Coordinación al alta para que los padres y sus bebés tengan acceso al apoyo y continuidad de los cuidados oportunos.*

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
10.1 ¿Tiene el hospital un sistema de seguimiento y apoyo a las madres que son dadas de alta, como controles de lactancia o postnatales precoces, visitas domiciliarias o llamadas telefónicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. ¿Dispone el hospital de un plan de coordinación con AP o centros de consultas para asegurar que los recién nacidos sean atendidos en los primeros 2-4 días tras el alta de la Maternidad?		
10.3 ¿Conoce el hospital la existencia de talleres de lactancia en los centros de salud del área y los grupos de apoyo existentes en la zona para el apoyo a la lactancia tras el alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 El hospital ha establecido que y como proporcionar información a las madres sobre los medios de apoyo a la lactancia y quién es el responsable de proporcionar esta información?		
10.5 ¿Se entrega a las madres información escrita y actualizada sobre cómo y dónde obtener apoyo tras el alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 ¿Están las madres protegidas de la promoción oral o escrita sobre lactancia artificial en la información que se les entrega al alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. ATENCIÓN AMIGABLE CON LAS MADRES

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
A.M. 1.- ¿Dispone el hospital de un <b>protocolo o vía clínica aprobada</b> por la Dirección del centro sobre <b>la atención al parto de bajo riesgo</b> , dirigida a los profesionales encargados de atender a la mujer y que incluya:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animar a las mujeres a que tengan un <b>Plan de parto</b> donde expresen sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre parto y nacimiento y que haya un mecanismo por el que se consensue con los profesionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alentar y permitir a las madres a tener <b>acompañantes</b> de su elección que les brinden apoyo físico y emocional constante durante el trabajo de parto y parto, si así lo desean?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Evitar procedimientos rutinarios</b> que se han demostrado inútiles y pueden resultar molestos, como el uso de enema y el rasurado del vello genital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permitir que <b>tomen líquidos</b> e ingieran alimentos ligeros durante el trabajo de parto, si así lo desean?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informar a las mujeres y poner a su disposición <b>métodos de alivio del dolor no farmacológicos</b> como bañera de agua caliente, óxido nitroso, inyecciones de agua estéril o materiales de apoyo (como pelotas de Pilates, espejos, cojines, cuerdas...), respetando sus preferencias personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animar a las mujeres a que <b>caminen y se muevan</b> durante el trabajo de parto, si así lo desean, y se coloquen en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Evitar procedimientos invasivos</b> como la ruptura de membranas, tactos vaginales excesivos, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, partos instrumentales y cesárea, excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicaciones de <b>canalización de vía venosa</b> y de <b>sondaje vesical</b> , para realizar dichas técnicas cuando estén indicadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención que evite pujos dirigidos y <b>maniobra de Kristeller</b> , excepto en el caso de que se requieran a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortar el <b>cordón umbilical</b> cuando éste ha dejado de latir, salvo alguna circunstancia especial que haga necesario seccionarlo antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Evitar procedimientos invasivos y/o innecesarios en la atención al recién nacido</b> tras el nacimiento (paso de sondas nasales o rectales, aspiración de secreciones, administración inmediata de profilaxis ocular o antihemorrágica, peso...), a no ser que la situación clínica del niño lo requiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M. 2.- ¿Ha recibido el personal <b>formación</b> respecto a conocimientos y habilidades necesarias para poder desarrollar una atención amigable al parto como la descrita arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.3.- ¿Las mujeres <b>durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información</b> de que es conveniente que la mujer tenga acompañantes de su elección durante el trabajo de parto y el parto que le proporcionen apoyo físico y emocional constante, en caso de que ella así lo desee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.4.- ¿Una vez iniciado el trabajo de parto, <b>se permite la presencia de acompañantes</b> para darle a la madre el apoyo que ella quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.M.5.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de las formas de utilizar las medidas de confort no farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto y de qué es lo mejor para madres y bebés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.6.- ¿Las mujeres reciben información de que es mejor, para las madres y los bebés, evitar el uso de medicación excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.7.- ¿Tiene en cuenta el personal del hospital la intención de las mujeres de amamantar a la hora de decidir el uso de un sedante, un analgésico o un anestésico (si es el caso) durante el trabajo de parto y el parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.8.- ¿Está familiarizado el personal sobre los <b>efectos de dichos medicamentos en la lactancia</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.9.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que pueden caminar y moverse durante el trabajo de parto y colocarse en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.M.10.- ¿Se les <b>anima a las mujeres en la práctica, a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y adopten las posiciones que elijan para dar a luz</b> , excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA

EL.1 Indique el número total de recién nacidos a término dados de alta del hospital en el último año:	
EL.2 Indique los % de recién nacidos con distintos tipos de alimentación infantil sobre el total de RN indicados:	
a) Porcentaje que fueron <b>amamantados exclusivamente</b> (o recibieron leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta:	%
b) Porcentaje que recibieron, además de leche materna, al menos una vez durante el ingreso, <b>otro alimento o bebida que no era leche materna</b> (fórmula, agua u otros líquidos) <b>por razón clínica documentada*</b> :	%
c) Porcentaje que recibieron, además de leche materna, al menos una vez durante el ingreso, <b>otro alimento o bebida que no era leche materna</b> (fórmula, agua u otros líquidos) <b>por decisión materna tras haber sido adecuadamente informada</b> :	%
d) Porcentaje que recibieron, además de leche materna, al menos una vez <b>otro alimento o bebida que no era leche materna</b> (fórmula, agua u otros líquidos) <b>por otras razones</b> .	%
e) Porcentaje que <b>no iniciaron nunca el amamantamiento</b> :	%
<i>[Nota: La suma de estos porcentajes debe ser de 100%]</i>	100%
* Ver el Documento sobre Razones Médicas Aceptables para el Uso de Sucedáneos de Leche Materna (OMS, 2009), el protocolo de la Academia de Medicina de la lactancia y el ABM Protocolo Clínico # 3: Guía Hospitalaria para el Uso de Alimentación Suplementaria en neonatos sanos a término, Alimentados al Seno Materno, Revisado 2017.	
Los datos del hospital arriba mencionados señalan que <b>al menos 75% de los recién nacidos a término en el último año fueron amamantados exclusivamente o se le dio leche materna extraída desde nacimiento hasta el alta o, si recibieron algún alimento que no era leche materna fue por razón clínica documentada.</b> <i>[Nota: Sumar los porcentajes de las categorías a y b para calcular este porcentaje]</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EL.3 Indique el porcentaje de recién nacidos a término que han hecho la primera toma al pecho durante el contacto piel con piel inmediato al nacimiento en la primera hora de vida.	%
De acuerdo con los datos aportados por el hospital, <b>al menos el 75% de recién nacidos a término han hecho la primera toma al pecho durante el contacto piel con piel inmediato al nacimiento en la primera hora de vida.</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Fuente de datos:**

Por favor, describa cómo ha obtenido los datos para las estadísticas de lactancia:

#### 4. RESUMEN

Recopile la información correspondiente de los apartados anteriores	SI	NO
¿Cumple su hospital los 10 pasos para una feliz lactancia natural en su totalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es NO, resuma en qué es necesario mejorar:</i>		
¿Cumple su hospital los requerimientos del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es NO, resuman en qué es necesario mejorar:</i>		
¿Proporciona su hospital atención amigable a la madre en el parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es NO, resuma en que es necesario mejorar:</i>		
¿Proporciona su hospital apoyo adecuado en relación a la preparación de las fórmulas y el fomento del vínculo a las madres que deciden no amamantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es NO, indique que es necesario mejorar:</i>		
En caso de requerir mejoras ¿Quisiera que le ayuden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es SI, indique cómo:</i>		