

**Recogida de
estadísticas de
lactancia en
Unidades Neonatales**

IHAN-España

2022.v1

Documento: Recogida de estadísticas de lactancia en las unidades/servicios de Neonatología

ÍNDICE

1. Introducción: la importancia de disponer de estadísticas de lactancia.
 2. Definiciones.
 3. Razones médicamente justificadas para la suplementación.
 4. Metodología para la obtención de datos.
 5. Indicadores de lactancia necesarios para la auto-evaluación y la acreditación Neo-IHAN.
 6. Cálculo de los indicadores de lactancia.
- Anexo 1. Modelo de hoja de recogida de datos para la obtención de estadísticas de lactancia en unidades de neonatología
- Anexo 2. Diagrama de flujo obtención de estadísticas de lactancia en unidades de neonatología.
- Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN: La importancia de disponer de estadísticas de lactancia

Neo-IHAN tiene como objetivo adaptar y extender los 10 Pasos de la IHAN al entorno de las unidades neonatales, con el fin de promocionar, promover y apoyar la lactancia materna para los recién nacidos pequeños, prematuros y enfermos que permanecen ingresados en ellas.

Los proyectos de mejora continua basados en la evidencia han demostrado la importancia de medir las prácticas actuales para mejorar las prácticas futuras. Con frecuencia, existe un decalaje entre los cuidados de salud que tenemos y los que podríamos tener. Un ejemplo claro son las tasas de lactancia materna en las unidades neonatales, por debajo de las recomendaciones de la OMS/Unicef, pese a la evidencia rotunda de los beneficios que tiene, a corto y largo plazo, para la salud de recién nacidos pequeños, enfermos y/o prematuros y sus madres. Dentro de un plan de mejora continua, **es necesario medir diferentes indicadores**, para valorar el impacto de los cambios establecidos en el cuidado.

Cada hospital debe ser **capaz de monitorizar las prácticas de lactancia** de recién nacidos pequeños, enfermos y/o prematuros ingresados, dentro de su unidad y tras el alta. La forma óptima de hacerlo es mantener un seguimiento continuo, que forme parte de la rutina diaria de la unidad, bien a través de un registro informático o a través de un soporte en papel. La aplicación de cuestionarios y/o entrevistas a los padres al alta, permite conocer su opinión con respecto al cuidado recibido.

Este documento tiene por objeto facilitar la tarea de recogida de datos relacionados con la lactancia y la nutrición de los RN ingresados en las unidades neonatales, de forma uniforme y siguiendo la metodología, los criterios y las definiciones establecidos por la OMS. También orienta a las unidades sobre los indicadores a monitorizar con el fin de profundizar en estos aspectos, si bien no todos ellos serán requisito para la acreditación Neo-IHAN.

Para acreditar una unidad/servicio de Neonatología, **Neo-IHAN exige:**

- **La monitorización continua de las prácticas de lactancia** en los recién nacidos ingresados, con el fin de analizar periódicamente determinados indicadores estadísticos relacionados.

- Durante el ingreso, al menos el **75% de los pacientes, a término y pretérmino, han recibido lactancia materna exclusiva (leche materna propia y/o leche donada) o suplementada por razones médicamente justificadas.** Este es el *Indicador Centinela 1 de Neo-IHAN.*
- Al alta, al menos el **65% de los pacientes reciben lactancia materna exclusiva (en las 24 horas previas al alta).** Este es el *Indicador Centinela 2 de Neo-IHAN.*

Con respecto a la implementación de sistemas de monitorización continua de las prácticas de lactancia en las unidades neonatales, desde Neo-IHAN se hacen las siguientes **recomendaciones**:

- El personal clínico debe **debatir con regularidad** sobre la alimentación y crecimiento de los recién nacidos ingresados. **Para cada niño**, la disponibilidad de leche materna propia debe ser objeto de valoración en las rondas clínicas y debe ser registrada, electrónicamente o en papel.
- Los datos de pacientes deben ser **agregados y analizados periódicamente**, dentro de un proyecto de mejora continua de la calidad asistencial.
- Debe existir en la unidad neonatal un **equipo multidisciplinar que revise, analice y haga recomendaciones**, basadas en los datos recogidos, y promueva las medidas de mejora que sean precisas. Los indicadores deben ser revisados con regularidad y frecuencia, especialmente durante la implementación de medidas de mejora, ya que permite detectar antes las tendencias. Incluir a los padres en la revisión de indicadores, puede ser de ayuda para mejorar la calidad de los datos recogidos, así como las políticas y procedimientos de la unidad/servicio.
- La revisión y análisis de las historias clínicas y hojas de lactancia de los niños dados de alta con fórmula artificial, puede revelar problemas susceptibles de corrección.
- Las **redes neonatales regionales, nacionales o internacionales**, pueden ser un foro para poner en común las políticas, prácticas y resultados en lactancia. Además, permiten la comparación con unidades similares y adoptar las prácticas de aquellos centros con mejores resultados.

2. DEFINICIONES

- **Para** obtener estadísticas fiables y comparables es preciso unificar la **definición del tipo de lactancia**. Siguiendo las definiciones de la OMS (2009), consideramos:
 - **Lactancia materna exclusiva:** el recién nacido recibe solo leche materna y ningún otro líquido ni sólido, a excepción de medicinas, minerales o vitaminas. La leche materna incluye la leche de la propia madre extraída y la leche donada. La leche puede ser administrada de diferentes formas y no solo por succión al pecho.
 - **Lactancia materna (cualquiera, “any breastfeeding” en inglés):** el recién nacido ha tomado leche materna junto con fórmula artificial.
 - **No lactancia materna:** el niño no ha tomado nada de leche materna.
 - **Alimentación con biberón:** el niño toma cualquier líquido (incluyendo leche materna) proporcionado mediante un biberón con tetina.
- **Definición de “suplemento”:** 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.

3. RAZONES MÉDICAMENTE JUSTIFICADAS PARA LA SUPLEMENTACIÓN

El documento “*Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*” de OMS/Unicef reconoce razones del RN y/o de la madre que justifican médicamente la suplementación. Igualmente, varios protocolos de la *Academy of Breastfeeding Medicine* (protocolos números 3, 10 y 12) hacen referencia a este aspecto.

Cuando la leche materna propia es insuficiente o no está disponible, la primera elección para la suplementación, especialmente para los RN prematuros o enfermos, es la leche donada que proviene de un banco de leche humana acreditado. La leche donada debe ser utilizada como un puente hasta que la leche de propia madre esté disponible, sin suplantarla.

Cuando la leche materna esté contraindicada, por causas maternas o del RN, será necesaria la suplementación. También cuando la madre tome la decisión informada de no lactar a su hijo. Además, podemos encontrar situaciones en las que la leche materna disponible es insuficiente para las necesidades del RN pequeño, prematuro o enfermo, pese a optimizar la extracción-estimulación. En la **Tabla 1** figuran las razones médicamente justificadas para la suplementación de los RN ingresados en las unidades neonatales.

Tabla 1. Razones médicamente justificadas para la suplementación

RAZONES RELACIONADAS CON LA MADRE
Retraso en la activación secretora (más allá de los días 3-5 postparto) con ingesta insuficiente de leche por el RN ¹ .
Insuficiencia glandular primaria, evidenciada por forma anómala de la mama, escaso desarrollo glandular durante la gestación, y/o ausencia de indicadores de activación secretora ¹ .
Patología o cirugía de la mama que provoque pobre producción de leche ¹
Medicaciones y enfermedades maternas que contraindiquen la lactancia de manera temporal o permanente: <ul style="list-style-type: none"> - Infección VIH (contraindicación permanente en nuestro medio) - Enfermedad materna grave que impide el cuidado de su hijo (por ejemplo, sepsis) - Infección por virus herpes simple - Uso de sedantes, antiepilépticos, opioides y/o sus combinaciones - Exposición a isótopos radioactivos - Quimioterapia con citotóxicos - Consumo de sustancias tóxicas: cocaína, anfetaminas y otros estimulantes, alcohol, opiáceos, benzodiazepinas, cannabis.
RAZONES RELACIONADAS CON EL RECIÉN NACIDO
Contraindicación permanente: <ul style="list-style-type: none"> - Galactosemia clásica - Enfermedad de jarabe de arce - Fenilcetonuria (en algunos casos es posible la LM con monitorización cuidadosa)
Riesgo de hipoglucemia por alteración de la adaptación metabólica o por aumento de la necesidad de sustrato, si la glucemia no responde a una lactancia materna optimizada: RN

prematuros, pequeños para la edad gestacional, con estrés hipóxico-isquémico perinatal, hijos de madre diabética¹.

Signos/síntomas de inadecuada ingesta de leche¹:

- Evidencia clínica y/o de laboratorio de deshidratación (hipernatremia, letargia, pérdida de turgor en la piel, ...)
- Excesiva pérdida ponderal. En RN a término y pretérmino tardío, una pérdida superior al 8-10% del peso al nacer, indica la necesidad de una evaluación adicional.
- Retraso ponderal en las gráficas de crecimiento específicas para su edad (preferentemente Intergrowth-21st)
- Ictericia persistente por ingesta inadecuada, con pérdida ponderal, reducción del número de deposiciones y presencia de cristales de ácido úrico en la orina.

La mayoría de los RN con peso menor de 1500 g. y/o edad gestacional inferior a 32 semanas requerirán suplementación, al menos por un periodo limitado de tiempo¹.

¹Para considerar una suplementación como médicamente justificada, se ha de documentar que antes se ha optimizado la estimulación-extracción de leche propia y la no disponibilidad o falta de indicación de la leche humana donada.

4. METODOLOGÍA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

4.1. Método para la recogida de datos:

Se **recomienda** la recogida prospectiva de datos de lactancia de cada paciente a lo largo de todo su ingreso en la unidad neonatal, la agregación de todos los registros y su exportación a un programa informático que permita su análisis estadístico. El origen de los datos puede ser la propia historia clínica (en papel, electrónica) o un registro específico de lactancia y nutrición para cada paciente. En el **Anexo 1** se propone una hoja de recogida de datos de lactancia del RN durante su ingreso en Neonatología.

De manera alternativa, los hospitales pueden realizar análisis de muestras de la población atendida. Si se realiza con técnica de muestreo:

- La muestra debe ser recogida aleatoriamente. Los datos estarían sesgados si solo se escoge el mes del año en donde hay menos partos o menos personal de vacaciones, por ejemplo. Lo más útil sería recoger los datos de algunos niños de cada mes, eligiéndolos de manera aleatoria.
- El tamaño de la muestra y el método de selección deben quedar establecidos antes de iniciar la recogida de los datos.
- La muestra debe ser representativa y tener un tamaño adecuado. En general, teniendo en cuenta un valor del indicador centinela 1 (tasa de lactancia materna exclusiva o suplementada por razón justificada) del 75%, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%, se necesita una muestra de **n** recién nacidos que, según el número de ingresos de la unidad, aparece en la siguiente tabla:

Nº DE RN /AÑO NACIDOS EN EL PROPIO CENTRO E INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA	TAMAÑO DE LA MUESTRA (N)
100 RN/año	75
200 RN/año	119
300 RN/año	148
400 RN/año	168
500 RN/año	184
600 RN/año	196
700 RN/año	205
800 RN/año	213
900 RN/año	219
1000 RN/año	225

4.2. Población de estudio:

Criterios de inclusión: Los RN nacidos en el propio centro e ingresados en Neonatología durante el periodo de estudio, y dados de alta con vida.

Criterios de exclusión: Los RN trasladados desde otro centro y los fallecidos durante el ingreso.

Para el cálculo de las tasas de lactancia, y dadas las importantes diferencias y tiempos de ingreso entre estos pacientes, es **requisito** que las unidades dispongan de datos **estratificados en función de la edad gestacional** de los recién nacidos incluidos:

ESTRATIFICACIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL
≤ 32 semanas
32 - 36 ⁺⁶ semanas
≥ 37semanas

Es recomendable que también se haga estratificación en función del peso al nacer:

ESTRATIFICACIÓN SEGÚN PESO AL NACER
≤ 1000 g
1000-1500 g
> 1500 g

4.3. Variables a recoger

Para el cálculo de las tasas o indicadores de lactancia, es **necesario** conocer los datos generales referidos a los ingresos en Neonatología y, a partir de ellos, la muestra de RN que vamos a incluir en la estadística (N).

Tabla 2. Población estudiada

RN ingresados en la Unidad/Servicio en el periodo de estudio (último año), y dados de alta con vida.
RN trasladados desde otro centro (exclusión).
Muestra: Número de RN incluidos en la estadística = N
Número de RN incluidos, estratificados según edad gestacional: < 32 s; 32-36 ⁺⁶ s; ≥ 37 semanas.

En la **Tabla 3.** se muestran las variables recogidas, de cada uno de los niños incluidos en la estadística. Algunas variables son **REQUISITO** para la acreditación Neo-IHAN. Otras variables son **RECOMENDACIÓN**, para aquellas unidades que deseen profundizar en la monitorización nutricional y de lactancia de sus pacientes.

Tabla 3. Variables recogidas en la estadística de lactancia.

VARIABLES REQUISITO PARA LA ACREDITACIÓN Neo-IHAN	VARIABLES RECOMENDACIÓN PARA MONITORIZACIÓN AVANZADA
<ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional - Tipo de parto - Horas/días tras el parto en que se inicia la estimulación del pecho materno (directa, manual/mecánica) - Edad del RN en el primer contacto piel con piel (horas/días de vida) 	<ul style="list-style-type: none"> - Días de nutrición parenteral (nº de días). - Días totales de catéter central. - Edad al alcanzar volumen enteral completo (>140 ml /kg/día) (días de vida)
Peso, talla y perímetro cefálico: <ul style="list-style-type: none"> - al nacer - 28 días de vida - 36 semana postmenstrual - al alta (edad cronológica y corregida) 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad del RN al inicio de succión no-nutritiva (días de vida, edad postmenstrual). - Edad del RN al inicio de succión nutritiva (días de vida, edad postmenstrual).
Tipo de leche con el que se inicia ¹ la alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - leche materna propia. - leche materna donada. - leche materna propia y donada - no lactancia materna (fórmula) 	Método de administración al inicio de la lactancia: <ul style="list-style-type: none"> - pecho. - sonda naso/orogástrica. - taza, cuchara, jeringa, cánula, dedo-jeringa - biberón.

VARIABLES REQUISITO PARA LA ACREDITACIÓN Neo-IHAN	VARIABLES RECOMENDACIÓN PARA MONITORIZACIÓN AVANZADA
<p>En los RN con edad gestacional < 32 s, administración calostro orofaríngeo (propio):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sí, dentro de las primeras 6h de vida - sí, después de las primeras 6h de vida - no 	<ul style="list-style-type: none"> - Horas/días de vida RN al inicio de la administración de calostro orofaríngeo. - Número de días de administración de calostro orofaríngeo.
<p>Tipo de lactancia recibida durante todo el ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leche materna propia - leche materna exclusiva (propia y/o donada) - leche materna propia y/o donada, con otro alimento diferente (fórmula) - no lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de leche humana (materna/donada) sobre el total de la alimentación, en los primeros 28 días de vida. - Seguimiento del porcentaje de leche humana (materna/donada) sobre el total de la alimentación durante el ingreso, a través de sistemas de registro informatizado.
<p>Razones para la suplementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicamente justificadas² - no justificadas 	
<p>Razones para no recibir lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicamente justificadas² - decisión materna informada - no justificadas 	
<p>Tipo de lactancia recibida al alta³:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leche materna propia. - leche materna suplementada: propia junto a otro alimento diferente (fórmula). - no lactancia materna. 	<p>Incidencia de complicaciones relacionadas con la prematuridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enterocolitis necrotizante, grado > 2 - Sepsis tardía
<p>Método de alimentación al alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pecho (directa al pecho, con o sin relactador) - Pecho y otro método. - Biberón u otro método. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de un protocolo estandarizado para el soporte nutricional. - Optimización nutricional mediante parámetros bioquímicos⁴, curvas de crecimiento y/o análisis de aportes reales
<p>Lactancia materna tras el alta a domicilio, recogiendo tipo (exclusiva o suplementada) y método (pecho y/u otro) a los 15 días tras el alta o las 40 semanas de EPM (lo que ocurra antes)</p>	<p>Lactancia materna tras el alta a domicilio, recogiendo tipo (exclusiva o suplementada) y método (pecho y/u otro).</p>

¹ A efectos de inicio de la alimentación, se considera la leche recibida en las primeras 24 horas de inicio de la alimentación enteral.

² Ver: Tabla 1. Razones médicamente justificadas para la suplementación.

³ A efectos de alimentación al alta, se considera la leche recibida durante las 24 horas previas al alta.

⁴ BUN entre 10-16 mg/dL (o urea sérica equivalente, entre 21-34 mg/dL). Arslanoglu S, Boquien C-Y, King C, et al. Working Group on Human Milk Fortification. *Front. Pediatr.* 2019; 7:76.

5. INDICADORES DE LACTANCIA NECESARIOS PARA LA AUTO-EVALUACIÓN Y LA ACREDITACIÓN Neo-IHAN.

Las siguientes tasas se **deben** calcular para el total de los RN incluidos en la estadística (N) y para cada uno de los grupos estratificados por EG (< 32; 32-36⁺⁶; ≥37 semanas):

<p>Tasa de lactancia materna exclusiva: porcentaje de RN alimentados con leche materna durante todo el ingreso (incluye leche propia y/o leche donada).</p> <p>Esta tasa forma parte del INDICADOR CENTINELA 1 de Neo-IHAN</p>	LME
<p>Tasa de lactancia materna exclusiva en el momento del alta (en las últimas 24 horas previas al alta)</p> <p>Este es el INDICADOR CENTINELA 2 de Neo-IHAN</p>	LME-alta
<p>Tasa de lactancia materna propia exclusiva: porcentaje de RN alimentados exclusivamente con leche de su propia madre durante todo el ingreso.</p> <p>Este es el INDICADOR ESTRELLA de Neo-IHAN</p>	LME-p
<p>Tasa de lactancia materna suplementada justificada: porcentaje de RN alimentados con LM (propia y/o donada) que reciben fórmula, siendo esta indicada por razón médicamente justificada.</p> <p>Esta tasa forma parte del INDICADOR CENTINELA 1 de Neo-IHAN</p>	Sm
<p>Tasa de lactancia materna suplementada no-justificada: porcentaje de RN alimentados con LM (propia y/o donada) que reciben fórmula, siendo esta administrada sin razón médicamente justificada o por decisión materna informada.</p>	Sn-m
<p>Tasa de lactancia materna (cualquier LM): porcentaje de RN que reciben lactancia materna (propia/donada) de manera exclusiva o junto con otro alimento.</p>	LM = LME + Sm + Sn-m
<p>Tasa de no-lactancia justificada: porcentaje de RN alimentados con fórmula artificial, por razón médicamente justificada</p>	Fm
<p>Tasa de RN que inician la alimentación con LM propia (se consideran las primeras 24h de alimentación enteral)</p>	ILMp
<p>Tasa de RNMBP que reciben calostro orofaríngeo dentro de las primeras 6 horas de vida.</p>	COF
<p>Tasa de RN dados de alta con amamantamiento, exclusivamente al pecho</p>	P
<p>Tasa de RN con amamantamiento al pecho a demanda en domicilio, dentro de los 15 días tras el alta.</p>	D

Nota: Las tasas de LM suplementada (justificada y no justificada) de Neo-IHAN se calculan sobre el total de la muestra. Son por tanto diferentes a la Tasa de Suplementación que se calcula en las Maternidades IHAN y que se hace sobre el total de niños amamantados.

6. CÁLCULO DE LOS INDICADORES DE LACTANCIA:

Título:	Tasa de inicio de alimentación con LM propia
Fórmula de cálculo	[a) / b)] * 100 a) Nº RN que inician ¹ su alimentación enteral con LM propia b) Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Tipo de indicador	
Aclaraciones:	¹ Se consideran las primeras 24h de alimentación.

Título:	Tasa de lactancia materna exclusiva (LME)
Fórmula de cálculo	[a) / b)] * 100 a) Nº RN alimentados con leche propia y/o donada a lo largo de todo su ingreso b) Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Tipo de indicador	Forma parte del INDICADOR CENTINELA 1 de Neo-IHAN
Aclaraciones:	

Título:	Tasa de lactancia materna propia (LM p)
Fórmula de cálculo	[a) / b)] * 100 a) Nº RN alimentados solo con leche propia a lo largo de todo su ingreso b) Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Tipo de indicador	INDICADOR ESTRELLA de Neo-IHAN
Aclaraciones:	

Título:	Tasa de lactancia materna exclusiva al alta (LME alta)
Fórmula de cálculo	[a) / b)] * 100 a) Nº RN alimentados con leche propia al alta ² b) Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Tipo de indicador	INDICADOR CENTINELA 2 de Neo-IHAN
Aclaraciones:	² Se consideran las 24h previas al alta.

Título:	Tasa de lactancia materna suplementada justificada (Sm)
Fórmula de cálculo	[a) / b)] * 100 a) Nº RN alimentados con leche materna que reciben fórmula por razón justificada b) Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Tipo de indicador	Forma parte del INDICADOR CENTINELA 1 de Neo-IHAN
Aclaraciones:	

Título:	Tasa de lactancia materna suplementada no-justificada (Sn-m):
Fórmula de cálculo	$[a) / b)] * 100$ a) Nº RN alimentados con leche materna que reciben fórmula, sin razón justificada o por decisión materna informada b)
Tipo de indicador	Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Aclaraciones:	

Tipo de indicador	Tasa de lactancia materna o “cualquier” LM (LM)
Fórmula de cálculo	$[a) / b)] * 100$ a) Nº RN alimentados con LM de manera exclusiva o junto a otro alimento, durante el ingreso b) Nº total de RN incluidos en el análisis = Muestra (N)
Tipo de indicador	
Aclaraciones:	

$$LM = LME + Sm + Sn-m$$

Título:	Tasa de no-lactancia materna (F)
Fórmula de cálculo	$[a) / b)] * 100$ a) Nº RN alimentados con fórmula de manera exclusiva b) Nº total de RN incluidos = Muestra (N)
Tipo de indicador	
Aclaraciones:	

Nota: La suma de LM + F representa el total de la muestra

Título:	Tasa de no-lactancia maternal justificada (Fm)
Fórmula de cálculo	$[a) / b)] * 100$ a) Nº RN alimentados con fórmula de manera exclusiva por razón justificada b) Nº total de RN incluidos = Muestra (N)
Tipo de indicador	
Aclaraciones:	

Título:	Tasa de LM al pecho a demanda al alta (P)
Fórmula de cálculo	$[a) / b)] * 100$ <p>a) Nº RN alimentados con pecho a demanda al alta³ b) Nº total de RN incluidos = Muestra (N)</p>
Tipo de indicador	
Aclaraciones:	³ Se consideran las 24h previas al alta a domicilio

Título:	Tasa de administración de COF en las primeras 6h de vida (COF)
Fórmula de cálculo	$[a) / b)] * 100$ <p>a) Nº de RN con EG inferior a 32 semanas que reciben COF⁴ dentro de las primeras 6 horas de vida b)</p>
Tipo de indicador	Nº total de RN de la muestra con EG inferior a 32 s
Aclaraciones:	⁴ Evidentemente, se hace referencia sólo a calostro PROPIO

Para la acreditación Neo-IHAN:

INDICADOR CENTINELA 1 de Neo-IHAN: LME + Sm \geq 75%

INDICADOR CENTINELA 2 de Neo-IHAN: LME alta \geq 65%

ANEXO 1. Modelo de hoja de recogida de datos para la obtención de estadísticas de lactancia en Neonatología.

UNIDAD/SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: HOJA DE LACTANCIA

IDENTIFICACIÓN DEL RN Y SU MADRE



Datos generales

Edad gestacional			
Somatometría RN	Peso	Talla	PCef
Edad al ingreso	<input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> días		
Gestación múltiple	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Procedencia	Intrahospitalario	<input type="checkbox"/> Partos	<input type="checkbox"/> Puerperio
	Extrahospitalario	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Otro hospital
Madre	Nombre		Nº Hª
	Nº embarazo actual	Lactancia previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DATOS RELACIONADOS CON LA LACTANCIA

Inicio de la nutrición enteral /lactancia:

Días vida	Peso	<input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> SNG
Tipo de leche	<input type="checkbox"/> Leche materna propia <input type="checkbox"/> leche materna donada <input type="checkbox"/> fórmula artificial	
Calostro orofaríngeo	<input type="checkbox"/> sí desde <input type="checkbox"/> horas / <input type="checkbox"/> ddv hasta ddv	
	<input type="checkbox"/> no motivo	
Alcanza y tolera enteral completa (≥ 140 ml/kg/d): ddv		
Nº de días de nutrición parenteral: d	Nº de días de CVC: Total d	
	CAUd	CVUd PICCs:d
Inicio tomas por boca: ddv s EPM	Completa todas las tomas por boca:ddv s EPM	

Durante el ingreso:

<input type="checkbox"/> LACTANCIA MATERNA	
Leche donada:	<input type="checkbox"/> Inicio ddv <input type="checkbox"/> Fin ddv Nº de días de ingreso con leche donada:
Leche propia:	<input type="checkbox"/> Inicio ddv <input type="checkbox"/> Fin ddv Nº de días de ingreso con leche propia:
<input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva (propia y/o donada) todo el ingreso <input type="checkbox"/> Lactancia materna propia todo el ingreso	
<input type="checkbox"/> Fortificación multicomponente desde ddv, hasta ddv s EPM	
<input type="checkbox"/> Módulo de proteínas desde ddv, hasta ddv s EPM	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS	
Fórmula artificial:	<input type="checkbox"/> Inicio ddv <input type="checkbox"/> Fin ddv Nº de días de ingreso con fórmula:
Causa(s) para la suplementación:	
<input type="checkbox"/> Producción insuficiente <input type="checkbox"/> Patología materna grave <input type="checkbox"/> Medicación no compatible <input type="checkbox"/> Decisión materna informada	
<input type="checkbox"/> Otras:	
<input type="checkbox"/> NO LACTANCIA MATERNA (LACTANCIA ARTIFICIAL)	
Causa(s) para no-LM: <input type="checkbox"/> Patología materna <input type="checkbox"/> Medicación no compatible <input type="checkbox"/> Decisión materna informada <input type="checkbox"/> Contraindicación LM	
<input type="checkbox"/> Otras:	
Durante el ingreso:	<input type="checkbox"/> CPP habitual Inicia CPP a los ddv s EPM
	<input type="checkbox"/> Extracción de leche junto al niño Inicia a los ddv
	<input type="checkbox"/> Succión al pecho Inicia a los ddv s EPM

Completa tomas al pecho Nunca Sí:ddvEPM

Al alta

Lactancia materna exclusiva
 pecho pecho y biberón biberón Otro método de suplementación:

Lactancia suplementada
 pecho pecho y biberón biberón Otro método de suplementación:

Lactancia artificial (no lactancia materna)

Tras el alta (2-3 sem tras el alta)

Lactancia materna exclusiva a demanda (pecho) a los días tras alta

Lactancia materna exclusiva pecho biberón

Lactancia materna suplementada

No lactancia materna

DIFICULTADES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA

Dificultades

<input type="checkbox"/> Retraso en el inicio de la estimulación/extracción de LM	<input type="checkbox"/> > 6 horas <input type="checkbox"/> > 24 horas <input type="checkbox"/> > 48 horas Causa:
<input type="checkbox"/> Medicación y/o enfermedad materna	
<input type="checkbox"/> Enfermedades / Condiciones del RN	
<input type="checkbox"/> Dificultades sociales	
<input type="checkbox"/> Deseo materno expreso de no lactar	
<input type="checkbox"/> Residencia fuera de la provincia	
Otras :	

OTROS DATOS DE INTERÉS

Crecimiento y morbilidad

Somatometría	28 ddv	Peso	Talla	PCef	<input type="checkbox"/> < p10 peso	<input type="checkbox"/> < p10 PCef
	36 s EPM	Peso	Talla	PCef	<input type="checkbox"/> < p10 peso	<input type="checkbox"/> < p10 PCef
	Al alta ddv, sEPM	Peso	Talla	PCef	<input type="checkbox"/> < p10 peso	<input type="checkbox"/> < p10 PCef

Morbilidad y complicaciones relacionadas con la prematuridad:

EMH surfactante ventilación mecánica invasiva DBP: leve moderada-grave

Nº días con tratamiento antibiótico: Sepsis precoz Sepsis tardía

DAP con cierre: farmacológico oclusión quirúrgica

Perforación intestinal espontánea NEC > 2 IPLV/APLV

Consentimiento informado

Sí Fecha:

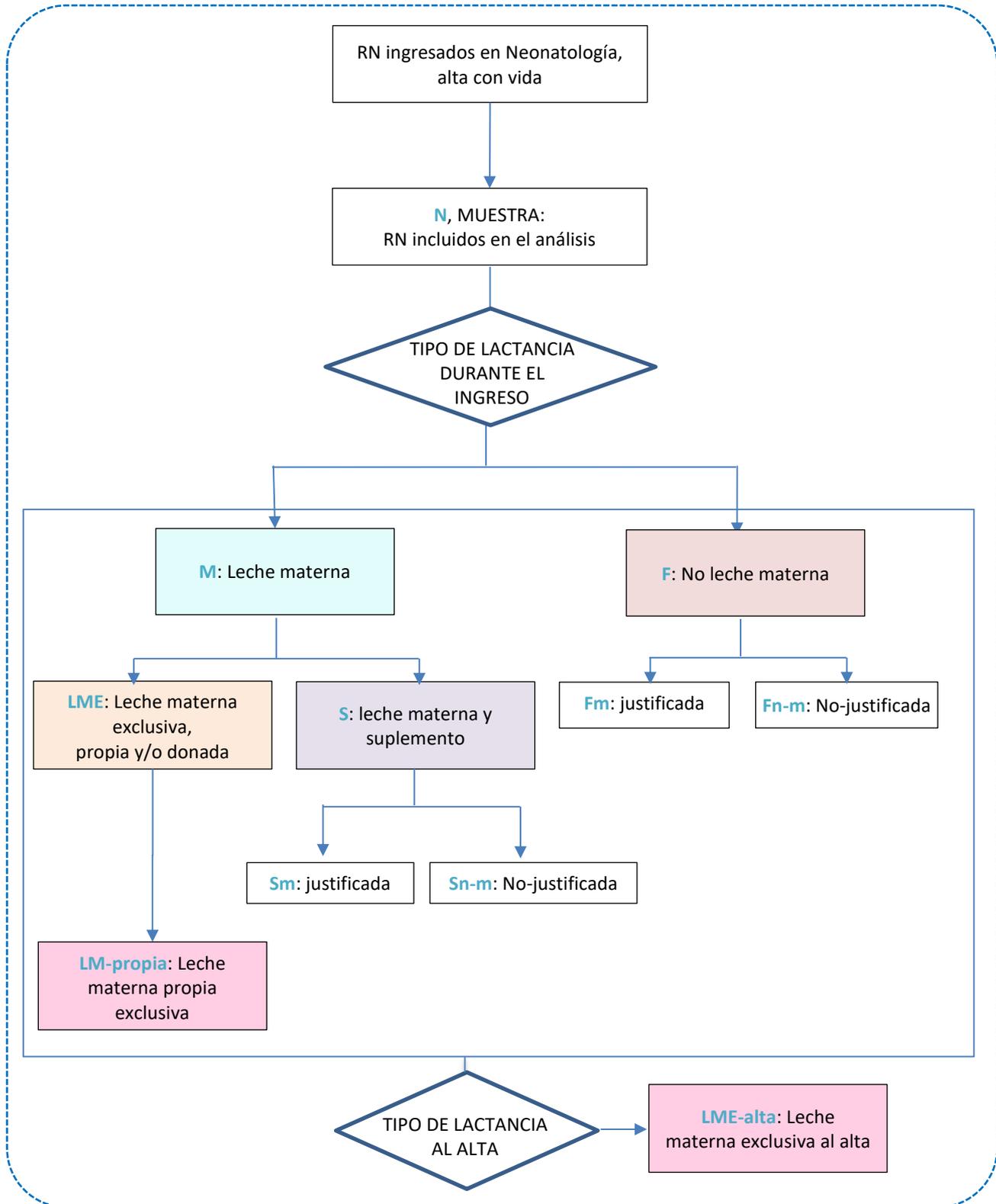
Otras consideraciones:

.....

.....

.....

ANEXO 2. Diagrama de flujo obtención de estadísticas de lactancia en Neonatología



BIBLIOGRAFÍA:

- 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.
- World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes. Geneva, 2009
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/who_fch_cah_09.01_eng.pdf
- Kellams A, Harrel C, Omege S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017; 12: 188-98.
- Noble LM, Okogbule-Wonodi AG, Young MA. ABM Clinical Protocol #12: Transitioning the Breastfeeding Preterm Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home, Revised 2018. *Breastfeed Med.* 2018; 4:230-236. DOI: 10.1089/bfm.2018.29090.ljn
- Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34–36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37–38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. *Breastfeed Med* 2016; 11: 494-500. DOI:10.1089/bfm.2016.29031.egb.
- Arslanoglu S, Boquien C-Y, King C, et al. Working Group on Human Milk Fortification. Fortification of Human Milk for Preterm Infants: Update and Recommendations of the European Milk Bank Association (EMBA). *Front. Pediatr.* 2019; 7:76. DOI: 10.3389/fped.2019.00076
- Wight N, Kim J, Rhine W, Mayer O, Morris M, Sey R, Nisbet C. 2018. Nutritional Support of the Very Low Birth Weight (VLBW) Infant: A Quality Improvement Toolkit. Stanford, CA: California Perinatal Quality Care Collaborative.

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

Referencias a este documento como: Cristina de Frutos Martínez, Marta Cabrera Lafuente, Paula Lalaguna Mallada. “Recogida de estadísticas de lactancia en las Unidades Neonatales”. UNICEF/OMS. IHAN España. 2022

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

Si quiere comunicarse con nosotros: secretaria2@ihan.es