



**Política de  
Lactancia para  
Unidades Neonatales**

**IHAN-España**

**2022**

---

## 1.-INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO

La Política de Lactancia para unidades neonatales es la declaración de principios sobre los que sustentan la asistencia que reciben las madres y los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal en cuanto a lactancia.

En el ámbito neonatal, la acreditación IHAN en Hospitales tanto en la Maternidad como en Neonatología mejora los resultados relacionados con la lactancia materna en los recién nacidos que requieren ingreso en las unidades de neonatología.

Las unidades neonatales que dispongan de una Política de Lactancia neonatal exhaustiva están en disposición de ofrecer un mejor apoyo a la lactancia materna a los recién nacidos y sus madres y consecuentemente mejorar los resultados de las tasas de lactancia de su unidad.

Como toda política hospitalaria, el cumplimiento de los principios expuestos en la Política de Lactancia neonatal tiene carácter **obligatorio**. El personal que trabaja en la unidad neonatal debe ser consciente de la importancia de la Política de Lactancia y debe rendir cuentas sobre cualquier desviación de la misma.

Una unidad neonatal que busque la implementación de los estándares de la Neo-IHAN debe abarcar los requisitos incluidos en los Diez Pasos (adaptados para unidades neonatales), es decir el cumplimiento de los 8 pasos de práctica clínica, del Código de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la evaluación periódica de las competencias. Es conveniente asegurarse que cumple todos los estándares de la IHAN, con las modificaciones adoptadas en 2018, y que sigue las directrices del documento de protección, promoción, apoyo a la lactancia materna para recién nacidos pequeños, prematuros y enfermos de la OMS del 2020.

Este documento puede utilizarse de base para el desarrollo de una nueva Política de Lactancia neonatal, para actualizar la ya existente, o para decidir si una Política cumple todos los estándares de la acreditación Neo-IHAN.

La Política de Lactancia neonatal debe establecer claramente los objetivos que desea desarrollar, debiendo estar en línea con las guías nacionales y los indicadores acordados en las guías locales.

Es fundamental que el Centro hospitalario se comprometa a la colaboración entre representantes de los distintos estamentos y especialidades del propio centro, así como a la coordinación con Atención Primaria y grupos de apoyo a la lactancia materna del área, poniendo a disposición de las madres y sus bebés todos los recursos disponibles proporcionándoles un cuidado de calidad.

La Política impulsa la práctica. Las pautas escritas son el vehículo para garantizar que los pacientes reciban una atención coherente y basada en evidencia, y que sean una herramienta esencial para la responsabilidad del personal.

### *Formación del personal sanitario y evaluación de las competencias*

La formación y capacitación del personal de la unidad neonatal en lactancia materna es un elemento esencial del éxito en la implementación de la Política. La asistencia de todos los miembros a los cursos de formación específica es obligatoria. Así mismo se evaluarán las competencias del personal de atención directa de la Unidad neonatal con formación en lactancia y del personal de nueva incorporación que acredite formación previa en los 6 primeros meses tras su incorporación.

El personal de nueva incorporación **sin formación previa** debe recibirla en los primeros 6 meses desde su incorporación (el personal clínico de atención directa en la unidad neonatal) y antes de los

12 meses desde su incorporación (el personal clínico externo a la unidad neonatal de implicación directa e indirecta a la lactancia, así como el personal no clínico que no está directamente involucrado en la lactancia).

### *Perspectiva integrada en la familia*

La Política de lactancia debe reflejar el compromiso de la unidad neonatal a la hora de atender y escuchar las experiencias de las madres y padres, así como a integrar a las familias en los cuidados de sus bebés, fomentando la toma de decisiones conjuntas. Este aspecto resulta esencial para proporcionar una asistencia de calidad a las familias.

## **2.-DISEÑO Y REDACCIÓN**

La Política es diseñada por la Comisión de Lactancia del centro o por el subcomité o grupo de trabajo Neo-IHAN. Posteriormente es validada por la Comisión de Lactancia y **DEBE** ser aprobada y firmada por la Dirección del centro. Es importante redactar de forma sencilla, clara y sin ambigüedades los objetivos y los principios de la Política de Lactancia neonatal. Auditar el cumplimiento de la política será más fácil si los estándares que se requieren son explícitos e inequívocos.

Es fundamental que todo el personal reconozca que el cumplimiento de la política será obligatorio. Por consiguiente, se sugiere que las afirmaciones de la política en vigor se separen de la forma de ponerla en práctica. Es decir, se recomienda separar las propias declaraciones de la Política de los protocolos o procedimientos que proporcionan una información de apoyo respecto a aspectos prácticos de la implantación de ésta. Estos protocolos pueden publicarse en un documento aparte o ser incluidos al final de la Política, pero en ningún caso deben aparecer mezclados con las declaraciones de la Política.

## **3.-CONTENIDO**

La unidad neonatal debe tener una Política de Lactancia propia, que debe ser revisada y actualizada periódicamente basándose en la evidencia y que **debe** incluir:

- Los Diez Pasos detallados en todos sus aspectos, adaptándolos a las necesidades específicas de los recién nacidos ingresados prematuros, de bajo peso y/o enfermos. Abarca el cumplimiento de los 8 pasos de práctica clínica, del Código y la evaluación periódica de las competencias. Estos pasos son internacionalmente reconocidos como normas de buenas prácticas, eficaces para el apoyo a la lactancia materna y que todas las instituciones sanitarias deberían seguir.
- Apoyo e información a las madres que no desean amamantar.

Además, es **recomendable** que incluya:

- Las normas de atención a la madre durante el parto, favoreciendo el contacto precoz piel con piel de madre e hijo siempre que sea posible. Y posteriormente favorecer de manera precoz y frecuente el contacto piel con piel o método madre canguro.
- Una declaración en la que todas las madres, independientemente de cómo decidan alimentar a sus hijos, reciben el apoyo necesario.
- Otros protocolos o guías clínicas de nutrición para los recién nacidos ingresados, que estén por separado o que formen parte del protocolo general de nutrición de la unidad neonatal, deben ser coherentes con los principios de la IHAN.

## 4.-DIFUSIÓN

### *Comité de Lactancia Materna*

Para el desarrollo de la Política de Lactancia neonatal es necesario que esté constituido un Comité de Lactancia Materna del Hospital, con representación de todos los trabajadores del centro y de los grupos de apoyo a la lactancia materna de zona. Para optimizar el desarrollo de los objetivos de la Política de Lactancia neonatal, es recomendable establecer un subcomité o grupo de trabajo, formado al menos por un representante de cada estamento de la unidad neonatal (por ejemplo neonatólogo/a, enfermero/a, auxiliar) que desarrolle la adaptación del documento general para dicha unidad.

El subcomité o grupo de trabajo designado para el desarrollo de la Política de Lactancia neonatal, será el encargado de diseñar y redactar el contenido completo de la Política, de manera concisa y clara. Así mismo, se compromete a su difusión inicialmente y cada vez que existan cambios sustanciales de la Política. El subcomité establecerá los mecanismos necesarios para que la Política sea comunicada a las madres embarazadas y sus parejas y para que todos aquellos que así lo deseen puedan disponer de una copia de la misma.

Así mismo, el subcomité deberá planificar el modo de evaluación del cumplimiento de la Política y su periodicidad.

### *Difusión al personal de la Unidad Neonatal*

Es **necesario** que todos los trabajadores de áreas maternal, y neonatal conozcan la *Política de Lactancia* y cuál es su función dentro de la misma. Esto incluye como mínimo a matronas, enfermeras y TCAE de maternidad, consultas de riesgo de Obstetricia y paritorio y enfermeras, enfermeras especialistas en pediatría y TCAES de la Unidad Neonatal, obstetras, neonatólogos y pediatras. También al personal en formación, tanto de Ginecología y Obstetricia, como de Pediatría, tanto médicos como enfermeras.

El personal de nueva incorporación a la unidad neonatal debe ser informado sobre las nociones básicas incluidas en la Política de Lactancia neonatal para comprender la importancia de la adherencia a la misma y que su incumplimiento de manera inadvertida podría socavar el esfuerzo del resto del equipo, durante el **primer mes tras la incorporación**.

### *Difusión a las familias*

La Política de Lactancia neonatal debe ser difundida y puesta a disposición de las familias de los recién nacidos ingresados en la unidad, mediante una versión adaptada expuesta de manera clara, visible y atractiva en todas las zonas frecuentadas por madres y familias, dependiendo de la distribución de la unidad neonatal (por ejemplo, sala de espera, áreas de descanso para familias, etc), así como en áreas de consulta de las embarazadas de alto riesgo. La Política deberá estar disponible en el/los idiomas oficiales de la Comunidad Autónoma.

## 5.- REQUISITOS GLOBALES DE LA Neo-IHAN SOBRE LA POLITICA DE LACTANCIA PARA UNIDADES NEONATALES

- El centro sanitario tiene una Política escrita de lactancia para la unidad neonatal, en consonancia con la Política de Alimentación Infantil del Hospital requerida para la acreditación IHAN si existe, que aborda el cumplimiento de los 10 pasos. Es de obligado cumplimiento y se da a conocer a

TODOS los profesionales implicados.

- La observación de la unidad neonatal, consultas de embarazo de alto riesgo, paritorio y puerperio confirma que está a la vista un resumen de la Política de lactancia, a disposición de las mujeres embarazadas y sus familias.
- La revisión de los protocolos o guías clínicas relacionados con la lactancia materna y la nutrición neonatal utilizados en la Unidad, están en línea con los requerimientos de la Neo-IHAN.
- Al menos el 80% de los profesionales implicados en la Neo-IHAN: profesionales clínicos que proporciona atención prenatal, del parto y / o del recién nacido, así como los profesionales no clínicos de la unidad neonatal, refiere que se les ha informado sobre la Política de Lactancia de la unidad neonatal.

## 6- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A, Kylberg E, Frandsen AL, Haiek LN. Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015.

## MODELO DE POLÍTICA DE LACTANCIA PARA UNIDADES NEONATALES

### PRINCIPIOS EN LOS QUE SE BASA ESTA POLÍTICA

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos. El Hospital (**nombre del centro**) reconoce los grandes beneficios en la salud que supone para la madre y el niño, y los riesgos que el destete precoz conllevan para la salud materna e infantil.

Los recién nacidos enfermos, pequeños o prematuros que ingresan en la unidad neonatal obtienen grandes beneficios si su alimentación es con lactancia materna, por lo que el apoyo de la misma, sistemático, basado en la evidencia y continuado, es obligado.

Esta institución reconoce que la IHAN ha demostrado su eficacia como intervención que mejora los cuidados maternos en las instituciones sanitarias, con un efecto significativamente positivo en la incidencia y la duración de la lactancia materna y la salud infantil, no solo para el recién nacido sano, sino también para el recién nacido que requiere ingreso en la unidad neonatal.

Todas las madres tienen el derecho de recibir una información clara e imparcial que les permita tomar libremente una decisión informada de cómo quieren alimentar y cuidar a sus hijos.

Los profesionales sanitarios no discriminarán a ninguna madre por el método de alimentación que haya elegido para su hijo y le proporcionarán apoyo en cualquiera que haya sido su elección.

### OBJETIVOS

Asegurar que todas las madres reciben información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos potenciales de la alimentación con sucedáneos de leche materna, para que puedan tomar una decisión informada sobre la manera de alimentar a sus hijos.

Facilitar que el personal sanitario cree un ambiente favorable hacia la lactancia, y que adquiera los conocimientos necesarios para dar el apoyo e información que permita a las madres iniciar y continuar la producción de leche, así como conseguir el amamantamiento de manera exclusiva durante 6 meses y después, como parte de la alimentación infantil, hasta al menos los 2 años.

Fomentar la colaboración y cooperación necesarias entre los profesionales del hospital y los profesionales sanitarios y grupos de apoyo del área, garantizar la continuidad de estos objetivos y propiciar el desarrollo de una cultura de lactancia materna en el entorno local.

El propósito de esta política es asegurar que todo el personal sanitario de la unidad neonatal del ... (**nombre del centro**) conozcan su rol y su grado de responsabilidad en el apoyo a las familias en la lactancia materna, así como las intervenciones que han demostrado ser eficaces para su logro, y que respeten y apoyen a aquellas familias que optan por otro tipo de alimentación.

### EN APOYO A ESTA POLÍTICA:

Todos los sanitarios que prestan atención a las madres lactantes actuarán de acuerdo con esta Política con el fin de evitar consejos contradictorios, siendo la misma de obligado cumplimiento para todos ellos. Asimismo, cualquier acción que vaya en contra de la misma tendrá que justificarse y constará en el historial clínico de la madre y/o del niño.

La Política debe ser desarrollada e implantada en coherencia con las guías de práctica clínica o el protocolo de lactancia de la institución (si existen).

En ningún lugar del hospital existirá publicidad sobre las fórmulas infantiles, biberones, tetinas o chupetes. Asimismo, se prohibirá la presencia de los logotipos de fabricantes de estos productos en artículos tales como calendarios o material de papelería.

No se permiten los folletos difundidos por fabricantes de fórmula infantil. El material educativo para distribuirse a las madres y sus familias debe ser previamente aprobado por los supervisores o los comités autorizados a tal fin.

No se permite la distribución de muestras o paquetes de regalo con sucedáneos de leche materna, biberones, chupetes, tetinas o material de promoción/comercialización de estos productos a embarazadas, madres o familias.

A los padres que deciden de manera informada alimentar con fórmulas infantiles a sus hijos, se les enseñará cómo prepararlas correctamente de manera individual antes del alta y se les informará de como favorecer el vínculo.

Se recogerán en la historia del niño todos los datos sobre la alimentación.

El hospital tiene diseñado un protocolo de monitorización continua y un sistema de gestión de datos para el cumplimiento de los Diez Pasos adaptados a las Unidades Neonatales.

Se evalúan las competencias sobre lactancia materna de los profesionales que prestan atención a las embarazadas de riesgo y nuevas madres de la unidad neonatal de forma periódica.

La Subcomisión de lactancia o el grupo de trabajo de lactancia de la unidad neonatal, se reúne con una periodicidad mínima de 6 meses para revisar la implementación de los pasos Neo-IHAN y se realizará una auditoría anual del cumplimiento de esta Política.

## LOS 10 PASOS DE LA IHAN (2018) ADAPTADOS A UNIDADES NEONATALES (2020)

LOS DIEZ PASOS DE LA IHAN ADAPTADOS PARA LAS UNIDADES NEONATALES: Neo-IHAN
<b>Procedimientos de manejo fundamentales</b>
<p>1a- Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud.</p> <p>1b.- Tener una Política escrita de Lactancia adaptada a la Unidad neonatal que se comuniquen de manera rutinaria a todo personal implicado y a las familias.</p> <p>1c.- Establecer mecanismos de registro de datos y evaluación periódica de los mismos en las unidades neonatales, para mejora continua de la calidad.</p>
2.- Asegurar que todo el personal tenga los suficientes conocimientos, competencias y habilidades para apoyar la lactancia materna.
<b>Prácticas clínicas clave</b>
3.- Informar a las embarazadas y familias con riesgo de parto prematuro o nacimiento de un bebé enfermo, acerca de los beneficios de la lactancia materna, manejo de la misma y de la extracción/amamantamiento, durante las revisiones prenatales y/o al nacimiento.
4.- Facilitar el contacto piel a piel precoz, prolongado y frecuente entre la madre y el recién nacido/Método Madre Canguro (MMC) y ayudar a las madres a iniciar el amamantamiento/extracción lo antes posible después del nacimiento.
5.- Apoyar a las madres cómo iniciar y mantener la lactancia, estableciendo el amamantamiento temprano cuando el recién nacido esté estable como único criterio.
6.- No proporcionar a los recién nacidos alimentos ni bebidas que no sean leche materna, salvo que esté medicamente indicado. Fomentar el uso de leche materna propia.
7.- La institución debe proporcionar cuidados integrados en la familia, apoyada por un entorno favorable, facilitando que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
8.- Fomentar la lactancia materna a demanda o, cuando sea necesario, a semi-demanda, como estrategia de transición para los recién nacidos prematuros y enfermos. Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés, aprendan las técnicas de lactancia así como la valoración de la toma.
9.- Usar alternativas a la alimentación con biberón al menos hasta que el amamantamiento al pecho directo esté bien establecido y utilizar chupetes y pezoneras solo por razones justificadas.
10.- Garantizar la continuidad del cuidado desde el embarazo hasta después del alta del recién nacido, así como el seguimiento nutricional en pacientes de riesgo. Preparar a los padres durante la hospitalización para la continuación de la lactancia materna en el domicilio y facilitar el acceso a servicios/grupos de apoyo de la lactancia tras el alta hospitalaria.

## **Paso 1a) Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna y resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud.**

Esta institución cumple el Código y las resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud porque su incumplimiento socava de modo determinante la lactancia materna.

Todos los sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas utilizados en este hospital son facturados por las vías habituales y se compran al precio justo del mercado. En caso de acuerdo económico con las casas comerciales, el precio final no es menor al 30% del precio del mercado.

Este hospital prohíbe la promoción de productos no admitidos por el Código u objetos con logos de compañías que producen sucedáneos de leche materna, biberones chupetes o tetinas, o marcas de productos no admitidos por el Código.

Este hospital prohíbe la distribución de muestras, regalos, o paquetes con sucedáneos de la leche materna, biberones, chupetes o material de comercialización de dichos productos a mujeres embarazadas, madres o miembros de sus familias.

Esta institución garantiza que la preparación segura de la fórmula y su administración a lactantes, y la manipulación segura de biberones y tetinas se enseña a progenitores y familiares, sólo cuando es necesario, o después de la elección informada de los padres (tras una explicación completa de los riesgos de los sucedáneos de leche materna).

Esta institución no ofrece instrucción en grupo sobre el uso de las fórmulas y, los riesgos de la alimentación con fórmula artificial se explican en detalle a las madres que deciden no amamantar.

### **– *Visibilidad de las marcas de los productos e información:***

Los materiales con logos, marcas o fotos de empresas de sucedáneos de leche materna, biberones o tetinas no son utilizados en la unidad neonatal o áreas relacionadas donde las familias puedan verlas.

En la Unidad Neonatal, se permite el uso de biberones, tetinas y chupetes que lleven la marca visible, pero no está permitida la publicidad de estos productos y marcas.

El almacenaje de suministros alimentarios y productos relacionados está guardado en armarios o almacenes fuera de la vista al público y las familias. Cuando se tienen que utilizar sucedáneos de leche materna, se debe establecer un mecanismo que evite ver el nombre comercial del producto, preferiblemente mediante transferencia a contenedores genéricos etiquetados.

Los materiales educativos dispuestos o entregados a las familias, son analizados comprobando que no haya imágenes o logos que no estén en aprobados por el Código.

### **– *Política de marketing y conflicto de intereses:***

El personal de la unidad neonatal no acepta regalos, comida, equipamiento o material, o subvención para cursos que provenga de fabricantes o distribuidores de sucedáneos de leche materna, biberones o tetinas.

Las mujeres embarazadas, madres o familias con recién nacidos ingresados en la unidad neonatal no reciben cupones descuento ni muestras gratuitas ni packs de regalos.

Los representantes no mantienen de ninguna manera contacto alguno con las mujeres embarazadas o madres de recién nacidos ingresados.

### **– *Conocimiento del personal sanitario acerca del marketing de los sucedáneos de leche materna:***

El personal de la unidad neonatal conoce el Código de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna y es capaz de explicar por qué el aceptar regalos de las casas comerciales que distribuyen sucedáneos de leche materna, biberones o tetinas no es ético y por qué estos productos no deben estar a la vista de las madres y las familias de los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal o áreas relacionadas.

El personal de la unidad neonatal evita que entre los miembros del equipo se haga un uso inapropiado de productos que no sean conniventes con el Código.

### **Paso 1b) Tener una Política escrita de Lactancia adaptada a la Unidad neonatal que se comunique de manera rutinaria a todo personal sanitario y a las familias.**

Este documento constituye la Política de Lactancia de la Unidad Neonatal de este centro e incluye unas directrices encaminadas a garantizar el apoyo adecuado a la lactancia materna. Esta política debe ser conocida por todo el personal y es de obligado cumplimiento.

Abarca las responsabilidades institucionales con respecto al cumplimiento del Código Internacional de comercialización de sustitutos de la leche materna y las resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud y garantiza la competencia clínica del personal y sus habilidades para promover, proteger y apoyar la lactancia materna y monitorizar su implementación.

Aborda las responsabilidades del personal (la implementación de prácticas clínicas clave) para garantizar el mejor cuidado materno-neonatal y para apoyar adecuadamente las mejores prácticas de lactancia materna.

Aborda la necesidad de que todos los protocolos y estándares, relacionados con la lactancia materna y la nutrición neonatal, que son utilizados en esta Unidad Neonatal estén en línea con las recomendaciones de la OMS (es decir, los estándares IHAN) y las guías y protocolos actuales, basados en la evidencia.

Garantiza que la atención y el apoyo para las madres y las familias es oportuno, apropiado y sensible a sus necesidades, respeta su privacidad y la elección informada, y asegura la coordinación entre profesionales.

Garantiza la información y apoyo sobre como favorecer el vínculo y preparar la alimentación con fórmula artificial para aquellas familias que deciden no amamantar.

El contenido de esta Política de Lactancia abarca los Diez Pasos de la IHAN adaptado a las particularidades de las unidades neonatales, prestando especial atención a las cuestiones clínicas fundamentales en las que se fundamenta este documento: información a gestantes con riesgo de parto prematuro o recién nacido enfermo, método madre canguro / piel con piel en la unidad neonatal, establecimiento y mantenimiento del suministro de leche materna, indicaciones para suplementación, optimización del espacio de las instalaciones favoreciendo la estancia de los padres en la unidad neonatal las 24 horas del día, impulso de los cuidados centrados en la familia, apoyo e inicio del amamantamiento, alimentación a demanda o semi-demanda, coordinación con otros profesionales hospitalarios y del área, de cara a la preparación para el alta de la unidad neonatal.

#### **Herramientas para garantizar la ejecución de esta Política:**

En el hospital existe un Comité de Alimentación Infantil/Lactancia Materna o Subcomité/Grupo de trabajo de lactancia materna neonatal, cuyo objetivo principal es monitorizar y supervisar la implementación de esta Política. Es un grupo multidisciplinar compuesto por los representantes o especialistas en nutrición y lactancia materna de la unidad neonatal y de las áreas relacionadas.

Los miembros del comité se reúnen al menos cada 6 meses con el objetivo de monitorizar las actividades y evaluar la implementación de la Política como mínimo una vez el año. Los miembros del comité definen las acciones necesarias para seguir cumpliendo con la Política.

Existe un mecanismo de recogida de datos destinado a seguir de modo rutinario los indicadores de lactancia materna y de atención materno infantil con el objetivo de monitorizar y mejorar continuamente la calidad de la atención neonatal. Se recomienda la incorporación de indicadores de lactancia materna en el sistema de evaluación de mejora de la calidad del Centro Sanitario.

Todo el personal recibe orientación adecuada sobre esta Política para comprender la importancia de la adherencia a la misma y que su incumplimiento de manera inadvertida podría socavar el esfuerzo del resto del equipo durante el primer mes tras la incorporación al puesto.

Existe una versión resumida de la Política para las familias en un lenguaje claro y sencillo disponible en las áreas neonatales. Existen mecanismos bien definidos y por escrito, para cumplir la obligación de responder a los comentarios, elogios o quejas en relación al cumplimiento de esta Política y un sistema accesible a madres y familias para que hagan comentarios cuyo contenido se revisa periódicamente.

Esta institución facilita el amamantamiento de sus empleados, permite descansos para lactancia materna y tiene áreas adecuadas disponibles donde el personal (incluidos los residentes) pueden amamantar, extraer y almacenar su leche en condiciones apropiadas.

### **Paso 1c) Establecer mecanismos de registro de datos, evaluación periódica de los mismos en las unidades neonatales, para mejora de la calidad continua**

Este hospital tiene diseñado un protocolo de monitorización continua y un sistema de gestión de datos para el cumplimiento de las ocho prácticas clínicas fundamentales.

Esta Unidad neonatal cuenta con un sistema de monitorización de indicadores de lactancia materna para recién nacidos de bajo peso, prematuros y/o enfermos, mediante la recogida de datos en la historia clínica electrónica/papel. Estos indicadores están basados en parámetros de la rutina clínica de la unidad neonatal (seguimiento nutricional, indicadores del tipo y método de alimentación, monitorización del método madre canguro, diagnósticos clínicos relacionados, monitorización de la educación de lactancia a las madres, de la extracción y registro del volumen de leche obtenida). Así mismo, se recogen encuestas de los padres al alta para evaluar los cuidados recibidos.

### **Paso 2) Asegurar que el personal tenga los conocimientos, competencias y habilidades necesarias para apoyar la lactancia materna**

Este hospital garantiza que todo el personal que cuida madres y sus recién nacidos tenga los conocimientos y habilidades necesarios para el cuidado materno infantil y el manejo de la lactancia materna adecuados en el entorno de hospitalización neonatal.

La formación específica en lactancia materna para personal de las unidades neonatales debe ser guiada por la Política de Lactancia neonatal, apoyada y supervisada por personal con experiencia en el manejo de lactancia en situaciones especiales, como amamantamiento de recién nacidos de bajo peso, prematuros y/o enfermos. La unidad neonatal debe evolucionar a una cultura donde la lactancia materna y el amamantamiento sean la norma. La capacitación de todos los estamentos de personal sanitario, cada uno con sus diferentes competencias, mejora las prácticas que apoyan la lactancia materna y consecuentemente los indicadores de lactancia. El apoyo a la lactancia materna de personal capacitado puede resultar coste-efectivo en la unidad neonatal. Las habilidades

específicas para poder apoyar la lactancia en los recién nacidos de bajo peso, prematuros y/o enfermos son absolutamente necesarias.

Todos los profesionales sanitarios/no sanitarios de esta unidad neonatal en contacto con embarazadas de riesgo y madres (ginecólogos, matronas, pediatras, enfermeras y auxiliares), o que participan del cuidado neonatal (enfermeras de pediatría, auxiliares, neonatólogos, residentes de neonatología) reciben formación en el manejo de la lactancia a un nivel apropiado a su categoría profesional. El personal de reciente contratación recibe formación en los primeros 6-12 meses de iniciar su trabajo, siendo recomendable en los primeros 6 meses.

El plan de formación específico teórico-práctico sobre lactancia materna en las unidades neonatales contempla los Diez Pasos adaptados a los requerimientos específicos de las unidades neonatales. La institución establece también un plan de evaluación de competencias de los profesionales y según sea necesario, se ofrece formación y actualizaciones periódicas a los trabajadores de contenido y duración que garanticen el cumplimiento de esta Política.

Un miembro designado del personal de la Unidad neonatal, profesional sanitario, coordina la formación y la evaluación de competencias del personal y mantiene los registros.

### **Paso 3) Informar a las embarazadas y familias con riesgo de parto prematuro o nacimiento de un bebé enfermo, acerca de los beneficios de la lactancia materna, manejo de la misma y de la extracción/amamantamiento, durante las revisiones prenatales y/o al nacimiento.**

Todas las mujeres embarazadas y madres deben recibir asesoramiento sobre lactancia materna mediante información basada en la evidencia, como una intervención de salud pública y como medida para mejorar las prácticas y aumentar las tasas de lactancia materna.

Las consultas prenatales y los ingresos de riesgo, son una oportunidad importante para ofrecer información que anticipe la importancia de la lactancia materna y los riesgos de la alimentación con fórmula a recién nacidos pequeños, prematuros o enfermos.

El personal sanitario tiene la responsabilidad de suministrar información adecuada y basada en la evidencia a las madres embarazadas de manera respetuosa y considerando el contexto sociocultural de las familias.

La información en las consultas prenatales en este centro a madres y familias con embarazos de alto riesgo incluye la lactancia materna en circunstancias especiales y se suministra lo antes posible dado el riesgo de parto prematuro.

**El plan de información y formación a las embarazadas de riesgo** se concreta en un documento en el que se explica la forma en que se proporciona la información a las mujeres embarazadas de riesgo, quién, cómo, cuándo, y cómo se registra.

Las mujeres embarazadas, incluyendo las embarazadas de riesgo reciben información sobre:

- La política de puertas abiertas de la Unidad Neonatal y la importancia de la presencia de las familias para el bienestar del bebé.
- La lactancia materna exclusiva es la norma de alimentación durante los primeros seis meses de la vida, con especiales beneficios para los recién nacidos pequeños, prematuros o enfermos ingresados en las unidades neonatales y las madres.
- La importancia de la estimulación temprana de la producción de leche para proporcionar calostro al bebé ingresado tan pronto como sea posible y para conseguir establecer con éxito la lactancia.

- La importancia y los beneficios del contacto piel con piel/método madre canguro precoz, frecuente y prolongado en las unidades neonatales.
- Las dificultades biológicas, físicas y psicológicas que pueden presentarse en caso de no poder realizar amamantamiento directo, y las medidas de apoyo disponibles para iniciar y mantener la producción de leche en estas circunstancias
- La importancia de la extracción con frecuencia (al menos 8 veces al día) cuando no es posible realizar el amamantamiento directo.
- La disponibilidad de leche materna donada (aplicable en los centros que dispongan de leche de banco) para apoyar la lactancia materna propia durante el ingreso en neonatología.

#### **Paso 4) Facilitar el contacto piel a piel precoz, prolongado y frecuente entre la madre y el recién nacido/Método Madre Canguro (MMC) y ayudar a las madres a iniciar el amamantamiento/extracción lo antes posible después del nacimiento.**

##### ***Asistencia al parto y nacimiento***

En este hospital se promueve la atención al parto y nacimiento fisiológicos ofreciendo apoyo y atención sensible centrada en la paciente. Se evitan todas las prácticas e intervenciones innecesarias durante y tras el parto y desde los momentos inmediatos al nacimiento se ofrece contacto piel con piel, si la situación de la madre y su hijo lo permiten hasta que el bebé haga una toma efectiva o, como mínimo durante el periodo de alerta sensitiva, promoviendo un ambiente tranquilo y evitando interrumpir este contacto para los cuidados de rutina.

Aquellos recién nacidos en los que se prevea ingreso en la unidad neonatal para posterior estudio y que no precisen reanimación o ingreso inmediato, se intentará facilitar el contacto piel con piel tras el parto, procediendo a su ingreso para valoración posteriormente y facilitando que la madre acuda a la unidad en cuanto la situación lo permita.

El contacto piel con piel es iniciado inmediatamente tras el nacimiento en todos los partos y cesáreas, independientemente del medio de alimentación elegido por las madres, e incluyendo a los prematuros tardíos y los recién nacidos de bajo peso, siempre que la estabilidad de la madre y el recién nacido lo permita.

En las situaciones en que es posible, el contacto piel con piel no se interrumpe al menos durante 2 horas o hasta la primera toma al pecho. El Apgar se realiza con el recién nacido en contacto piel con piel. La antropometría del recién nacido, la administración intramuscular de vitamina K, la profilaxis oftálmica, y la administración de inmunización que precise en su caso, se retrasa hasta al menos después de las primeras horas de contacto ininterrumpido madre-hijo o la primera toma, si el recién nacido no ha requerido ingreso inmediato.

Si por el contrario, el recién nacido requiere ingreso inmediato en la unidad neonatal con imposibilidad de practicar piel con piel tras el parto, se establecen los medios para juntar a la madre y al recién nacido lo antes posible. Una vez ingresado, se realizará contacto piel con piel o método madre canguro siempre que la situación clínica lo permita de manera frecuente y continuada.

Se promueve 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 progenitores, si es posible y si los profesionales están entrenados para realizarlo.

### ***Inicio del amamantamiento tras el parto***

Durante el contacto piel con piel en paritorio, se alienta a realizar la primera toma en la primera hora de vida a ser posible, favoreciendo el enganche espontáneo y ofreciendo ayuda sólo si resulta necesario, en el caso de que el recién nacido no requiera ingreso en la unidad neonatal.

Los prematuros tardíos y recién nacidos de bajo peso que permanecen piel con piel con su madre tras el parto, son especialmente supervisados al inicio del amamantamiento, dadas las características especiales de estos recién nacidos, además de realizar los cuidados de rutina específicos sin interrumpir el contacto piel con piel para aplicarlos.

Los prematuros moderados/extremos que precisen ingreso inmediato en la unidad neonatal, no tendrán una succión eficaz y pueden presentar dificultad para succionar pequeños volúmenes de calostro. Si no es posible el agarre directo al pecho, la extracción manual de calostro y administración en la mucosa oral con una jeringa de 1ml o con una torunda, se tolera adecuadamente y sirve como terapia inmunomoduladora. (Técnica de calostro orofaríngeo).

### ***Método madre canguro (MMC) de la unidad neonatal***

Los beneficios del contacto piel con piel o método madre canguro, para la madre y el recién nacido están ampliamente documentados. Estos cuidados están en línea con los cuidados centrados en el desarrollo y la familia y por tanto son integrados en la práctica clínica habitual de esta unidad.

Los recién nacidos de bajo peso, enfermos y/o prematuros que requieran ingreso en la unidad neonatal son colocados en cuidado madre canguro en cuanto la estabilidad de la madre y/o del recién nacido lo permiten, siendo éste el único condicionante para su aplicación. La OMS define estabilidad en el recién nacido en este contexto a los recién nacidos que no presenten pausas de apnea, desaturaciones y/o bradicardias, incluyendo también la ausencia de fluctuaciones importantes de la TA. Estas variables están perfectamente establecidas en el protocolo de cuidado madre canguro de la unidad.

Siguiendo estas directrices, el Método Madre Canguro se realiza en este centro lo antes posible tras el parto, siendo el criterio fundamental para su establecimiento la estabilidad y seguridad de la madre y el recién nacido. Se realiza de manera frecuente y continua siempre que sea posible. Los momentos de realización de Método Madre Canguro durante el ingreso se deben aprovechar para el inicio del acercamiento al pecho y el amamantamiento del recién nacido cuando se encuentre activo.

Si la madre no estuviera disponible debido a su situación clínica, los cuidados madre canguro podrían ser realizados por el padre o persona designado/a por la madre siendo reiniciado en cuanto la estabilidad clínica de la madre lo permita.

El personal de la unidad neonatal está entrenado en medidas de seguridad, incluyendo monitorización y transferencia segura a la madre y desde la madre durante el proceso de aplicación del Método Madre Canguro. Se especifica como realizar la transferencia de la incubadora o cuna hacia el tórax de los progenitores, de manera segura, incluso en pacientes intubados o con soporte respiratorio.

El contacto piel con piel / MMC es importante para todos los prematuros y recién nacidos enfermos, ya sea que amamanten o no.

Se anima a los padres de prematuros o recién nacidos enfermos a continuar proporcionando contacto piel con piel/ MMC durante el resto de estancia en el hospital y también tras el alta precoz.

## **Paso 5) Apoyar a las madres cómo iniciar y mantener la lactancia, estableciendo el amamantamiento temprano cuando el recién nacido esté estable como único criterio.**

Todas las madres y todos los recién nacidos con capacidad para amamantar (incluidos los prematuros tardíos y los recién nacidos de bajo peso) reciben ayuda para hacerlo **tan pronto como sea posible** en la primera hora tras el nacimiento si el lactante no se engancha espontáneamente o si la madre lo requiere.

A las madres de recién nacidos ingresados se les muestra cómo comenzar con la extracción de leche preferiblemente antes de las **dos horas tras el parto** o en cuanto sea posible si la situación de la madre no es estable. Así mismo, se les anima a amamantar a sus bebés o extraerse leche al menos 8 veces o más al día, incluyendo al menos una toma/extracción nocturna, para establecer y mantener la producción de leche. La extracción se realiza preferentemente al lado del recién nacido y a poder ser, durante o tras la realización del cuidado madre canguro.

La técnica de extracción manual y masaje se muestra adicionalmente a la técnica con extractor, para facilitar la extracción de calostro, principalmente en los tres primeros días de vida. En las primeras semanas tras el parto, el personal de la unidad neonatal evalúa periódicamente la técnica de extracción (manual/eléctrica) y resuelve los problemas que puedan resultar de esta técnica. Se anima a las madres a registrar los volúmenes de extracción en cada toma, para anticiparse a la disminución de producción que puede acontecer eventualmente.

Durante el ingreso en la unidad neonatal se muestra además de la técnica de extracción, la recogida higiénica y segura, etiquetado, almacenamiento, transporte y conservación y administración de leche materna. Se anima las madres a extraerse leche durante o tras el método canguro, en presencia de sus recién nacidos. Y se proporciona el material necesario para la extracción, y etiquetado de la misma.

El personal de la unidad ofrece apoyo a las madres para colocar a su bebé para amamantar y le ofrece información sobre el proceso de succión y transferencia de leche. El personal verifica frecuentemente que la madre sea capaz de colocar y enganchar a su lactante al pecho adecuadamente. Se practica la succión no nutritiva al pecho como medio para conseguir una mayor producción de leche durante el ingreso y duración de la lactancia materna al alta.

El manejo de la mayoría de las dificultades comunes de la lactancia materna es discutido con todas las madres lactantes antes del alta.

## **Paso 6) No proporcionar a los recién nacidos alimentos ni bebidas que no sean leche materna, salvo que esté medicamente indicado. Fomentar el uso de leche materna propia.**

La alimentación con sucedáneos de leche materna en prematuros está asociada a un aumento de riesgo de intolerancia digestiva, sepsis de inicio tardío, retinopatía de la prematuridad, obesidad e hipertensión en la edad adulta y especialmente enterocolitis necrotizante. La OMS (2009) y The Academy of Breastfeeding Medicine (2016) establecen una serie de indicaciones específicas con las razones médicas aceptables para uso de sustitutos de leche materna. (World Health Organization, UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1))

Se considera suplemento, la administración de líquidos diferentes a la leche materna a recién nacidos amamantados (agua, fórmula infantil, zumos, ...). Los módulos de nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, hierro, electrolitos) administrados a recién nacidos

pequeños, prematuros o enfermos ingresados en las unidades neonatales, dentro de protocolos de nutrición establecidos y con la finalidad de alcanzar los objetivos nutricionales, se consideran “medicamento”. La fortificación de la leche materna debe considerarse después de optimizar el volumen de leche materna ofrecido, en función de la tolerancia del RN. La administración de solución de sacarosa se considera medicina, siempre que se utilice como analgésico en procedimientos dolorosos; en caso de no ser así, se considerará suplementación.

Si los suplementos fueran necesarios el orden preferido de administración será: calostro/leche de la propia madre, leche humana donada pasteurizada si está disponible, fórmula líquida y fórmula en polvo o concentrada reconstituida con agua.

El calostro orofaríngeo puede ser empleado como inmunoterapia oral, parte de los cuidados orales y alimentación trófica precoz, antes de que el prematuro sea capaz de alimentarse al pecho.

En esa unidad existe un protocolo que establece claramente las indicaciones para el uso de leche materna donada, la fortificación de la leche materna, o suplementos diferentes a la leche materna propia.

En la unidad, no se administran suplementos sin orden médica, o decisión informada. Las indicaciones clínicas para la suplementación, el tipo de suplemento, momento, cantidad, método de administración y las instrucciones ofrecidas a las madres con respecto a la administración de suplementos, se documentan en la historia clínica, están consensuadas y son conocidas por los profesionales.

Se escuchan las razones y se exploran los motivos de aquellas madres que piden suplementos que no están clínicamente indicados. Se ofrece evaluar cuidadosamente la lactancia y se trata con la madre y familia los riesgos de suplementar con leche artificial. Se respeta siempre la decisión informada que los progenitores tomen a este respecto. Esta conversación queda registrada en la historia clínica del niño.

Al alta hospitalaria, se enseña individualmente la forma segura de preparar, administrar, manipular y almacenar los sucedáneos de leche materna, a las madres y familias que no amamantan o a los que necesitan suplementos y se entregan instrucciones por escrito si fuera necesario; igualmente se informa sobre cómo favorecer el vínculo entre el bebé y sus progenitores.

### **Paso 7) La institución debe proporcionar cuidados integrados en la familia, apoyada por un entorno favorable. Facilitando que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.**

Las madres y sus recién nacidos no deben ser separados, salvo por indicación médica. Este paso se aplica a todos los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal, ya sean amamantados o no. Este punto aborda la importancia de la presencia de los progenitores en la unidad. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño establece que los niños no deben ser separados de sus padres contra su voluntad. Esto incluye a todos los niños "independientemente de la discapacidad, el nacimiento u otro estado del niño".

(Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 1989 [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) Available from: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>.)

Esta unidad neonatal promueve la participación de los padres sin restricciones, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los prematuros o recién nacidos enfermos tienen al menos tanta necesidad de estar con sus progenitores como los niños más mayores. Se considera esencial no restringir la presencia de los progenitores en las unidades, y se intenta facilitar espacios para dormir o descansar cerca del recién nacido ingresado, así como zonas donde poder comer, cercanas a la unidad neonatal, que permitan a los padres estar más tiempo con sus recién nacidos enfermos. Se anima a los progenitores u otras personas de confianza designados por los padres a que estén presentes en la unidad el mayor tiempo posible. Las instituciones deben favorecer y promover los cambios estructurales y de servicios necesarios para facilitar que los progenitores permanezcan mas tiempo con sus recién nacidos enfermos.

Todos los procedimientos de rutina, exámenes, cribados del recién nacido, cribados cardiacos, inmunizaciones, cribado de hipoacusia y extracciones rutinarias de laboratorio se efectúan preferiblemente en presencia de los padres y a poder ser durante el método madre canguro, salvo que haya motivos justificados para no hacerlo. El método madre canguro se practica normalmente de manera continuada, las 24 horas del día, para recién nacidos de bajo peso estables, tanto en la Unidad neonatal como tras el alta precoz. Para los recién nacidos de muy bajo peso o extremado bajo peso se recomienda el método madre canguro lo más precoz frecuentemente y continuo posible. Existe un protocolo específico de manejo en la Unidad neonatal.

La Unidad Neonatal proporciona un entorno individualizado de apoyo al desarrollo, cuidado del macroambiente (luz y sonido), y del microambiente (dolor, confort y manipulación), que es apropiado para los recién nacidos y sus padres, y que facilita el neurodesarrollo.

La unidad neonatal cuenta con los profesionales de otras áreas implicados en los cuidados integrados en las familias como son: trabajadores sociales, Asociaciones de padres, psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros.

Los padres son empoderados e instruidos para que participen activamente en los cuidados de sus recién nacidos y sean los cuidadores principales, siendo su presencia la norma en la unidad neonatal. Los cuidados integrados en la familia FICare (Family integrated care) proporcionan autonomía a los padres para asumir el cuidado de sus recién nacidos enfermos y se han demostrado beneficiosos, reduciendo la duración de la estancia hospitalaria, disminuyendo la necesidad de apoyo posterior de las familias, reduciendo las visitas a las urgencias médicas y a otros servicios, el reingreso hospitalario y la morbilidad a largo plazo; lo que supone también un ahorro de costes sociosanitarios. Igualmente se han reportado beneficios psicológicos como reducción de la ansiedad y el estrés de los progenitores, mayor confianza en sí mismos y mayor satisfacción al poder cuidar de sus propios bebés y recuperar el papel de padres/madres. Así como aumento de las tasas de lactancia materna.

Dentro de los cuidados integrados en la familia se fomenta en trabajo en equipo haciendo a los padres participe de la toma de decisiones junto con el personal clínico.

**Paso 8) Fomentar la lactancia materna a demanda o, cuando sea necesario, a semi-demanda como estrategia de transición para los recién nacidos prematuros y enfermos. Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés, aprendan las técnicas de lactancia, así como la valoración de la toma.**

Los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal, especialmente los prematuros o enfermos, pueden mostrar dificultades para presentar las señales de necesidad de alimentación, dependiendo de la edad gestacional o situación clínica.

El inicio de la alimentación oral se considera cuando existe un adecuado manejo de secreciones orales y existe cierta capacidad de coordinación de succión deglución y respiración, sin considerar una edad gestacional o un peso fijos.

A las madres se les ofrecen estrategias alternativas para establecer la lactancia materna (amamantamiento) exclusiva, y son apoyadas participando en las decisiones sobre la selección de estrategias.

Según se avance en la maduración cerebral o mejoría clínica, en el caso de recién nacidos enfermos, se pueden ir instaurando pautas de alimentación a semi-demanda, donde la alimentación es iniciada en respuesta a señales del bebé y finalizada cuando deja de succionar. La presencia continua de las madres en la unidad es fundamental para la transición a la alimentación a demanda.

En esta unidad se fomenta la alimentación guiada por el bebé, a demanda. Una práctica recomendable para todo recién nacido sano y para los recién nacidos de bajo peso o prematuros tardíos durante el alojamiento conjunto.

En esta unidad se fomenta la lactancia materna a demanda o semi-demanda, se anima a los padres a estar presentes en el máximo número de tomas posibles, para reconocer y responder a las señales de necesidad de alimentación, si éstas estuvieran ya presentes, y valorar el comportamiento y la respuesta a las intervenciones, independientemente del método de alimentación elegido. Antes de que aparezcan las señales de necesidad de alimentación, la pauta de alimentación está claramente establecida según los protocolos de la unidad, dependiendo de la edad gestacional, situación clínica y peso del recién nacido.

Las medicaciones y tratamientos orales están programados para que no interfieran en ningún caso con la nutrición del recién nacido.

Se enseña a las madres que amamantan a bebés a reconocer los signos de transferencia de leche y si su bebé amamantado recibe suficiente leche.

### **Paso 9) Usar alternativas a la alimentación con biberón al menos hasta que el amamantamiento al pecho directo esté bien establecido, y utilizar chupetes y pezoneras solo por razones justificadas.**

Los prematuros son capaces de agarrarse al pecho, succionar y deglutir desde edades gestacionales mucho más tempranas de lo que se creía previamente, como se ha demostrado en recientes investigaciones. El método madre canguro ha demostrado favorecer la alimentación oral a edades más precoces tras su práctica.

La mayoría de recién nacidos prematuros, de bajo peso o enfermos necesitan algún método alternativo al pecho para completar el suministro de leche que necesitan hasta alcanzar la capacidad de alimentarse exclusivamente al pecho. La alimentación por sonda nasogástrica se utiliza hasta que poco a poco el prematuro adquiere las competencias para la alimentación por boca.

Se recomienda que para los recién nacidos prematuros y enfermos de madres que desean amamantar, la primera experiencia de succión nutritiva sea el pecho.

Los distintos métodos de administración de leche, alternativos al biberón (vasito, dedo-jeringa, relactador, cuchara...) se emplean según la situación clínica y en función del estado madurativo del recién nacido. Existen protocolos específicos sobre las indicaciones y características de cada método de suplementación en la unidad neonatal. Los padres observan la aplicación de estos métodos por parte del personal y son entrenados concienzudamente previamente a la administración a sus

propios/as hijos/as. El uso de biberones ha mostrado tener un efecto perjudicial para la lactancia materna en recién nacidos prematuros, según algunos estudios, por lo que su introducción deberá llevar asociada un plan de entrenamiento al amamantamiento, si este es el deseo de la madre.

En aquellos recién nacidos cuyas madres desean el amamantamiento, si se introducen los biberones para el entrenamiento de la alimentación por boca, se deberá haber establecido, de acuerdo con la madre, un plan de progresiva retirada, sopesando los riesgos y beneficios de su uso, si así lo desea la madre.

La alimentación al pecho es el método de elección inicial previo a otros métodos alternativos, por sus características fisiológicas puede ser la más adecuada para el prematuro. No es necesario evaluar la alimentación competente con biberón o con otro método alternativo antes de iniciar la alimentación al pecho.

Las escalas de valoración de la alimentación oral del prematuro pueden ser útiles para evaluar las competencias de los prematuros o enfermos para la alimentación por boca. Por otro lado, la estimulación oral sensitiva y motora es un método que entrena al prematuro en sus competencias, alcanzando la alimentación por boca de manera más precoz, y se ha demostrado que el entrenamiento de los progenitores para realizar esta estimulación es seguro.

El uso de chupetes como método de succión no nutritiva en prematuros o niños enfermos se recomienda en la unidad neonatal, cuando la madre no está disponible para amamantar y como medio para aliviar el estrés y el dolor.

El uso de pezoneras (o tetinas de biberón) sólo se contempla después de que otros intentos de corregir la dificultad de agarre al pecho hayan fallado, y la madre recibe asesoramiento para discontinuar su uso lo antes posible.

Se informa a los progenitores sobre los inconvenientes de utilizar biberones, así como del correcto uso del chupete o pezoneras.

**Paso 10) Garantizar la continuidad del cuidado desde el embarazo hasta después del alta del recién nacido, así como el seguimiento nutricional en pacientes de riesgo. Preparar a los padres durante la hospitalización para la continuación de la lactancia materna en el domicilio y facilitar el acceso a servicios/grupos de apoyo de la lactancia tras el alta hospitalaria.**

Los cuidados en relación al apoyo a la lactancia y amamantamiento durante cada etapa de la asistencia sanitaria (cuidado prenatal, llegada de un recién nacido "potencialmente" grave, fase de cuidado agudo / crítico, fase de mejoría / estabilidad, fase de transferencia-alta y fase de seguimiento o cuidados continuados) son coherentes.

Este Hospital garantiza la coordinación de la continuidad de cuidados en las consultas de seguimiento neonatal para aquellos pacientes de riesgo, o con Atención Primaria en caso de recién nacidos con menor morbilidad asociada. En cualquier caso, se garantiza el control y seguimiento en los primeros 2-4 días tras el alta de la Unidad en el recurso asistencial adecuado en función de las necesidades del recién nacido y su familia.

Los pacientes estables se pueden beneficiar de los programas de alta precoz, así como la telemedicina. Estos programas permiten altas hospitalarias más precoces, mejor uso de los recursos hospitalarios, mayor ganancia de peso, mayor facilidad para la alimentación a demanda, y una mejor satisfacción por parte de los padres.

Los recién nacidos prematuros o de riesgo nutricional presentan en muchas ocasiones desnutrición postnatal importante durante su hospitalización, por lo que su seguimiento nutricional tras el alta es fundamental, constituyendo una oportunidad para mejorar la ganancia de peso y la nutrición hasta los 2 años de vida. Previo al alta se coordina con la familia el plan de alimentación que mejor se adecua a las necesidades de su recién nacido.

El acceso temprano a los profesionales especialistas es un factor clave para el éxito desde la transición de la lactancia parcial al pecho suplementada a la lactancia exclusiva al pecho, y para el mantenimiento de la lactancia en el tiempo. Es preciso un seguimiento temprano y frecuente especialmente en los recién nacidos prematuros, de bajo peso o enfermos, con especial atención durante el primer mes tras el alta hospitalaria.

A las familias se les proporciona información sobre:

- Seguimiento clínico tras el alta: Atención Primaria y Consultas Especializadas, si es necesario.
- El plan de alimentación para facilitar las actuaciones coordinadas entre niveles asistenciales.
- Cómo contactar con los profesionales sanitarios de apoyo a la lactancia, los grupos de apoyo a la lactancia locales, asociaciones de lactancia, y otros recursos comunitarios existentes de apoyo a la lactancia materna.
- También se ofrece información sobre las asociaciones de pacientes, las ayudas administrativas, o los servicios de Atención Temprana o valoración de Dependencia en caso necesario.

Como parte de las actuaciones dirigidas a la coordinación con los recursos del área, se invita a los grupos de apoyo a la lactancia a formar parte del Comité de Lactancia de este centro.

### **Atención amigable durante el parto:**

En este centro se recomienda animar a la mujer a tener la compañía de su elección, permanente durante el trabajo de parto y parto, a caminar y moverse durante el trabajo de parto, si lo desea y a adoptar la posición de su elección para dar a luz, a no ser que exista una restricción específica por alguna complicación y se explique ésta a la madre.

Se alienta a la madre a considerar el uso de métodos para aliviar el dolor que no sean medicamentos, a no ser que estén indicados los analgésicos y los anestésicos debido a una complicación, respetando las preferencias personales de la mujer.

Los profesionales que atienden el parto no utilizarán procedimientos invasivos como la rotura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, cesárea o parto instrumentado de forma sistemática, salvo que existan razones específicas por las complicaciones, en ese caso siempre se explicará e informará del motivo a la madre.

La Política de Lactancia de la unidad neonatal del Hospital ([nombre del hospital](#)) ha sido consensuada por los profesionales de neonatología, su Comisión/Subcomité/Grupo de trabajo de lactancia, el Comité de Lactancia Materna del Hospital y la Dirección.

Firmas y fecha (y sello si corresponde) de:

- **Jefe de unidad/servicio de Neonatología**

- Supervisores de Enfermería de Neonatología
- Presidente del Comité de Lactancia Materna del Hospital
- Dirección Médica del Hospital

© Organización Mundial de la Salud y UNICEF 2022. IHAN España.

Referencias a este documento como: " UNICEF/OMS. IHAN España. Política de Lactancia materna para Unidades Neonatales 2022 ".

Documentación adaptada del Protocolo clínico nº 7 de la Academia de Medicina de la Lactancia. Traducción al español (no oficial) de África Caño Aguilar y M<sup>a</sup> Teresa Hernández Aguilar.

Coordinadora de esta documentación: Paula Lalaguna Mallada.

Han colaborado en la adaptación: Ersilia González Carrasco, Miguel Ángel Marín Gabriel, Beatriz Flores Antón, M<sup>a</sup> Teresa Hernández Aguilar, Adolfo Gómez Papi, Víctor Canduela Martínez. Adaptación Neo-IHAN: Beatriz Pérez Seoane, Marta Cabrera Lafuente

*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.*

Para mayor información: [www.ihan.es](http://www.ihan.es)

Si quiere comunicarse con nosotros:

[secretaria2@ihan.es](mailto:secretaria2@ihan.es)