



Resolución Directoral

Lima, 17 de Octubre de 2017

Visto, el Expediente Nº 17-016167-001 conteniendo el Memorando Nº 707-2017-DA/HNHU, solicitando la aprobación de varios formatos referidos a la Consejería de la Lactancia Materna;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece en sus artículos: I) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, II) La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en el primer párrafo del artículo 29º de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37º del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, se establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP-V-02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", estableciéndose en sus disposiciones generales la definición de Historia Clínica, que es el documento médico legal en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente;

Que, con Resolución Ministerial Nº 462-2015/MINSA se aprobó la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna" cuyo objetivo es establecer los criterios conceptuales, metodológicos e instrumentales para desarrollar la consejería en lactancia materna que apoye y facilite el ejercicio del derecho de las madres a amamantar a sus niñas y niños hasta los dos años o más;

Que, en el artículo 3º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA de fecha 3 de febrero del 2012, determina las funciones generales asignadas al Hospital, siendo entre ellos: c) Asegurar la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo;



Que, con Nota Informativa N°12-2017-DP/HNHU, el Jefe del Departamento de Pediatría solicita la implementación de los formatos contemplados en la Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna: Ficha de Historia Clínica de Lactancia, Ficha de Lactancia Materna y Ficha de Observación de la Mamada;

Que, mediante Nota Informativa N°058-2017-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad informa que de la revisión de la Ficha de Historia Clínica de Lactancia, Ficha de Lactancia Materna y Ficha de Observación de la Mamada, estas están basadas a la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna" y que han sido adaptadas para su fácil manejo puesto que son herramientas técnicas para la observación de la mamada y permitirá tomar acciones claves al personal en la consejería de la lactancia materna, asimismo el Comité de Historia Clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue a través del Acta de Reunión de fecha 19 de mayo de 2017, acordó por unanimidad aprobar la implementación de la Ficha de Historia Clínica de Lactancia, de la Ficha de Lactancia Materna y de la Ficha de Observación de la Mamada del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 343-2017-OAJ/HNHU;

Con el visado del Jefe del Departamento de Pediatría, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar los Formatos para las Consejería de la Lactancia Materna que se detallan a continuación y que forman parte de la presente Resolución, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa:

- a) Ficha de Historia Clínica de Lactancia
- b) Ficha de Lactancia Materna
- c) Ficha de Observación de la Mamada

Artículo 2°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

DR. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. N° 27423

LWMM/OHACH/mgd
DISTRIBUCIÓN
() Dirección Adjunta
() Ofic. Asesoría Jurídica
() OGC y Dpto de Pediatría
() OCI
() Archivo.

FICHA DE HISTORIA CLÍNICA DE LACTANCIA

Historia Clínica: _____ Nombre del o la bebé: _____
 Nombre de la madre: _____
 Fecha de Nac.: _____
 Motivo de la consulta: _____ Fecha: _____

1. Alimentación actual del bebé	N° de Mamadas: Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Frecuencia: cada <input type="checkbox"/> horas				
	Duración (min) _____		Intervalo más largo entre mamadas (horas) <input type="checkbox"/>		
	Tiempo que la madre está lejos del bebé (horas) <input type="checkbox"/>		Uno o ambos pechos: _____		
	Otros alimentos o bebidas (y agua) que recibe:				
		Cuándo comenzaron (edad)	De qué manera	Cantidad:	Frecuencia (veces al día)
	Leche artificial		onzas		
	Infusiones y/o agua		onzas		
	Papillas		cucharaditas		
	Otros				
2. Salud y comportamiento de la o el bebé	Peso al nacer: _____		Prematuro (semanas) _____		
	Producción de orina (veces al día) <input type="checkbox"/>		Enfermedades y/o Anormalidades: _____		
	Deposiciones (veces al día) <input type="checkbox"/>		Consistencia: Blandas y amarillas <input type="checkbox"/> Duras y verdes <input type="checkbox"/>		
	Conducta al mamar: _____		Apetito: Bueno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/>		
		Vomitos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Conducta para dormir (horas) <input type="checkbox"/>				
3. Embarazo, parto, primeras comidas	Control prenatal: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Parto: Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>		
	Alojamiento conjunto: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Contacto temprano (1/2 a 1 hora): si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
	Cuándo dio la 1 era comida: _____				
	Comidas previas a la lactancia ¿Qué le dieron? _____ Como las dieron _____				
	Muestras de leche artificial que le dieron a la madre _____ Ayuda postnatal con lactancia _____				
4. Condición de la madre y planificación familiar	Edad (años) _____		Condición del pecho _____		
	Salud: _____		Motivación para lactar _____		
	Método de planificación familiar _____				
	Consumo de: alcohol <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> cigarrillo <input type="checkbox"/> Otros hábitos nocivos _____				
5. Alimentación de bebés anteriores	N° de bebés anter. <input type="checkbox"/>		Experiencia buena <input type="checkbox"/> mala <input type="checkbox"/>		
	Cuántos amamantó <input type="checkbox"/>		Razones _____		
	Uso de biberones: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
6. Situación familiar y social	Nivel de educación: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico y/o Superior <input type="checkbox"/>				
	Ocupación <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
	Actitud del padre en relación a la lactancia		Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>		
	Actitud de otros familiares		Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>		
	Ayuda con el cuidado del niño		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Lic. Adm. ROBERTO DOMAN AGUIRRE
PELATARIO
 Hospital Nacional Hipólito Unanue
18 OCT. 2017
 El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista.

Fuente: RM 462-2015/Minsa "Guía Técnica para la consejería en lactancia materna"



FICHA DE LACTANCIA MATERNA

HC N°: _____
 Nombre del bebé: _____ EG: _____ Sexo: _____ Lugar de Nac.: _____
 Fecha de Nac.: ___/___/___ Peso Nac.: _____ talla: _____ P.C.: _____ Contacto Precoz: _____
 Fecha de Alta: ___/___/___ Peso alta: _____ Hora de primera mamada: _____
 Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Parto: _____ Gesta: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____ Estado Civil: _____

FECHA		
Motivo de Consulta		
Peso		
Talla		
PC		
Salud/Comportamiento Bebé		
Luce		
Actividad/color		
Cuántas onzas al día		
Otros		
Alimentación		
Amamanta cuantas veces al día		
Quién termina la mamada		
Recibió Fórmula/Agua/otros		
Biberón/Chupón		
Otros		
Salud Materna		
Sentimientos tristes/estrés		
Comsume alcohol/cigarro/droga		
Alimentación: cuántas veces al día		
Otros		
Técnica de amamantamiento		
Posición		
Agarre		
Succión		
Rostro		
Problema identificado		
Pezones dolorosos/grietas		
Congestión/Mastitis/absceso		
Conductos obstruidos		
Pobre producción		
Confusión de succión		
Mala transferencia		
Plan de Trabajo/intervención		
Posición para amamantar		
Reforzar Agarre/Succión		
Técnica de de extracción de LM		
Método de alimentación: Jeringa/Vaso/cuchara		
Técnica de Relactación/Succión al dedo		
Galactagogos		
Otros		
Interconsulta		
Cita		


 Lic. Adm. RODRIGO ELIZABETH ALVARO
 F.P.S. UNIV. ZARAGOZA
 Hospital Nacional Hipólito Unzué
18 OCT. 2017
 El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista.



FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA MAMADA

Nombre de la madre: _____ Fecha: _____

Nombre de la o el bebé _____ Edad de la o el bebé: _____

	Signos de que la lactancia materna funciona bien	Signos de una posible dificultad
GENERAL	MADRE <input type="checkbox"/> Luce saludable <input type="checkbox"/> Relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Signos de apego entre madre y bebé	MADRE <input type="checkbox"/> Luce enferma o deprimida <input type="checkbox"/> Luce tensa e incómoda <input type="checkbox"/> No EXISTE contacto visual madre y bebé
	BEBE <input type="checkbox"/> Luce saludable <input type="checkbox"/> Calmado y relajado <input type="checkbox"/> Alcanza o busca el pecho si tiene hambre	BEBE <input type="checkbox"/> Luce somnoliento y enfermo/a <input type="checkbox"/> Inquieto/a y llorando <input type="checkbox"/> No alcanza ni busca el pecho
PECHOS	<input type="checkbox"/> Pechos blandos, piel luce sana <input type="checkbox"/> No dolor, ni incomodidad <input type="checkbox"/> Pecho bien sostenido con dedos lejos del pezón <input type="checkbox"/> Pezones salientes, protráctiles	<input type="checkbox"/> Pechos lucen rojos, hinchados y fisurados <input type="checkbox"/> Pechos o pezones dolorosos <input type="checkbox"/> Pecho sostenido con dedos en la areola <input type="checkbox"/> Pezones aplastados, deformados, después de la mamada
POSICIÓN DE LA O EL BEBE	<input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo de la o el bebé alineados <input type="checkbox"/> Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo de la o el bebé apoyado <input type="checkbox"/> Al aproximarse la o el bebé al pecho, la nariz apunta hacia el pezón	<input type="checkbox"/> Cuello y cabeza torcidos para mamar <input type="checkbox"/> Bebé separado de la madre <input type="checkbox"/> Solo apoyados la cabeza y el cuello <input type="checkbox"/> Al aproximarse a la o el bebé al pecho, el labio interior/mentón está hacia el pezón
AGARRE DE LA O EL BEBE AL PECHO	<input type="checkbox"/> Más areola sobre el labio superior de la o el bebé <input type="checkbox"/> Boca de la o el bebé bien abierta <input type="checkbox"/> Labio inferior volteado hacia fuera <input type="checkbox"/> Mentón de la o el bebé toca el pecho	<input type="checkbox"/> Más areola debajo del labio inferior de la o el bebé <input type="checkbox"/> Boca de la o el bebé no está bien abierta <input type="checkbox"/> Labios hacia delante o hacia adentro <input type="checkbox"/> Mentón de la o el bebé no toca el pecho
SUCCIÓN	<input type="checkbox"/> Mamadas lentas y profundas, con pausas <input type="checkbox"/> Mejillas redondeadas cuando succiona <input type="checkbox"/> La o el bebé suelta el pecho cuando termina <input type="checkbox"/> Madre nota signos de reflejo de oxitocina	<input type="checkbox"/> Mamadas rápidas y superficiales <input type="checkbox"/> Mejillas chupadas hacia adentro <input type="checkbox"/> La madre retira a la o el bebé del pecho <input type="checkbox"/> La madre no nota signos del reflejo de oxitocina
NOTAS		

PROBLEMA IDENTIFICADO

- Pezones dolorosos / grietas
- Congestión/Mastitis/Absceso
- Conductos obstruidos
- Pobre Producción
- Confusión de Succión
- Mala transferencia
- Otros: _____



PLAN DE INTERVENCIÓN

- Posición para amamantar
- Reforzar Agarre/Succión
- Técnica de extracción de Leche Materna
- Método de Alimentación:
- Jeringa vaso cucharita
- Técnica Relactación /Succión al dedo
- Galactagogos
- Otros: _____

INTERCONSULTA: _____

Firma y sello: _____

Fuente: RM 462-2015/Minsa "Guía Técnica para la consejería en lactancia materna"

