



Resolución Directoral

Lima, 21 de Diciembre de 2021

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 38303-2021, que contiene la Nota Informativa N° 42-2021-OGC-HNDM, de fecha 16 de diciembre de 2021, con el que se solicita la aprobación de los formatos de consentimiento informado denominado: USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA, MÉTODO MAMÁ CANGURO (MMC) y CONTACTO PIEL A PIEL Y LACTANCIA MATERNA PRECOZ, del Servicio de Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos y Servicio de Neonatología y Cuidados Críticos, del Departamento de Pediatría, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II, del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, se aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal (0-28 días de vida) en los establecimientos de salud públicos y privados del Sector Salud a nivel nacional;


Que, con la Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 - Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, con el objetivo general, de establecer los criterios técnico-normativos para la certificación de establecimientos de salud como establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 426-2019/MINSA, se aprobó la NTS N° 152 - MINSA/2019/DIGIESP.V.01: "Norma Técnica de Salud para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de Bancos de Leche Humana en el Perú", con el objetivo general de establecer los estándares, procesos técnicos y operativos para la implementación, funcionamiento y promoción de bancos de leche humana y centros de recolección de leche humana extraída y donada en el Perú;


Que, asimismo, con la Resolución Ministerial N° 440-2020-MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 108-MINSA/2020/DGIESP: Directiva Sanitaria para la implementación de la Práctica del Método Canguro, con el objetivo general de establecer la práctica del Método Canguro en el manejo clínico del recién nacido prematuro (RNPT) y/o de bajo peso al nacer (BPN), bajo un enfoque de atención integral y de humanización de la práctica de la atención neonatal hospitalaria;

Que, la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, en los numerales 4.2.6., 4.2.8., 4.2.19. y 5.2.2., establecen que, los formatos de atención que forman


parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente. El personal de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en los diferentes formatos que integran la historia clínica, así como de la custodia y conservación de estas, cuando les sean entregadas para las actividades de atención, docencia e investigación. En el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutorio para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma;




Que, asimismo en el numeral 5.2.2., formatos especiales, numeral 16), de la Norma Técnica de Salud, antes prevista, se señala que el Formato de Consentimiento Informado se utiliza en el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, la participación del paciente en actividades de docencia, y debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia. En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su madre o padre, apoderado o representante legal;



Que, con el Informe N° 06-2021-DP-HNDM, de fecha 14 de diciembre de 2021, el Jefe del Departamento de Pediatría, ha emitido el informe con el que sustenta y justifica técnicamente se apruebe los formatos de consentimiento informado denominados: Uso de Leche Materna Pasteurizada, Método Mamá Canguro (MMC) y Contacto Piel a Piel y Lactancia Materna Precoz, del Servicio de Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos y Servicio de Neonatología y Cuidados Críticos, del Departamento de Pediatría;




Que, con el documento de visto, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, informa que ha asesorado en la elaboración de los formatos de consentimiento informado, solicitando su aprobación mediante acto resolutorio;



Que, a través del Memorandum N° 1225-2021-DA-HNDM, de fecha 20 de diciembre de 2021, el Director Adjunto de la Dirección General, en concordancia con lo señalado, considera procedente la aprobación de los formatos de consentimiento informado propuesto;

Que, estando a que los formatos de consentimiento informado, se ajustan a los presupuestos legales vigentes, lo que corresponde es que, para su uso e incorporación en la historia clínica debe aprobarse mediante la presente resolución directoral;



Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Estadística e Informática, y de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud y sus modificatorias; la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; y, la Resolución Viceministerial N° 002-2021-SA/DMVPAS, que renueva a partir del 1 de enero de 2021, el encargo de puesto de Directora General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";



Resolución Directoral

Lima, 21 de Diciembre de 2021

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar los formatos de consentimiento informado denominado: **USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA**, dos (02) fojas. **MÉTODO MAMÁ CANGURO (MMC)**, dos (02) fojas. Y, **CONTACTO PIEL A PIEL Y LACTANCIA MATERNA PRECOZ**, dos (02) fojas; del Servicio de Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos y Servicio de Neonatología y Cuidados Críticos, del Departamento de Pediatría, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", que en un total de seis (6) fojas, forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, realice la impresión y distribución, de los formatos aprobados mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta el formato aprobado, en el artículo primero de la presente resolución, en formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

Artículo 4°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, haga el seguimiento para el uso adecuado, del formato aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 5°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;






MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. ROSARIO DEL VALLE KAYOHARA OKAMOTO
Directora General (e)

RDMKO/ELVF/UEV/T/jevt.

- Dirección General.
- Órgano de Control Institucional.
- Dirección Adjunta.
- Comité de Historias Clínicas.
- Dpto. de Pediatría.
- Ofic. Gestión de la Calidad.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. Estadística e Informática.
- Archivo.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

			Hospital Nacional Dos de Mayo	SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS
Fecha: ____ / ____ /20__ ; Hora: ____ : ____ Hs.			N° de Historia Clínica:	
Nombres y Apellidos del Paciente:				
Nombre del Procedimiento:		USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA		
Yo.....				
de..... años,		Identificado con DNI/CE/ otros N°		
En mi calidad de: Madre (<input type="checkbox"/>), APODERADO (<input type="checkbox"/>) parentesco:.....				
y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.				
DECLARO:				
Que el/la Dr. (a).....				
me ha brindado información en lenguaje claro y sencillo sobre el procedimiento de USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA, sus ventajas y beneficios, y he comprendido lo siguiente: La naturaleza y el propósito de alimentar con Leche Materna Exclusiva es necesario para la adecuada alimentación de mi menor hijo(a),				
<ul style="list-style-type: none"> - Por ser prematuro o recién nacido con un peso menor o igual a 1500 gramos, o - Neonato post-operado de patología del aparato digestivo, 				
Su uso estará sujeto de acuerdo con la indicación médica y disponibilidad.				
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:				
La leche materna humana pasteurizada ha sido procesada en el Banco de Leche Humana del Instituto Materno Perinatal de Lima (IMPL).				
El banco de Leche Humana del IMPL, es un servicio hospitalario especializado responsable de la procura, procesamiento, control de la calidad y distribución de la leche humana donada.				
La donación de leche materna, siendo este el excedente de la leche que las madres producen, es voluntaria, libre, espontánea y gratuita.				
La selección de las donantes se efectúa mediante la evaluación física, mental y laboratorial del donante, evaluando los hábitos de vida, estado de salud materna, y uso de medicamentos.				
La leche materna humana es conservada, desde su extracción, transporte, entrega y distribución en el servicio de Neonatología. La leche materna humana pasteurizada ha sido analizada microbiológicamente.				
Para el uso de la leche materna humana esta fue descongelada en baño maria a una temperatura de 40°C. bajo condiciones adecuadas para su conservación hasta la administración al bebé.				
RIESGOS REALES Y POTENCIALES:				
Hasta el momento actual, no se conoce ningún efecto adverso de índole infecciosa derivado del uso de leche pasteurizada distribuida por bancos de leche.				
PROMOSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:				
Es bueno, por los beneficios demostrados de la Leche Materna Pasteurizada Humana en los niños prematuros: protección frente a la enterocolitis necrosante, mejor tolerancia digestiva, menor incidencia de displasia broncopulmonar, disminución del número de días con catéter y nutrición parenteral, un aumento de la tasa de lactancia materna al alta y un importante ahorro económico. A largo plazo, se ha demostrado que disminuye el riesgo cardiovascular.				


Aprobado con RD N° - 20...../D/HNDM, fecha de del 20.....



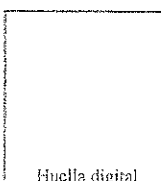
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA como parte de la atención de mi menor hijo.

Lima, de del 20.....


<p>_____</p> <p>Firma del Paciente /Padre/Representante legal</p>	 <p>Huella digital</p>	<p>_____</p> <p>Firma y Sello del Médico Informante</p>
Nombre:	Nombre:	
DNI:	CMP:	

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:
USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA**

Fecha: ____ / ____ /20__ ; Hora: ____ : ____ Hs.	N° de Historia Clínica:	
Nombres y Apellidos del Paciente:		
Nombre del Procedimiento:	USO DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA	
Yo		
de años,	Identificado con DNI/CE/ otros N°	
En mi calidad de: paciente (), APODERADO () parentesco:		
Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.		
<p>_____</p> <p>Firma del Paciente /Padre/Representante legal</p>	 <p>Huella digital</p>	<p>_____</p> <p>Firma y Sello del Médico Informante</p>
Nombre:	Nombre:	
DNI:	CMP:	

Aprobado con RD N° - 20...../D/HNDM, fecha de del 20.....



 Ministerio de Salud Hospital Nacional Dos de Mayo		SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS	
Fecha: ___/___/20___ ; Hora: ___:___ Hs.		N° de Historia Clínica:	
Nombres y Apellidos del Paciente:			
Nombre del Procedimiento:		MÉTODO MAMÁ CANGURO (MMC)	
Yo.....			
de..... años,		Identificado con DNI/CE/ otros N°.....	
En mi calidad de: APODERADO () parentesco:.....			
y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.			
DECLARO: Que el/la Dr. (a) me ha brindado información en lenguaje claro y sencillo sobre el método mamá canguro, sus ventajas y beneficios, y he comprendido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Que su práctica favorecerá a mi bebé. - Se me ha brindado información y capacitación para poner en práctica el método mamá canguro, lactancia materna y otros métodos de alimentación. - Que debo realizar el procedimiento de la forma que está establecido durante el tiempo que mi bebé este hospitalizado, y continuar el método en mi domicilio después del alta del hospital, y venir a mis controles por consultorio de seguimiento ambulatorio que el médico tratante me indique. 			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca al bebé en contacto piel a piel (solo pañal, gorro y medias), al pecho del proveedor, en posición vertical de cubito prono (posición canguro). - Se demostrará y explicará a la madre o padre que la posición canguro facilita la lactancia materna. - El personal de la salud observará y apoyará a la madre y vigilará la posición del bebé, reforzando la confianza de que realice los cuidados canguro las 24 horas. - Se supervisará la adecuada técnica MMC, cada 2 horas control de funciones vitales Monitoreo del estado fisiológico del recién nacido. - Se suspenderá los cuidados de canguro si el Recién Nacido resulta fisiológicamente afectado comprometido o agitado. - Al término del procedimiento del MMC se coloca al Recién Nacido en la incubadora se verifica estado del Recién Nacido y se continúa con la atención hospitalaria según plan de trabajo hospital. 			
RIESGOS REALES Y POTENCIALES: <ul style="list-style-type: none"> - Maternas: Adormecimiento, Hipotensión, Cansancio y Metrorragia. - Neonatales: Distres respiratorio, depresión cardiorrespiratoria e hipoglicemia. 			
PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - El método reduce hasta en 20% el período de hospitalización de los bebés prematuros. - Disminución de la mortalidad neonatal de 70% a 30% - Continuar con controles por consulta de alto riesgo del prematuro 			



Además, en caso de no estar en condiciones para ser el proveedor del método de mamá canguro delegare a un familiar responsable para dicho procedimiento, para lo cual registrare líneas abajo.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el MÉTODO MAMÁ CANGURO como parte del tratamiento de mi menor hijo (a).

Lima, de del 20.....

Y, ante la imposibilidad de ser el proveedor del método mamá canguro, delego a la siguiente persona:

Nombre del familiar:


Documento de identidad N° Parentesco:

Firma de la Madre /Padre/ Representante legal	Huella digital	Firma y Sello del Médico Informante
Nombre:	Nombre:	
DNI:	CMP:	

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:
MÉTODO MAMÁ CANGURO**

Fecha: ___/___/20___ ; Hora: ___:___ Hs.	N° de Historia Clínica:	
Nombres y Apellidos del Paciente:		
Nombre del Procedimiento:	MÉTODO MAMÁ CANGURO (MMC)	
Yo.....		
de..... años,	Identificado con DNI/CE/ otros N°	
En mi calidad de: APODERADO () parentesco:.....		
Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.		
Firma de la Madre /Padre/ Representante legal	Huella digital	Firma y Sello del Médico Informante
Nombre:	Nombre:	
DNI:	CMP:	



 Ministerio de Salud Hospital Nacional Dos de Mayo		SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS	
Fecha: ___/___/20___; Hora: ___:___ Hs.		N° de Historia Clínica: _____	
Nombres y Apellidos del Paciente: _____			
Nombre del Procedimiento:		CONTACTO PIEL A PIEL Y LACTANCIA MATERNA PRECOZ	
Yo.....			
de..... años,		Identificado con DNI/CE/ otros. N°.....	
En mi calidad de: Madre () o APODERADO () parentesco:.....			
Que, cumpliendo los criterios para ser proveedora del procedimiento de Contacto Piel a Piel y Lactancia Materna Precoz, y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.			
DECLARO: Que el/la Dr. (a)..... me ha brindado información en lenguaje claro y sencillo sobre el procedimiento de Contacto Piel a Piel y Lactancia Materna Precoz, sus ventajas y beneficios, y he comprendido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Que su práctica me favorecerá a mí y a mi bebé. • Se me ha brindado información y capacitación para poner en práctica el método de Contacto Piel a Piel y Lactancia Materna Precoz y la leche materna humana. • Que debo realizar el procedimiento de la forma que está establecido durante el tiempo que mi bebé este desde que nace hasta la primera hora de vida; y continuar la lactancia materna en alojamiento conjunto y en mi domicilio después del alta del hospital. 			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> • Se explicará a la madre que el Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna Precoz beneficiará a ella y su bebé, haciendo la demostración. • Al nacer, se coloca al RN vigoroso en contacto piel a piel en el abdomen o el pecho de la madre, cubriéndolo con un campo previamente calentado, realizando el Clampaje tardío del cordón umbilical. • Se supervisará, observará y apoyará a la madre para la adecuada técnica del Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna Precoz, durante la primera hora de vida monitorizando las funciones vitales y estado fisiológico del recién nacido. • Se suspenderá el Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna Precoz, si el Recién Nacido resulta fisiológicamente afectado, con depresión al nacer o agitado. • Al término del procedimiento del Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna Precoz se realizará el procedimiento de Atención Inmediata del RN NORMAL en el ambiente de atención inmediata (antropometría, identificación, profilaxis ocular, etc.). • Luego el RN pasará con la madre para alojamiento conjunto en sala de puerperio y sala de obstetricia hasta su alta conjunta con la madre. 			
RIESGOS REALES Y POTENCIALES: Maternas: Adormecimiento, Hipotensión, Cansancio y Metrorragia. Neonatales: Distres respiratorio, depresión cardiorrespiratoria e hipotermia.			
PROMOSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Favorece un mayor apego entre madre y su hijo. - Ayuda a establecer la lactancia materna exclusiva y mayor duración de la lactancia materna. - Conlleva la colonización del intestino del recién nacido por bacterias maternas, ayudando a combatir algunas enfermedades y regular su sistema inmunológico. - Continuar con controles por consulta de crecimiento y desarrollo o de Lactancia Materna 			


Aprobado con RD N° - 20...../D/HNDM, fecha de del 20.....



Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) **ACEPTO** el procedimiento de Lactancia Materna Precoz como parte del tratamiento de mi menor hijo (a).

Lima, de..... del 20.....

Firma del Paciente /Padre/Representante legal		
Nombre:		Firma y Sello del Médico Informante
DNI:		Nombre:
		CMP:

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:
PARA EL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ**

Fecha: ... / ... /20... ; Hora: ... : ... Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento:

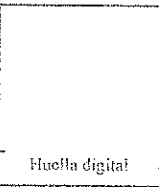
**CONTACTO PIEL A PIEL Y
LACTANCIA MATERNA PRECOZ**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N°

En mi calidad de: Madre () o APODERADO () parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente /Padre/Representante legal		
Nombre:		Firma y Sello del Médico Informante
DNI:		Nombre:
		CMP:

Aprobado con RD N° - 20...../D/HNDM, fecha de del 20.....

