



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

MINISTERIO DE SALUD
SALUD. DERECHO DE TODOS



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

N° VISITAS	EDAD DEL NIÑO		Verificación Controles	Verificación VACUNAS	Mensajes Claves
1	<div>Recién Nacido</div> 	7 d	1° Control RN	2 vacunas (Tuberculosis - BCG + Hepatitis -HVB). A partir de los 14 días	Lactancia Materna Exclusiva Vacunas CRED
		14 d	2° Control RN		
		21 d	3° Control RN		
		28 d	4° Control RN		
A criterio		1 mes	1 CRED		Lactancia Materna Exclusiva
A criterio		2 meses	2 CRED	4 vacunas (Pentavalente + antipolio + rotavirus + antineumococica)	Lactancia Materna Exclusiva
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

USO DE MENSAJES CLAVES

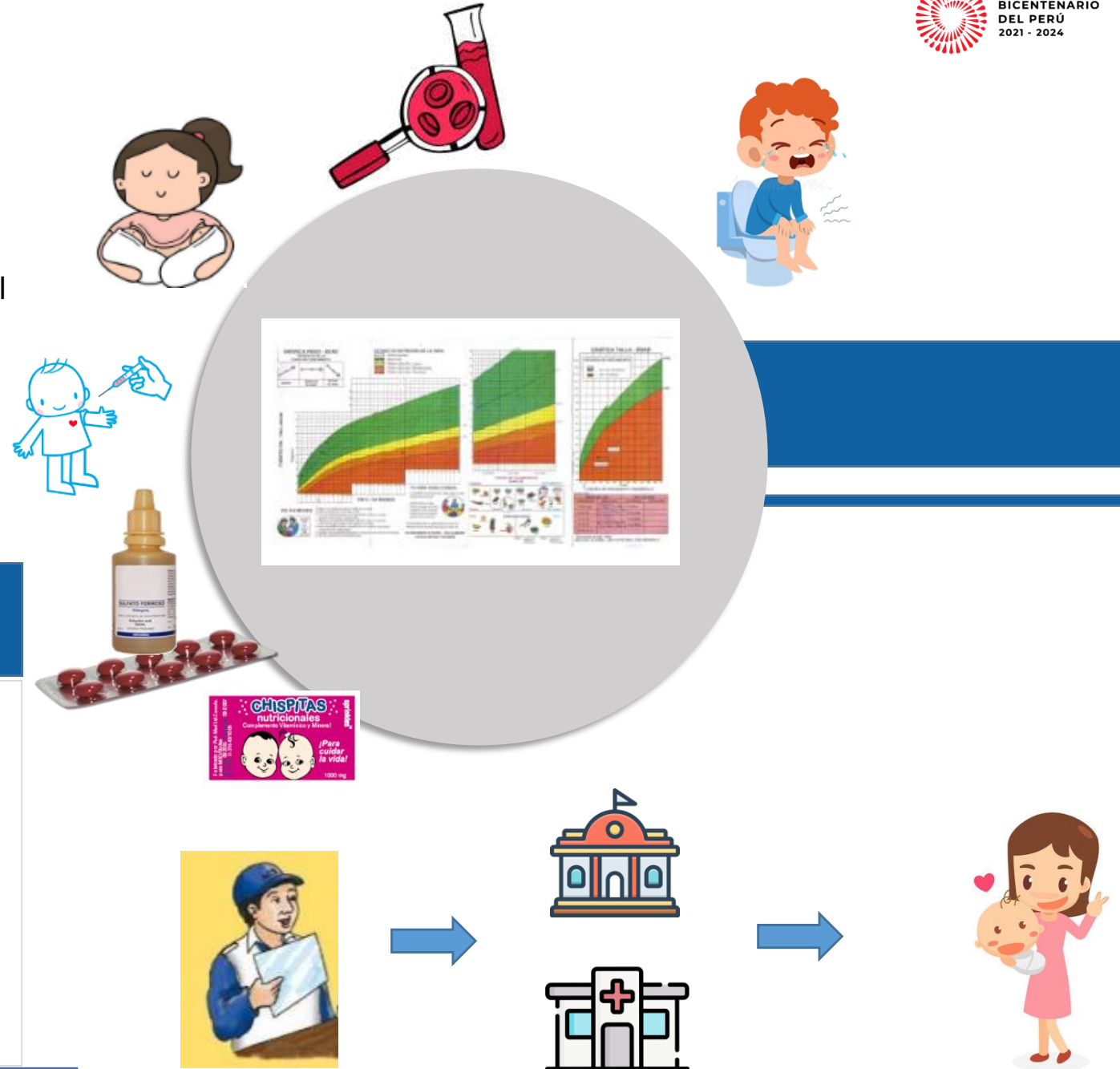
REFERENCIA

- 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)
- Algún 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.





Ministerio
de Salud

Instrumentos




BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



Ministerio
de Salud

FORMATO N° 03 REFERENCIA COMUNAL



Fecha de referencia

Fecha cita

Hora cita

N° H. Clínica (opcional)

DATOS DE LA REFERIDA(O):

Nombres y apellidos

DNI

Fecha Nac.

Género

N° Contacto (Telefono)

Dirección

DATOS DE LA MADRE/PADRE O APODERADO (Si corresponde)

Nombres y apellidos

DNI

EES de referencia

MOTIVO DE REFERENCIA

Lactancia materna exclusiva

Tiene fiebre, tos, dolor de garganta

Control CRED/Vacunas

Fiebre, dolor de estomago, vómito, diarrea

No inició suplementación preventiva de hierro

Control de Gestante/Puérpera

No cuenta con suplementación de hierro

Sintomático respiratorio con mas 15 días de tos

Presenta efecto adverso al consumo de suplemento de hierro

Enfermedades sin tratamiento o control (Diabetes, Hipertensión, asma, otros)

Requiere 1er dosaje de Hemoglobina (6 meses)

Persona adulta mayor con algún problema de salud

No recibió demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro

Otro

Otros motivos de referencia

Nombre y Apellido AS/ACS/otro voluntario

DNI

REGISTRO ATENCIÓN

Fecha atención

NOMBRE DEL SERVICIO

Proxima Cita

Diagnóstico y tratamiento:

Observación:

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.

DATOS DE LA MADRE, PADRE ó APODERADO						DATOS DE LA NIÑA O NIÑO							DATOS DEL ACTOR SOCIAL														
Nombres:						Nombres: 						Nombres:															
Apellidos:						Apellidos:						Apellidos:															
DNI/CE: [][][][][][][][][][][][][][][]						Tipo Document CNV <input type="checkbox"/> CUI <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padrón nominal <input type="checkbox"/>						DNI [][][][][][][][][][][][][][][]															
Celular madre/cuidador: [][][][][][][][][][][][][][][]						Número [][][][][][][][][][][][][][][]						Celular: [][][][][][][][][][][][][][][]															
Otro Celular: [][][][][][][][][][][][][][][]						Fecha Nacimiento: [][][][][][][][][][][][][][][]						N° Historia Clínica [][][][][][][][][][][][][][][]															
Dirección Actual:													Establecimiento de Salud de atención:														
(ACTOR SOCIAL SOLICITA AMABLEMENTE EL CARNE DE CONTROL CRED Y VERIFICA SI:						¿Está recibiendo gotas de hierro tu niña o niño? (Sólo si es prematuro o con bajo peso al nacer) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>						VERIFIQUE LAS VACUNAS RECIBIDAS CUANDO LA NIÑA O NIÑO TENIA 2 MESES DE EDAD. (Tomar el dato de la tarjeta CRED):															
La niña o niño recibió el Control CRED cuando tenía 2 meses de edad (Si la respuesta es NO refiere al Visita Nº 01 Fecha: [][][][][][][][][][][][][][][] Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												Antipolio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pentavalente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Neumococo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rotavirus SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es NO refiere al Establecimiento de Salud)															
PREGUNTAS SOBRE EL CONTROL CRED													EXPLORA ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:										COMPROMISO DE LA MADRE				
Su niña o niño ¿Ha recibido el Control de Crecimiento y Desarrollo en los últimos 3 meses en el establecimiento de Salud? <input type="radio"/> Si ha recibido <input type="radio"/> Aún no le toca <input type="radio"/> No pude llevarla(o) por problemas <input type="radio"/> Otras condiciones													¿Le está dando sólo pecho a su hijo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna dificultad para darle sólo pecho a su hija(o)? (Marque sólo) <input type="checkbox"/> No tengo mucha leche <input type="checkbox"/> Problemas de succión (mi bebé no se agarra bien el pecho) <input type="checkbox"/> Por mi horario de trabajo <input type="checkbox"/> Por temas de salud Si respondió que "NO le da pecho", preguntar: ¿Qué le da en su lugar?: <input type="checkbox"/> Mixto: Leche materna + leche de fórmula u otros <input type="checkbox"/> Sólo leche de fórmula <input type="checkbox"/> Otros alimentos u otros tipos de leche										Solicite un compromiso sencillo a la madre, sobre lo abordado en la visita: FIRMA DE LA MADRE O CUIDADOR(A)				
¿SE ENCONTRÓ A LA NIÑA O NIÑO?													¿REQUIERE REFERENCIA?										OBSERVACIONES:				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No														
Temas a abordar durante la visita:													Refiere a la niña o niño si le falta:														
Nº visita	Tema a tratar durante la visita												- Alguna de sus vacunas														
1ra visita	Lactancia Materna <input type="radio"/>												- Algún Control CRED														
2da visita	Apego seguro <input type="radio"/>												- No cuenta con suplemento de hierro														
3ra visita	Vacunas y Suplementación <input type="radio"/>												- Tiene un efecto adverso al consumo de suplemento														

FIRMA DEL ACTOR SOCIAL

SELO Y FIRMA DEL PERSONAL DE SALUD



PERÚ

Ministerio
de Salud



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

Gracias