



Resolución Ministerial

Lima, 11 de SEPTIEMBRE del 2019



Z. TOMAS



G. Rosell

Visto, el Expediente N° 19-069444-001/002 que contiene el Informe N° 022-2019-JMO-UFANS-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:



O. BROGGI

Que, el numeral V del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud dispone que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender, entre otros, los problemas de desnutrición de la población;



S. YANCOURT

Que, el artículo 123 de la acotada Ley establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional, que tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;



A. González

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



R. TAPIA

Que, en los literales a) y b), del artículo 5 de la precitada Ley, se señala que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud; y, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, cuyo quinto objetivo estratégico menciona que, la visita domiciliaria se constituye en un espacio fundamental para fortalecer la adopción de prácticas como parte del circuito entre la consejería en el servicio de salud (atención infantil o prenatal) y la sesión demostrativa de preparación de alimento;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, y sus modificatorias, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente, entre otros, para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en salud pública en materia de Intervenciones por curso de vida y cuidado integral y promoción de la salud;



Z. TOMAS

Que, el literal b) del artículo 64 del precitado Reglamento, establece como una de las funciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública: proponer, evaluar y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos materia de intervenciones estratégicas en Salud Pública;



G. Rosell

Que, mediante el documento del visto; y, en el marco de sus competencias funcionales, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha elaborado la propuesta de Directiva Sanitaria que establece los criterios para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de la salud, a fin de contribuir al desarrollo y bienestar de niñas, niños, gestantes y púerperas en el marco de la atención integral de salud;



O. BROGGI

Que, en el marco de lo requerido por las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, la Dirección General de Operaciones en Salud mediante Informe N° 004-2019-NCL-DIMON y la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización a través del Informe N° 216-2019-OPEE-OGPPM/MINSA, emitieron opinión favorable para la aprobación de la Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil;



S. YANCOURT

Que, mediante el Informe N° 534-2019-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;



A. González

Que, conforme a lo expuesto, se ha cumplido con los requisitos legales establecidos para la aprobación de la Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil, siendo pertinente expedir el acto resolutorio correspondiente;



R. TAPIA

Con las visaciones del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA;



Resolución Ministerial

Lima, 11 de SEPTIEMBRE del 2019



SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 086 -MINSa/2019/DGIESP-V.01 "Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus funciones, la difusión, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.



Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.



Regístrese, comuníquese y publíquese.

[Handwritten Signature]
ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES
Ministra de Salud



DIRECTIVA SANITARIA N° 086 - MINSA/2019/DGIESP-V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VISITA
DOMICILIARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE LA SALUD PARA LA
PREVENCIÓN, REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

I. FINALIDAD

Contribuir al desarrollo y bienestar de niñas, niños, gestantes y puérperas a través de la visita domiciliaria, fortaleciendo la adopción de prácticas adecuadas de nutrición y salud en el marco de la atención integral de salud.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer los criterios para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de la salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil en niñas y niños menores de 24 meses, gestantes, puérperas y desnutrición crónica infantil en el marco del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2.1** Conocer y aplicar los instrumentos e instructivos que conforman la herramienta de visita domiciliaria e identificar los pasos para realizarla.
- 2.2.2** Determinar los momentos de la visita domiciliaria por personal de la salud para niñas y niños menores de 24 meses, gestantes y puérperas atendidos en el establecimiento de salud.
- 2.2.3** Establecer las pautas para la implementación de las visitas domiciliarias por parte del personal de la salud antes, durante y después de la visita.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Directiva Sanitaria es de alcance nacional y de obligatorio cumplimiento en todas las dependencias y establecimientos de salud a cargo del Ministerio de Salud, de las Dirección de Redes Integradas de Salud; de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional; así como los establecimientos de su jurisdicción.

Es de referencia para los establecimientos de salud del sector público o privado en todo el país y para las personas naturales o jurídicas relacionadas de manera directa o indirecta en la implementación de las visitas domiciliarias.

IV. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria.



- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA/INS – V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”.
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años” y su modificatoria.

V. DISPOSICIONES GENERALES:

- 5.1. La visita domiciliaria, es una actividad extramural realizada por personal de la salud capacitado mediante la cual: acompaña y hace seguimiento a los acuerdos y compromisos asumidos por la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera; verifica y fortalece prácticas claves de lactancia materna, alimentación, suplementación y tratamiento de anemia y el estado vacunal de acuerdo a la edad.
- 5.2. El establecimiento de salud debe contar con la sectorización de su territorio y asignación de responsables por sector, debiendo mapear las niñas, niños, gestantes y puérperas que inician suplementación o tratamiento de anemia.
- 5.3. La visita domiciliaria en las niñas y niños menores de 24 meses se realiza en los siguientes momentos:

5.3.1 Niñas y niños sin anemia:

- Una visita dentro de los primeros 7 días de nacido.
- Dos visitas entre los 4 y 5 meses (1 mensual).
- Tres visitas entre 6 y 11 meses (a los 30, 90 y 180 días) de iniciada la suplementación.

5.3.2 Niñas y niños con diagnóstico de anemia:



- Tres visitas entre 6 y 11 meses: la primera visita dentro del primer mes, la segunda visita a los 60 días y la tercera visita a los 90 días de iniciado el tratamiento. Si el niño es diagnosticado después de los 6 meses debe cumplirse el esquema precitado.

5.3.3 Gestantes y puérperas sin o con anemia:

- Dos visitas durante el periodo gestacional:
 - La primera visita después del primer control prenatal y de realizada la batería de análisis de laboratorio (14 a 27 semanas de gestación).
 - La segunda visita después de realizada la segunda batería de análisis de laboratorio (28 a 40 semanas de gestación).
- Dos visitas durante el periodo de puerperio:
 - La primera visita se realizará en los primeros 7 días de producido el parto.
 - La segunda visita se realizará entre los 28 y 30 días de producido el parto.
 - Se sugiere programar visitas adicionales dependiendo del riesgo identificado.

5.4. El tiempo de la primera visita domiciliaria es de 60 minutos, las posteriores visitas de seguimiento durarán no menos de 20 minutos.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

6.1. IMPLEMENTACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS

6.1.1 INSTRUMENTOS A UTILIZAR

- Ficha de visita domiciliaria: para niñas y niños menores de 4 meses (Anexo 1), niñas y niños de 4 a 24 meses (Anexo 2) y gestantes y puérperas (Anexo 3).
- Mapa de la jurisdicción.
- Tabla de dosificación de suplementación y tratamiento de hierro.
- Tarjeta de atención preferencial.
- Padrón nominal o listado actualizado de niños o gestantes.
- Plan de parto.

6.1.2 ANTES DE LA VISITA DOMICILIARIA:

- Identificar a las niñas y niños menores de 24 meses, gestantes y puérperas de la jurisdicción a visitar (dirección y sector).
- Establecer los motivos, objetivos y determinar el contenido a tratar en cada visita domiciliaria.
- De acuerdo a la relación de niñas y niños menores de 24 meses, gestantes y puérperas que corresponda visitar, completar los datos generales en la ficha de visita domiciliaria, conforme a la información de acceso público que obre en la base de datos o lo que haga sus veces.



- Si cuenta con los teléfonos de las familias, realizar el primer contacto directo con la madre, padre o cuidador de la niña o niño, gestante o puérpera, a fin de lograr visitas domiciliarias efectivas.
- Contar con adecuada cantidad de fichas de visita domiciliaria y materiales de escritorio necesarios para su realización.
- Organizar y revisar el instructivo de la ficha de visita domiciliaria de niñas y niños menores de 24 meses, gestantes y puérperas; el material educativo, medicamentos, entre otros, según corresponda, para realizar una adecuada visita.
- Preparar la ruta de desplazamiento según el domicilio de los niñas y niños, gestantes o puérperas a visitar que resulte más óptimo.

6.1.3 DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA

- Saludar cordialmente y presentarse de manera sencilla y respetuosa.
- Dar a conocer su nombre y el establecimiento de salud del que procede, la primera impresión es clave para el desarrollo de la actividad.
- Solicitar la aceptación de la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera para realizar la entrevista, explicando claramente el objetivo de la misma.
- Solicitar a la madre, padre o cuidador el carné de Control de Crecimiento y Desarrollo - CRED, la tarjeta el camino del buen crecimiento "mis acuerdos y compromisos" y el carné de atención materno perinatal en caso de la gestante o puérpera.
- Verificar la información registrada en el carné de crecimiento y desarrollo, peso al nacer, control CRED, dosaje de hemoglobina, entrega de las gotas o jarabe de hierro, estado vacunal y acuerdos y compromisos asumidos. En la gestante o puérpera verificar la semana gestacional, dosaje de hemoglobina, entrega de las pastillas de hierro, IMC pre gestacional, signos de alarma, estado vacunal, acuerdos y compromisos asumidos.
- Revisar y analizar los acuerdos tomados previamente en alimentación, suplementación o tratamiento, identificar los avances y mejoras, de no haber avances, reforzar o sugerir los medios para cumplir con los acuerdos y compromisos.
- De haber cumplido con todos los acuerdos felicitar a la madre, padre o cuidador, gestante o puérpera.
- De no haber cumplido con los acuerdos, realizar preguntas abiertas para saber por qué no se cumplió.
- Si las respuestas no son claras, reformular las preguntas o abordar sobre la situación con palabras más simples y adecuadas.
- De existir dificultades para el cumplimiento de compromisos, plantear de manera conjunta nuevas alternativas de solución y plantear las alternativas para cumplir los compromisos.
- De no haber acuerdos asumidos previamente, explorar en la visita de niñas y niños menores de 24 meses según corresponda contenidos de lactancia materna exclusiva o continuación de la lactancia, alimentación complementaria, suplementación y tratamiento con hierro y en la gestante o puérpera explore en relación a su alimentación, suplementación y tratamiento.

- Puede hacer uso del laminario para niñas y niños y la gestante para explicar los mensajes claves de alimentación que deben ser mejoradas.
- Si la niña, niño, gestante o puérpera dejó el suplemento o tratamiento con hierro por más de 3 meses, no realizó los controles, tiene algún efecto colateral u otro, debe realizar la consejería y referirlo al establecimiento de salud con la tarjeta de **ATENCIÓN PREFERENTE** (anexo 4) para ser atendido por el personal de la salud.
- No olvide motivar a la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera sobre la necesidad de mejorar las prácticas acordadas.
- Registrar los nuevos acuerdos y compromisos asumidos por la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera en **OBSERVACIONES**. Este espacio también servirá para anotar la referencia si la hubiese u otro de importancia.
- Si durante la visita observan que las niñas, niños, gestantes o puérperas no recibieron el suplemento o se les agotó, deberán entregarle el que le corresponda.
- Entregar a la madre, padre o cuidador, gestante o puérpera material educativo que refuerce los mensajes clave de alimentación y suplementación con hierro.
- Para finalizar, se sintetiza los acuerdos y compromisos a los cuales la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera han llegado, leyéndole los mismos y haciéndoles firmar la ficha de visita e invitar a la madre, padre o cuidador, gestante o puérpera a su próxima cita o a reincorporarse a sus controles de ser el caso, despedirse cordialmente y agradecerle por su atención.

6.1.4 DESPUÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA

- Registrar la información de las visitas realizadas en el cuaderno o base de datos de seguimiento para poder evaluar su progreso.
- Realizar el registro en el Sistema de Información Hospitalaria – HIS y del Formato Único de Atención, de corresponder, de las visitas realizadas.
- Registrar la información con letra clara en la historia clínica: fecha de la visita domiciliaria de anemia, situación encontrada, acuerdos y compromisos, en la hoja de visita domiciliaria.
- Adjuntar las fichas de visitas domiciliares efectuadas en la historia clínica correspondiente.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de la difusión del presente Directiva Sanitaria hasta el nivel regional, brindando asistencia técnica para la implementación y supervisión de su cumplimiento.

7.2. NIVEL REGIONAL

Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud y las Redes de Salud o las que



hagan sus veces, son las responsables de difundir, implementar y supervisar el cumplimiento de lo establecido en la presente Directiva Sanitaria. Asimismo, de asegurar los recursos necesarios y brindar asistencia técnica para su adecuada implementación.

7.3. NIVEL LOCAL

Los establecimientos de salud son los responsables de aplicar lo establecido en la presente Directiva Sanitaria en el ámbito de su jurisdicción.

VIII. ANEXOS

- Anexo 1 : Ficha visita domiciliaria del recién nacido y niñas y niños menores de 4 meses e instructivo.
- Anexo 2 : Ficha visita domiciliaria para niñas y niños entre los 4 a 24 meses e instructivo.
- Anexo 3 : Ficha visita domiciliaria para la gestante y la puérpera e instructivo.
- Anexo 4 : Tarjeta de Referencia comunal atención preferencial para la reducción de la anemia e instructivo.



DIRECTIVA SANITARIA N° 086 - MINSA/2019/DGIESP-V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE LA SALUD
PARA LA PREVENCIÓN, REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

ANEXO 1:
FICHA VISITA DOMICILIARIA DEL RECIÉN NACIDO Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 4 MESES

FICHA: VISITA DOMICILIARIA PARA EL RECIÉN NACIDO Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 4 MESES							
DATOS GENERALES							
N° de Historia Clínica	DNI	F.de Nac	Sexo	M	F		
Apellidos del niño(a)	Peso al nacer	Edad Gest al nacer (sem)					
Nombres del niño(a)	Prematuro	SI	NO	Bajo Peso	SI	NO	
Nombre de la madre	Dirección	Telefono					
VISITAS		1ra semana de nacido	2 meses	3 meses			
FECHA DE LA VISITA							
Tiene control CRED	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Peso de control CRED							
Tiene vacunas completas para su edad (Si la rpt a en NO, derivar al ES)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fecha dosaje Hemoglobina (último control)							
Valor Hemoglobina							
Fecha de última entrega de suplemento							
Compromiso asumido (C)							
Compromiso asumido (C)							
Tiene cartilla de compromisos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
(C 1) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Explorar si el niño(a) está recibiendo Lactancia materna exclusiva							
1.1 ¿Le está dando pecho a (nombre del niño(a))? Si responde No pase a 1.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.2 ¿Pedir a la madre dar de lactar al niño. observe al niño(a) y a la madre, posición, agarre al pecho, succión. Evalúe¿lo esta haciendo bien? Si la respuesta es No, anote el/los signos de dificultad observados	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.3 ¿Cuántas veces le da pecho durante el día?							
1.4 ¿Cuántas veces le da pecho durante la noche y hasta que amanece?							
1.5 ¿Además de su leche le da formula "otra leche"? Si la respuesta es SI ¿Cuántos veces le da "otra leche"?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.6 ¿Le ha dado aguita, mate, hierbas, te o caldo?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.7 ¿Tiene alguna dificultad o problema para dar solo pecho? Pase a siguiente compromiso. Si la respuesta es SI, ¿Qué dificultad tiene? Anote dificultad expresada	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.8 ¿Por qué no le da pecho?							
1.9 ¿Qué le da en lugar de leche materna?							
(C 8) SUPLEMENTACION. Para niños con bajo peso al nacer y/o prematuro. Explorar uso correcto del suplemento							
8.1 ¿Le da suplemento de hierro? Si la Rpta. es NO pase a 8.4			SI	NO	SI	NO	
8.2 Muéstreme lo q le da: gotas (1), jarabe (2), no muestra (3)							
8.3 ¿Cuánto le da y cada cuanto le da? Verifique si es correcto.							
8.4 Si 8.1 la respuesta es NO, pregunte ¿Por qué no le da?							
¿Está cumpliendo compromiso (C)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Está cumpliendo compromiso (C)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Si no está cumpliendo compromisos, explore ¿Por qué?							
Nombre del personal de salud que realizó la visita							
OBSERVACIONES:							
Firma de la madre, padre o cuidador				Firma del responsable de la Visita			
DNI:				DNI:			



INSTRUCTIVO
FICHA: VISITA DOMICILIARIA PARA EL RECIÉN NACIDO Y NIÑAS Y NIÑOS
MENORES DE 4 MESES

DATOS GENERALES (completar en el establecimiento de salud antes de la visita)

Para completar la información requerida en DATOS GENERALES revise la historia clínica.

FECHA DE LA VISITA: corresponde al día, mes y año en que realiza la visita domiciliaria.

TIENE CONTROL CRED: corresponde a los controles de la primera semana, de 2 y 3 meses

PESO DE CONTROL CRED: anote el peso de los controles indicados.

TIENE VACUNAS COMPLETAS PARA SU EDAD: Si la respuesta es no derivar al EESS

FECHA DOSAJE HEMOGLOBINA (ÚLTIMO CONTROL): registre la fecha de dosaje

VALOR HEMOGLOBINA: registre el valor de la hemoglobina

FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA DE SUPLEMENTO: anote la última fecha en la que se le entregó el suplemento. Verificar registro en la tarjeta de atención integral del niño.

COMPROMISO ASUMIDO (C): escriba el número de compromiso asumido, tal como se muestra en la cartilla de compromisos, para la aplicación de esta ficha se verificará la práctica del compromiso 1 que corresponde a lactancia materna exclusiva (C 1) y/o el compromiso 8 suplementación (C 8), según sea el caso. Si no tiene compromisos asumidos, explore los otros temas.

Con la información completa de los **DATOS GENERALES** de la niña o niño que le corresponde visitar, dirijase a visitarlos.

DURANTE LA VISITA:

Pida el Carné de atención integral de salud de la niña o niño y verifique si tiene la cartilla de compromisos.

TIENE CARTILLA DE COMPROMISO: verifique si la cartilla de compromiso está junto al carné de atención integral de salud de la niña o niño con la anotación del o los compromisos asumidos por la madre, padre o cuidador. Marque la respuesta SI o NO, según corresponda.

Indique a la madre que mientras conversan usted hará anotaciones en la ficha. Dígale que usted está para apoyarla con el buen crecimiento de su niña o niño y responderá cualquier duda que tenga al respecto.

Recuerde que **las preguntas no tienen que ser leídas como en una encuesta.**

Entable conversación con el entrevistada (o), por ejemplo: "Sra. (Nombre de la Sra.)

¿A qué se comprometió usted con la alimentación de (nombre de la niña o niño) cuando fue a su control?". **Escuche**, de esta manera usted evalúa si los recuerda.

Mostrándole su cartilla de compromisos pregunte por cada uno de ellos, empezando con el primer compromiso: "¿Cómo le ha ido con la práctica de darle su pecho a (nombre de la niña o niño)?, **escuche**. ¿Cómo lo está haciendo?, ¿Cómo se ha sentido?, ¿Cómo se ha sentido (nombre de su niña o niño)?" anote.

Si no hay compromisos previos, siga explore los ítems comprendidos en (C)

(C 1) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA - LME. Explorar si la niña o niño está recibiendo LME.



1.1 ¿ESTÁ DANDO PECHO A (mencione el nombre del niño o niña), utilice un lenguaje sencillo (amamantar, dar de lactar, dar pecho, etc.), explore y marque la respuesta según corresponda? **SI RESPONDE NO PASE A LA PREGUNTA 1.8**

1.2 PEDIR A LA MADRE DAR DE LACTAR AL NIÑO, OBSERVE AL NIÑO(A) Y A LA MADRE, POSICIÓN, AGARRE AL PECHO, SUCCIÓN. EVALUE ¿lo está haciendo bien?: Pida amablemente a la madre que le dé de lactar a su niña o niño y observe si coge correctamente el pezón, deberá coger todo el pezón incluido la parte oscura, la nariz del bebe debe estar bien pegada al pecho de su mama y la madre sentada cómodamente. Observe y marque SI, si encontró signos de que la lactancia materna funciona bien, caso contrario marque NO.

Si la respuesta es no, anote el/los signos de dificultad observados: registre cada signo, para que usted aconseje según lo identificado. En caso la madre le dice que acaba de dar de lactar, continúe la conversación con los siguientes ítems y al final pida nuevamente que le dé de lactar a su niña o niño para que usted haga la observación, use sus recursos para explicarle lo importante que es para usted ver como lacta su bebe.

1.3 ¿CUANTAS VECES LE DA PECHO DURANTE EL DIA?: explore sobre las veces que le da de lactar durante todo el día, deje que la madre recuerde y anote el número.

1.4 ¿CUANTAS VECES LE DA PECHO DURANTE LA NOCHE Y HASTA QUE AMANECE?: explore sobre las veces que le da de lactar durante toda la noche, recuérdale considerar también la madrugada, mientras duermen, deje que la madre recuerde y anote el número.

1.5 ¿ADEMÁS DE SU LECHE LE DA FORMULA "OTRA LECHE"?: Para explorar use el lenguaje que conocen las madres de su localidad cuando se refiere a las fórmulas, así podrá identificar si usa sucedáneos de la leche materna u otro tipo de leche, marque la respuesta.

SI LA RESPUESTA ES SI, pregunte ¿Cuántos veces le da "otra leche"? anote el número de tomas.

1.6 ¿LE HA DADO AGUITA, MATE, HIERBAS, ¿TE O CALDO?: explore sobre el consumo de aguas, también puede indagar ¿y cuando tiene sed que le da?, marque la respuesta.

1.7 ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O PROBLEMA PARA DAR SOLO PECHO A SU NIÑO(A)?: explore como se siente la madre con la experiencia de dar de lactar, si se siente segura, confiada, o se siente agotada, con malestar, con algún problema que pueda afectar el dar LME, marque la respuesta.

Si la respuesta es sí, ¿qué dificultad tiene?: Anote la(s) dificultades que menciona la madre.

1.8 ¿POR QUÉ NO LE DA PECHO?: explore sobre las razones por las que la madre no da leche materna, escuche atentamente y anote sin hacer comentarios.

1.9 ¿QUÉ LE DA EN LUGAR DE LECHE MATERNA?: explore con que lo está alimentando y escriba en el espacio correspondiente



(C 8) SUPLEMENTACION. Para niños con bajo peso al nacer y/o prematuro. Explorar uso correcto del suplemento

Revise la información en DATOS GENERALES para proceder.

8.1 ¿LE DA SUPLEMENTO DE HIERRO? Si la Respuesta. es NO pase a la 8.4: Use un lenguaje familiar al referirse al suplemento, de la manera como lo conocen las madres de la zona, como se lo indican en el centro de salud y marque la respuesta.

8.2 MUÉSTREME LO Q LE DA: GOTAS (1), JARABE (2), NO MUESTRA (3): Pida por favor que se lo muestre y anote según corresponda.

8.3 ¿CUÁNTO LE DA Y CADA CUANTO LE DA?: explore cuanto le da de (mencione según la respuesta anterior gotas o jarabe) y anote la dosis en el primer recuadro, luego indague cada cuanto le da a la niña o el niño, anote la frecuencia en el segundo recuadro. **Verifique si es correcto**, con la ayuda de la tabla de dosificación. Esto servirá para que usted aconseje según lo identificado.

8.4 ¿POR QUÉ NO LE DA?: explore el motivo porque no le está dando el suplemento y anote.

Según lo que usted ha encontrado marque si está cumpliendo o no el/los compromisos(s)

¿ESTA CUMPLIENDO COMPROMISO (C)?: Anote el número del primer compromiso en el espacio (C), marque la respuesta SI o NO, según corresponda.

¿ESTA CUMPLIENDO COMPROMISO (C)?: Anote el número del segundo compromiso en el espacio (C), marque la respuesta SI o NO, según corresponda.

SI NO ESTÁ CUMPLIENDO COMPROMISOS, EXPLORE ¿POR QUÉ?, ¿Qué dificultades se le presentaron?, escuche atentamente, muéstrese interesada en lo que le comenta la madre y anote.

SI NO TIENE COMPROMISOS PREVIOS GENERE NUEVOS ACUERDOS.

Al finalizar del llenado de la ficha, evalúen juntas la situación. **Felicite a la madre** en los ítems que lo está haciendo bien y en lo que no ha logrado el objetivo ofrezca consejos que le ayuden a mejorar para alcanzar un buen crecimiento, tomando en cuenta siempre el ambiente familiar. **Refuerce** los compromisos asumidos.

Verifique que la madre ha comprendido el mensaje, antes de retirarse constate que la madre no tiene dudas. Agradezca por haberla recibido, exprese la voluntad del personal de la salud de acompañarla en el camino del buen crecimiento de su niña o niño, diga a la madre que los espera en el establecimiento de salud para el siguiente control y despídase con respeto.

OBSERVACIONES: escriba lo que considere importante en cada visita que realiza.

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE REALIZÓ LA VISITA, anote

FIRMA Y NOMBRE DE LA PERSONA VISITADA: Escriba el nombre, apellidos y DNI de la persona visitada y que registre su firma dando fe a la visita recibida.



FIRMA Y NOMBRE DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE LA REALIZÓ LA VISITA:
Escriba el nombre, apellidos y DNI de la persona que realizó la visita según
corresponda y registre su firma dando fe a la actividad realizada.



DIRECTIVA SANITARIA N° 086 - MINS/2019/DGIESP-V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE LA SALUD
PARA LA PREVENCIÓN, REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

ANEXO 2:
FICHA VISITA DOMICILIARIA DEL RECIÉN NACIDO Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES ENTRE LOS 4 A 24 MESES

FICHA: VISITA DOMICILIARIA PARA NIÑAS Y NIÑOS ENTRE LOS 4 A 24 MESES										
DATOS GENERALES										
N° de Historia Clínica	DNI	F.de Nac	Sexo	M	F					
Apellidos	Peso al nacer		Edad Gest al nacer (sem)							
Nombres	Prematuro		SI	NO	Bajo Peso	SI	NO			
Nombre de la madre	Dirección		Teléfono							
VISITAS										
FECHA DE VISITA										
Tiene control CRED	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Peso de control CRED										
Tiene vacunas completas para su edad (Si la rpt a NO, derivar al ES)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Fecha dosaje Hemoglobina (último control)										
Valor Hemoglobina										
Fecha de última entrega de suplemento										
Compromiso asumido (C)										
Compromiso asumido (C)										
Tiene cartilla de compromisos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
C LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O CONTINUACION DE LA LACTANCIA. Explorar según corresponda si el niño(a) está recibiendo LME o si continua recibiendo LM										
1	1.1	¿Está dando de lactar a (nombre del niño(a))? Si responde NO continúe con el siguiente compromiso.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1.2	¿Además de su leche le da fórmula "otra leche"?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1.3	¿Le da aguita, mate, hierbas, te, jugo, caído, otros?	SI	NO	otros =					
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. Explorar										
2	¿Qué le está dando de comer? Sopas, caldos (1), pures, mazamoras(2), alimentos picados (3), segundo (4)									
3	3.1	¿Ayer (nombre del niño(a)) comió?: pescado	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		higado, sangrecita, bazo, u otra víscera oscura	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		carne de res	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		pollo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		huevo, fecho o queso	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3.2	Si en 3.1 consumió un AOA rico en hierro. Explore ¿Cuánto comió? (referencia 2 Cdas ¹)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3.3	Si en 3.1 no consumió un AOA rico en hierro, explore: ¿En Los últimos 3 días (nombre del niño(a)) ha comido hígado, sangrecita, bazo, u otra víscera oscura?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4	Cuántas veces le da de comer cada día: 2 a 3 v/día (6 a 8m), 3 comidas +1 refrigerio (9 a 11m), 3 comid + 2 refrig (>1 año)		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5	Que cantidad está comiendo su niño(a): 1/2 plato de comida o 3 a 5 cdas (6 a 8m), 3/4 plato comida o 5 a 7 cdas (9 a 11m), 1 plato o 7 a 1D cdas (>1 año) ²		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	6.1	¿En los últimos 3 días le dio verduras de color amarillo, anaranjado, verde?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	6.2	¿En los últimos 3 días le dio frutas de color amarillo, anaranjado?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
7	¿Esta última semana le dió habas, frijoles, lentejas u otra menestra a su niño(a)?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¹ utilizar cuchara como referencia, ² utilizar el plato en el que come el niño(a) para marcar la respuesta.										
VISITAS										
C SUPLEMENTACION/TRATAMIENTO. Explorar uso correcto del suplemento										
8	8.1	¿Le da suplementos de hierro y/o Micronutriente? Si es NO paso a 8.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	8.2	Muéstrame lo que le da: gotas(1), jarabe(2), Polvo(3), no muestra(4)								
	8.3	¿Cuánto le da y cada cuanto le da? Verifique si es correcto								
	8.4	Si 8.2 respondió 3, ¿Con que se lo da?, con alimento líquido (1), con alimento semisólido (2), otro (3) anote								
	8.5	Si 8.1 la respuesta es NO, pregunte ¿Por qué no le da?								
OTROS COMPROMISOS										
9	¿Se lava las manos y las manos del niño(a)?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10	¿Anima a su hijo(hija) a comer y le habla cariñosamente?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11	¿Cuándo su niño(a) está enfermo le da de comer igual (1), le da menos comida (2), le da más comida (3), no le da de comer (4)		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
12	¿Su Fam. le apoya con la alimentación de su hijo(a)?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Asistió a Sesión demostrativa de preparación de alimentos		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Está cumpliendo compromiso (C) 1?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Está cumpliendo compromiso (C) 1?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Si no está cumpliendo compromisos, explore ¿Por qué?										
Anote quien atendió la visita										
Nombre del personal de salud que la realizó la visita										
OBSERVACIONES:										
Firma de la madre, padre o cuidador					Firma del responsable de la visita					
DNI:					DNI:					



INSTRUCTIVO

FICHA: VISITA DOMICILIARIA PARA NIÑAS Y NIÑOS ENTRE LOS 4 A 24 MESES

DATOS GENERALES (completar en el establecimiento de salud antes de la visita)

Para completar la información requerida en DATOS GENERALES revise la historia clínica.

FECHA DE LA VISITA: Es el día, mes y año en que realiza la visita domiciliaria.

TIENE CONTROL CRED: Corresponde a los controles según la edad de la niña o niño que visita.

PESO DE CONTROL CRED: Corresponde al peso de los controles indicados. Incluir diagnóstico de ganancia de peso.

TIENE VACUNAS COMPLETAS: Si es NO, anote en observaciones la vacuna que le falta y refiérala.

FECHA DOSAJE HEMOGLOBINA (último control): Registre la fecha del dosaje.

VALOR HEMOGLOBINA: Registre el valor de la hemoglobina.

FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA DE SUPLEMENTO: Anote la última fecha en la que se le entregó el suplemento (escribir el tipo de suplemento: sulfato, polimaltosado, etc.) de hierro verificar registro en la tarjeta de atención integral del niño.

COMPROMISO ASUMIDO (C): Escriba el número de compromiso asumido por la madre, padre o cuidador de la niña o niño, tal como se muestra en la cartilla de compromisos enumerados del 1 al 12.

Recuerde que las preguntas no tienen que ser leídas como en una encuesta.

DURANTE LA VISITA:

- **Salude a la madre** “*Buen día Sra. (Nombre de la Sra.), ¿Cómo está?, hemos venido a visitarla para saber cómo están Ud. y su niña o niño*”. **Pida el Carné de atención integral de salud de la niña o niño.**
- **TIENE CARTILLA DE COMPROMISO:** **Verifique si la cartilla de compromiso** está junto al carné de atención integral de salud de la niña o niño con la anotación de los compromisos asumidos por la madre. Marque la respuesta, SI o NO, según corresponda.
- Es importante conocer y revisar la ficha que aplicará y las instrucciones para **hacer de la visita una conversación amable y no se limite solo a preguntar y esperar respuesta.** Indíquele a la madre que mientras conversan usted hará anotaciones en la ficha y atenderá cualquier duda o inquietud.
- **Entable conversación con la madre, padre o cuidador** por ejemplo: “Sra. (Nombre de la Sra.) ¿A qué se comprometió usted con la alimentación de (nombre de la niña o niño) cuando fue a su control? “(para evaluar si los recuerda).



A. González

- Mostrándole su cartilla de compromisos pregunte por cada uno de ellos, empezando con el primer compromiso: “¿Cómo le ha ido con esta práctica de dar...a (nombre de la niña o niño)? **escuche**, ¿Cuénteme, que pudo hacer?, ¿Cómo lo hizo?, ¿Qué le ha parecido hacerlo?, ¿Cómo se ha sentido usted haciéndolo?, ¿Cómo se ha sentido nombre de su hijo/a)?” Anote. (De la misma manera pregunte por el segundo acuerdo asumido).

Si no hay compromisos previos, explore los ítems comprendidos en (C).

(C) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O CONTINUACIÓN DE LA LACTANCIA

- 1.1 ESTÁ DANDO DE LACTAR A (nombre del niño o niña):** explore y marque la respuesta.
- 1.2 ¿ADEMÁS DE SU LECHE LE DA FORMULA “OTRA LECHE”?:** Para explorar use el lenguaje que conocen las madres de su localidad cuando se refiere a las fórmulas, así podrá identificar si usa sucedáneos de la leche materna u otro tipo de leche. Si respuesta es NO continúe con el siguiente compromiso.
- 1.3 ¿LE DA AGUITA, MATE, HIERBAS, TE, JUGO, CALDO, ¿OTROS?:** explore sobre el consumo de aguas, jugos, mates, caldos y otros, marque la respuesta. OTROS se refieren a alimentos y comidas diversas, si son reportados escriba el o los nombres de lo que consume. También puede indagar: y cuando tiene sed ¿qué le da?, El ítem 1.3 aplica solo en la visita de niña o niño de 5 meses.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- 2. ¿QUÉ LE ESTÁ DANDO DE COMER?** sopas, caldos (1), purés, mazamoras (2), alimentos picados (3), segundo (4): explore sobre las preparaciones que le ofrecen al niño(a) y anote según corresponda. Puede registrar uno o más códigos.
- 3.1 ¿AYER (nombre del niño(a)) COMIÓ ALGUNO DE ESTOS ALIMENTOS?:** pescado, hígado, sangrecita, bazo u otra víscera oscura, (mencione otras vísceras como corazón, riñón, bofe, molleja, etc.) carne de res, pollo, huevo/leche o queso: explore y marque la respuesta según corresponda.
- 3.2 SI EN 3.1 CONSUMIÓ UN ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL (AOA) RICO EN HIERRO** (como: hígado, sangrecita, bazo u otra víscera oscura): Explore ¿Cuánto comió? Si comió de 2 a más cucharadas marcar SI.
- 3.3 SI EN 3.1 SI NO CONSUMIÓ UN AOA RICO EN HIERRO, explore:** en los últimos 3 días (nombre del niño o niña) ¿ha comido hígado, ¿sangrecita, bazo, u otra víscera oscura? (mencione los nombres de otras vísceras corazón, riñón, bofe, molleja): ayude a la madre a recordar y marque la respuesta. La Respuesta será SI cuando 2 de los 3 días consumió un AOA rico en hierro.
- 4. ¿CUANTAS VECES LE DA DE COMER CADA DÍA?:** 2 a 3 v/día (6-8m), 3 comidas +1 refrigerio (9-11m), 3 comidas + 2 refrigerios (>de 1 año): explore las veces que le da de comer al día y marque la respuesta según la edad que corresponde al niño o niña. Ej. Si el niño que visita tiene 10 meses y consume 3 comidas + 1 refrigerio la respuesta a marcar es SI, si come menos veces de lo indicado la respuesta es NO.
- 5. ¿QUE CANTIDAD ESTÁ COMIENDO SU NIÑO(A?):** 1/2 plato de comida o 3 a 5 cdas. (6-8 m), 3/4 plato comida o 5 a 7 cdas. (9-11m), 1 plato o 7 a 10 cdas. (>1 año) Explore la cantidad que come, pida que le muestre el plato en que come, marque la respuesta según la edad que corresponde.
Explore y ayude a la madre, padre o cuidador para que recuerde si en los 3 últimos 3 días le dio alguna verdura (mencione la variedad disponible en la zona) y marque



A. González

la respuesta. La respuesta será Sí, cuando la niña o niño consumió verduras los 3 días.

6.1 ¿EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS LE DIO FRUTAS DE COLOR AMARILLO, ANARANJADO?: explore y ayude a la madre para que recuerde si en los últimos 3 días le dio alguna fruta (mencione la variedad disponible en la zona) y marque la respuesta. La respuesta será Sí, cuando el niño(a) consumió frutas los 3 días.

6.2 ¿ESTA ÚLTIMA SEMANA LE DIO HABAS, FRIJOLES, LENTEJAS U OTRA MENESTRA A SU NIÑO(A)?: explore (mencione las menestras disponibles en la zona) y marque la respuesta. Utilice la cuchara como referencia y el plato en el que come la niña o niño para marcar la respuesta.

SUPLEMENTACIÓN / TRATAMIENTO

8.1 ¿LE DA GOTAS O JARABE DE HIERRO?: Si responde NO pase a 8.5 Indagar porque no le da, Use un lenguaje familiar al referirse al suplemento o tratamiento, de la manera como lo conoce la madre, padre o cuidador y escriba la respuesta.

8.2 MUÉSTREME LO QUE LE DA: gotas (1), jarabe (2), no muestra (3): Pida por favor que se lo muestre y anote según corresponda. (Anote el tipo suplemento o tratamiento y la dosis que le da)

8.3 ¿CUÁNTO LE DA Y CADA CUANTO LE DA?: explore cuanto le da de (mencione según la respuesta anterior gotas, jarabe) y anote la dosis en el primer recuadro, luego indague cada cuánto le da a la niña o niño, anote la frecuencia en el segundo recuadro. Verifique si es correcto, con la ayuda de la tabla de dosificación.

8.4 Si 8.3 RESPONDIO 3, ¿Con que lo da? Con alimento líquido (1) con alimento semisólido (2) otro (3) anote la respuesta.

8.5 SI 8.1 LA RESPUESTA ES NO, ¿POR QUÉ NO LE DA?: explore el motivo por qué no le está dando el suplemento y anote.

OTROS COMPROMISOS

9. **¿SE LAVA LAS MANOS Y LAS MANOS DEL NIÑO(A)?:** explore en que momentos la madre se lava las manos y las manos del niña o niño.
10. **¿ANIMA A SU NIÑO(A) A COMER Y LE HABLE CARIÑOSAMENTE?:** explore si la madre/cuidador anima a la niña o niño cuando come.
11. **¿CUÁNDO SU NIÑO(A) ¿ESTÁ ENFERMO LE DA DE COMER IGUAL (1), LE DA MENOS COMIDA (2), LE DA MÁS COMIDA (3), ¿NO LE DA DE COMER (4) ?:** explore y anote según corresponda.
12. **¿SU FAMILIA LE APOYA CON LA ALIMENTACIÓN DE SU NIÑO(A)?:** Explore por ejemplo si la ayuda en la preparación de los alimentos, dándole de comer, etc. y marque la respuesta.

¿ASISTIÓ A SESIÓN DEMOSTRATIVA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS?:
Explore si la madre, padre o cuidador ha participado en esta actividad.



A. Gonzáles

Según lo que usted ha encontrado marque si está cumpliendo o no compromiso(s)
¿ESTÁ CUMPLIENDO COMPROMISO (C)?: Anote el número del primer

compromiso en el espacio (C), marque según corresponda si cumplió o no el compromiso asumido. Repita lo mismo con el otro compromiso asumido.

SI NO ESTÁ CUMPLIENDO COMPROMISOS, EXPLORE ¿POR QUÉ?, ¿Qué dificultades se le presentaron?, escuche atentamente, muéstrese interesada en lo que le comenta la madre y anote.

SI NO TENIA COMPROMISOS PREVIOS GENERE NUEVOS ACUERDOS.

Al término, evalúen juntas la situación. **Felicite a la madre, padre o cuidador** en los ítems que lo está haciendo bien y en lo que no ha logrado el objetivo, ofrezca consejos que le ayuden a mejorar para alcanzar el buen crecimiento de la niña o el niño tomando en cuenta siempre el ambiente familiar. **Refuerce los compromisos asumidos.**

Verifique que la madre, padre o cuidador ha comprendido los mensajes, antes de retirarse constate que no existan dudas, agradezca por haberla recibido, exprese la voluntad del personal de la salud de acompañarla en el camino del buen crecimiento de su niña o niño, **dígale que los espera en el establecimiento de salud para su siguiente control del niño(a) y despídase con respeto.**

OBSERVACIONES: escriba lo que considere importante en cada visita que realiza.

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE REALIZÓ LA VISITA, anote.

FIRMA Y NOMBRE DE LA PERSONA VISITADA: Escriba el nombre, apellidos y DNI de la persona visitada y que registre su firma dando fe a la visita recibida.

FIRMA Y NOMBRE DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE LA REALIZÓ LA VISITA: Escriba el nombre, apellidos y DNI de la persona que realizó la visita según corresponda y registre su firma dando fe a la actividad realizada.



A. Gonzáles

DIRECTIVA SANITARIA N° 086 - MINSA/2019/DGIESP-V.01
 DIRECTIVA SANITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA PDR PARTE DEL PERSONAL DE LA SALUD
 PARA LA PREVENCIÓN, REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

ANEXO 3:
FICHA VISITA DOMICILIARIA DE LA GESTANTE O PUÉRPERA

FICHA VISITA DOMICILIARIA DE LA GESTANTE Y LA PUÉRPERA							
DATOS GENERALES							
N° de Historia Clínica		DNI					
Apellidos		Ejemplar					
Nombre		Teléfono					
Dirección							
VISITAS		1ra visita (gestante)		2da visita (gestante)		hasta 15 días post parto	
FECHA DE VISITA							
Semana gestacional							
Fecha deaje Hemoglobina (último control)							
Valor de hemoglobina							
Fecha de último entrega de suplemento							
IMC Pre-gestacional: bajo peso (1), normal (2), sobrepeso (3), obesidad (4)							
Signos de alarma							
Sangrado vaginal	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Pérdida de líquido	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Cefalea intensa	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Edema	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dolor abdominal	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Vómitos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Contracciones antes de la fecha del parto	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Compromiso asumido (C)							
Compromiso asumido (C)							
C ALIMENTACION. Explore							
1	¿Qué tipo de preparaciones come? Sopas y caldos (1), segundos (2), sopes y segundo (3), ensalada y segundo (4), otros especifique						
2	2.1 ¿Ayer usted comió?: pechudo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	hígado, sangrecita, bazo, u otra víscera oscura	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	carne de res	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	pollo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	huevo, techeo queso	SI	NO	SI	NO	SI	NO
2.2	Si en 2.1 consumió un ADA rico en hierro, explore ¿Cuánto como? (refranes y medidas)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
2.3	Si en 2.1 no consumió un ADA rico en hierro, explore ¿En los últimos 3 días Sra. (mencione su nombre) ha comido hígado, sangrecita, bazo, u otra víscera oscura?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3	¿Cuántas veces al día come? 3 comidas y 1 refrigerio (gestante), 3 comidas y 2 refrigerios (puérpera)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4	¿Qué cantidad come? Un plato mediano (1), un plato de segundo (2), un plato hondo (3), repite plato (4), otros (especifique)						
5	5.1 ¿En los últimos 3 días comió verduras de color amarillo, anaranjado, verde?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5.2	¿En los últimos 3 días comió frutas de color amarillo, anaranjado?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6	¿En la última semana comió habas, frijoles, lentejas u otra manífera?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SUPLEMENTACION. Explore							
7	7.1 ¿Toma suplementos (vitaminas)? Si responde No pase a 7.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Muestre cómo toma: pastillas hierro (1), pastilla ácido fólico (2), hierro + AC						
	7.2 (fólico) (3), otros especifique						
	7.3 ¿Cuántas pastillas toma y cada cuánto toma?						
	7.4 ¿En qué momento del día toma el suplemento? En ayunas (1), entre comidas (2), junto con las comidas (3)						
	7.5 ¿Con qué bebida lo toma? Agua (1), bebida cítrica (2), mate, café, té, lacteos (3), otro (4)						
VISITAS		1ra visita (gestante)		2da visita (gestante)		hasta 15 días post parto	
7.6	¿Ha tenido algún malestar luego de tomar el suplemento? Si responde SI, ¿Cuáles?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
7.7	¿Por qué no toma?						
8	Asistió a Sesión demostrativa de preparación de alimentos.	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Cuántas tabletas recibió la última vez?						
	¿Cuántas tabletas ha consumido?						
	¿Cuántas tabletas le quedan?						
	Nº de tabletas consumidas en el mes x 100/Nº de tabletas que debió consumir						
	Adherencia adecuada (consumo ≥ 75% tabletas) (1)						
	Adherencia inadecuada (consumo < 75% tabletas) (2)						
	Si no está cumpliendo compromisos, explore ¿Por qué?						
	¿Está cumpliendo compromiso (C) 1?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Está cumpliendo compromiso (C) 2?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Nombre del personal de salud que la realizó la visita						
OBSERVACIONES:							
1 utilizar cuchara como referencia <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Firma de la entrevistada</p> <p style="text-align: center;">DNI:</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Firma del responsable de la Visita</p> <p style="text-align: center;">DNI:</p> </div> </div>							



INSTRUCTIVO
FICHA: VISITA DOMICILIARIA DE LA GESTANTE Y LA PUÉRPERA

DATOS GENERALES (completar en el establecimiento de salud)

Para completar la información requerida en DATOS GENERALES necesitará utilizar, la historia clínica

FECHA DE LA VISITA: corresponde al día, mes y año en que realiza la visita domiciliaria.

SEMANA GESTACIONAL: corresponde a la semana de gestación a la fecha.

FECHA DOSAJE HEMOGLOBINA (ÚLTIMO CONTROL): anote según historia clínica

VALOR HEMOGLOBINA: registre el valor de la hemoglobina

FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA DE SUPLEMENTO: anote la última fecha en que se le entregó el suplemento

IMC PREGESTACIONAL: bajo peso (1), normal (2), sobrepeso (3), obesidad (4), anote código según corresponda.

SIGNOS DE ALARMA

Sangrado vaginal: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

Pérdida de líquido: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

Cefalea intensa: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

Edema: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

Dolor abdominal: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

Vómitos: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

Contracciones antes de la fecha del parto: marcar SI o NO, si la respuesta es SI referir al EESS.

COMPROMISO ASUMIDO (C): escriba el número de compromiso asumido (número según se describe en la ficha)

DURANTE LA VISITA:

Salude "Buen día Sra. (Nombre de la Sra.), ¿Cómo está?, hemos venido a visitarla para saber cómo está". **Pida su Carné de atención materno perinatal.** Dígale que usted está para apoyarla a ella y al bebe que está gestando, para que ambos estén saludables.

Indíquele a la madre que mientras conversan usted hará anotaciones en la ficha.

Recuerde **las preguntas no tienen que ser leídas como en una encuesta, entable una conversación**, por ejemplo: ¿Que acordamos con usted sobre su alimentación cuando fue a su control? (de esta manera usted evalúa si los recuerda)

¿Cómo le ha ido con esta práctica de comer... Cuénteme, ¿que pudo hacer?, ¿Cómo lo hizo?, ¿Qué le ha parecido hacerlo?, ¿Cómo se ha sentido usted haciéndolo?, **escuche con atención y anote.**

De la misma manera pregunte por el segundo acuerdo. Si no hay acuerdos previos explore en relación a su alimentación y suplementación o tratamiento.

C. ALIMENTACIÓN

1. **¿QUÉ TIPO DE PREPARACIONES COME?** sopas y caldos (1), segundos (2), sopa y segundo (3), ensalada y segundo (4), otros especificar: explore y anote código según corresponda.



2.1 ¿AYER (Sra. mencione su nombre) COMIÓ ALGUNO DE ESTOS ALIMENTOS?: pescado, hígado, sangrecita, bazo u otra víscera oscura (mencione los nombres de otras vísceras), carne de res, pollo, huevo/leche o queso: explore y marque la respuesta según corresponda.

2.2 SI EN 2.1 CONSUMIÓ UN ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL (AOA) RICO EN HIERRO: ¿Explore cuanto comió? (referencia 5 cdas.): Si comió 5 a más cdas., marcar SI.

2.3 SI EN 2.1 NO CONSUMIÓ UN AOA RICO EN HIERRO, explore: ¿En Los últimos 3 días (Sra. mencione su nombre) ha comido hígado, sangrecita, bazo, u otra víscera oscura (indique los nombres de otras vísceras corazón, riñón, bofe, molleja) ayude a la señora a recordar y marque la respuesta? La Respuesta es SI cuando, por lo menos 2 días consumió un AOA rico en hierro.

3. ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA COME? 3 comidas y 1 refrigerio (gestante), 3 comidas y 2 refrigerios (puérpera): explore y marque la respuesta según corresponda. Si está visitando a una gestante y consume solo 2 comidas, la respuesta a marcar será NO. Si la gestante está comiendo 3 comidas y además consume 1 refrigerio, la respuesta a marcar será SI.

4. ¿QUÉ CANTIDAD COME? un plato mediano (1), un plato de segundo (2), un plato hondo (3), repite plato (4), otros (especificar): explore, si es necesario pídale amablemente el plato en el que come y anote código según corresponda.

5.1 ¿EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS COMIÓ VERDURAS DE COLOR AMARILLO, ANARANJADO, ¿VERDE?: explore y marque la respuesta. La respuesta será SI, cuando la gestante consumió verduras los 3 días

5.2 ¿EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS COMIÓ FRUTAS DE COLOR AMARILLO, ANARANJADO?: explore y marque la respuesta. La respuesta será SI, cuando la gestante consumió frutas los 3 días.

6. ¿ESTA ÚLTIMA SEMANA COMIÓ HABAS, FRIJOLES, LENTEJAS U OTRA MENESTRA?: explore y marque la respuesta

SUPLEMENTACIÓN / TRATAMIENTO

7.1 ¿TOMA SUPLEMENTOS (VITAMINAS)? SI RESPONDE NO PASE A 7.7: explore y marque la respuesta

7.2 MUÉSTREME LO QUE TOMA: pastillas hierro (1), pastilla ácido fólico (2), hierro + ac fólico (3), otros especificar: Pida por favor que se lo muestre y anote según corresponda.

7.3 ¿CUÁNTO TOMA Y CADA CUÁNTO TOMA?: explore y anote la respuesta

7.4 ¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA TOMA EL SUPLEMENTO? en ayunas (1), entre comidas (2), junto con las comidas (3): explore y anote código según corresponda.

7.5 ¿CON QUE BEBIDA LO TOMA? agua (1), bebida cítrica (2), mates, café, té, lácteos (3), otro (4): explore y anote el código, si respondió otros, anótelo.



A/González

7.6 ¿HA TENIDO ALGÚN MALESTAR LUEGO DE TOMAR EL SUPLEMENTO?:
explore y marque la respuesta. SI RESPONDE SI, ¿CUÁLES?: Anote lo que indica la señora.

7.7 ¿POR QUÉ NO TOMA?: Explore el motivo por el que no toma suplemento y anote.

8. ASISTIÓ A SESIÓN DEMOSTRATIVA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:
Explore si la señora ha participado en esta actividad y marque la respuesta.

¿CUANTAS TABLETAS RECIBIÓ LA ÚLTIMA VEZ?, anote

¿CUÁNTAS TABLETAS HA CONSUMIDO?: anote

¿CUÁNTAS TABLETAS LE QUEDAN?: anote

Nº DE TABLETAS CONSUMIDAS EN EL MES X 100/ Nº TABLETAS QUE DEBIÓ CONSUMIR: con la información recabada, haga el cálculo

Adherencia adecuada (consumo \geq 75% tabletas): escriba código 1

Adherencia inadecuada (consumo $<$ 75% tabletas): escriba código 2

Según lo que usted ha encontrado marque si está cumpliendo o no compromiso(s) y anotar si no cumple los compromisos.

¿ESTA CUMPLIENDO COMPROMISO (C)?: Anote el número del primer compromiso en el espacio (C), marque según corresponda si cumplió o no el compromiso asumido

¿ESTA CUMPLIENDO COMPROMISO (C)?: Anote el número del segundo compromiso en el espacio (C), marque según corresponda si cumplió o no el compromiso asumido.

SI NO ESTÁ CUMPLIENDO COMPROMISOS, EXPLORE ¿POR QUÉ?, ¿Qué dificultades se le presentaron?, escuche atentamente, muéstrase interesada en lo que le comenta la señora y anote. SI NO TENÍA COMPROMISOS, GENERE NUEVOS ACUERDOS.

Al finalizar el llenado de la ficha, evalúen juntas la situación, **felicite a la entrevistada** en los ítems que lo está haciendo bien y en lo que no ha logrado el objetivo ofrezca consejos que le ayuden a mejorar sus prácticas de alimentación y a tratar y prevenir la anemia, tomando en cuenta siempre el ambiente familiar. Refuerce la práctica de los compromisos asumidos.

Verifique la comprensión de los mensajes, antes de retirarse constate que no existan dudas. Agradezca por haberla recibido, exprese la voluntad del personal de la salud de acompañarla durante su embarazo, dígame que la espera en el establecimiento de salud para su siguiente control y despídase con respeto.

OBSERVACIONES: escriba lo que considere importante en cada visita que realiza.

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE REALIZÓ LA VISITA, anote

FIRMA, NOMBRE Y DNI DE LA PERSONA VISITADA: Escriba el nombre y apellidos de la persona visitada y que registre su firma y DNI dando fe a la visita recibida.



FIRMA Y NOMBRE DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE LA REALIZÓ LA VISITA:
Escriba el nombre y apellido de la persona que realizó la visita según corresponda y registre su firma dando fe a la actividad realizada.



A. Gonzáles

**ANEXO 4:
TARJETA ATENCIÓN PREFERENCIAL**



ATENCIÓN PREFERENCIAL
PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DCI

NIÑO (A)  NOMBRES Y APELLIDOS NIÑO (A): _____

EDAD: _____ SEXO: _____ DIRECCIÓN: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: _____

GESTANTE O PUERPERA  NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ DIRECCIÓN: _____

FECHA: ____/____/____ HORA: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD: _____

MOTIVO DE LA ATENCIÓN: _____

Recuerde acudir al establecimiento de salud en un plazo máximo de 7 días a partir de esta notificación



A. Gonzáles

INSTRUCTIVO

TARJETA DE ATENCION PREFERENCIAL

La Tarjeta de Atención Preferencial se utilizará principalmente para niños menores de 24 meses de edad con y sin anemia, gestantes o puérperas que por presentar problemas que no puedan ser resueltos con la consejería en domicilio deben acudir al establecimiento de salud, por ejemplo:

- Han descontinuado su tratamiento con hierro y deben reanudarlo.
- Le entreguen el resultado del descarte de anemia.
- Si su hemoglobina no mejora al tercer mes de tratamiento continuo.
- Le programen la fecha de asistencia a una sesión demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro.
- Otros que considere pertinente el personal de la salud

Llene la Tarjeta de la siguiente manera:

Marque un aspa si es niño (a) y anote:

- Nombre y apellido del niño visitado: anotar el nombre completo.
- Edad del niño (anotar la edad del niño en meses cumplidos).
- Sexo del niño (anotar F si es niña y M si es niño).
- Nombres y apellidos de la madre, padre o cuidador: anotar el nombre completo.
- Dirección: Anotar la Dirección de residencia del niño.

Marque un aspa si es gestante o puérpera y anote:

- Nombre y Apellido de la gestante o puérpera visitada.
- Edad de la gestante o puérpera visitada.
- Dirección: anotar la Dirección de residencia.

Además, anotar:

- Fecha: Anotar la fecha del día de la visita domiciliaria (día / mes / año).
- Hora: Anotar la hora en la que se realiza la visita domiciliaria.
- Establecimiento de salud: Anotar el nombre del EESS que presta atención.
- Nombre y Apellidos del personal de la salud que realiza la visita: Anotar el nombre completo
- Motivo por el cual solicitamos que la niña, niño, gestante o puérpera acuda al establecimiento de salud.

Una vez entregada la tarjeta deberá persuadir a la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera que en un plazo máximo de 7 días vaya al establecimiento de salud indicado y que muestre la tarjeta de referencia comunal para que le facilite una atención preferencial.