

SALA DE ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA

Ficha de atención

Fecha de atención: ____/____/____ Hora de inicio: ____:____ Hora de fin: ____:____

Nombre de la asesora: _____

Usuaría lactante ☐ Usuaría gestante ☐

1. **Bienvenida cálida** a la usuaria
2. Por favor, me recuerda **¿cuál es su nombre?**

Nombres y apellidos de la usuaria: _____

3. ¿Cómo le gustaría que le diga? (nombre) ó Sra (nombre)
4. ¿Cuántos años tiene?

Edad: ____ años

5. ¿Qué nivel de estudio alcanzó?

6. ¿Trabaja **por un ingreso económico**? (Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Si ☐ ¿Dónde? _____
No ☐

7. ¿Dónde vive? (Señalar con una X el cantón y la parroquia correspondiente)

Cayambe ☐	Pedro Moncayo ☐	Otro: ☐
Ascázubi ☐	Malchिंगui ☐	especificar: _____
Cusubamba ☐	Tocachi ☐	_____
Otón ☐	La Esperanza ☐	
Cangahua ☐	Tabacundo ☐	
Cayambe ☐	Tupigachi ☐	
Juan Montalvo ☐		
Ayora ☐		
Olmedo ☐		
Pesillo ☐		

8. ¿Con quién vive? (Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Padres ☐	
Pareja ☐	
Hijos ☐	
Otros familiares ☐	Especificar: _____
Otros no familiares ☐	Especificar: _____

SALA DE ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA

Ficha de atención

9. ¿Tiene alguna enfermedad? (Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Si ☐ ¿Cuál? _____
No ☐

10. ¿Recibe atención por algún **servicio de salud**, como por ejemplo: salud mental?

(Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Si ☐ ¿Cuál? _____
No ☐

11. ¿Toma algún **medicamento**? (Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Si ☐ ¿Cuál? _____
No ☐

12. ¿Cuántos hijos tiene? (Señalar con una X el número de hijos reportado por la usuaria)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

13. **Antecedentes reproductivos** (Señalar con una X el número reportado por la usuaria)

¿Cuántas veces ha estado **embarazada**?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¿Cuántas veces ha dado a luz por **parto vaginal**?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¿Cuántas veces ha dado a luz por **cesárea**?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¿Ha tenido **abortos**?

Si ☐ ¿Cuántos?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

No ☐

14. ¿Ha acudido antes a esta sala de asesoría de lactancia materna? (Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Si ☐

No, es la primera vez ☐

15. ¿Quién le refirió a este espacio?

Nombre de la persona: _____

Unidad de salud/ Institución a la que pertenece: _____

16. ¿Cuál es el motivo de su consulta?

En caso de que la usuaria reporte que no tiene dudas sobre la lactancia, dígame cálidamente que por favor le enseñe cómo le da de lactar a su bebé. En el caso de usuarias embarazadas ofrecer la muñeca y el seno de silicona. Observar la técnica de lactancia y reforzarla.

SALA DE ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA

Ficha de atención

17. Escribir datos importante sobre el contexto relatado por la Sra

18. Examen físico de la mama

***Guía de exploración

Mama Derecha

MAMA

Número
Forma
Tamaño
Signos de inflamación:
Eritema (color rojo):
Dolor a la palpación:
Calor a la palpación: Consistencia/Congestión:
Lesiones
Cicatrices previas
Otros

PEZÓN

Número
Forma
Tamaño
Signos de inflamación:
Eritema (color rojo):
Dolor a la palpación:
Calor a la palpación:
Lesiones
Cicatrices previas
Otros

Mama Izquierda

MAMA

Número
Forma
Tamaño
Signos de inflamación:
Eritema (color rojo):
Dolor a la palpación:
Calor a la palpación: Consistencia/Congestión:
Lesiones
Cicatrices previas
Otros

PEZÓN

Número
Forma
Tamaño
Signos de inflamación:
Eritema (color rojo):
Dolor a la palpación:
Calor a la palpación:
Lesiones
Cicatrices previas
Otros

19. Examen de la técnica de lactancia

***Guía de exploración

- a. Postura de la madre
 - Posición cómoda para dar de lactar según el contexto de la usuaria
 - Ofrece el seno con la mano en forma de “C”
 - Pezón debe apuntar al paladar del bebé
- b. Posición del bebé
 - Alineación al cuerpo de la madre
 - Mentón en contacto con el pecho
 - Nariz libre
 - *Explicar que para sacar al bebé del pecho, lo mejor es introducir el dedo meñique de la madre en la comisura del labio, para romper el vacío creado al momento de la succión
- c. Agarre
 - Mentón del bebé toca su pecho
 - Boca abierta y agarre de toda la areola
 - Labios hacia afuera (evertidos)
 - Mejillas redondas/ llenas al succionar
 - Madre sin dolor
- d. Succión
 - Movimientos lentos y suaves de la mandíbula
 - Movimientos coordinados con respiración y deglución
 - Sonido de deglución

SALA DE ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA

Ficha de atención

20. Examen físico del bebé (Señalar con una X la respuesta correspondiente)

Labio leporino
Paladar hendido
Otro

☐
☐
☐

Especificar: _____

21. Acciones y recomendaciones

Tema de asesoría:

☐	Anatomía de la mama
☐	Lactogénesis
☐	Técnica de amamantamiento
☐	Posturas de lactancia
☐	Banco de leche
☐	Método canguro
☐	Otro

Especificar: _____

Acciones: _____

Recomendaciones:

Agendamiento para una nueva visita

Fecha de la próxima visita: _____

Número de contacto: _____