

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VISITAS DOMICILIARIAS A
FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS CON
DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y ANEMIA EN LA JURISDICCIÓN DEL I-2
PALTASHACO – PIURA, 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

MARÍA NELLY CHÁVEZ BAYONA

**Callao, 2018
PERÚ**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	8
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Definición de Términos	51
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	53
3.1 Recolección de Datos	53
3.2 Experiencia Profesional	53
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	55
IV. RESULTADOS	61
V. CONCLUSIONES	64
VI. RECOMENDACIONES	65
VII. REFERENCIALES	66
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida, limita por tanto la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir a través de su evolución humana y profesional al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad.

La anemia infantil en el Perú es un problema prioritario, el impacto de esta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental. Aunque se ha avanzado mucho al respecto de las causas, aún existen muchas brechas de conocimiento que no permiten tener una idea clara de los determinantes de anemia infantil en el país manteniéndose como un flagelo social que día a día atenta contra la vida de nuestros niños y niñas.

El presente informe de experiencia profesional titulado “ INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA Y ANEMIA EN LA JURISDICCION DEL I-2 PALTASHACO”,

tiene por finalidad describir los cuidados del profesional de enfermería durante las visitas domiciliarias las cuales permiten observar la sintomatología no solo desde el punto de vista biológico, sino de aspectos que permitan establecer un patrón explicativo de la problemática que enfrenta cada integrante de un hogar cotidianamente con su familia, la comunidad y la sociedad; es decir, los diversos ámbitos en el que se relaciona y ve reflejado su bienestar. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente los determinantes causales de DESNUTRICIÓN CRÓNICA y ANEMIA, lo cual es un paso muy importante para prevenir secuelas o la muerte del menor de tres años, mejorando así la calidad de vida del infante y de la familia.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El **capítulo I**: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; el **capítulo II**: incluye los antecedentes, el marco conceptual, la teoría de enfermería y la definición de términos; el **capítulo III**: considera la presentación de la experiencia profesional; **capítulo IV**: resultados; **capítulo V**: conclusiones; **capítulo VI**: las conclusiones y el **capítulo VII**: Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de cinco años (165 millones o el 26% en 2011) sufre de desnutrición crónica. La desnutrición crónica se asocia con un anormal crecimiento del cerebro lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela. Los estudios también concluyeron que la desnutrición vaticinaba un fracaso escolar. Una menor asistencia escolar y un empeoramiento en los resultados educativos se traducen en que estos niños ganaran menos cuando sean adultos.

Las tres cuartas partes de los niños con desnutrición crónica en el mundo se encuentran en África subsahariana y el sur de Asia. En África subsahariana el 40% de los niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica; en el sur de Asia la tasa es del 39%. En el 2011, los cinco países con niños menores de cinco años con el mayor número de desnutridos crónicos fueron: India (61,7 millones); Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7.5 millones).

Los datos de 54 países de ingresos bajos-medios indican que las deficiencias de crecimiento comienzan durante el embarazo y continúan aproximadamente hasta los 24 meses de edad. La posibilidad de recuperar el crecimiento más adelante es mínima: el daño causado, en gran parte, es irreversible. (1)

En el Perú, en el último año, la desnutrición crónica en la población menor de cinco años paso de 14,4% a 13,1%, disminuyendo en 1.3 puntos porcentuales, es decir, 39 mil niñas y niños dejaron la condición de desnutridos. También informó que en los últimos cinco años, la desnutrición crónica disminuyó en 6,4 puntos porcentuales al pasar de 19,5% a 13,1%, es decir, 201 mil personas menores cinco años dejaron de ser desnutridos. Según área de residencia, en los últimos cinco años en el área rural disminuye en 10,5 puntos porcentuales y en el área urbana en 2,2 puntos porcentuales.

La desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años afectó principalmente a los departamentos más pobres del país como HUANCVELICA, CAJAMARCA, UCAYALI, PASCO y LORETO, con tasa de desnutrición crónica superiores al 23%. En el último año la desnutrición crónica disminuyó en 16 regiones del país, siendo HUANUCO y PIURA las que presentaron una disminución de 5,0 puntos porcentuales.

La anemia representa un problema grande de salud pública en varias partes del planeta por su alta prevalencia y por presentarse en niños y mujeres en edad fértil. De hecho se estima que la anemia está en aproximadamente 47% en los niños menores de cinco años, y en 30% de las mujeres en edad fértil no embarazadas. En cifras absolutas, estos porcentajes representan 293 millones de niños menores de cinco años, y 468 millones de mujeres no embarazadas afectadas por anemia en el mundo. En Latinoamérica, la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años es de 29,3%, lo cual corresponde aproximadamente a 23 millones de niños afectados.

En el Perú, la anemia también es un problema de salud pública. En el año 2016, la anemia afectó al 43,6% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses, es decir, a 681 mil niñas y niños. En los últimos dos años la anemia se mantuvo en los mismos niveles; concentrándose la mayor cantidad de menores con anemia en el área urbana. La anemia afectó al 53,4% de niñas y niños en el área rural (202 mil niñas y niños) y en el área urbana al 39,9% (479 mil niñas y niños).

La anemia en el país es en mayor proporción leve y alcanzó al 62,4% de esta población. La anemia afectó en el año 2016, a las regiones de PUNO, LORETO y PASCO con porcentuales superiores al 60,0%. Asimismo disminuyó en 11 regiones, registrándose las mayores reducciones en ANCASH (9,5 puntos porcentuales). Región LIMA (7,8 puntos porcentuales), CAJAMARCA (5,2 puntos porcentuales), ICA (3,5),

APURIMAC (3,3 puntos porcentuales) y MADRE DE DIOS (2,6 puntos porcentuales).

El consumo de suplemento de hierro en la población de 6 a menos de 36 meses tuvo una cobertura de 29,2% en el año 2016, lo que representó una disminución de 1,1 puntos porcentuales, respecto al año 2015. En los últimos cinco años esta proporción aumento en 12,2 puntos porcentuales. En el año 2016, la mayor cobertura de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad que consumieron suplemento de hierro se registró en APURIMAC, AYACUCHO, TUMBES y HUANCVELICA con tasas superiores al 38%. Asimismo, aumento significativamente en MOQUEGUA (10,4 puntos porcentuales), AREQUIPA (3,9 puntos porcentuales), ICA (3,7 puntos porcentuales) y La Libertad (3,2 puntos porcentuales).

En el departamento de Piura la desnutrición crónica en proporción de niños y niñas menores de 5 años según Patrón de referencia OMS fue de 15,3% en el año 2016, notándose una diferencia de -5,0 puntos porcentuales con respecto al año 2015.

En el año 2016 la anemia infantil en niños y niñas de 06 a menos de 36 meses de edad, en Piura afectó el 42,8% es decir se incrementó en 6,9 puntos porcentuales con respecto al año 2015. (2)

En el Distrito de Santa Catalina de Mossa de 297 (100%) niños menores de cinco años evaluados al I Semestre 2016; 67 (22.6%) fueron diagnosticados con desnutrición crónica.

Como micro red Morropón en el I Semestre 2016, de un total de 815 (100%) niños menores de cinco años; 338 (41.5%) fueron diagnosticados con anemia.

1.2 Objetivos

Describir la intervención de enfermería en las visitas domiciliarias a familias con niñas y niños menores de 3 años con desnutrición crónica y anemia en la Jurisdicción del I-2 Paltashaco, Piura.

1.3 Justificación

Según, INEI luego de una pequeña reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años, se ha observado que en los últimos años ha habido un incremento sostenido de ésta. Este comportamiento epidemiológico de la anemia en la primera etapa de la vida de los niños peruanos, ha generado mucha preocupación porque la anemia en esta etapa de la vida tiene consecuencias que perduran el resto de la vida del individuo. Estas consecuencias a largo plazo tienen que ver principalmente con un desempeño cognitivo deficiente que se establece muy temprano en la vida y que por ello, repercutirá en la adquisición de

las capacidades que todas las personas van aprendiendo y desarrollando desde sus primeros años. Así la anemia en la infancia se ha visto asociada con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficiente, pero también con un aumento de mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas e incluso pobres desenlaces en el embarazo en aquellas mujeres que de niñas padecieron anemia.

El impacto de la anemia en los niños menores de cinco años es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental.

Cabe resaltar que en el año 1989, fecha en que llegué a trabajar al I-2 Paltashaco, no se realizaban Visitas Domiciliarias a las familias como estrategia para disminuir la morbilidad infantil, pero en el transcurso del tiempo las fui implementando en el servicio de enfermería como actividad extramural al observar que mediante esta intervención lograba cambios favorables en la salud del niño-niña y su familia, razón por la cual el profesional de enfermería debe conocer la importancia de la ejecución de las etapas de la visita domiciliaria y aplicarlas correctamente como actividad preventivo-promocional y recuperativa ante la lucha contra desnutrición crónica y la anemia infantil.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

ROMERO BEDOYA, Jenifer Malena. Ecuador, 2016 en su investigación **“El trabajo extramural del modelo de atención integral en salud”**, describe las situaciones, eventos y hechos que detallan el trabajo extramural, siendo su objetivo determinar los elementos que componen el modelo de Atención Integral de salud del Trabajo Extramural. Siendo sus conclusiones: 1) En la evaluación de las actividades extramurales, se encuentra que el 22% de Equipo Atención Integral de Salud **no realiza Fichas Familiares**, el 12% realiza **dispensarización de riesgo**. El 78% de los Centros de salud reciben asesoría desde el nivel zonal. Se realiza evaluación de coberturas en el 78% de los centros de salud y el 50% de centros de salud **no analiza ni ocupa la evaluación para la planificación**. Motivo por el cual Recomiendan dentro del proceso organizativo del trabajo extramural: 1) Delimitación de responsabilidades; 2) Preparación del trabajo extramural; 3) Programación de actividades extramurales; 4) Ejecución de actividades extramurales; 5) Procesamiento y actualización de informes y 6) Monitoreo del cumplimiento de la matriz de capacidad instalada. (3)

KOTLIARENCO, María GÓMEZ, Esteban, Chile, 2010, revisaron artículos publicados entre 1999 y 2009, en revistas indexadas en PubMed, EBSCO y ProQuest, sobre **“Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana”**, la visita domiciliaria se ha mostrado efectiva para una variedad de áreas relevantes, especialmente sobre el desarrollo de competencias parentales y **la relación cuidador – infante**. En términos generales, los programas más efectivos comenzaban en el embarazo, duraban más de un año, contaban con personal especialmente entrenado y se focalizaban en construir una relación de confianza y en modelar la interacción **cuidador – infante**. Se identificó la importancia de considerar en su diseño las características (4)

CORRALES Dolores, RODRÍGUEZ, María Ángeles, España 2012, en su artículo **“Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención de pacientes crónicos y terminales”**, describen algunas propuestas destinadas a mejorar la coordinación asistencial en el contexto de la atención Primaria, desde el punto de vista de enfermería, el trabajo Social y los cuidados paliativos. Se insiste en aumentar el número de visitas domiciliarias y la calidad de la visita domiciliaria. En sus conclusiones menciona: 1) que la efectividad de la visita domiciliaria se deposita en la regularidad con que el paciente es seguido y de la estabilidad de los programas asistenciales, más que del

servicio que se ocupa del seguimiento o del profesional encargado de la visita domiciliaria; 2) faltan indicadores para evaluar la actividad y resultados de salud y 3) se delega y comparte tareas. (5)

SOLÍS, Katherine/ GUEVARA, Giancarlo, Costa Rica, 2015, en su artículo **“Programa de visitas domiciliarias en el sistema de salud costarricense: Lineamientos para su mejora”**, menciona que la visita domiciliaria es la principal estrategia de atención primaria, representa el primer contacto del individuo, familia y comunidad con el sistema de salud, con importantes beneficios tanto a nivel individual como colectivo. La presente investigación corresponde a la necesidad de identificar los elementos que el programa de visita domiciliaria requiere mejorar, modificar o sustituir con el fin de maximizar la prestación de este servicio. Es un estudio cualitativo, analítico observacional Los datos evidenciaron la existencia de elementos a nivel del sistema de salud y programa de visita domiciliaria, que deben ser revisados, modificados o sustituidos con el fin que la visita domiciliaria tenga mayores y mejores alcances para la población y el sistema de salud. Método. Se diseñó un estudio cualitativo, analítico observacional. Se recolectó los datos mediante revisión bibliográfica, entrevista a informantes claves y grupo focal. El análisis se realizó a partir de la teoría fundamentada. Resultados. Los datos evidenciaron la existencia de elementos a nivel de sistema de salud, programa de visita domiciliaria y figura del ATAP que deben ser

revisados, modificados o sustituidos con el fin de que la visita domiciliaria tenga mayores y mejores alcances para la población y el sistema de salud. Conclusión. El programa de visita domiciliaria representa una fortaleza del sistema de salud costarricense al abordar las inequidades en salud. Sin embargo, es imperativa la toma de decisiones e implementación de acciones que promuevan el mejoramiento y aumento de los alcances que tiene la visita domiciliaria en el abordaje de la población a nivel familiar y comunitario. (6)

PÉREZ, Beatriz, Colombia, 2002, **“El cuidado de enfermería en familia: un reto para el Siglo XXI”**, pretende motivar a los profesionales de enfermería para que retomen la familia como un paciente que necesita de cuidados de enfermería y de autocuidados. El o la enfermera es llamada a brindar cuidados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de tal manera que descubra en cada una de las familias las potencialidades; se busca reorientar su utilización o la identificación de recursos externos que se encaminen a solucionarles sus problemas o fortalezas para que ayuden a mantener la adaptación en ellas. (7)

Antecedentes Nacionales

MENDOZA CHOQUE, Nilda/ NINA ABARCA, Angelica Vilma, Perú 2017 en su tesis **“Eficacia del monitoreo de la visita domiciliaria efectuada por enfermeras a niños menores de tres años suplementados con multimicronutrientes del Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa”**, describen la eficiencia de la visita domiciliaria en la suplementación preventiva de los multimicronutrientes con los objetivos buscaron: Determinar si se cumplió con la planificación de la visita domiciliaria; evaluar si se cumplieron las actividades programadas en ella y determinar la eficacia del monitoreo de la visita domiciliaria efectuada por las enfermeras a niños menores de tres años suplementados con MMN. 138 historias Clínicas constituyeron el material de observación documental, correspondientes a los niños estudiados con técnica observacional, la ficha específica para el monitoreo de suplementación con MMN del MINSA constituyó el instrumento. Las Conclusiones fueron: 1) El resultado estadístico revela que la Planificación de la Visita Domiciliaria no se ejecutó en más del 50%, no habiéndose programado la próxima visita en el 72.5% situación que debe considerarse un factor de riesgo para el éxito de la estrategia 2) Las actividades planificadas se cumplieron a cabalidad y 3) La eficacia del monitoreo de la suplementación fue parcialmente eficaz, observándose una mejoría de la suplementación en la tercera visita, lo que justifica el trabajo de Enfermería. Los resultados presentados son un hallazgo importante para la consecución de la visita domiciliaria como indispensable en el fomento de la calidad de vida principalmente en el menor de tres años y su familia. (8)

MILLA, Lizbet. Perú, 2014 en su tesis **“Efecto de las visitas domiciliarias en el consumo de multimicronutrientes”**, Pachacútec., cuyo Objetivo es determinar el efecto de las visitas domiciliarias en el consumo adecuado de los multimicronutrientes y nivel de hemoglobina de los niños de 6 a 36 meses del Sector B y C de Pachacútec-Ventanilla, en el periodo febrero-julio 2014. Emplea un diseño: cuantitativo, descriptivo, longitudinal, prospectivo. Participan 14 niños y niñas de 6 a 36 meses de edad del Sector B y C de Pachacútec, los cuales han sido suplementados con los multimicronutrientes sin necesidad de padecer anemia. Materiales y Métodos: para realización de visitas domiciliarias se utilizó el formato normado por la Directiva Sanitaria del MINSA, en donde se encuentran preguntas dirigidas a las madres para conocer el consumo diario de los multimicronutrientes, y en dos momentos (al inicio y al final de la investigación), una ficha de registro de los sobres consumidos y motivos de interrupción del consumo. Para determinar la hemoglobina, se empleó un fotómetro marca Hemocure para determinar el nivel de hemoglobina que presentaron los niños. Durante los 6 meses de suplementación cada niño o niña participante recibió un total de 12 visitas domiciliarias (2 visitas por mes), en donde además de la aplicación de las encuestas; se trató sobre temas de nutrición, fomento del consumo del multimicronutrientes y registro de este. El nivel de hemoglobina se clasificó como: con anemia y sin anemia Resultados: Al finalizar el estudio, se encontró que el 100% de la muestra (14 participantes) de niños y niñas de 6 a 36 meses de edad

consumió adecuadamente el multimicronutrientes. En cuanto a la relación entre las variables de visitas domiciliarias y nivel de hemoglobina se encontró que al finalizar las visitas disminuyó el grupo de niños y niñas que se encontraba con anemia, asimismo estuvo relacionado con el consumo adecuado del suplemento. Conclusión: Se puede concluir que las visitas domiciliarias producen un efecto positivo sobre el consumo adecuado de los multimicronutrientes y disminución de la anemia en los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad de Pachacútec. (9)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Visita Domiciliaria

a) Definición, de acuerdo con **Roca y Uceda**, la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo de vida del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, , y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se

alimenta, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

Según **Salazar**, dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga la visita domiciliaria puede definirse como:

UNA ACTIVIDAD: que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.

UNA TECNICA: porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autorresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.

UN PROGRAMA: porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica. En este sentido, la organización, coordinación, supervisión y evaluación son elementos fundamentales a ser tomados en cuenta.

UN SERVICIO: porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

OBJETIVO: Promover en las familias las prácticas sanitarias, con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud, calidad y estilos de vida de los miembros de una familia, el que se logra mediante:

- Diagnosticar los riesgos para la salud individual, familiar y comunitaria, así como la identificación de factores protectores, mediante estrategias y herramientas, para decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico familiar, sin olvidar transferir lo clínico a lo psicosocial.
- Lograr una comunicación eficaz, para obtener un compromiso de las familias en los acuerdos a los que se logre llegar, tratando de que las intervenciones sean un proceso integrado e integral, del cual cada individuo sea un agente multiplicador e interventor de su salud. Fortalecer la identificación de los factores de riesgo y determinantes sociales que afecten negativamente el desarrollo, así también, la identificación y promoción de los factores protectores que favorecen el desarrollo infantil. (8)

b) Ventajas de la Visita Domiciliaria

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que esta se lleva a cabo en su propio medio.

- Se logra una relación interpersonal sincera , real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades expresos y ocultos y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigidas a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa

c) Criterios para la Adscripción

- **CRITERIO SOCIOECONÓMICO:** se les confiere prioridad a los grupos familiares dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema, derivados de la aplicación del método Graffar Modificado.
- **CRITERIO EPIDEMIOLOGICO:** se clasifica a la familia con base a los riesgos de salud, considerando aspectos del ciclo de vida familiar, factores endémicos y epidémicos de las enfermedades infectocontagiosas, factores de incapacidad e invalidez, enfermedades ocupacionales, necesidades de atención del enfermo terminal y seguimiento en el hogar de pacientes que no requieren hospitalización.
- **CRITERIO DEMOGRAFICO:** se considera a los distintos grupos poblacionales. Los menores de 5 años son los más vulnerables, y entre este grupo. Los menores de un año, siendo aún más susceptibles a enfermar los menores de un mes.
- **CRITERIO ADMINISTRATIVO:** está relacionado con los recursos disponibles (técnicos, humanos, materiales y financieros), que redundan en todo caso, con el aumento de

la cobertura según la demanda real del servicio de salud, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar.

d) Criterios de Selección

- **CRITERIO EPIDEMIOLOGICO:** para la visita domiciliar se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad e incapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.
- **CRITERIO SOCIO-ECONOMICO:** se considera igualmente los estratos socioeconómicos a través del método Graffar modificado, como herramienta que mide la calidad de vida y bienestar de la población.
- **CRITERIO DEMOGRÁFICO:** está relacionado con la estabilidad del domicilio de las familias, es decir, aquellas que hayan permanecido entre tres y cinco años en un sector. Aquí se consideran la distribución de la familia en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de

salud, además de la estructura etéreo y la razón de masculinidad entre otros.

- **CRITERIO ADMINISTRATIVO:** toma en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan las visitas domiciliarias: personal, transporte, recursos de la comunidad y los propios del hogar, además de los servicios de apoyo a la visita. (11)

2.2.2 Modelos Teóricos de la Visita Domiciliaria: La visita domiciliaria, como estrategia para la entrega de servicios a la comunidad, ha sido influenciada por varias teorías que la validan como un apoyo al desarrollo del ser humano. Dos de las teorías más importantes que la respaldan son:

- . **Teoría de la auto – eficacia individual de Bandura:** La auto eficacia, en el contexto de la visita domiciliaria, enfatiza el rol primario llevado a cabo por el personal que realiza la visita como encargado de potenciar las capacidades de cada miembro de la familia, logrando en ellos altos niveles de confianza en su quehacer y promoviendo la importancia de su accionar en el logro de las metas propuestas.

Modelo ecológico del desarrollo humano de

Bronfenbrenner: Este modelo reconoce la influencia que la familia, los amigos y la comunidad tienen en la vida del individuo, y toma este factor para la construcción de un plan terapéutico a largo plazo. Además, plantea la eficacia de estrategias de intervención que no son aplicadas directamente al niño o niña o a la familia, sino a otros miembros de su comunidad

Muchos de los modelos de visitas domiciliarias son eclécticos y combinan aspectos centrales de varias teorías sobre qué es lo que realmente contribuye al desarrollo positivo de las personas. Es posible identificar algunos modelos de intervención centrados en diferentes aspectos del sistema padre y madre – hijo o hija. Algunos de ellos son:

1. Modelos basados en el servicio: Acceso a los servicios. Diseñado para disminuir los estresores al interior de la familia y apoyar el desarrollo saludable del niño o niña, a través de la vinculación con los recursos y servicios comunitarios requeridos para satisfacer sus necesidades. La utilización de este modelo puede mejorar la situación de la familia, resolviendo sus necesidades y acercándolos a los recursos necesarios, pero hay que tener presente que esta facilitación de servicios puede generar cierta dependencia si los padres no aprenden cómo solucionar sus conflictos.

2. Modelos basados en la información: Apoyo y educación. Diseñado para incrementar los conocimientos y habilidades maternas, con relación a temas como: cuidado infantil y desarrollo físico, social, emocional, cognitivo y lingüístico del niño y niña. Las características desarrolladas también son conocidas como habilidades parentales, estimulación infantil o guía para el desarrollo.

Estos modelos tienen como base la creencia de que el cuidado del niño o niña y la interacción padre-hijo o hija son el resultado del aprendizaje. A partir de esto, la entrega de información, a través de distintos medios, tendría un Impacto positivo en la conducta de los padres, siempre y cuando los padres estén motivados y dispuestos a dedicar tiempo a la obtención de información.

3. Modelo basado en el comportamiento: Apoyo y observación. Diseñado para mejorar la relación padre y madre-hijo e hija a través de la observación y posterior interpretación de la conducta del niño, niña, para luego guiar a la madre en la respuesta más adecuada a ese comportamiento. Por lo tanto, en este modelo las intervenciones son determinadas para cada familia, dependiendo de las necesidades y características de cada una de ellas. Requiere visitadores domiciliarios profesionales especialmente entrenados que puedan establecer una relación con las familias rápidamente.

Estos modelos han sido utilizados de manera exitosa en intervenciones a corto plazo, con familias que poseen objetivos determinados. Se ha comprobado su eficacia con familias resistentes al cambio, padres jóvenes o con limitaciones cognitivas.(12)

ETAPAS DE LA VISITA DOMICILIARIA: Según Antón, la visita domiciliaria requiere de distintas etapas:

1. Preparación de la visita: antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como de la familia, y evitar situaciones inoportunas. De ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. Por otra parte, es fundamental el equipo de trabajo (maletín de visita domiciliaria), con todos los implementos de trabajo.
2. Presentación en el domicilio: la presentación a la familia es fundamental, así como decir de que institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez. En este sentido, la percepción inicial que tenga la familia de dicho profesional puede condicionar las opiniones y las relaciones que se establezcan en el futuro.
3. Valoración: es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero esta se podrá

complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia. El personal de salud debe respetar las negativas de los miembros de la familia, si se producen, o a responder a determinadas preguntas o dudas, si llegan a surgir. Se debe tener presente que la atención domiciliaria comienza un día determinado, pero puede continuar a lo largo de mucho tiempo.

4. Planificación de los cuidados: en esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables.
- Establecer acuerdos o pactos con la familia.
- Identificar y movilizar los recursos disponibles: la familia y el cuidador de la familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.

5. Ejecución de cuidados: estos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

6. Evaluación de la visita: sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.

7. Registro de la visita: una vez realizada la visita, se procederá al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrados, fecha de la próxima visita, entre otros elementos.

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del marco de la familia, el establecimiento de relaciones de cooperación e igualdad entre el equipo de salud y el grupo familiar, y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud.

Para ello, es necesario la planificación de la visita teniendo en cuenta:

- El trabajo interdisciplinario.
- La coordinación entre niveles asistenciales.
- La movilización de recursos disponibles.
- La relación de ayuda y la educación para la salud. (3)

2.2.3. DESNUTRICION CRONICA

a) Definición, la desnutrición crónica es la situación en que las niñas y los niños tienen una estatura por debajo de la esperada para su edad en comparación con los patrones de crecimiento establecidos internacionalmente. Un niño que sufre desnutrición crónica presenta retraso en su crecimiento. Se mide comparando

la talla para su edad. Indica la carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado para su edad, por lo que aumenta el riesgo para que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menos atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño está aún en el útero de su madre. Si no se actúa en el embarazo o antes de que el niño cumpla los dos años, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir el resto de su vida. UNICEF (13)

b) CAUSAS DE DESNUTRICION CRONICA, según el modelo lógico de UNICEF la desnutrición crónica es el resultado de un proceso acumulativo de carencias y afectaciones, que tiene dos factores causales inmediatos:

- I) Inadecuada ingesta de nutrientes, que en el caso del país se debe –fundamentalmente- a las malas prácticas de alimentación (lactancia materna y alimentación complementaria); y
- II) Episodios recurrentes de enfermedades infecciosas, principalmente diarreas agudas e infecciones respiratorias agudas.

Estas causas inmediatas tienen causas subyacentes: acceso inadecuado a la atención en salud, al agua segura, saneamiento básico, inadecuados conocimientos y prácticas de la familia para el cuidado y la alimentación del niño en el hogar, junto con limitaciones para el acceso a los alimentos, que incluye restricciones para su producción y bajos ingresos económicos familiares. (14)

Como marco estructural de las causas descritas está la conducción de las políticas y acciones de los gobiernos conforme lo precisa el marco conceptual de la desnutrición desarrollado por UNICEF.

Todavía queda mucho por hacer, pese a la reducción progresiva (6 puntos porcentuales) que ha mostrado la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (entre los años 2010 y 2016), al pasar de 19.5% a 13.1%, entre los años 2010 y 2016, según resultados de la ENDES 2016 . A partir de los años 2014-2016 se observa una tendencia a la desaceleración en la disminución de la Desnutrición Crónica Infantil.

Las causas de la desnutrición crónica se generan desde la gestación, por tanto, es importante que la gestante reciba las intervenciones efectivas que contribuyen a garantizar su estado de salud y del bebé. La realización del tamizaje de VIH, sífilis, infección urinaria y hemoglobina, en el primer trimestre de gestación, prevé alguna situación de salud que puede poner en riesgo la salud de la madre y

el bebé, afectando de esta manera el buen desarrollo del embarazo. Asimismo, una de las intervenciones efectivas durante la gestación es la suplementación con micronutrientes. Aunque la cobertura en la entrega de los suplementos de hierro es alta (92.2%) según la ENDES 2016, el estudio realizado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud en el año 2009, evidencia que el consumo de suplemento de hierro se reducía de 73.8% en la tercera visita a 33.3% en la sexta visita realizada a la gestante. De otro lado, la proporción de niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva tuvo un incremento poco significativo en el país, pasando de 68.4% en el 2014 a 69.8% al 2016 (ENDES); práctica que es importante para garantizar un adecuado estado nutricional en los primeros meses de vida, debido a que la leche materna es el único alimento que necesitan los niños a esta edad. En este tema, es importante mencionar que el 73.6% de los menores de 6 meses iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido. Según la ENDES 2016, respecto a la alimentación del niño en los primeros 6 meses –a pesar que debe ser lactancia materna de forma exclusiva- precisa que el 16.5% de los niños reciben sucedáneos de leche materna. En relación a las prácticas de alimentación, la ENDES 2016 señala que el 67.5% de niños de 6 a 9 meses ha recibido alimentos de origen animal, mientras que el 92.6% del grupo de niños de 12 a 17 meses recibió alimentos de origen animal; indispensables

para la prevención de la anemia. El 71% de niños de 6 a 8 meses, fueron alimentados por lo menos dos veces al día; siendo necesario en este grupo etáreo tres comidas y un refrigerio; mientras que el 70% de niños de otras edades recibieron tres o más alimentos.

Las manos son importantes fuentes de contaminación de los alimentos debido a que están en contacto con todo que nos rodea, sea esto sucio, limpio, contaminado o no. Por lo tanto, el lavado de manos se convierte en un punto crítico para el control de las enfermedades gastrointestinales que presentan condiciones para la desnutrición por la rápida depleción de nutrientes que presenta, sobre todo cuando quien la sufre son los niños. Según un estudio realizado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-CENAN, menos del 50% de las madres entrevistadas mencionaron lavarse las manos en momento críticos, es decir, antes de comer, antes de preparar los alimentos y después de manipular heces. El mismo estudio citado anteriormente señala que el consumo de agua sin ningún tratamiento previo fue mayor en Chota y Loreto (58% en cada caso) y menor en Ayacucho (19%) 14 prácticas que predisponen a la prevalencia de la DCI y Anemia. En suma, la realización de estas prácticas efectivas debe mejorar, pues según la evidencia, éstas tienen efectos en la mejora de la situación de salud de los niños. (15)

MODELO CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN: El modelo causal de la desnutrición de la figura N° ... describe comprehensivamente los fenómenos asociados al problema nutricional y está organizado por niveles de proximidad causal, sin perder capacidad explicativa ni sencillez.

Causas inmediatas, están referidas a la

- (i) ingesta nutricional inadecuada y
- (ii) enfermedades infecciosas, las cuales se potencian mutuamente; por lo tanto, los niños desnutridos tienen menos resistencia a las enfermedades y un mayor riesgo de caer enfermos. Las infecciones pueden causar pérdida de apetito, incremento del metabolismo y mala absorción intestinal (por ejemplo un cuadro de diarrea), empeorando el estado nutricional del niño.

Causas subyacentes (nivel de hogar) Son aquellas que están relacionadas con la seguridad alimentaria, salud materno-infantil, y servicios de salud insuficientes, y están vinculadas directamente a nivel de hogar. El acceso insuficiente de alimentos está fuertemente relacionado con el nivel de ingresos de los hogares, de la actividad económica de los miembros del hogar. Cuidado inadecuado al niño y a la madre son aquellas prácticas que permiten una debida alimentación o desarrollo del niño, prácticas

de higiene, cuidado psicosocial y cuidado en el hogar. Insuficientes servicios de salud y falta de saneamiento básico, el acceso insuficiente a los servicios de salud, a la del agua segura y a la eliminación de excretas constituyen una amenaza a la salud de las personas expuestas, especialmente de los niños.

Causas básicas (nivel social) El entorno social y político, y el medio ambiente y la tecnología se consideran como las fuerzas conductoras de la dinámica social y como tal constituyen las causas estructurales del estado nutricional de los niños. (ANEXO N° 01) (16)

2.2.4. Anemia

a) Definición, la anemia es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido o es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.

La anemia se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite y, se debe –principalmente- a la deficiencia de hierro en el organismo, al desarrollo de infecciones crónicas y agudas; y a alteraciones congénitas.

La anemia afecta el rendimiento cognitivo, el crecimiento físico de las niñas y niños, el sistema inmunológico haciendo a los menores más vulnerables a desarrollar enfermedades infecciosas. También afecta el rendimiento en el trabajo. En las niñas y niños del país, la situación de la anemia es más severa que la desnutrición crónica. Entre los años 2011 y 2014 tuvo una tendencia hacia el incremento (41.6%, 44.5%, 46.4%, 46.8% sucesivamente), descendiendo en el 2015 y 2016 a 43.5% y 43.6%, respectivamente. Entre el 2011 y 2016 se registraron incrementos tanto en el ámbito urbano (+2.4 puntos porcentuales) como en el rural (+3.8 puntos porcentuales).

Según la información de la ENDES 2016, en los años 2014-2015 se observa una reducción significativa en la anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad y con mayor fuerza en el área rural (-6.4 puntos porcentuales). Entre el 2015 y 2016 la anemia se redujo en el área urbana (0.6 puntos porcentuales), sin embargo, se incrementó en el área rural (en 2,3 puntos porcentuales).

Sin embargo, es preciso mencionar que a nivel nacional los más afectados son las niñas y los niños entre 6 y 11 meses (59,5%), momento que coincide con el desarrollo rápido del cerebro.

De la estadística revisada el grupo de niñas y niños menores de 36 meses es sujeto de monitoreo de anemia, porque sigue siendo un problema prioritario de salud y de desarrollo en el país. En

promedio nacional, aproximadamente 1 de cada 2 niñas y niños menores de 3 años de edad sufren de anemia. Al interior del país, la situación es más grave, según la ENDES 2016, en Puno el 75.9% de las niñas y los niños sufren de anemia; y al menos en 9 departamentos del país más del 50% de las niñas y los niños sufren de anemia (en orden descendiente: Loreto, Pasco, Huancavelica, Ucayali, Cusco, Junín, Madre de Dios, Apurímac y Ayacucho).

- b) **CAUSAS:**
- Pobre ingesta de alimentos ricos en hierro
 - Reducción de la lactancia materna
 - Baja adherencia a la suplementación
 - Altas necesidades de hierro en la gestación
 - Bajas reservas de hierro en niños prematuros y bajo peso al nacer
 - Altas tasas de diarreas, infecciones y parasitosis
 - Pobre saneamiento básico
 - Acceso limitado al paquete completo del cuidado integral de salud. (ANEXO N° 02)

Desnutrición Crónica y Anemia: La agenda global plasmada a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, propone 17

objetivos con un conjunto de acciones para ser alcanzados al 2035. Entre estos objetivos se pueden mencionar: poner fin a la pobreza, mejorar la nutrición, garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos. En este contexto, uno de los objetivos del Estado Peruano está relacionada en reducir las brechas sociales, siendo prioridad la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses.

Asimismo, en el mes de Octubre del 2016 se presentó los Indicadores emblemáticos y, al mismo tiempo, se propuso las metas a lograr al 2021, entre las que citamos, la reducción de la desnutrición crónica infantil a 6,0% y anemia en menores de 6 a 36 meses a 19,0%

La situación de la desnutrición crónica y la anemia es la consecuencia de otras privaciones como el acceso al agua y al saneamiento básico, así como a una alimentación adecuada. En este sentido, las causas y las consecuencias que producen la desnutrición crónica y la anemia afectan el desarrollo económico de un país. Las causas de la desnutrición crónica se generan desde la gestación, por tanto, es importante que la gestante reciba las intervenciones efectivas que contribuyen a garantizar su estado de salud y del bebé. La realización del tamizaje de VIH, sífilis, infección urinaria y hemoglobina, en el primer trimestre de

gestación, prevé alguna situación de salud que puede poner en riesgo la salud de la madre y el bebé, afectando de esta manera el buen desarrollo del embarazo. Asimismo, una de las intervenciones efectivas durante la gestación es la suplementación con micronutrientes. Aunque la cobertura en la entrega de los suplementos de hierro es alta (92.2%) según la ENDES 2016, el estudio realizado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud en el año 2009, evidencia que el consumo de suplemento de hierro se reducía de 73.8% en la tercera visita a 33.3% en la sexta visita realizada a la gestante. De otro lado, la proporción de niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva tuvo un incremento poco significativo en el país, pasando de 68.4% en el 2014 a 69.8% al 2016 (ENDES); práctica que es importante para garantizar un adecuado estado nutricional en los primeros meses de vida, debido a que la leche materna es el único alimento que necesitan los niños a esta edad. En este tema, es importante mencionar que el 73.6% de los menores de 6 meses iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido. Según la ENDES 2016, respecto a la alimentación del niño en los primeros 6 meses –a pesar que debe ser lactancia materna de forma exclusiva- precisa que el 16.5% de los niños reciben sucedáneos de leche materna. En relación a las prácticas de alimentación, la ENDES 2016 señala que el 67.5% de niños de 6 a

9 meses ha recibido alimentos de origen animal, mientras que el 92.6% del grupo de niños de 12 a 17 meses recibió alimentos de origen animal; indispensables para la prevención de la anemia. El 71% de niños de 6 a 8 meses, fueron alimentados por lo menos dos veces al día; siendo necesario en este grupo etáreo tres comidas y un refrigerio; mientras que el 70% de niños de otras edades recibieron tres o más alimentos.

Las manos son importantes fuentes de contaminación de los alimentos debido a que están en contacto con todo que nos rodea, sea esto sucio, limpio, contaminado o no. Por lo tanto, el lavado de manos se convierte en un punto crítico para el control de las enfermedades gastrointestinales que presentan condiciones para la desnutrición por la rápida depleción de nutrientes que presenta, sobre todo cuando quien la sufre son los niños. Según un estudio realizado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-CENAN, menos del 50% de las madres entrevistadas mencionaron lavarse las manos en momento críticos, es decir, antes de comer, antes de preparar los alimentos y después de manipular heces. El mismo estudio citado anteriormente señala que el consumo de agua sin ningún tratamiento previo fue mayor en Chota y Loreto (58% en cada caso) y menor en Ayacucho (19%) prácticas que predisponen a la prevalencia de la DCI y Anemia. En suma, la realización de estas prácticas efectivas debe mejorar, pues según

la evidencia, éstas tienen efectos en la mejora de la situación de salud de los niños.

2.2.5 La desnutrición crónica y anemia en el marco del desarrollo

infantil temprano: La desnutrición crónica y anemia son problemas multicausales y están asociados a la aplicación de otras prácticas saludables que van desde la gestación hasta los dos primeros años de vida. Para el caso de la desnutrición crónica, el problema puede originarse durante la gestación y se acentúa en los primeros años de vida, si las prácticas de salud en estos dos periodos no se aplican adecuadamente.

A continuación se presentan los modelos de factores asociados, que identifican aquellos aspectos que se requiere priorizar cuando hablamos de Desnutrición Crónica y Anemia en niños menores de 36 meses. Estos modelos han sido consensuados en base a evidencia y pertenecen al primer resultado Nacimiento Saludable y segundo resultado Adecuado Estado Nutricional, considerado en los Lineamientos para promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia” el cual toma en consideración los aspectos del modelo lógico planteado por UNICEF en el tema.

De acuerdo con el análisis de factores revisados por Tricia et al. (2009), los factores causales se subdividen en tres grupos: el factor fetal, los de

origen placentario y el factor materno. De los tres grupos, solo el tercero (factor materno) ha sido priorizado para ser incluido en el modelo causal, e incluye las siguientes condiciones que, según el estado actual de conocimiento, son susceptibles de ser modificadas mediante intervenciones actualmente disponibles:

- i) el estado de alimentación y nutrición de la gestante en el primer trimestre de embarazo, específicamente la deficiencia de micronutrientes (hierro, ácido fólico, calcio, zinc, vitaminas del complejo B), condición que es consecuencia del deficiente estado nutricional antes de la gestación;
- ii) el estado de salud, en particular cuando la gestación durante el primer trimestre se ve afectada por las infecciones del tracto urinario (ITU), las infecciones de transmisión sexual, la infección por VIH y - durante el segundo y el tercer trimestre- por la hipertensión gestacional;
- iii) los estilos de vida, siendo los de mayor impacto el embarazo adolescente, el alcoholismo y el tabaquismo; y
- iv) el estado emocional de la madre, sobre todo cuando se ve alterado por la presencia de depresión, estrés y ansiedad, situación que es resultado principalmente de un entorno violento.

En el ANEXO N° 03, se ha formulado un diagrama causal que prioriza los factores que afectan con mayor impacto el crecimiento de los niños en los primeros 36 meses y son considerados indispensables para su abordaje. El primero se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad; las causas de estas condiciones serán abordadas en un diagrama causal, y en este punto solo se analizará el vínculo con el retardo del crecimiento del niño y su riesgo de deficiencia de hierro. El segundo es el nivel de deficiencia de hierro durante el embarazo y su efecto en el nivel de micronutrientes en la niña y niño durante los primeros 6 meses. El tercero es el estado de salud de la niña y el niño, específicamente en lo relacionado con nutrientes en la niña y el niño durante los primeros seis meses. El cuarto es el estado de salud de la niña o del niño, específicamente en lo relacionado con la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda, las infecciones asintomáticas del intestino o la enteropatía ambiental. El quinto corresponde a tres prácticas: la lactancia materna exclusiva, el lavado de manos y la alimentación complementaria (tiene efecto en el riesgo de infecciones y en el crecimiento del niño y en el estado de micronutrientes del hierro y zinc). El sexto es el entorno, específicamente referido a las condiciones de la vivienda (agua, eliminación de excretas, piso, contaminación intradomiciliaria o temperatura) y la educación de la madre

Considerando los modelos de factores asociados y/o causales descritos en los resultados de nacimiento saludable y adecuado estado nutricional, de los Lineamientos “Primero la Infancia” especificamos que desde el plan sectorial, en el marco sus competencias, se contribuye a mejorar los siguientes factores asociados.

De acuerdo a los factores priorizados en la estrategia sectorial para contribuir con la reducción de la DCI y Anemia, se promoverá la implementación de 13 intervenciones efectivas consensuadas en los Lineamientos “Primero la Infancia” (DS N° 010-2016-MIDIS) y lograr dos de los siete resultados del DIT: Nacimiento Saludable y Adecuado Estado Nutricional.

Estas intervenciones son:

MEJORAR ESTADO DE SALUD DE ADOLESCENTE

1. Suplemento con micronutrientes a adolescentes en edad escolar.

MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE

2. Tamizaje y tratamiento de ITU, ITS y VIH en el primer trimestre.

3. Suplemento con micronutrientes a gestantes.

MANTENER UN BUEN ESTADO DE SALUD DE LA NIÑA Y EL NIÑO.

4. Clampaje tardío del cordón umbilical.
5. Contacto piel a piel.
6. Consejería sobre lactancia materna exclusiva
7. Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro.

8. Suplementación preventiva con micronutrientes a partir de los 4 meses.
9. Vacunas neumococo y rotavirus.
10. Tratamiento de enfermedad diarreica aguda.
11. Sesión demostrativa sobre lavado de manos.
12. Agua, saneamiento y promoción de la higiene.
13. Mejoramiento básico de las condiciones físicas de la vivienda y servicios de atención a niñas y niños. (17)

2.2.6 Teorías de Enfermería Comunitaria

a) Teoría de Nola Pender- Modelo de Promoción de la Salud,

esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El Modelo de Promoción de la Salud, sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Metaparadigmas:

SALUD: estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

PERSONA: es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

ENTORNO: no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

ENFERMERIA: el bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales cuidados, motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal

b) Teoría General de la Enfermería- Dorothea Orem:

La teoría general de la Enfermería de Dorothea Orem está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Metaparadigmas:

PERSONA: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse, Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así serán otras personas las que les proporcionen los cuidados.

ENTORNO: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

SALUD: Es definida como el estado que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

ENFERMERIA COMO CUIDADOS: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud. S bien es cierto en este concepto meta paradigmático el objetivo de la disciplina que **“es ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a**

cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

EPISTEMOLOGIA: La intuición espontánea de Orem, la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia principal, si cita el trabajo de muchas enfermeras en términos de contribución a la Enfermería.

Práctica de la Teoría de Orem.

Si, se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.

3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar La forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de la salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel el de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforma el individuo madura y son afectados por creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.

La Edad, Etapa de desarrollo y Estado de Salud pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo: un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

1. **UNIVERSALES:** los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.

2. **DE CUIDADOS PERSONALES DEL DESARROLLO:** surgen como resultado de los procesos de desarrollo. Ejemplo: la pérdida de un ser querido o del trabajo.
3. **DE CUIDADOS PERSONALES DE LOS TRASTORNOS DE SALUD:** ejemplo, los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos.

Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.

Para la implementación de las actividades desarrolló tres **SISTEMAS DE COMPENSACION:**

1. **TOTAL**, requiere que se actúe en lugar de él.
2. **PARCIAL**, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
3. **DE APOYO EDUCATIVO**, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

c) Teoría de Virginia Henderson- Definición de Enfermería: Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la guerra mundial. Henderson desarrolla sus ideas

motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

Incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Metaparadigmas:

PERSONA: individuo que necesita de la asistencia para alcanzar salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Incluible por el Cuerpo y la Mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

ENTORNO: sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados, La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación de la enfermera. La salud puede verse afectada por factores: FISICOS (aire, temperatura, sol etc.), PERSONALES (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.)

SALUD: la define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

SIETE están relacionadas con la fisiología: respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada, temperatura.

DOS, con la seguridad: higiene corporal y peligros ambientales

DOS, con el afecto y la pertenencia: comunicación y creencias.

TRES, con la autorrealización: trabajar, jugar y aprender.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un plan de cuidados de enfermería por escrito.

ENFERMERIA: la define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

EPISTEMOLOGÍA: Aunque la mayor de su teoría está basada, como así define en su libro, "The Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud, Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de la función de enfermera:

1. SUSTITUTA: compensa lo que le falta al paciente
2. AYUDANTE: establece las intervenciones clínicas
3. COMPAÑERA: fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.(18)

2.3. Definición de Términos

a) Intervención de enfermería: es un sistema que describe las actividades que el profesional de enfermería realizará como parte de la fase de planificación de la atención de enfermería, asociado con la creación de un plan de cuidados de enfermería que pueda cubrir las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y así prevenir, disminuir o curar la desnutrición crónica y anemia infantil.

b) Visita Domiciliaria: Es una estrategia que permite la aproximación del personal de salud al domicilio del usuario; que suele responder a una necesidad identificada o demanda espontánea, que, tras su valoración en conjunto, se decide un

plan de atención integral, individual y familiar a seguir. Es donde se investiga aspectos de salud como la identificación de necesidades y detección de problemas que rodean a la familia en lo: biológico, psicológico, sanitario, social, económico y ambiental.

c) Desnutrición Crónica Infantil, es la situación en que las niñas y los niños tienen una estatura por debajo de la esperada para su edad en comparación con los patrones de crecimiento establecidos internacionalmente.

d) Anemia, es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido o es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La fuente de recolección de datos para el presente informe de experiencia laboral ha sido:

- 3.1.1 Reportes mensuales de Fichas Familiares
- 3.1.2 Base de datos de reporte HIS de visitas domiciliarias
- 3.1.3 Base de datos de reporte HIS de niños desnutridos crónicos
- 3.1.4 Base de datos de reporte HIS de niños con anemia
- 3.1.5 Padrón nominal de niñas y niños desnutridos
- 3.1.6 Padrón nominal de niñas y niños anémicos
- 3.1.7 Reporte VEA semanal de niños y niñas desnutridos
- 3.1.8 Reporte VEA semanal de niñas y niños con anemia

3.2 Experiencia Profesional

AÑO	CONDICION	INSTITUCION	FUNCION
1989	SERUMS	I-2 PALTASHACO	COORDINADORA DE PAI,CRED, TBC,MALARIA
1990	CONTRATO	I-2 PALTASHACO	COORDINADORA DE PAI, CRED, TBC,MALARIA
1996	NOMBRADA	I-2 PALTASHACO	COORDINADORA DE PAN
2011	NOMBRADA	I-2 PALTASHACO	COORDINADORA PROMSA
2014	NOMBRADA	I-2 PALTASHACO	COORDINADORA ESN SALUD FAMILIAR

El Puesto de salud I-2 Paltashaco, es un establecimiento que atiende las 24 horas y brinda a la población usuaria los siguientes servicios:

Admisión, Consulta externa en medicina general (un médico nombrado y uno contratado), enfermería (una nombrada y un recurso Serums), obstetricia (un nombrado), odontología (un recurso Serums), farmacia (técnico asistencial), laboratorio (un recurso itinerante), ambulancia (un chofer nombrado); además, cuenta con 06 técnicos de enfermería y 01 apoyo de limpieza.

La infraestructura del puesto de salud I-2 Paltashaco es deficiente en relación con el número de ambientes. por ejemplo: la atención integral del niño sano cuenta con un solo ambiente en el cual el profesional de enfermería realiza el control de crecimiento y desarrollo y la vacunación. Los servicios higiénicos están malogrados. cuando llueve el agua filtra en los servicios de obstetricia, medicina, tópico y sala de urgencias. el sistema eléctrico no funciona correctamente pues los artefactos eléctricos se queman, así como los tomacorrientes.

En relación con material para funcionamiento de los servicios y los equipos estos son deficientes y no hay material de bioseguridad.

No existe un trabajo en equipo, se observa poca motivación en el personal de salud, los conflictos no se canalizan adecuadamente y la actividad extramural se realiza con mucha dificultad.

El petitorio de medicamentos no se cumple

El monitoreo de las metas y supervisión de actividades por estrategia sanitaria no se efectúa

Los desembolsos del SIS no son oportunos

3.3 Procesos realizados en el tema del informe:

3.3.1. PREPARACION DE LA VISITA DOMICILIARIA:

- . Captación del niño o niña con diagnóstico de desnutrición crónica y anemia en el consultorio de enfermería.
- . En consultorio de enfermería se concerta con madre o cuidador del menor la fecha y hora de visita domiciliaria Y SE REGISTRA EN PIZARRA ACRILICA DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES QUE IMPLEMENTE EN SERVICIO DE ENFERMERIA las cuales se implemente el año 2011.
- . Se le indica a madre o cuidador del niño o niña que garantice la presencia de todos los integrantes de la familia.
- . Se IMPLEMENTO CUADERNO DE REGISTRO DE NIÑOS DESNUTRIDOS

- . Se elaboró CROQUIS DE CADA CASERIO.
(ANEXO N° 04)
- . Se IMPLEMENTO CUADERNOS DE
SECTORIZACION . (ANEXO N° 05)
- . Se implementó cuaderno de TAMIZAJE DE
HEMOGLOBINA en el servicio de
enfermería.(ANEXON°06)
- . Se implementó formato de EVALUACIÓN
NUTRICIONAL AL MENOR DE 12 AÑOS.(ANEXO
N° 08)
- . Antes de cada visita domiciliaria se confeccionamos
el material que vamos a utilizar.

Cabe resaltar, que en el año 1994, direccioné la ejecución del empadronamiento de todos los caseríos de la jurisdicción del I-2 Paltashaco, contando por primera vez con el padrón nominal de nuestra población por etapas de vida actividad que al igual que todos los registros que he implementado hasta el año 2017 en el servicio de enfermería nos permite planificar y organizar nuestras actividades extramurales y las visitas domiciliarias

Cuando en el año 2005, impulsé como Distrito sanitario de Santa Catalina de Mossa el Mapeo de cada caserío y la sectorización de

los mismos se ejecutó por primera vez la clasificación de riesgo de nuestras familias mosseñas.

3.3.2. PRESENTACION DE ENFERMERA EN EL DOMICILIO:

- . Saludo: sonrío y doy la mano
- . Me presento: nombres y apellidos, profesión, donde trabajo
- . Doy a conocer el propósito de la visita
- . Utilizo palabras sencillas y clara

3.3.3. VALORACION:

- . Observo, exploro y utilizo la comunicación horizontal, converso “ de tú a tú ”.
- . Hago participar a todos los integrantes de la familia. Si no se encuentran todos los integrantes de familia coordino fecha y hora de otra visita domiciliaria para completar la valoración y poder elaborar el diagnóstico y el plan de cuidados.
- . Aplico ficha familiar: elaboro con integrantes de la familia FAMILIOGRAMA, ECOMAPA
- . Indago sobre hábitos, creencias, costumbres, valores.

Es importante mencionar que soy la única enfermera nombrada y desde el año 2013 cuento con un recurso SERUMS el cual anualmente capacito en el manejo de la FICHA FAMILIAR Y elaboración de PAIFAM.

3.3.4. PLANIFICACION y EJECUCION DE CUIDADOS:

- . Delimito responsabilidades: asignó un recurso técnico de enfermería por sector con quién en forma conjunta monitoreamos a las familias.
- . Se APERTURARON CUADERNOS DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS. (ANEXO N° 07)
- . Se publica en pizarra acrílica programación de visitas domiciliarias
- . Hay actividades que se realizan en el momento y otras que debo coordinar a nivel familiar, autoridades del caserío, líderes comunales y organizaciones de base que factibles de ejecutar periódicamente (ANEXO N° 09), tales como: Consejería educativa (individualizada) y Sesión educativa (Grupal) sobre NUTRICION: cantidad, calidad, consistencia, frecuencia, costo y armonía.
- Explicación de graficas de peso y talla del niño y de la niña con desnutrición crónica y anemia.

- Tamizaje de hemoglobina de acuerdo a norma técnica.
- Vacunación a los miembros de la familia según norma técnica de inmunizaciones.
- Desparasitación familiar
- Sesión educativa y sesión demostrativa sobre consumo de agua segura
- Sesión educativa y demostrativa sobre higiene de la vivienda y de la comunidad
- Establecer uno o dos acuerdos o compromisos a cumplir en forma inmediata
- Hacer participar activamente en el desarrollo de las actividades a otros recursos humanos del establecimiento de salud, del caserío y de la familia

En el año 2013, como CLAS de Santa Catalina de Mossa formamos parte del SIREPI DISTRITAL, y se incrementaron las actividades de seguimiento extramural mediante las visitas domiciliarias a los niños con desnutrición crónica y anemia. Capacité al personal de salud de toda la jurisdicción en antropometría, tamizaje de anemia, sesiones demostrativas de alimentos para niños, gestantes y consejerías nutricionales.

-

En el año 2014, se implementó la ESN de Salud Familiar y el eje de FAMILIA SALUDABLE – MUNICIPIO Y COMUNIDAD SALUDABLE

Incrementando por ello la programación de visitas domiciliarias.

Observando que el personal de salud de la CLAS de Santa Catalina de Mossa tenía dificultad en la ejecución de las visitas domiciliarias realizo periódicamente capacitaciones y monitorización de las mismas.

En el año 2014, 2015, 2016 y 2017 hemos distribuido los MULTIMICRONUTRIENTES, además el 2017 el PLUMPY NUT, papilla nutritiva para niños con desnutrición aguda y se dio inicio al proyecto de Seguridad alimentaria en convenio con el Gobierno regional de Piura en el cual se está distribuyendo PAPI YA a niños menores de tres años con desnutrición crónica y anemia.

3.3.5. REGISTRO DE LA VISITA DOMICILIARIA:

- . Se registra la visita domiciliaria en el cuaderno de visitas domiciliaria QUE IMPLEMENTE EL AÑO 2015, indicando familia visitada, fecha y hora
- . En ficha familiar en primera hoja se realiza el registro para poder realizar el seguimiento .

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

REPORTE DE FICHAS FAMILIARES Y ELABORACION DE PAIFAM POR PERSONAL DE ENFERMERIA DEL I-2 PALTASHACO AÑO 2017

PERSONAL DE SALUD	NUMERO	EDAD			
		FICHA FAMILIAR		PAIFAM	
		N°	%	N°	%
ENFERMERAS	2	72	100	50	69.4

FUENTE: Oficina de Estadística

En el cuadro 4.1, podemos observar que el 100% de los profesionales de enfermería realizan visitas domiciliarias, utilizan la Ficha familiar, pero el Plan de Atención Integral Familiar (PAIFAM), solamente es elaborado al 69.4%

CUADRO 4.2
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA
EN EL I-2 PALTASHACO
2015-2017

AÑOS	POBLACION TOTAL < 3 AÑOS	EDAD						Total	
		< 1 Año		1 Año		2 Años			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2015	86	10	11.6	15	17.4	10	11.6	35	40.6
2016	95	06	6.3	10	10.5	10	10.5	26	27.3
2017	92	08	8.6	06	6.5	06	6,5	20	21.6

FUENTE: Oficina de Estadística

En el cuadro 4.2, observamos que la desnutrición crónica infantil en el I-2 Paltashaco viene disminuyendo 21.6%, siendo los niños menores de un año los más afectados.

CUADRO 4.3
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA EN EL I-2
PALTASHACO
2015-2017

AÑOS	POBLACION TOTAL < 3 AÑOS	EDAD						Total	
		< 1 Año		1 Año		2 Años			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2015	86	15	17.4	22	25.6	19	22.1	56	65.1
2016	95	16	16,8	21	22.1	14	14.7	50	53.6
2017	92	09	9.8	06	6.5	05	5.4	20	21.7

FUENTE: Oficina de Estadística

En el cuadro 4.3 vemos que el porcentaje de anemia en comparación a los años anteriores ha disminuido al 21.7%, siendo los menores de un año los de mayor incidencia.

V. CONCLUSIONES

- a) La VISITA DOMICILIARIA, es una actividad, una técnica, un programa, un servicio, una estrategia que permite aplicar el PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA y lograr cambios favorables en la conducta sanitaria en el individuo, familia y comunidad.

- b) En el desarrollo de la VISITA DOMICILIARIA, la ejecución de las diferentes ETAPAS, facilita la intervención oportuna del profesional de enfermería con el individuo, familia y comunidad.

- c) El profesional de enfermería del I-2 Paltashaco, en su práctica diaria: prepara la visita domiciliaria, realiza la presentación en el domicilio, valoriza, elabora plan de cuidados, ejecuta plan de cuidados, evalúa y registra la visita domiciliaria; lo cual favorece la intervención eficaz y eficiente en la identificación de necesidades y problemas encontrados en el individuo, familia y comunidad.

VI. RECOMENDACIONES

a) A los profesionales:

Actualizar permanentemente los conocimientos (CAPACITACIONES) y destrezas (PASANTIAS) en el proceso de la visita domiciliaria en la atención integral extramural al individuo, familia y comunidad para poder mejorar la condición de vida de las familias y por ende de nuestras comunidades y de esta forma reducir la desnutrición crónica y anemia infantil.

b) A la Institución:

Aprobar y normar el manejo de la GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA integral en la atención integral extramural al individuo, familia y comunidad para poder mejorar las condiciones de salud de nuestras comunidades en beneficio de la primera infancia.

c) Al Servicio:

Utilizar la GUÍA PROVISIONAL DE VISITA DOMICILIARIA integral elaborada por Enfermera María Nelly Chávez Bayona en la atención integral extramural al individuo, familia, medio ambiente y comunidad para disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia en los menores de tres años.

VIII. REFERENCIALES

1. MIDIS. Plan Sectorial para Contribuir con la Reducción de Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niños y niñas menores de 36 meses periodo 2017-2021.Lima.2017.
2. <http://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-131-de-menores-de-cinco-años-diminuyendo-en-13-puntos-porcentuales>.
3. ROMERO, J. El trabajo extramural del modelo de atención integral en salud. Tesis Magister. Ecuador. Universidad Central del Ecuador. 2016
4. KOTLIARENCO M, GÓMEZ E. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. Colombia. Revista de Salud Pública. Vol., 12: 184-196.2010
5. CORRALES,D. BABARRO,A. Continuidad de Cuidados, innovación y Redefinición de papeles profesionales en la atención de pacientes crónicos y terminales. España. Revista Gaceta. Vol.,24: 63-68.
6. SOLIS,K. Programa de visitas domiciliarias en el sistema de Salud Costarricense: Lineamientos para su mejora. Costa Rica . 2015.
7. PEREZ, B. El cuidado de Enfermería en Familia: Un reto para el siglo XX. Colombia 2002.

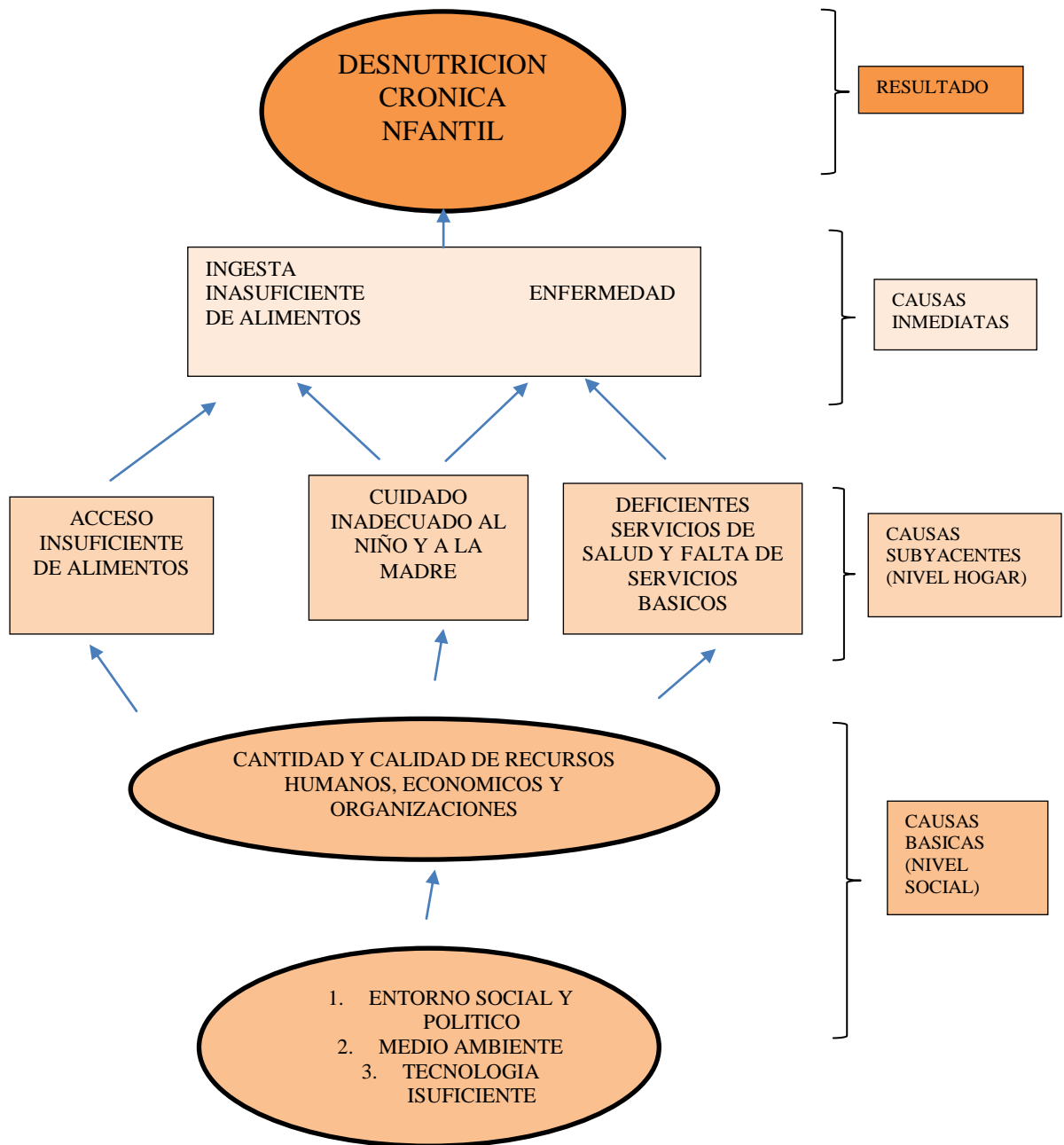
8. MENDOZA N, NINA A. Eficacia del monitoreo de la visita domiciliaria efectuada por enfermeras a niños menores de tres años suplementados con multimicronutrientes del Centro de salud Alto Selva Alegre. Tesis. Arequipa, Universidad Católica de Santa María.2016
9. MILLA, L. Efecto de las visitas domiciliarias en el consumo de multimicronutrientes. Pachacutec-Lima-Perú. 2014
10. VELAZCO A. La visita domiciliaria como programa de abordaje de la familia. Mérida. Universidad de los Andes.2003.
11. VÉLEZ, A. Estructura básica de una visita domiciliaria en atención primaria de salud. Tesis Doctoral. Machala. Universidad Técnica de Machala. 2017.
12. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACION VULNERABLE.Manual de Visitas Domiciliarias. Perú. 2014.
13. MINSA. Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Reducción de la Anemia en el País en el período 2014-2016. Lima 2014.
14. SOBRINO M, GUTIERREZ C. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú. Panamá. Vol.3: 105-112. 2014
15. O DONEL A, GRIPPO B. Desnutrición, medio ambiente y desarrollo infantil. Argentina. Revista VERTEX. Vol. .x:130-135.2004

16. SANDOVAL A, REYES H. Estrategias familiares de vida y su relación con la desnutrición en menores de 2 años. México. Revista Salud Pública. Vol., 44: núm. 2002
17. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Anemia en la población infantil: Aspectos claves para su afronte. Lima-Perú. 2015
18. CISNEROS,F. Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. Popaya. Universidad del Cauca. 2002

ANEXOS

ANEXO N° 01

MODELO CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL



Fuente: Unicef

ANEXO N° 02

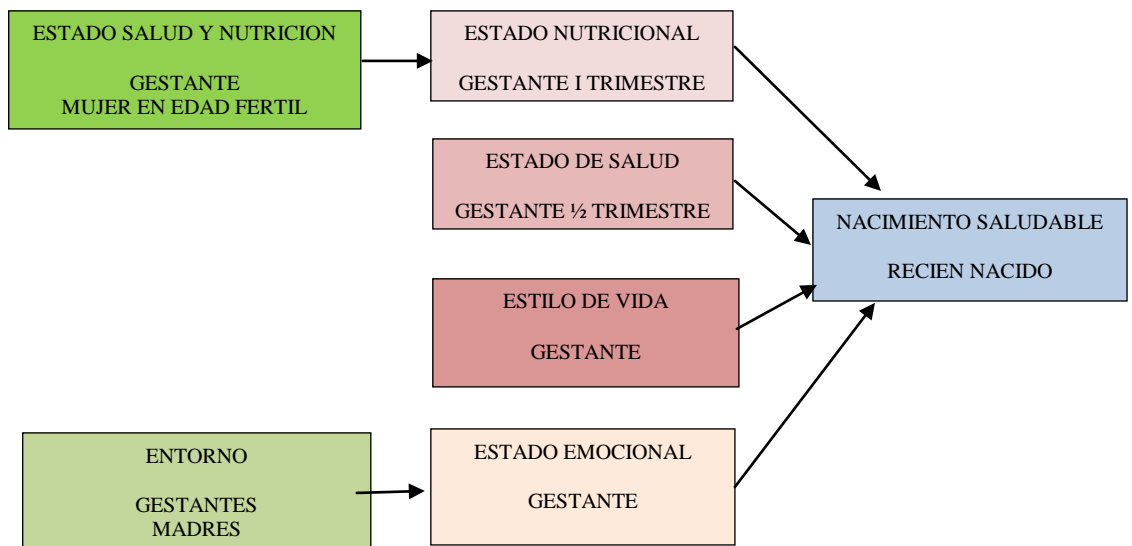
MODELO CAUSAL DE LA ANEMIA

(50%-80%)



ANEXO N° 03

**MODELO DE FACTORES ASOCIADOS PARA LOGRAR UN
NACIMIENTO SALUDABLE**



FUENTE: D.S. 010-2016-MIDIS

ANEXO N° 04

IMPLEMENTACION DE CROQUIS DE CADA CASERIO



ANEXO N° 05

IMPLEMENTACION DE CUADERNOS DE SECTORIZACION



ANEXO N° 06

IMPLEMENTACION DE REGISTRO DE CONTROL DE HEMOGLOBINA



Febrero 2018

ID	H.C.	D.O.I.	Edad	Nombre	Apellidos	Hemoglobina	Fecha	Observaciones
01	201143	8055610	72	Benja	Alfonso	11.4	21.2.18	
02	201143	8055749	66	Yan	Alfonso	10.8	21.2.18	
03	201143	8055750	66	Yan	Alfonso	10.8	21.2.18	
04	201143	8055751	50	Benja	Alfonso	10.5	21.2.18	
05	201143	8055752	67	Benja	Alfonso	10.8	21.2.18	
06	201143	8055753	67	Benja	Alfonso	10.5	21.2.18	
07	201143	8055754	67	Benja	Alfonso	11.4	21.2.18	
08	201143	8055755	67	Benja	Alfonso	10.9	21.2.18	
09	201143	8055756	72	Benja	Alfonso	10.6	21.2.18	
10	201143	8055757	72	Benja	Alfonso	11.4	21.2.18	
11	201143	8055758	72	Benja	Alfonso	12.0	21.2.18	
12	201143	8055759	72	Benja	Alfonso	11.0	21.2.18	
13	201143	8055760	72	Benja	Alfonso	10.2	21.2.18	
14	201143	8055761	72	Benja	Alfonso	10.7	21.2.18	
15	201143	8055762	72	Benja	Alfonso	11.7	21.2.18	
16	201143	8055763	72	Benja	Alfonso	10.0	21.2.18	
17	201143	8055764	72	Benja	Alfonso	11.9	21.2.18	
18	201143	8055765	72	Benja	Alfonso	10.6	21.2.18	
19	201143	8055766	72	Benja	Alfonso	12.4	21.2.18	
20	201143	8055767	72	Benja	Alfonso	12.3	21.2.18	
21	201143	8055768	72	Benja	Alfonso	13.0	21.2.18	
22	201143	8055769	72	Benja	Alfonso	13.5	21.2.18	

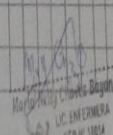
ANEXO N° 08

IMPLEMENTACION DE REGISTRO DE EVALUACION NUTRICIONAL AL MENOR DE DOCE AÑOS

EVALUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO/A MENOR DE 12 AÑOS

ESTABLECIMIENTO: J-2 PALTASHATO MES: AGOSTO AÑO: 2014

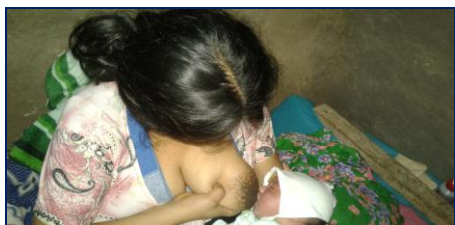
N°	HC	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		TALLA	PESO	0-24 LUN 200			2-48 LUN 200			5-124 LUN 200			
			M	F			PT	PE	TE	PT	PE	TE	PT	PE	TE	
			D	M			A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
1	201005	San Jose Gonzalo Gonzalez	10	15	74.5						X	X	X			
2	201006	Melani Sanchez Jenny Gonzalez	10	18	68.0	X	X	X								
3	201007	Rebeca Gonzalez Liliana Chumacero	24	5	51.5	X	X	X								
4	201008	Yuli Nicol Pablo Palacios	6	11	65.5	X	X	X								
5	201015	Angela Silvio Sandra Morales	6	15	67.5	X	X	X								
6	201017	Micaela Zulema Castro	7	17	67.5	X	X	X								
7	201020	Clayton Romo Benny Gonzalez	10	10	80	X	X	X								
8	201021	Yohana Maldonado Benny Gonzalez	5	11	20.4									X	X	
9	201023	Diana Luz	11	7	62.4	X	X	X								
10	201024	Yolanda Pablo	7	10	51	X	X	X								
11	201025	Yani Pablo	5	10	101.9											
12	201026	Yolanda Pablo	10	10	73	X	X	X								
13	201027	Yolanda Pablo	10	15	85	X	X	X								
14	201028	Yolanda Pablo	10	15	95	X	X	X								
15	201029	Yolanda Pablo	10	15	102	X	X	X								
16	201030	Yolanda Pablo	10	15	51	X	X	X								
17	201031	Yolanda Pablo	10	15	54	X	X	X								
18	201032	Yolanda Pablo	10	15	73	X	X	X								


 LIC. ENFERMERA
 CEP N° 1014

ANEXO N° 09

FOTOS DIVERSAS DEL PLAN DE CUIDADOS

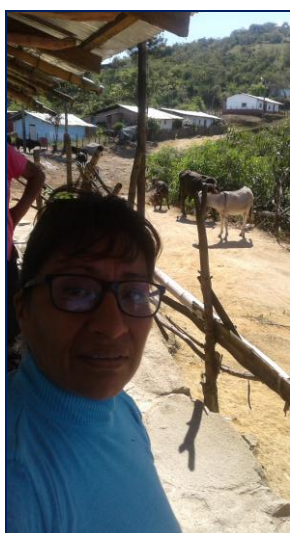




CONSERVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES



MODIFICAR ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES



**OBSERVAR Y EXPLORAR FACTORES DE RIESGO FAMILIAR Y
COMUNAL**



SESION EDUCATIVA INDIVIDUAL Y GRUPAL



SESION DEMOSTRATIVA INDIVIDUAL Y GRUPAL



VACUNACION A SEGÚN ESQUEMA NORMALIZADO



CONTROL PESO



CONTROL TALLA



TAMIZAJE DE ANEMIA



SOCIABILIZACION DE EVALUACION NUTRICIONAL



SESION EDUCATIVA A MADRES DE MENORES DE 3 AÑOS



SESION DEMOSTRATIVA DE LAVADO DE MANOS A MADRES

SESION DEMOSTRATIVA DE ALIMENTOS PROMOTORAS DE PRIMERA INFANCIA





SESION DEMOSTRATIVA EN ALGODONAL



SESION DEMOSTRATIVA EN CASA BLANCA





CON ALCALDE EN ACTIVIDAD DE SISTEMA REGIONAL DE PRIMERA INFANCIA

CON ALCALDE EN CAPACITACION A PROMOTORES DE SALUD Y SIVICOS



CAPACITACIONES AL PERSONAL DE SALUD



USO DE FICHA FAMILIAR



PLUMPY NUT



CONTROL NUTRICIONAL



TAMIZAJE DE ANEMIA



ETAPAS DE VISITA DOMICILIARIA



ELABORACION DE FAMILIOGRAMA

MANEJO DE SECTORIZACION



FAICAL: CAPACITANDO A FAMILIAS SOBRE FICHA FAMILIAR



CHIRIMOYOS: CAPACITACIÓN A FAMILIAS SOBRE FICHA FAMILIAR



ALGODONAL. Lactancia Materna Exclusiva



ALGODONAL: Tamizaje de Anemia

