

ENCUESTA DE AUTO-EVALUACIÓN

DE LOS HOSPITALES



INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

DE LA OMS/UNICEF

Cómo utilizar el cuestionario de Auto-evaluación

Este cuestionario de auto-evaluación permite a los hospitales una valoración inicial y de forma rápida de las prácticas actuales de apoyo a la lactancia de las madres y sus hijos. Da una oportunidad de reconsiderar el protocolo actual de acuerdo con las recomendaciones de la declaración Conjunta de 1989 de la OMS/UNICEF: Protección, Promoción y apoyo de la Lactancia Materna.

El llenar este cuestionario constituye el primer paso del proceso, pero no es suficiente para calificar el hospital como Amigo de los Niños.

El personal también debería revisar los Criterios Globales que califican un hospital como Amigo de los Niños como punto de apoyo a la lactancia de las mujeres y sus niños.

El cuestionario también sirve como un listado de cuestiones que permite al hospital valorar cuán cerca están del logro de los 10 pasos.

Como Analizar los Resultados de la Auto-Evaluación

Si la respuesta a la mayoría de las preguntas en este instrumento es “sí” el hospital está en posición de pedir la evaluación externa y posiblemente cumplirá perfectamente los Criterios Globales.

Numerosas respuestas negativas indicarán una divergencia de las recomendaciones de la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF y sus Diez pasos para una Lactancia Materna Eficaz y el hospital podría tomar un Plan de Acción con el objetivo de eliminar las prácticas que dificultan la Lactancia materna e introducir nuevas practicas que la estimulen. Desde el Comité Español de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños se colabora para que estos cambios puedan realizarse.

Una vez el cuestionario ha sido completado y se cumplen los Globales y la tasa de lactancia materna al alta es mayor al 75 por ciento el cuestionario debería de ser remitido al Comité de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y se podría solicitar la visita del evaluador externo.

El Comité Español de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños está emplazado en el apartado de Correos 102 08850-GAVA (Barcelona) Tf y Fax 936626867 y email ihan@unicef.es

En cualquiera de las situaciones estamos dispuestos a colaborar con Vds en que los hospitales se transformen en Amigos de los Niños

CUESTIONARIO

Hoja de Datos del Hospital

Fecha

Si no existe sala para los recién nacidos sanos, favor poner "ninguna" en el espacio en blanco.

Nombre del Hospital. _____
Dirección. _____
Ciudad, Distrito o Región _____ Provincia _____
Nombre del Gerente del Hospital _____ Tf. _____

Nombres de las/los Jefes de Servicio (u otro personal encargado):

Director/a Médico/a.....	Tel.
Jefa/e Servicio Pediátrico	Tel.
Jefa/e Servicio Obstetricia.....	Tel.
Director/a Enfermería	Tel.
Supervisor/a Sala Partos	Tel.
Supervisor/a Maternidad.....	Tel.
Otros	Tel.

Tipo de Hospital:

☐ del Gobierno ☐ Concertado ☐ Privado

Es Hospital Universitario ☐ SI ☐ NO

DATOS DEL REGISTRO DEL HOSPITAL

Capacidad total de camas:

Numero de camas en el área de trabajo de parto y de partos
Número de camas en las salas de maternidad
Número de camas en la sala para los recién nacidos normales
Numero de camas en la unidad de cuidados especiales para recién nacidos
Numero de camas en otras áreas para madres y niños

Partos totales en los últimos 12 meses registrados en el hospital:

por cesárea
niños con bajo peso al nacer (menos 2500g)
en cuidados especiales

Información sobre alimentación infantil obtenido de las historias clínicas:

Total de binomios madre/niño dados de alta en el mes pasado:
 . Porcentaje con lactancia materna al alta en el mes pasado:
 . Porcentaje practicando lactancia materna exclusiva hasta salir del hospital:.....
 . Cuántos habían recibido al menos un biberón desde su nacimiento:

DATOS OBTENIDOS POR:

PASO 1

Disponer de un protocolo escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal sanitario.

- 1.1 ¿Dispone el hospital de protocolos escritos para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna que contemplen los 10 pasos para una Lactancia Materna eficaz en los servicios de maternidad?..... **SI NO**
- 1.2 Protegen los protocolos la lactancia materna, prohibiendo toda promoción e instrucción en grupo de los sucedáneos para la leche materna, biberones y tetinas? **SI NO**
- 1.3 ¿Está el protocolo sobre lactancia del centro disponible para todo el personal que presta atención a las madres y niños? **SI NO**
- 1.4 ¿Está el protocolo visible en todas las áreas del hospital que prestan atención a madres y niños? **SI NO**
- 1.5 ¿Existe un mecanismo para evaluar la eficacia de los protocolos? **SI NO**

PASO 2

Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica ese protocolo.

- 2.1 ¿Está concienciado todo el personal de las ventajas de la lactancia materna y familiarizado con los protocolos de lactancia materna del hospital? **SI NO**
- 2.2 ¿Se informa a todo el personal del área materno-infantil con respecto a la reglamentación sobre lactancia materna del hospital al comenzar a trabajar? **SI NO**
- 2.3 ¿Se proporciona capacitación en lactancia materna y la forma de ponerla en práctica a todo el personal que presta atención a madres y niños, antes de los seis meses de comenzar a trabajar en ese puesto? **SI NO**
- 2.4 ¿Cubre la capacitación por lo menos ocho de los Diez pasos para una lactancia materna eficaz y la protección de la lactancia materna? **SI NO**
- 2.5 ¿La duración de la formación es de 18 horas o más, incluyendo un mínimo de tres horas de experiencia clínica supervisada?..... **SI NO**
- 2.6 ¿Ha organizado el centro alguna formación específica sobre la puesta en práctica de lactancia materna para algún grupo específico de profesionales?..... **SI NO**

PASO 3

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

- 3.1 ¿Dispone el hospital de una clínica de atención a la embarazada, o se ingresan embarazadas antes del parto? **SI NO**
- 3.2 Si la respuesta anterior es sí, ¿se informa a la mayoría de las mujeres que asisten a estos servicios sobre los beneficios de la lactancia materna y como realizarla? **SI NO**

- 3.3 ¿Esta indicado en las historias de la gestación si se ha discutido de la lactancia materna durante el embarazo? ☐ SÍ ☐ NO
- 3.4 ¿Se dispone de la historia del embarazo en el momento del parto? ☐ SI ☐ NO
- 3.5 ¿Están las embarazadas protegidas de la promoción oral o escrita sobre lactancia artificial y de la instrucción colectiva del método de lactancia artificial? ☐ SI ☐ NO
- 3.6 ¿Se tiene en cuenta la decisión de la madre de amamantar al escoger un analgésico, sedante o anestesia durante el trabajo de parto y parto? ☐ SI ☐ NO
- 3.7 ¿Esta familiarizado el personal sobre los efectos de dichos medicamentos en la lactancia? ☐ SI ☐ NO
- 3.8 ¿Se presta especial atención a las mujeres que nunca han amamantado o a aquellas que han tenido una experiencia previa con problemas por parte del personal sanitario? ☐ SI ☐ NO

PASO 4

Ayudar a la madre a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto

- 4.1 Después de un parto normal ¿se da el recién nacido a la madre para abrazarlo, haciendo contacto piel con piel dentro de la media hora siguiente del nacimiento y se permite que este con ella por lo menos durante 1 hora? ☐ SI ☐ NO
- 4.2 ¿Reciben las madres apoyo para iniciar la lactancia en este tiempo? ☐ SI ☐ NO
- 4.3 Después de una cesárea ¿se le ofrece el niño a la madre para tenerlo en contacto piel con piel durante la primera media hora en que ya estén capacitadas para ello? ☐ SI ☐ NO
- 4.4 ¿Están los bebés nacidos por cesárea en contacto piel con piel desde ese momento y durante un mínimo de 30 minutos? ☐ SI ☐ NO

PASO 5

Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si hay que separarse de los hijos

- 5.1 ¿Brinda el personal de enfermería asistencia adicional para la lactancia materna durante seis horas después del parto? ☐ SI ☐ NO
- 5.2 ¿Muestran la mayoría de las madres una correcta posición al pecho? ☐ SI ☐ NO
- 5.3 ¿Se enseña a las madres lactantes como extraer su leche, se les da información de como hacerlo y/o se les orienta como donde obtener ayuda, si la necesitan? ☐ SI ☐ NO
- 5.4 ¿Existen miembros del personal o consejeras/os con formación especializada en lactancia materna y como ponerla en practica, disponibles a tiempo completo, para aconsejar a las madres durante su estancia en el hospital y en la preparación al alta? ☐ SI ☐ NO
- 5.5 ¿El personal presta especial atención y apoyo a las mujeres que nunca han amamantado o a las que han experimentado problemas con la lactancia materna? ☐ SI ☐ NO
- 5.6 ¿Se ayuda a las madres con niños en Cuidados intensivos Neonatales a establecer y mantener la lactancia a través de la extracción frecuente de su leche? ☐ SI ☐ NO

PASO 6

No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén “médicamente” indicados.

6.1 ¿El personal sanitario tiene claras las situaciones en las que es aceptable prescribir alimentos o bebidas que no sean leche para niños amamantados?..... ☐ SI ☐ NO

6.2 ¿Se les da algún alimento o bebida que no sea leche materna a los niños amamantados sin una indicación médica? ☐ SI ☐ NO

6.3 ¿Se compran los productos sucedáneos de la leche materna, incluyendo las fórmulas especiales utilizadas en el establecimiento, de la misma forma que cualquier otro alimento o medicamento? . ☐ SI ☐ NO

6.4 ¿Se niega el hospital y los profesionales sanitarios a recibir sucedáneos de la leche materna a bajo costo y/o gratuitos, pagando cerca del precio de venta al público en caso de comprarlos?.(el bajo costo significa menos del 80% del precio real en el mercado). ☐ SI ☐ NO

6.5 ¿Existen en el centro materiales de promoción para alimentos o bebidas infantiles, que no sean leche materna? ☐ SI ☐ NO

PASO 7

Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas al día

7.1 ¿Permanece junto el binomio madre / hijo las 24 horas al día (en la misma habitación o la misma cama), excepto por períodos de hasta una hora para procedimientos hospitalarios o por indicación médica? ☐ SI ☐ NO

7.2 ¿Comienza la cohabitación antes de una hora de un parto normal?..... ☐ SI ☐ NO

7.3 ¿Comienza la cohabitación antes de una hora del momento en el que la madre puede atender al hijo después de una cesárea? ☐ SI ☐ NO

PASO 8

Fomentar la lactancia natural a demanda.

8.1 ¿Son conscientes los profesionales sanitarios de la importancia de la lactancia a demanda no poniendo restricciones a la frecuencia y duración de las tomas..... ☐ SI ☐ NO

8.2 ¿Se recomienda a la madre amamantar a su hijo cuando tenga hambre y con la frecuencia por él deseada?..... ☐ SI ☐ NO

PASO 9

No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.

9.1 ¿Los niños que han empezado a amamantar son atendidos sin usar biberones? **SI NO**

9.2 ¿Los niños que han empezado a amamantar son atendidos sin usar chupetes? **SI NO**

9.3 ¿El personal informa a las madres que amamantan que no deberían dar biberones o chupetes a sus hijos? **SI NO**

9.4 ¿Muestra el hospital y los profesionales que se debería de evitar el uso de biberones y chupetes no aceptándolos de forma gratuita o a bajo costo?. **SI NO**

PASO 10

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica

10.1 ¿Forma el hospital a los familiares clave para que puedan apoyar a la madre lactante en el hogar? **SI NO**

10.2 ¿Se le pone en contacto a la madre con los grupos de apoyo a la lactancia? **SI NO**

10.3 ¿Dispone el hospital de un sistema de seguimiento y apoyo a las madres tras el alta? **SI NO**

10.4 ¿Estimula y facilita el hospital la formación de grupos de apoyo de madre a madre de trabajo de salud a madre?..... **SI NO**

10.5 ¿Permite el hospital que consejeras capacitadas en apoyo a los grupos de madres den consejos sobre lactancia materna en sus servicios de maternidad? **SI NO**

• **Resumen**

¿Observa su hospital los 10 Pasos hacia una feliz lactancia natural? **SI** **NO**

Si la respuesta es negativa, sería necesario mejorar:

En caso de requerir mejoras, ¿quisiera que le ayuden? **SI** **NO**

Si la respuesta es **SÍ** ¿Cómo?

Este cuestionario facilita el proceso de auto-evaluación del hospital. Si un hospital o establecimiento de salud desea solicitar una evaluación para lograr la designación de Hospital Amigo de los Niños en base a los Criterios Globales, el cuestionario debe presentarse como documento de solicitud.

Si este cuestionario indica una necesidad de llevar a cabo mejora sustancial, se sugiere a los hospitales a pasar varios meses ajustando las rutinas, reciclar al personal y establecer nuevas normas de atención. Luego, se puede repetir este proceso de auto-evaluación. La experiencia nos muestra que se puede lograr cambios fundamentales en tres o cuatro meses con una formación adecuada.

Estamos a su disposición:

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS. UNICEF ESPAÑA

- **Apartado de Correos 102 – 08850-GAVA (Barcelona)**
- **Teléfono 609381931 y el Telefax 936626878**
- **Correo Electrónico es ihan@unicef.es**