



PERÚ

Ministerio
de Salud

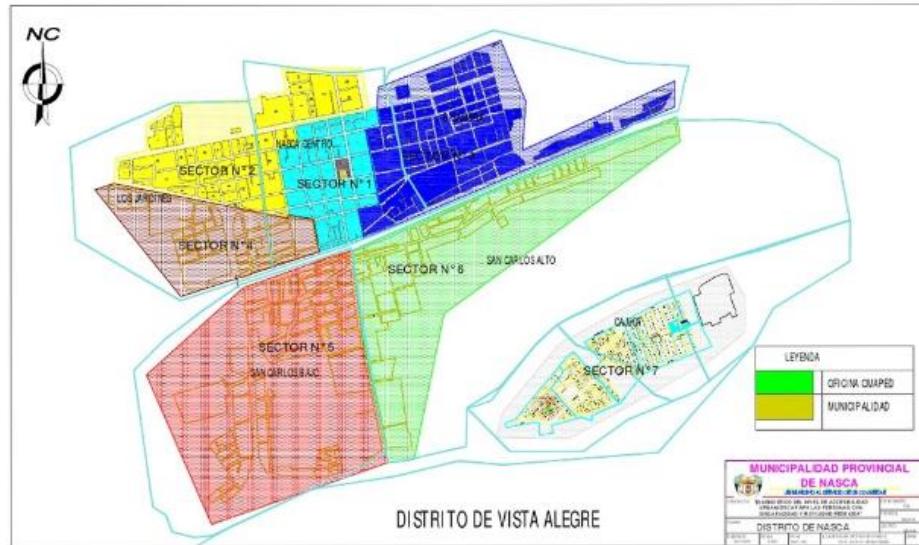
**Sub Producto: Familias con
niños(as) menores de 12 meses
reciben Visita Domiciliaria por Actor
Social**

Dirección de Promoción de la Salud
Ministerio de Salud



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

Sectorización



1. Asignación de niños

Este proceso consiste en asignar mensualmente una cantidad de niños al Actor Social, para que proceda a visitarlos:

Consideraciones:

1. Revisar el listado de niños que viven en el distrito
2. Asignar Actores Sociales al Sector
3. Asignar los niños a los Actores Sociales. Prioridad son niños menores de 1 año. La asignación es hasta un equivalente de 45 visitas por cada Actor Social
4. Entregar el listado de niños a visitar al Actor Social.

Frecuencia de las Visitas

Cada niño recibe mínimo una visita domiciliaria por mes .

Si son más de una visita, estas serán con no menos de 7 días de diferencia.



Programación de las Visitas Domiciliarias

Recomendaciones:

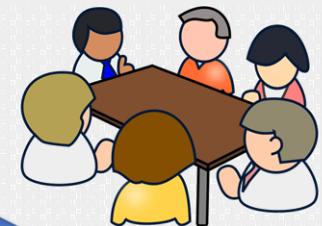
EDAD	N° Visitas mínimas*	Edad inicia las visitas
RECIÉN NACIDO	1	[0 - 29] días
3 MESES	1	[90 - 119] días
4 MESES	1	[120 - 149] días
5 MESES	1	[150 - 179] días
6 - 11 MESES	1	[180 - 359] días

(*) Se recomienda un total de cinco visitas para un niño menor de un año. Sin embargo pueden realizar mas visitas.

(*) En caso de realizar mas 1 visita en el mes, el Coordinador verifica que el intervalo de tiempo entre visitas no sea menor a 7 días ni mayor a 10 días.



¿Qué requiero para iniciar las visitas?



SUB PRODUCTO: FAMILIAS CON NIÑOS(AS) MENORES DE 12 MESES RECIBEN VISITA DOMICILIARIA POR ACTOR SOCIAL

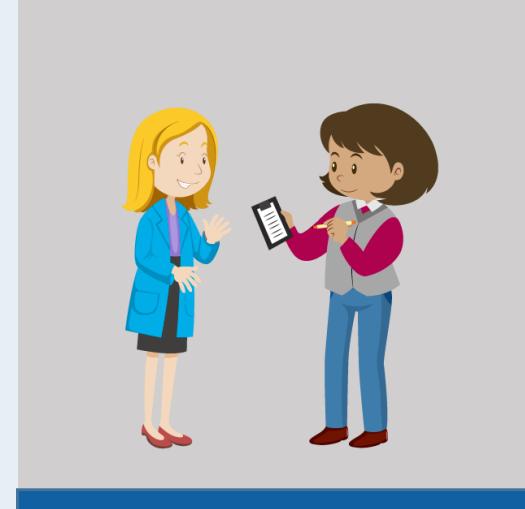
Nº VISITAS	EDAD DEL NIÑO	Verificación Controles	Verificación VACUNAS	Mensajes Claves
1	Recién Nacido 	7 d 14 d 21 d 28 d	1° Control RN 2° Control RN 3° Control RN 4° Control RN	2 vacunas (Tuberculosis - BCG + Hepatitis -HVB). A partir de los 14 días
A criterio	 1 mes		1 CRED	Lactancia Materna Exclusiva
A criterio	 2 meses		2 CRED	4 vacunas (Pentavalente + antipolio + rotavirus + antineumococica)
1	 3 meses	3 CRED		Lactancia Materna Exclusiva
1	 4 meses	4 CRED	4 vacunas (Pentavalente + antipolio + rotavirus + antineumococica)	Anemia, Prevención y Tratamiento, promuevo suplementación oportuna
1	 5 meses	5 CRED		Continuación de la Lactancia Alimentación Complementaria, acuda al tamizaje
1	 [6 – 11] meses	6 a más CRED	Verifica el Tamizaje (6 meses)	Suplementación Tratamiento

Características de la Visita Domiciliaria



Tiempo

Debe ser realizada en un tiempo no menor a 20 minutos, para desarrollar los mensajes claves priorizados, aplicar las fichas de visitas, establecer los compromisos de mejora e identificar una necesidad de atención de la niña o niño.



Protocolo

El Actor Social realiza la VD tomando en cuenta lo establecido en la Sesión “Protocolo Visitas Domiciliarias” por Actor Social



Verificación

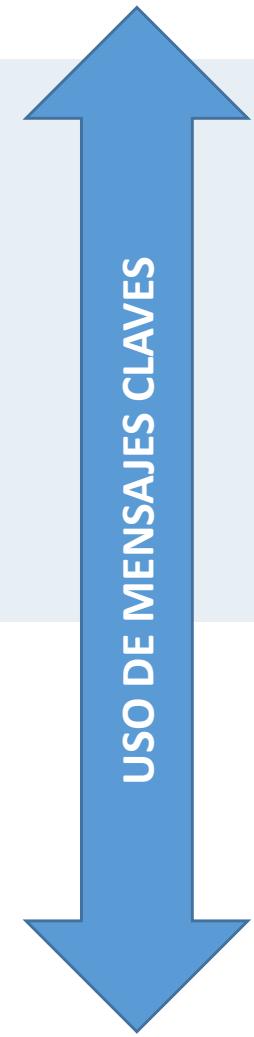
- Consumo de hierro
- Orientación Prácticas Saludables
- Vacunas
- CRED
- Lactancia Materna



Referencia

Si identifica alguna necesidad de atención:

- No recibe lactancia materna exclusiva
- Falta el suplemento Fe
- Falta algún control de Crecimiento y Desarrollo



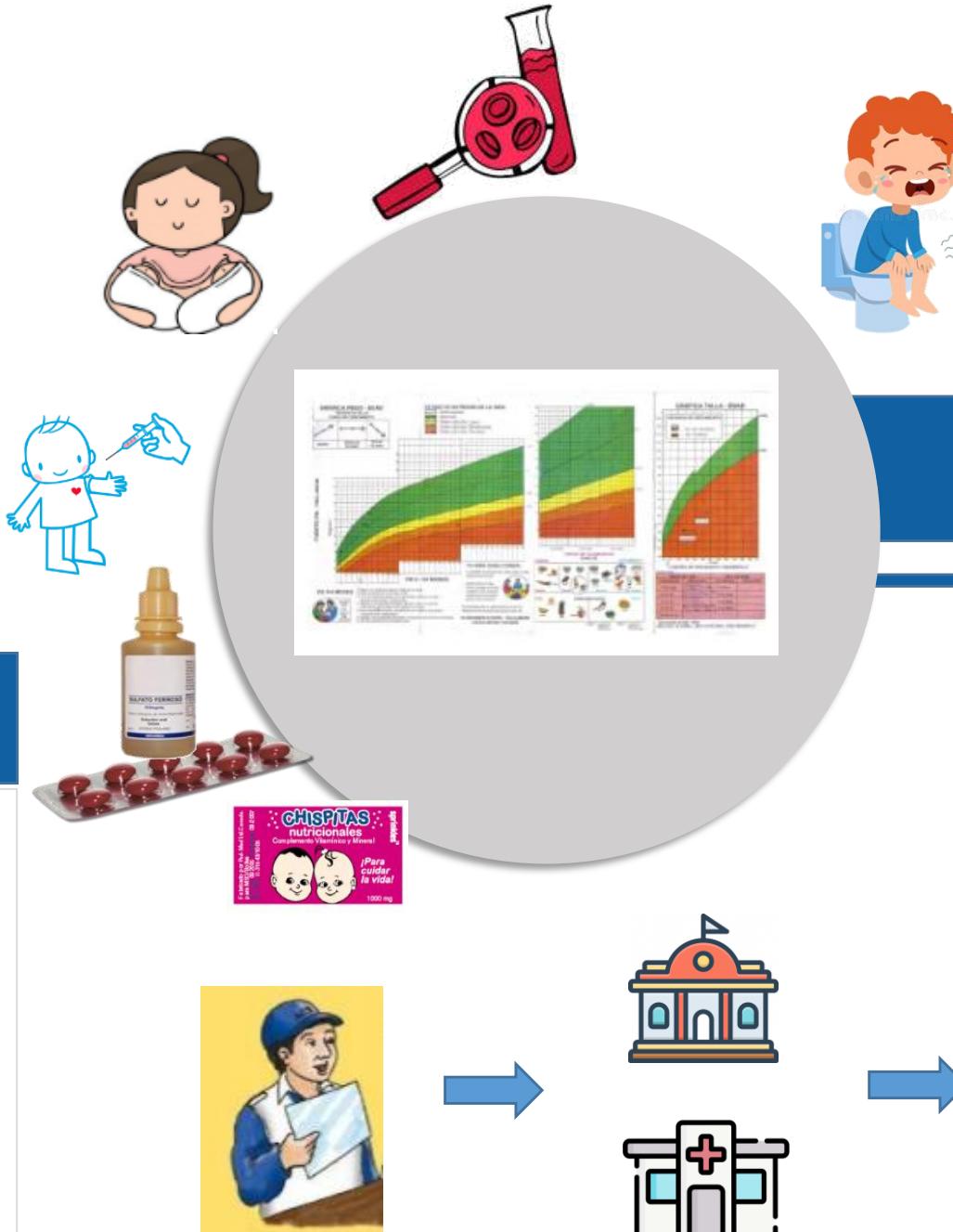
REFERENCIA

- No recibe lactancia materna exclusiva
- Le falta el suplemento de hierro
- Presenta algún efecto adverso al consumo de gotas del suplemento de hierro
- Le falta algún control de Crecimiento y Desarrollo
- Le falta alguna vacuna de acuerdo a su edad
- Requiere 1er dosaje de hemoglobina (6 meses)
- Algun otro motivo indicado en la ficha de referencia comunal

Procedimiento

1. El Actor Social registra la necesidad de atención en la ficha de visita y en el formato de referencia
2. De INMEDIATO comunica a su Coordinador o coordinar con el personal de salud del distrito
3. Informa a la madre la fecha y hora de la atención (entrega del formato de referencia).

El proceso concluye al verificar la atención que recibió el niño



Funciones que se deben cumplir en la Referencia

Actor Social

1. Realizar las referencias de los niños a su cargo cuando amerite
2. Coordinar con el personal del EESS según el flujo establecido
3. Verificar en la siguiente visita la atención de la referencia.
4. Notificar al Coordinador de VD los casos de niñas y niños referidos



Coordinador de Visitas Domiciliarias

1. Gestionar la atención de las referencias con el responsable del EESS (la programación de citas y atención). Según el flujo establecido.
2. Coordina con el Actor Social la verificación de las referencias.

Personal de Salud

1. Gestionar la atención de las referencias con el Coordinador de Visitas Domiciliarias y el EESS. Según el flujo establecido.
2. Coordina con el Actor Social la verificación de las referencias. Según el flujo establecido.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instrumentos

BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

FORMATO N° 03 REFERENCIA COMUNAL



Fecha de referencia	Fecha cita	Hora cita	Nº H. Clinica (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA REFERIDA(O):			
Nombres y apellidos		DNI	<input type="text"/>
Fecha Nac.	Género	Nº Contacto (Teléfono)	<input type="text"/>
/ /	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección			
DATOS DE LA MADRE/PADRE O APODERADO (Si corresponde)			
Nombres y apellidos		DNI	<input type="text"/>
EESS de referencia			

MOTIVO DE REFERENCIA

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Lactancia materna exclusiva | <input type="checkbox"/> | Tiene fiebre, tos, dolor de garganta | <input type="checkbox"/> |
| Control CRED/Vacunas | <input type="checkbox"/> | Fiebre, dolor de estomago, vómito, diarrea | <input type="checkbox"/> |
| No inició suplementación preventiva de hierro | <input type="checkbox"/> | Control de Gestante/Puérpera | <input type="checkbox"/> |
| No cuenta con suplementación de hierro | <input type="checkbox"/> | Sintomático respiratorio con mas 15 días de tos | <input type="checkbox"/> |
| Presenta efecto adverso al consumo de suplemento de hierro | <input type="checkbox"/> | Enfermedades sin tratamiento o control (Diabetes, Hipertensión, asma, otros) | <input type="checkbox"/> |
| Requiere 1er dosaje de Hemoglobina (6 meses) | <input type="checkbox"/> | Persona adulta mayor con algún problema de salud | <input type="checkbox"/> |
| No recibió demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |

Otros motivos de referencia	<input type="text"/>		
-----------------------------	----------------------	--	--

Nombre y Apellido AS/ACS/otro voluntario	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
---	----------------------	-----	----------------------

REGISTRO ATENCIÓN

Fecha atención día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DEL SERVICIO <input type="text"/>
---	---

Proxima Cita día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diagnóstico y tratamiento: <input type="text"/>
---	--

Observación: <input type="text"/>

Firma Profesional atención



Registro de las Visitas

El registro de la Visita Domiciliaria se realiza en las Fichas de Visitas Domiciliarias de acuerdo a la edad del menor.



- a) En el domicilio de la niña o niño, el Actor Social registra la visita domiciliaria utilizando la Ficha de Visita Domiciliaria que deben ser llenados por duplicado.
 - b) Las Fichas deben tener la información completa para ser firmadas y selladas por el responsable de PROMSA del establecimiento de Salud. Una copia de esta ficha se anexa a la historia clínica y el original es entregado al Coordinador de VD para seguimiento de las visitas.
 - c) El Coordinador de VD revisa que la Ficha de Visita se encuentren llenados correctamente. No debe haber borrones. Datos completos.

FIRMA DEL ACTOR SOCIAL

SELLO Y FIRMA DEL PERSONAL DE SALUD



PERÚ

Ministerio
de Salud



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

Gracias