



Nº 31 -2023 -DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 21 de FEBRERO de 2023

VISTO:

El Expediente con Registro Nº DG-018139-2022 que contiene el Memorando Nº 721-DEIDAECNA-INSN-2022, con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Inclusión de Nuevos Formatos en la Historia Clínica", remitido por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad y calidad;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, de fecha 04 de febrero del año 2010, la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la Calidad en los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente en el Instituto Nacional de salud del Niño;

Que, mediante Memorando Nº 721-DEIDAECNA-INSN-2022, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente, emite opinión favorable a la propuesta del Documento Técnico: "Inclusión de Nuevos Formatos en la Historia Clínica";

Que, mediante Memorando Nº 128-2023-OGC-INSN, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General el Documento Técnico: "Inclusión de Nuevos Formatos en la Historia Clínica";

Que, con Memorando Nº 071-2023-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Inclusión de Nuevos Formatos en la Historia Clínica", elaborado por Comité de Lactancia Materna, el mismo que cuenta con opinión favorable de la instancia respectiva y autoriza la emisión del acto resolutivo correspondiente;

Con la visación de la Oficina de Asesoría Jurídica y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,





De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el Documento Técnico: "Inclusión de Nuevos Formatos en la Historia Clínica", que consta de (03) páginas.

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 28872 - R.N.E. 034554

JATM/ REK
DISTRIBUCIÓN:

- DG
- OEI
- OEA
- OEPE
- OAJ
- OGC
- OP



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

FICHA DE HISTORIA CLINICA DE LACTANCIA

Nombre de la madre: _____ Nombre de la o el bebé: _____
Fecha de Nacimiento: _____ N° de HC _____
Motivos de la consulta _____ Fecha: _____

1. Alimentación actual del bebé	Mamadas Frecuencia Duración Intervalo más largo entre mamadas (tiempo que la madre está lejos del bebé) Uno o ambos pechos	Día	Noche
	Otros alimentos o bebidas (y agua) Que recibe Cuando comenzaron Cuánto De qué manera	Tetina Si/No	
2. Salud y comportamiento de la o el bebé	Peso al Nacer Prematuro Producción de orina (más/menos 6 veces por día) Deposiciones (blanda y amarillas o duras y verdes; frecuencia) Conducta al mamar (apetito, vómitos) Conducta para dormir Enfermedades	Peso actual Gemelos	Crecimiento
		Anormalidades	
3. Embarazo, parto primeras comidas	Control prenatal (si/no) Parto Alojamiento conjunto Comidas previas a la lactancia ¿Qué le dieron? Muestras de leche artificial que le dieron a la madre Ayuda postnatal con lactancia	¿Discuten sobre lactancia? Contacto temprano (1 a ½ hora) Cuando día la 1° comida	
		Cómo las dieron	
4. Condición de la madre y planificación familiar.	Edad Salud Método de planificación familiar	Condición del pecho Motivación para lactar Alcohol, cigarrillo, café otros Hábitos nocivos	
		Experiencia buena o mala Razones	
5. Alimentación de bebés anteriores	Número de bebés anteriores Cuántos amamantó Uso de biberón		
6. Situación familiar y social	Situación de trabajo Situación económica Actitud del padre en relación a la lactancia Actitud de otros familiares Ayuda con el cuidado del niño Que dicen otros de la lactancia	Nivel de educación	

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
FICHA DE LACTANCIA MATERNA

Nombre del Bebe..... EG..... Sexo..... Lugar de Nacimiento..... Hora. Nac.....
 Fecha de Nacimiento/...../..... Peso Nac..... Talla..... P.C Contacto Precoz.....
 Fecha Alta/...../..... Peso Alta..... Hora de la primera mamada del bebé.....
 Nombre de la madre..... Edad....., Parto..... Gesta....., PARA.....
 Dirección..... Teléfono..... Estado Civil.....

FECHA			
Motivo de consulta/Edad			
Peso			
Talla			
PC			
Salud / Comportamiento Bebé:			
Luce:			
Actividad / Color			
Cuántas orinas al día			
Otros			
Alimentación:			
Amamantas / cuantas veces al día			
Quién termina la mamada			
Recibió Fórmula / Agua / Otros			
Biberón / Chupón			
Otros			
Salud materna:			
Sentimientos: Triste / Stress			
Consume: Alcohol/Cigarro/Droga			
Alimentación: Cuántas veces día			
Otros			
Técnicas de Amamantamiento			
Posición			
Agarre			
Succión			
Retiro			
Problema Identificado:			
Pezones dolorosos / grietas			
Congestión / Mastitis / Acceso			
Conductos obstruidos			
Pobre producción			
Confusión de succión			
Mala transferencia			
Otros			
Plan de Trabajo / Intervención			
Posición para Amamantar			
Reforzar Agarre / Succión			
Técnica extracción de Leche Materna			
Método de alimentación			
Jeringa / vasito / cucharita			
Técnica de Re lactación / Succión al dedo			
Galactogogos			
Otros			
Interconsulta			
Cita			

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: <ul style="list-style-type: none"> • Luce saludable • Relajada y cómoda • Signos de apego entre madre y bebé 	Madre: <ul style="list-style-type: none"> • Luce enferma o deprimida • Luce tensa o incómoda • No EXISTE contacto visual madre y bebé
Bebé: <ul style="list-style-type: none"> • Luce saludable • Calmado y relajado • Alcanza o busca el pecho si tiene hambre 	Bebé: <ul style="list-style-type: none"> • Luce somnolienta /o y enferma / o • Inquieta /o y llorando • No alcanza ni busca el pecho.
PECHOS <ul style="list-style-type: none"> • Pechos blandos, piel luce sana • No dolor ni incomodidad • Pecho bien sostenido con dedos lejos del pezón. • Pezones salientes, protráctiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Pechos lucen rojos, hinchados y fisurados. • Pechos o pezones dolorosos • Pecho sostenido con dedos en la areola • Pezones aplastados, deformados, después de la mamada.
POSICIÓN DE LA O EL BEBÉ <ul style="list-style-type: none"> • Cabeza y cuerpo de la o el bebé alineados. • Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre. • Todo el cuerpo de la o el bebé apoyado. • Al aproximarse la o el bebé al pecho, la nariz apunta hacia el pezón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuello y cabeza torcido para mamar. • Bebé separado de la madre • Solo apoyados la cabeza y el cuello • Al aproximarse a la o el bebé al pecho, el labio inferior / mentón está hacia el pezón.
AGARRE DE LA O EL BEBÉ AL PECHO <ul style="list-style-type: none"> • Más areola sobre el labio superior de la o el bebé. • Boca de la o el bebé bien abierta. • Labio inferior volteado hacia afuera. • Mentón de la o el bebé toca el pecho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más areola debajo del labio inferior de la o el bebé. • Boca de la o el bebé no está bien abierta. • Labios hacia adelante o hacia adentro. • Mentón de la o el bebé no toca el pecho.
SUCCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Mamadas lentas y profundas con pausas. • Mejillas redondeadas cuando succiona. • La o el bebé suelta el pecho cuando termina. • Madre nota signos del reflejo de oxitocina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mamadas rápidas y superficiales. • Mejillas chupadas hacia adentro. • La madre retira a la o el bebé del pecho. • La madre no nota signos del reflejo de oxitocina.
NOTAS:	