



**Guía para la  
acreditación de  
la Fase 3D  
(Fase de  
Difusión)**

**Neo-IHAN  
IHAN-España**

**2022**

---

## Introducción

La evaluación de la Fase 3D de la Neo-IHAN está diseñada para garantizar que en las unidades/servicios neonatales se ha llevado a cabo la evaluación de competencias y el plan de formación y se han redactado y consensado los protocolos de asistencia.

Este documento describe **cómo solicitar que se lleve a cabo el proceso de evaluación, así como los requisitos para conseguir el certificado de la Fase 3D.**

La palabra “**debe/deberán**” implica requisito obligatorio. La palabra recomendable indica que no se exige, pero ayuda a la implantación de las buenas prácticas.

### En esta Fase 3D, el Servicio/Unidad de Neonatología deberá:

1. **Difundir la Política de Lactancia materna para unidades neonatales** entre profesionales y familias. Y llevar a cabo su **seguimiento o monitorización** mediante la herramienta de monitorización de las entrevistas a las embarazadas de riesgo y a las madres, con un número de respuestas adecuadas en, al menos, un 65% de los puntos establecidos.
2. Realizar la evaluación de competencias y formación del personal: se ha llevado a cabo el **Plan de formación y evaluación de competencias** para los profesionales. La Unidad Neonatal estará preparada para la evaluación de la fase 3D cuando al menos el 80% de los profesionales clínicos de la unidad neonatal con implicación directa hayan recibido formación y/o hayan sido evaluados en sus competencias. Además, al menos 80% de los profesionales clínicos externos a la unidad neonatal con implicación en la atención a las embarazadas y madres o con implicación indirecta en la lactancia y los profesionales no clínicos de la unidad neonatal hayan recibido formación de acuerdo a su actividad.
3. **Desarrollar Protocolos y guías de atención relacionadas con la lactancia** que comprendan aspectos como la información para embarazadas de riesgo, la información para las madres de cómo iniciar y mantener la lactancia, cómo extraerse el calostro, cómo realizar método madre canguro, cuales son los métodos o recursos para la suplementación, qué signos y fases en la evolución al amamantamiento presentan los prematuros, protocolo de seguimiento en consultas y evaluación de la alimentación tras el alta. Así como la información para aquellas madres que no dan lactancia materna.
4. Elaborar **materiales informativos y de difusión** para las embarazadas con gestaciones de riesgo y familias de niños ingresados en la unidad/servicio de neonatología (carteles, folletos, trípticos, enlaces de internet...).
5. Documentar la **Atención al alta**: se ha elaborado el Protocolo de continuidad asistencial al alta del recién nacido y las familias reciben información actualizada sobre los recursos disponibles en la zona.
6. Formalizar un documento que recoja el compromiso con el cumplimiento del **Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**, firmado por el director médico o gerente del centro.
7. Disponer de los resultados de las **estadísticas de lactancia actualizadas**.

En esta guía se explica con detalle el contenido de estos temas.

Cada tema comienza con una lista de los documentos y la información que debe ser presentada para probar que la unidad neonatal cumple con los estándares de la acreditación de la Fase 3D.

Cada prueba a presentar está desarrollada posteriormente de forma más extensa en párrafos numerados en correspondencia con los del formulario de solicitud.

La IHAN pone a su disposición un servicio **de asesoría gratuita** contactando con la dirección [neoihan@ihan.es](mailto:neoihan@ihan.es). También se pueden consultar las preguntas frecuentes sobre Neo-IHAN. Es muy recomendable consultar **antes** de desarrollar la documentación para recibir orientación sobre cómo realizarla.

### Cómo solicitar la evaluación de la Fase 3D de Neo-IHAN:

**Paso 1.- Cumplimentar el formulario de solicitud:** Cuando piense que su Unidad Neonatal ya cumple todos los requisitos de la Fase 3D, deberá cumplimentar el formulario de solicitud de evaluación de la fase (descargable en la página web [www.ihan.es](http://www.ihan.es), sección Neo-IHAN). El formulario deberá ir firmado por el Director del centro.

Este documento es una guía que le servirá de ayuda para cumplimentar el formulario de solicitud

**Paso 2.- Pago de las tasas:** siguiendo las instrucciones del documento “tarifas y formas de pago” (descargable en [www.ihan.es](http://www.ihan.es)). Si desea factura, no olvide enviar sus datos a [evaluadores@ihan.es](mailto:evaluadores@ihan.es).

**Paso 3.- Envío de la siguiente documentación:**

- Documento acreditativo de haber efectuado el pago de la tasa.
- Formulario de solicitud cumplimentado (con la hoja de firmas escaneada)
- Documentación desarrollada: Al final del formulario de solicitud hay una lista de comprobación de los documentos que tendrá que incluir. Por favor, asegúrese de tenerlos todos disponibles.

El envío de toda la documentación se hará por vía telemática a [evaluaciones@ihan.es](mailto:evaluaciones@ihan.es), especificando que corresponde a la solicitud de acreditación de la Fase 3D de Neo-IHAN. No se admitirá como válida documentación en soporte papel o cualquier otro medio enviado por correo postal.

Tras recibir la solicitud de evaluación y los materiales de la Fase 3D, la IHAN confirmará por email la recepción de los mismos.

**NOTA:** No se comenzará el proceso de evaluación hasta que no se haya hecho efectivo el pago. La factura se enviará a la dirección indicada una vez que se haya realizado la evaluación, a no ser que se solicite de otra manera.

Para cualquier cuestión relacionada con los pagos, consulte en [evaluaciones@ihan.es](mailto:evaluaciones@ihan.es)

Más información: Para ampliar la información y consultar otros documentos: [www.ihan.es](http://www.ihan.es)

## Evaluación y certificación de la F3D

Tras recibir la solicitud de evaluación y los materiales de la Fase 3D la IHAN confirmará por email la recepción de los mismos.

La IHAN **designará** un equipo de evaluación que en primer lugar determinará la necesidad o no de completar el envío con nuevos materiales y estos le serán solicitados al responsable de la Iniciativa en la unidad/servicio de Neonatología.

Una vez evaluados los REQUISITOS a cumplir (ver siguiente apartado):

- Si la unidad/servicio de Neonatología no supera los requisitos para pasar de Fase, la IHAN contactará con el hospital comunicando las áreas de mejora detectadas y acordando un plazo para el envío del material necesario.
- Si la IHAN considera superados los requisitos, se comunicará a la unidad/servicio de Neonatología la superación de la Fase 3D. La unidad/servicio de Neonatología aparecerá públicamente en la web de la IHAN como acreditado en Fase 3D de la Neo-IHAN y la IHAN le hará entrega de un certificado en la Ceremonia Anual de Celebración.

Una vez aprobada esta Fase, deberá entonces desarrollar todos los planes previstos y prepararse para la evaluación de la siguiente, porque dispone de un periodo máximo de 3 años para solicitar la evaluación de la Fase 4D. La IHAN se reserva el derecho de retirar la Acreditación de Fase 3D si el Hospital tarda más de 3 años en pasar de fase de manera injustificada.

## Requisitos de la Fase 3D de Neo-IHAN

### 1 – Política de Lactancia del Servicio/ Unidad de Neonatología

#### Documentación a presentar:

- La Política de lactancia de la Unidad de Neonatología actualizada, si se ha modificado desde la acreditación F2D de la unidad neonatal.
- Certificado firmado por el Coordinador Neo-IHAN en el hospital con el número de profesionales que han sido informados de la existencia, contenido y sus responsabilidades en la Política
- Materiales de difusión de la versión abreviada de la política para usuarios en todos los idiomas disponibles.
- Resultados de la última monitorización de las prácticas mediante la utilización de la herramienta de entrevista a madres y embarazadas

#### 1.1. DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE LACTANCIA ENTRE LOS PROFESIONALES

Los profesionales deberán conocer la Política y tenerla fácilmente disponible.

Para su difusión se pueden utilizar sesiones informativas, entregar el documento de la política en papel o en formato digital, informar sobre dónde está disponible mediante links...

Se **debe** disponer de un registro de los profesionales que han recibido información sobre la Política, en el que conste nombre, profesión, puesto de trabajo y fecha.

Para superar esta Fase 3D, el hospital deberá confirmar que al menos el 80% de los profesionales implicados en la Neo-IHAN: profesionales clínicos del centro que proporciona atención prenatal, del parto y / o del recién nacido, así como los profesionales no clínicos de la unidad neonatal, se les ha informado sobre la Política de Lactancia de la unidad neonatal. Para ello se debe remitir un informe confirmándolo por parte del responsable de la Neo-IHAN.

#### 1.2. DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE LACTANCIA A LAS FAMILIAS

La Política **debe** ser difundida y puesta a disposición de las familias de los recién nacidos ingresados en la unidad, mediante una versión resumida de los 10 pasos Neo-IHAN, expuesta de manera clara, visible y atractiva en todas las zonas frecuentadas por gestantes de riesgo y familias de recién nacidos ingresados. **Debe** estar disponible en la Unidad de Neonatología, en las áreas de consulta de las embarazadas de alto riesgo, maternidad, sala prenatal (planta de embarazo de riesgo) y paritorio, así como en otras áreas que cada centro considere relevantes, como la consulta de Neonatología o de lactancia.

En esta Fase se **debe** enviar los **materiales de difusión de la versión resumida de la Política de Lactancia Neo-IHAN para familias** indicando:

- Cómo estará expuesta (p.e: como un póster, en un cuadro, o utilizando fotografías, etc.)
- Dónde estará expuesta (p.e: sala de partos, sala postnatal, salas de espera de consultas, etc.)

La información escrita **debe**:

- Estar disponible en los idiomas oficiales más hablados en la comunidad. La Política y los materiales de difusión de la misma (carteles, folletos, QR, ...) deberán estar traducidos al menos a los idiomas oficiales de la comunidad autónoma. En algunas zonas puede ser importante su traducción a otros idiomas muy prevalentes entre la población.
- Debe quedar claramente expuesto que la Política se cumple en el establecimiento, y es recomendable que cualquier usuario puede solicitar una copia íntegra de la Política.

### 1.3. PLAN DE SEGUIMIENTO O MONITORIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE LACTANCIA

La IHAN requiere que se realicen de manera periódica actividades de monitorización de las prácticas mediante la realización de entrevistas a las madres y embarazadas de riesgo. La herramienta de monitorización de las prácticas está disponible en la web. En el formulario de solicitud deberá indicar si tales actividades, determinadas en el plan de seguimiento de la Fase 2D, se llevan a cabo y también los resultados cumplimentando un formulario con los resultados obtenidos.

Para lograr la acreditación de la fase 3D, la Neo-IHAN requiere entregar la monitorización de las prácticas a través de entrevistas a gestantes de riesgo y madres de bebés ingresados, y que el número de respuestas adecuadas sea:

- **Al menos el 60% de las madres** que recibieron atención prenatal en el centro informan haber recibido asesoramiento prenatal sobre lactancia materna.
- **Al menos el 65% de las madres** de recién nacidos seleccionadas al azar refiere que se le ha animado a permanecer piel con piel/MMC con sus recién nacidos frecuentemente y con la máxima duración posible, según su deseo y disponibilidad, sin restricciones injustificadas.
- **Al menos un 65% de las madres** refiere haber recibido información sobre cómo extraerse la leche.
- **Al menos el 60 % de las madres** refiere que su recién nacido ha recibido solo leche materna (ya sea de su propia madre o de un banco de leche materna) durante su ingreso en la unidad neonatal o suplementada por causa médica justificada.
- **Recomendable que al menos el 65% de las madres que no amamantan** refieren que han sido informadas sobre cómo preparar la fórmula artificial y cómo fomentar el vínculo.
- **Al menos el 65% de las madres** de recién nacidos prematuros o enfermos ingresados informan que les animaron a permanecer cerca de sus bebés, durante las 24h del día.
- **Al menos el 65% de las madres** refiere que se le ha enseñado cómo puede iniciar el amamantamiento, a reconocer las señales de hambre y saber si su recién nacido se está alimentando bien.
- **Al menos el 65% de las madres** que amamantan a bebés prematuros y a término informan que se les ha instruido sobre los riesgos de usar biberones, tetinas y chupetes.
- **Al menos el 65% de las madres** refieren haber recibido orientación sobre los controles al alta en el centro de salud y/o en la consulta especializada, así como sobre la lactancia.

Al solicitar la evaluación de la Fase 3D, **deberán** remitir los resultados de la monitorización interna.

## 2 – Evaluación de competencias y Formación adecuada del personal.

Para implantar las prácticas de la Iniciativa en las unidades/servicios de Neonatología, se necesita un nivel óptimo de formación en lactancia acorde con la categoría profesional, la responsabilidad y el

puesto de trabajo de cada miembro del personal del centro. La unidad/servicio de Neonatología estará preparada para la evaluación de la fase 3D cuando:

- Al menos el 80% de los profesionales clínicos de la unidad neonatal con implicación directa en la lactancia hayan recibido formación o hayan sido evaluados en sus competencias.
- Al menos el 80% del resto de los profesionales, clínicos externos a la unidad neonatal de implicación directa con las gestantes de riesgo y madres en la lactancia y de implicación indirecta en la lactancia, así como los profesionales no clínicos específicos de la unidad neonatal, han finalizado el programa de formación.

#### Documentación a presentar:

- Plan de evaluación de competencias actualizado, en caso de haber sido modificado desde la acreditación F2D de la unidad neonatal.
- Informe de resultados de la evaluación de competencias.
- Plan de acción relacionado con la evaluación de competencias y la monitorización de las prácticas.
- Plan de formación de profesionales actualizado, en caso de haber sido modificado desde la acreditación F2D de la unidad neonatal.
- Resumen de actividades de formación realizadas, incluyendo los programas detallados de los cursos.
- Certificado firmado por la Dirección del hospital sobre el número y porcentaje de profesionales que han sido evaluados en sus competencias y número y porcentaje de profesionales que han recibido formación.

## 2.1. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

En esta Fase, tendrá lugar la evaluación de competencias del personal con implicación directa en la atención al recién nacido en las unidades neonatales, planificada en la fase 2D para determinar cuáles son las necesidades formativas y planificar áreas de mejora.

En la fase 3D, el hospital deberá remitir un resumen de las actividades llevadas a cabo con los resultados y un plan de actividades que contemple cómo solventar las deficiencias encontradas.

**El informe de resultados de la evaluación de competencias debe** estar validado por el grupo/subcomisión de Lactancia neonatal o el grupo de trabajo neonatal de la comisión de Lactancia y **debe** al menos incluir:

- La metodología utilizada para la evaluación de competencias.
- El número de profesionales evaluado o que ha superado la evaluación de las competencias, por categoría profesional y el porcentaje respecto al número total de profesionales a evaluar.
- El o los responsables de la realización de la evaluación de competencias.

- Cuándo se ha realizado
- Resultados de esta evaluación.

**El plan de acción** en base a los resultados de la evaluación de competencias y de la monitorización de las prácticas **debe** estar aprobado por la Dirección del hospital y **debe** al menos incluir:

- Las acciones y/o tareas aprobadas para cubrir los déficits de competencias detectados y la mejora de los resultados de la monitorización de las prácticas.
- Los responsables y recursos para llevar a cabo estas actividades.
- Las fechas previstas para la implantación de estas actividades.
- Actividades de seguimiento para asegurar la implantación de estas tareas y los responsables de este seguimiento.

## 2.2. PLAN DE FORMACIÓN

En esta fase se **debe** documentar que se ha llevado a cabo el plan de formación para los profesionales clínicos externos a la unidad neonatal de implicación directa o indirecta en la lactancia y para los profesionales de la unidad con implicación directa sin formación previa.

Así mismo, habrá que justificar las sesiones formativas que ha recibido los profesionales no clínicos específicos de la unidad neonatal.

Junto con el formulario de solicitud se remitirá un informe sobre la formación llevada a cabo que incluya:

- Los cursos y sesiones formativas realizadas y su fecha de realización, indicando la categoría profesional a la que estaban dirigidos.
- El programa detallado de cada curso para cada grupo.
- La descripción detallada de las prácticas, en su caso.
- El número y categoría profesional de los asistentes a cada curso.
- El número de asistentes que completan la formación y se dan por aprobados.

## 3 – Protocolos de asistencia

A medida que se completa la evaluación de competencias y la formación, los profesionales **deberán** definir cómo van a llevar a cabo la asistencia. Los protocolos son más adecuados si están realizados por los profesionales que ya han recibido la formación adecuada.

En esta Fase 3D, se evalúan los protocolos elaborados.

Los protocolos **deberán** tener un responsable y haber sido aprobados y firmados por la Dirección del centro. Se recomienda que hayan sido elaborados por un equipo multidisciplinar, su difusión entre los profesionales, así como su revisión periódica.

Es recomendable que los protocolos aprobados sigan las pautas de control documental (versión, autor, fecha), se puede consultar el documento “Pautas generales para la documentación” disponible en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es) en el que se dan las indicaciones oportunas.

El grupo puede elaborar los protocolos o decidir adaptar los utilizados en otros centros (si se cuenta con el permiso de los autores). El hospital es responsable de la utilización de material ajeno, de solicitar el permiso y de que el contenido se adecúe a la evidencia científica y los requisitos de la Neo-IHAN.

Para la adecuada asistencia a las familias con un recién nacido que precisa ingreso, se **debe** disponer de los siguientes protocolos, **o que la información de los mismos esté recogida en ellos**, cada unidad neonatal decidirá si son protocolos separados o están incluidos como procedimientos dentro del Protocolo de lactancia materna y amamantamiento para las unidades neonatales. De cara a las versiones actualizadas, podría ser más operativo que cada protocolo tenga su propio control documental por separado o sean anexos del protocolo de lactancia:.

Documentación a presentar:

1. Protocolo de atención al parto normal.
2. Protocolo de atención al recién nacido inmediato tras el nacimiento (piel con piel)
3. Protocolo de método madre canguro en la unidad neonatal
4. Protocolo de lactancia materna y amamantamiento en las unidades neonatales
5. Protocolo de extracción precoz de calostro y su administración con fines inmunológicos y nutricionales.
6. Protocolo de extracción, conservación y transporte de la leche materna
7. Protocolo de gestión de la leche donada en caso de disponer de ella.
8. Protocolo de atención a la madre que no amamanta.
9. Protocolo de cuidados integrados en la familia.
10. Protocolo de alta precoz, si existe.
11. Otros protocolos o guías de la unidad indirectamente relacionados con la lactancia, si existen.

En esta fase se solicita que se envíe la información que se proporciona a las familias (escrita o en otro formato).

### 3.1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

El protocolo de atención al parto normal se ajustará a los requisitos de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2007):

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

**Es recomendable** seguir las directrices del Ministerio, recogiendo los aspectos relacionados con la atención amigable con las madres durante el trabajo de parto y parto:

- Permitir el acompañamiento de la mujer por una persona de su elección durante la dilatación, el trabajo de parto y el puerperio.
- Animar a caminar y moverse durante la dilatación.
- Permitir tomar líquidos y alimentos ligeros.
- Informar y dar la posibilidad de utilizar métodos de analgesia no farmacológica.
- Atender de forma respetuosa evitando maniobras innecesarias como el rasurado, utilización de enemas, episiotomía de rutina.
- Ofrecer la posibilidad de adoptar la posición que la madre elija para dar a luz.

### 3.2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO TRAS EL NACIMIENTO (PIEL CON PIEL INMEDIATO)

**Debe** incluirse la atención al recién nacido tras el nacimiento (cómo se llevará a cabo el contacto piel con piel y cómo se atenderá la primera puesta al pecho), así como la actuación en caso de ingreso del recién nacido.

Este protocolo debe recoger los siguientes aspectos:

- Cómo realizar el contacto piel con piel precoz.
- Cómo demorar la realización de procedimientos al recién nacido hasta finalizar le piel con piel.
- Cómo promover la realización de la primera toma de manera espontánea.
- Un prematuro o un recién nacido enfermo estable, nacido por vía vaginal o por cesárea sin anestesia general, debería ponerse en contacto piel con piel / posición de canguro sobre la madre en el paritorio o en el quirófano tan pronto como sea posible, idealmente tras el nacimiento, a menos que haya motivos médicos justificados para no hacerlo.
- Un prematuro o un recién nacido enfermo estable, nacido por cesárea bajo anestesia general, debería ser colocado en contacto piel con piel / posición de canguro sobre la madre tan pronto como la situación clínica de la madre y del recién nacido lo permitan.

### 3.3. PROTOCOLO DE MÉTODO MADRE CANGURO: CONTACTO PIEL CON PIEL EN LA UNIDAD NEONATAL

El protocolo **debe** incluir:

- Los beneficios que reporta el método madre canguro
- Cómo realizarse, y las recomendaciones en cuanto a su duración.
- Cómo se hace la transferencia del prematuro
- Cómo se realiza la estimulación del amamantamiento durante el mismo.
- Qué información se ofrece a las familias. Y cómo se queda registrada.

- Un prematuro o un recién nacido enfermo inicialmente inestable debería ser colocado en contacto piel con piel / posición de canguro tan pronto como el recién nacido tolere la transferencia de la incubadora a la madre y viceversa.
- El padre y otras personas significativas de un recién nacido prematuro o enfermo son animados a proporcionar contacto piel con piel / MMC en sustitución de la madre.
- El contacto piel con piel / MMC es importante para todos los prematuros y recién nacidos enfermos, ya sea que amamanten o no.
- Se especifica que el MMC debe ser iniciado lo más precozmente posible cuando la situación clínica del recién nacido y de sus padres lo permita, y se debe realizar lo más prolongado y frecuente posible, incluso tras el alta.
- Es recomendable incluir la promoción sobre el transporte de un prematuro o de un recién nacido enfermo estable desde el paritorio a la unidad neonatal en contacto piel con piel / posición de canguro sobre el tórax de los padres.

### 3.4. PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA Y AMAMANTAMIENTO EN LAS UNIDADES NEONATALES

Cada hospital podrá desarrollar un protocolo único de lactancia materna que aborde los siguientes apartados, o bien protocolos específicos sobre los siguientes puntos. En la evaluación se revisarán todos ellos, por lo que **deberán** comprender las siguientes cuestiones:

- Beneficios de la lactancia materna específicos para pacientes de la unidad neonatal
- Beneficios de la extracción precoz de calostro
- Enseñanza de extracción manual y mecánica de leche
- Procedimiento de manejo de la leche extraída, donde conste el material necesario para la extracción, cómo se lleva a cabo la identificación de las alícuotas, métodos de conservación de estas, metodología de preparación de las tomas y, por último, la administración de leche materna y registro. Sería recomendable disponer de sistemas de trazabilidad de la alimentación.
- Cómo evaluar y monitorizar la producción y la lactancia.
- Asistencia a las dificultades más frecuentes de lactancia: grietas, dolor, dificultades con la técnica de lactancia y valoración de la toma, dificultades del agarre, ingurgitación y mastitis.
- Métodos de estimulación oral y valoración de las competencias de alimentación por boca. Establecer cuándo, cómo y quién realiza la estimulación oral. Si existen o no fisioterapeutas/logopedas. Cómo se enseña a las familias. Si se dispone de escalas de valoración. Qué información escrita se entrega al respecto.
- Cómo iniciar y evaluar el amamantamiento directo al pecho.
- Proceso del paso de la alimentación enteral completa por sonda al amamantamiento o a la alimentación por boca con medidas de apoyo y métodos disponibles para la suplementación.
- Especificar las indicaciones y método de administración de suplementos, especificando cómo quedaran registrados

- Qué método/s de suplementación o alternativas al biberón se utilizan, cuándo, cómo y quién las realiza y cómo se registran.
- Riesgo asociado al uso de chupetes, biberones y pezoneras y uso justificado de los mismos.
- Proceso de alimentación a demanda
- Lactancia materna en prematuros extremos, prematuros tardíos, en partos múltiples, o en situaciones especiales, como cardiopatías congénitas, síndrome de Down, fisura palatina y/o labial, paciente neurológico o CIR.
- Información escrita/que se entrega a las familias sobre este protocolo

Tanto el protocolo de lactancia materna como el resto de los protocolos relacionados variarán dependiendo de las necesidades locales, pero **no deben** ser ambiguos, han de basarse en la evidencia científica y deben ajustarse a la Política de Lactancia

### 3.5. PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN PRECOZ DEL CALOSTRO

**Debe** incluir:

- Los beneficios generales del calostro, así como los beneficios específicos de la administración orofaríngea a recién nacidos menores de 32 semanas.
- Cuándo, cómo, a quién y quién dará la información.
- Cómo realizar la extracción precoz, dónde recoger el calostro, cómo identificar la muestra, quién la traerá a la unidad de neonatología.
- Cómo se realiza la administración orofaríngea.
- Cómo se registra su administración.
- Si se dispone de información escrita, y qué recursos se ofrecen a las familias.
- Se puede recomendar, en consenso con el equipo de obstetricia, la extracción prenatal de calostro en embarazadas cerca de la edad gestacional del término cuándo se prevea ingreso del recién nacido.

### 3.6. PROTOCOLO DE MANEJO DE EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE MATERNA

El protocolo **debe** incluir:

- Cómo se realiza la extracción de leche materna manual y con extractor.
- Quién da la información y cuándo.
- Cómo identificar la leche extraída, cómo conservarla en domicilio y duración de la misma, cómo transportarla, dónde entregarla en el hospital.
- Igualmente se deben detallar los recursos disponibles para facilitar la extracción dentro de la unidad/servicio de neonatología.
- Información, si existe, sobre el préstamo o alquiler de sacaleches

- Información escrita para las familias sobre este protocolo.

### 3.7. PROTOCOLO DE MANEJO DE LA LECHE DONADA

En caso de disponer de leche materna donada, **debe** existir un protocolo del procedimiento de manejo de la misma, donde consten las indicaciones, el consentimiento informado a las familias, registro en base de datos de la trazabilidad de la leche donada, y el fin de la indicación. Es recomendable que el banco de leche disponga de un sistema de gestión de calidad certificado por un estándar internacional (ej. ISO 9001)

### 3.8. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MADRE QUE NO AMAMANTA Y SUS FAMILIAS.

El protocolo **debe** contemplar el apoyo de manera individualizada a las madres y familia:

- El respeto a la decisión informada de la madre con respecto a la alimentación de sus hijos e hijas.
- El mecanismo para que a las madres que deciden de manera informada no amamantar o que necesitan suplementos de fórmula, se les indique la manera correcta y segura de preparar la alimentación de sus hijos. Esta información se realizará de manera individual y con demostración práctica. El protocolo deberá contemplar cómo y dónde se llevará a cabo.
- Todo el personal sanitario en contacto con madres y lactantes debe conocer la forma de preparar correctamente un biberón de sucedáneos y enseñarlo de manera individualizada y práctica, únicamente a las familias que lo requieran.
- Las madres que amamantan no reciben información sobre alimentación artificial a no ser que sea estrictamente necesario.
- Instrucciones sobre la preparación de la fórmula infantil de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.
- El apoyo a las madres que no pueden dar leche materna.
- La necesidad de promover el contacto piel con piel/MMC y el vínculo en estos recién nacidos y sus progenitores y el modo de hacerlo.
- Información escrita para las familias sobre este protocolo

### 3.9. PROTOCOLO DE CUIDADOS INTEGRADOS EN LA FAMILIA

El protocolo **debe** contemplar:

- Beneficios de los cuidados integrados en la familia
- Unidades de puertas abiertas 24 horas 7 días al día para las familias
- Procedimientos de cuidados centrados en el neurodesarrollo: manejo del ambiente luz, sonido, actividad, manejo del dolor y medidas de confort.
- Facilidades o servicios de los que dispone la Unidad Neonatal para favorecer que los padres permanezcan más tiempo con sus hijos, y cómo acceder a ellos: salas familiares, comedas, parking, apartamentos cercanos al hospital o en el mismo hospital, habitaciones compartidas durante todo

el ingreso o solo previo al alta, sillón reclinable, sofá o cama al lado de sus hijos, etc.

- Recursos asistenciales, si están disponibles: psicólogos, logopedas, asociaciones de padres, etc.
- En caso de disponer de un programa de aprendizaje estructurado para los padres sobre los cuidados de sus hijos, se deberá especificar, así como la metodología de la enseñanza.
- Pases de visita y toma de decisiones compartidas, si se realizan.
- Información escrita para las familias sobre este protocolo. (**recomendable**)

### 3.10. PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ

En caso de disponer de esta prestación, en el protocolo se **recomienda** contemplar:

- Qué pacientes se beneficiarían de dichos cuidados.
- Quién va a realizar la continuidad de los cuidados.
- Cómo se va a realizar.
- Hasta cuándo.
- Información sobre el alta del programa y cuál será el seguimiento posterior.

## 4 – Materiales de apoyo a embarazadas de riesgo, madres y familias

Documentación a presentar:

- Materiales informativos para las embarazadas
- Materiales informativos para las nuevas madres
- Materiales informativos para las madres que no amamantan.

Se debe especificar y dar detalles sobre cuándo y cómo se da esta información.

La Neo-IHAN considera un requisito obligatorio entregar a las embarazadas de riesgo, a las madres o familias, información sobre:

- Beneficios de la lactancia materna
- Inicio y mantenimiento de la lactancia materna: extracción, identificación y conservación
- Método madre canguro en la unidad neonatal
- Información escrita para las madres que no amamantan sobre cómo preparar fórmula y manejo del vínculo (solo después de que hayan tomado la decisión de no amamantar).

Se **debe** identificar cómo se registra que se ha proporcionado dicha información a las familias.

Los materiales que cada unidad tenga en uso, se **deben** incluir en el formulario de evaluación para su revisión.

Se **recomienda** incluir también la información sobre realización de talleres de lactancia, o como parte del programa de la escuela de familias, si los hay en las unidades de neonatología.

Es **recomendable** disponer de otros materiales informativos. No es obligatorio, pero si existen, se entregarán como documentación en el momento de la solicitud de acreditación Fase 3D.

Puntos a considerar al desarrollar/elegir folletos:

Muchos hospitales eligen entregar los folletos de UNICEF o folletos parecidos publicados por otras organizaciones de reconocido prestigio. Por otro lado, algunos hospitales eligen diseñar sus propios folletos. Para asegurar que estos últimos cumplen los criterios de la IHAN:

- Se **recomienda** que el texto sea claro y sencillo para que pueda ser accesible a la mayor parte de familias posible.
- Se **recomienda** que el texto de mensajes que no sean ambiguos sobre los beneficios de la lactancia y buenas prácticas para la lactancia. Aunque es útil informar a las mujeres sobre cómo pueden manejar las dificultades más comunes de la lactancia, es importante evitar mensajes negativos en un intento por ser realista. Afirmaciones como “la lactancia no siempre es fácil” y “algunas mujeres no pueden o eligen no amamantar” pueden ser ciertas, pero sólo refuerzan la visión tan común de que la lactancia es difícil y el éxito incierto y, por lo tanto, no anima a las mujeres a amamantar.
- Las imágenes visuales ayudan a comprender y hacen los impresos más atractivos. No obstante, **deben** ser adecuadas. Por ejemplo, **deben** mostrar una posición y agarre correctos.
- La distribución debe que ser atractiva y no con textos densos, con diferentes secciones para que pueda ser leída fácilmente
- Todo material escrito **debe** estar libre de la promoción de sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas y chupetes.

#### 4.1. INFORMACIÓN A LAS EMBARAZADAS DE RIESGO Y A LAS MADRES SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Se **debe** disponer de material escrito que recoja información sobre los beneficios de la lactancia materna.

Documentación a presentar:

- Detalles de la información que se da a las embarazadas (documentos utilizados) y de cuándo y cómo se da, así como los registros informáticos o en papel que indican si la embarazada recibe la información.

En la fase 2D se habrá establecido el plan de información y habrá quedado establecido cuándo y cómo se da esta información, así como los registros informáticos o en papel que indican que la embarazada recibe la información. En esta fase se evalúa la información que se da en formato papel o en formato online.

#### 4.2. INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE CÓMO EXTRAERSE LECHE, IDENTIFICARLA Y CONSERVARLA

Se debe proporcionar información sobre como iniciar y mantener la lactancia materna, como realizar la extracción, identificar y conservarla.

Cada hospital puede decidir la metodología utilizada, pudiendo acceder a los recursos disponibles como:

- Folleto explicativo de cómo limpiar el sacaleches de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana: <https://www.aebhlh.org>

#### 4.3. INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE EL MÉTODO CANGURO EN LA UNIDAD NEONATAL.

Se debe proporcionar información a las familias de recién nacidos prematuros sobre el MMC.

Cada hospital puede decidir la metodología utilizada, pudiendo acceder a los recursos disponibles como:

- Guías de la Fundación Canguro: <https://fundacioncanguro.com>

#### 4.4. INFORMACIÓN ESCRITA PARA MADRES QUE NO AMAMANTAN

Se **debe** proporcionar información escrita a las madres que no amamantan.

Esta información escrita **debe** ser clara y sencilla para que pueda ser accesible a la mayor parte de las familias y **debe** incluir:

- Información para los progenitores sobre la forma segura de preparar la leche de fórmula, siguiendo las indicaciones de la OMS: <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/Co%CC%81mo-preparar-biberones-de-alimento-para-lactantes-en-casa.-OMS.pdf>
- Información sobre la forma de favorecer el vínculo, mediante el contacto piel con piel con los progenitores, durante las primeras semanas de vida.

Todo material escrito **debe** estar libre de la promoción de sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas y chupetes.

## 5 –Coordinación de la Continuidad asistencial

En la fase 3D se **debe** presentar:

- Protocolo de coordinación con atención primaria, consensado y firmado por las Direcciones y Servicios.
- Protocolo de continuidad asistencial del recién nacido de riesgo.
- Listado de grupos de apoyo que existan o que se estén formando en la zona.

Los protocolos de continuidad asistencial **deben** contemplar:

- Responsable.
- Cómo se lleva a cabo.
- Incluir cómo se planifica el alta de manera conjunta con la familia, así como el plan de alimentación del RN (reunión conjunta, valorar las expectativas y la situación actual, elaborar el plan de apoyo y seguimiento).
- Registrar la información y las decisiones tomadas con las familias tanto de seguimiento como de alimentación
- Cómo se coordinan las citas de seguimiento en Atención Primaria.
- Cómo se gestionan las citas en caso de consultas especializadas.
- Quién y dónde se realizará el seguimiento y apoyo a la lactancia materna
- Si se ha proporcionado información de asociaciones de pacientes, así como de trámites administrativos

## 5.1 PROTOCOLO DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Tras el alta, el Hospital **debe** garantizar la continuidad del cuidado. **Debe** existir un **protocolo de coordinación con Atención Primaria**, consensuado y firmado por las Direcciones y Servicios, para que se garantice la continuidad del cuidado a todos los recién nacidos, y sobre todo a aquellos niños de riesgo, dificultades de lactancia no resueltas, problema social, peso límite.... Se requiere la descripción detallada del procedimiento que asegura el seguimiento del recién nacido en Atención Primaria en los 2-4 días tras el alta (informe de lactancia de la unidad neonatal para garantizar continuidad del cuidado, sistema de citación etc.).

En la fase 2D se requiere planificar cómo se va a hacer la coordinación con Atención primaria, en esta fase se solicita el **protocolo** que recoja cómo el hospital garantizará la continuidad de los cuidados en primaria.

## 5.2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO EN LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO DE NEONATOLOGÍA O DE OTROS ESPECIALISTAS.

La Unidad Neonatal debe tener un protocolo de continuidad asistencial del recién nacido de riesgo. En caso de pacientes con necesidad de seguimiento por especialistas, la Unidad/Servicio de Neonatología, **debe** garantizar una atención sanitaria por estos, que comprenderá entre otras cuestiones el seguimiento nutricional, del desarrollo neurológico-sensorial, las consultas de lactancia, de los problemas sociales y psicológicos. Para conseguirlo, es imprescindible coordinarse con la propia consulta de Neonatología del Hospital, con la enferma especialista en lactancia si la hubiera (enfermeras neonatales, enfermeras especialistas en pediatría), con los diferentes especialistas de Pediatría en el propio Hospital. En caso de necesidad habrá que asegurar la derivación a los centros

de Atención Temprana de la Comunidad, consultas de Rehabilitación o valoración por los trabajadores sociales del área.

La alimentación al alta **debe** ser consensuada con la familia, quedar detallada en el informe de alta, y mantener un seguimiento coherente en las consultas de seguimiento.

En este protocolo se **debe** confirmar que los padres disponen de la información sobre las asociaciones de padres que les sean más útiles según sus circunstancias: asociación de padres prematuros, asociación de cardiopatías congénitas, asociación de síndrome de Down, etc., así como de los grupos de apoyo a la lactancia.

En el plan de seguimiento se **deben** contemplar además las cuestiones administrativas, como bajas por maternidad, por parto prematuro, o la información referente a discapacidades, o prestaciones sociales disponibles.

### 5.3 INFORMACIÓN SOBRE EL APOYO A LA LACTANCIA DISPONIBLE AL ALTA

La IHAN **requiere** que se informe a las madres de:

- Todos los recursos de apoyo a su disposición tras el alta hospitalaria, proporcionando información por escrito con detalle de cómo contactar con la enfermera especialista en pediatría o enfermera de pediatría de atención primaria y/o personal sanitario, grupos de apoyo de madres, teléfonos... y que se coordine la primera visita tras el alta de forma precoz en atención primaria (a los 2-4 días tras el alta).
- El hospital **debe** presentar un listado de los grupos de apoyo que existen en la zona. Además, es necesario protocolizar cómo se proporciona esta información a las madres (por escrito, con carteles...), cuándo y por quién, y el procedimiento para mantenerla vigente, actualizándola de forma periódica.
- Se **debe** indicar también si el hospital dispone de consulta de lactancia especializada u otros medios de atención al alta (teléfono, atención en urgencias hospitalarias, etc.) para pacientes más complejos que requieran un seguimiento más específico.
- Al alta, los padres **deben** tener información sobre con qué profesional sanitario contactar en caso de dificultades con la lactancia, siendo preferible que se encargue una enfermera pediátrica o médico especializado en este tipo de lactancia. Algunas unidades neonatales de nuestro país cuentan con consultas de lactancia para seguimiento tras el alta hospitalaria o por derivación de otros profesionales ante dificultades que requieren de una atención especializada en lactancia.

## 6 – Adhesión al Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en relación con el mismo.

Documentación a presentar:

- Certificado firmado por la Dirección con el compromiso a comprar la fórmula infantil, biberones, tetinas y chupetes a precio no inferior al del mercado (o con un descuento máximo del 30% sobre el precio minorista si se desconoce el precio al por mayor).
- Resumen de actividades de difusión del Código realizadas.

En esta Fase, se llevará a cabo una revisión del cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos y todas las resoluciones subsiguientes de la Asamblea Mundial de la Salud en relación al Código.

La Unidad Neonatal debe presentar un documento en el que la dirección del centro se comprometa a **respetar el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**, firmado por el director médico o gerente del centro.

**Debe** comprobarse que:

- En ningún caso el hospital promociona, facilita ni distribuye a las embarazadas y madres chupetes, tetinas, biberones, muestras de fórmula infantil ni cupones de descuento.
- Solo se aconsejan y se administran suplementos o sucedáneos de leche materna en **casos** en los que está clínicamente indicado.
- Sólo se enseña la preparación de la fórmula a las madres que lo necesiten y de **manera** individual.
- Se evita cualquier contacto directo o indirecto entre los empleados de estas industrias o distribuidoras y las mujeres embarazadas o mujeres en el hospital.
- Toda la información que **se entrega** a las embarazadas y madres, está libre de cualquier tipo de promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes.
- No hay **expuesto** ningún material provisto por las industrias o distribuidoras de sucedáneos de leche materna, biberones, chupetes, tetinas u otro material que promueva el uso de estos productos.
- La Dirección Gerencia **se compromete a comprar** la fórmula infantil, los biberones, tetinas y chupetes a precio no inferior al de mercado (o con un descuento máximo del 30% sobre el precio minorista si se desconoce el precio al por mayor) en cumplimiento de los requisitos del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.



El cumplimiento efectivo del Código se comprobará en la acreditación de Fase 4D, en esta Fase es muy **recomendable** utilizar la herramienta de monitorización del Código disponible en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es) para autoevaluar su cumplimiento.

## 7- Resultados actualizados de las estadísticas de lactancia

### Documentación a presentar:

- Formulario de indicadores de lactancia materna en la unidad/servicio de Neonatología 2022

### 7.1.- ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA

Se remitirá el formulario de indicadores de lactancia de Neo-IHAN con los datos actualizados de la unidad/servicio de Neonatología.

Para superar la fase 3D **es necesario** alcanzar un mínimo porcentaje para los dos indicadores centinela:

- Un **60% para el Indicador centinela 1 de Neo-IHAN**: Porcentaje de recién nacidos alimentados durante todo el ingreso en Neonatología con lactancia materna exclusiva (propia y/o donada) o suplementada por razones justificadas.
- Un **50% para el Indicador centinela 2 de Neo-IHAN**: Porcentaje de recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva en el momento del alta de Neonatología.

© UNICEF. IHAN España. 2022

Referencias a este documento como: **“Guía para la solicitud del certificado de la Fase 3D de la acreditación Neo-IHAN de los Servicios o Unidades de Neonatología”**.

Adaptación para Neo-IHAN del documento: **“Guía para la solicitud del certificado de la Fase 3D-Maternidad. Grupo de trabajo Hospitales IHAN. UNICEF/OMS. IHAN España. 2022”**.

Adaptación a la Neo-IHAN 2022: Marta Cabrera Lafuente, Alba Sánchez Ansedo, Belén Abarca Sanchís y Paula Lalaguna Mallada.

*Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-UNICEF, pero todos los derechos están reservados por la Organización. Sin embargo, el documento puede ser resumido, reproducido o transmitido libremente, de forma parcial o completa, pero no para su venta ni para su uso con propósitos comerciales.*