

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



**EXPERIENCIA PROFESIONAL DE VISITAS DOMICILIARIAS A
RECIÉN NACIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TUPAC AMARU
CUSCO 2015-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

ROSA VICTORIA CHIPANA USCAMAYTA

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 215

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 917-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	21
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	33
IV. RESULTADOS	41
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIALES	48
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

Varios estudios llevados a cabo han mostrado que las visitas domiciliarias pueden reducir entre el 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo. Las visitas han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal tales como la lactancia materna, higiene y curación del cordón umbilical. La visita domiciliaria aumenta la supervivencia neonatal.

El trabajo académico describe la experiencia profesional de visitas domiciliarias realizadas a recién nacidos en la Centro de Salud de Tupac Amaru- Cusco- durante los años 2015 y 2016.

Esta descripción de mi experiencia profesional me ha permitido fortalecer mis conocimientos acerca de las actividades preventivas promocionales en el domicilio de la puérpera y su entorno familiar y constituye información importante para la especialidad de Enfermería en Crecimiento y desarrollo del niño y estimulación temprana.

El presente trabajo académico consta de 8 capítulos:

Capítulo I: donde se describe la situación problemática, objetivo y justificación. Capítulo II: donde se describe investigaciones y sustento teórico del tema. Capítulo III: donde se describe la experiencia profesional de las visitas domiciliarias a recién nacidos y actividades realizadas en cada una de las etapas. Capítulo IV: donde se presentan los resultados de los dos años de experiencia en tablas. Capítulo V: donde se presentan las conclusiones. Capítulo VI: donde se presentan las recomendaciones. Capítulo VII: donde se presentan las referencias bibliográficas. Capítulo VIII donde se presentan los anexos.

El presente informe fue elaborado con fuente de datos que se cuenta en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño del Centro de Salud Tupac Amaru. Las fuentes estadísticas de la Red y Micro no ha sido posible obtenerlas a pesar de las gestiones realizadas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Cada año mueren alrededor de 3,7 millones de recién nacidos durante las primeras cuatro semanas de vida (estimaciones de 2004). La mayoría de esos niños nace en países en desarrollo y muere en casa. Hasta dos terceras partes de esas defunciones podrían prevenirse si las madres y los recién nacidos fueran objeto de intervenciones de eficacia comprobada. Los estudios realizados muestran que las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre el 30 y el 60 por ciento de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada. Así pues, la OMS y el UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos.

Casi el 40 por ciento de las defunciones en menores de 5 años se produce durante los 28 primeros días de vida (periodo neonatal). Hay tres causas que por sí solas dan cuenta del 80 por ciento de esas muertes, a saber, infecciones, asfixia y nacimiento prematuro (1)

Un estudio en Madrid de 164 niños de un determinado grupo, de los cuales el 36% recibió visita domiciliaria en los 7-15 primeros días de vida, permitió conseguir que un 50% mantuviese lactancia natural más de 3 meses frente a un 44.8% en los niños que no recibieron visita domiciliaria. De la misma forma el 18.2% que no lactaron se eleva hasta un 20.5% en los no recibieron visita domiciliaria. (2)

Según ENDES 2011, la TMN para el país es de 8 por 1,000 nacidos vivos (n.v.), en tanto que, la TMN para la región Cusco es de 17 por 1,000 n.v.; lo que significa que la TMN en la Región Cusco prácticamente es 2.1 veces mayor en Cusco respecto al promedio nacional. Si apreciamos los datos de la ENDES 2011, sobre las tasas

de mortalidad neonatal en otras regiones, se aprecia que las TMN de La Libertad (5 por 1,000 n.v.), Tacna (7 por 1,000 n.v.) y Lima (7 por 1000 n.v.) son las regiones que tienen las más bajas tasa de mortalidad neonatal.

Si comparamos estos datos, con la TMN de la Región Cusco (17 por 1,000 n.v.), tenemos que la Razón de Exceso de Mortalidad Neonatal es de 3.4, 2.4, y 2.4 veces más en Cusco respecto a estas regiones; dicho de otro modo diremos que en Cusco existe 3.4 y 2.4 veces mayor riesgo mortalidad neonatal respecto a lo que ocurre en la Libertad, Tacna y Lima respectivamente; lo cual debe llamar a preocupación, y que en parte puede ser explicable en función de una serie de factores asociados como los socioeconómicos, accesibilidad, nivel educativo, entre otros; sin embargo de la información reportada a través del sistema de vigilancia epidemiológica, se tiene que desde los servicios de salud existen muchos aspectos que pueden superarse a partir de brindar una adecuada calidad de atención integral tanto de la gestante como del perinato.(3)

La Tasa de Mortalidad Neonatal aun es un problema de gran transcendencia a nivel local, el distrito de San Sebastián; incrementa el exceso de muerte para el año 2014 siendo el 12.44 por 884n.v.; con respecto al año 2012 (12.02 por 832 n.v.) y año 2013(12.35 por 810 n.v.).

En el Centro de salud de Tupac Amaru la TMN en los años 2012 y 2013 sea mantenida en cifra de 7.5 por 133n.v. lo cual significa que las muertes neonatales continúan ocurriendo en zonas urbanas donde la capacidad resolutive de los establecimientos de salud es considerada apropiada para cubrir las urgencias o emergencias. (4)

1.2 Objetivo

- Describir la experiencia profesional de visitas domiciliarias a recién nacidos en el Centro de salud de Tupac Amaru Cusco. 2015-2016

1.3 Justificación

La disminución de la mortalidad neonatal es un reto para la salud pública en el Perú. El Ministerio de Salud del Perú, en su compromiso de reducir la mortalidad neonatal, promueve e impulsa políticas, estrategias y acciones de intervención con un enfoque perinatal, aplicando concepciones humanísticas donde se respeta los derechos de la madre y su hijo; con un acompañamiento respetuoso, responsable y competente de los profesionales del equipo de salud que tienen a su cargo atender la atención de la madre y su recién nacido.

En la actualidad los establecimientos de salud en el Perú se rigen en el

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS); el cual reconoce y prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, permite que el personal de salud adopte diferentes modalidades de intervención entre ellas la visita domiciliaria al 100 % de las familias con niños y niñas menores de 36 meses para que reciban consejería en prácticas saludables, que forma parte del paquete de actividades preventivo promocionales junto con las sesiones demostrativas en la preparación de alimentos, a fin de contribuir en la reducción de la desnutrición crónica infantil y proteger la salud materna neonatal.

La enfermera (o), como profesional de la Ciencia de la Salud, interviene en la prestación de los servicios de salud Integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de

promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad.

En el Cusco las visitas domiciliarias son poco efectivas en las urbanas debido al cambio constante de domicilio de las familias, por el contrario, en las zonas rurales las visitas domiciliarias son más efectivas debido a la permanencia constante de las familias.

La visita domiciliaria es una herramienta de trabajo que contamos el personal de Enfermería que nos permite relacionarnos íntima y afectivamente con la familia en su residencia para obtener información muy importante para el diagnóstico de salud de la familia y posterior intervención en ellas con efectividad y eficacia.

Este informe constituye un instrumento de consulta para formular o reformular algunas actividades durante la visita domiciliaria en zonas urbanas como ciudad Cusco.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

RODRÍGUEZ (2010) Visita domiciliaria a recién nacidos y educación para la salud, el objetivo de la investigación es *mantener lactancia materna al menos los tres primeros meses de vida*. Y que concluye que la Visita Domiciliaria favorece el mantenimiento de la lactancia materna más tiempo, por encima de los 3 meses y permite la educación para la salud de forma personalizada en el propio ambiente donde se va a desarrollar el niño. (2)

BUSTOS, y otros (2010) Seguimiento al hogar para madres en puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación, el objetivo de la investigación es realizar el seguimiento al hogar a las madres en periodo de puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación para prevenir complicaciones y promover su salud teniendo en cuenta la familia como grupo de apoyo y sustentado en los cinco procesos básicos de la teoría de Kristen Swanson, la metodología seguimiento a puérpera y recién nacido, una de las conclusiones es la estrategia de seguimiento domiciliario de Enfermería a las puérperas con antecedente de hipertensión inducida por la gestación (HIG) permite detectar e intervenir temprana, oportuna y eficazmente en los factores de riesgo, enfocando las actividades en la asesoría y atención directa respecto a los cuidados de la madre y su hijo y la detección de signos de alarma que requieran atención urgente con el fin de prevenir la aparición de complicaciones propias de esta enfermedad que puedan surgir durante la evolución del puerperio, evitando de esta forma los reingresos hospitalarios y contribuir a minimizar la morbilidad materna y neonatal por causas prevenibles.(5)

ZULIANI, y otros (2015) Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico.

En esta investigación buscan como objetivo comprender la importancia de la visita domiciliaria familiar como estrategia didáctica para la formación integral de los estudiantes y las estudiantes-años 2006 a 2011 de pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Es un estudio cualitativo histórico hermenéutico fenomenológico, que implica sistematización de caso y revisión documental con análisis ético, efectuado a 36 participantes entre estudiantes y docentes, en entrevistas, grupos focales y observaciones participantes. Y concluyen que la visita domiciliaria familiar es la estrategia didáctica que facilita la mirada integral en la formación del estudiante o la estudiante y mejora la relación médico-paciente, genera compromiso social y responsabilidad en su quehacer médico-puericultor.(6)

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA (2015), Informe de FEACAP sobre la visita domiciliaria en España: El Liderazgo de Enfermería Comunitaria, el objetivo es conocer la repercusión que tiene la visita domiciliaria de la enfermera en la salud del adulto mayor así como caracterizar la atención socio sanitaria que se presta a esta población. Y concluye que los pacientes que reciben atención socio sanitaria en domicilio son personas muy mayores (con una media de edad próxima a los 82 años), con una media de tres patologías crónicas, siendo las enfermedades cardiovasculares, las osteomusculares y las metabólicas las más prevalentes, con un consumo elevado de medicamentos, con predominio de mujeres las cuales, en gran mayoría, viven en sus domicilios particulares. Estas personas son atendidas desde el punto de vista sanitario por los Equipos de

Atención Primaria, con mayor frecuentación por parte de los profesionales de enfermería, siendo los pacientes institucionalizados los que más visitas reciben.(7)

ÁLVAREZ (2011) Influencia de atención domiciliaria de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz, cuyo objetivo es constatar la homogeneidad de muestra (casos y controles) en relación a: a/variable de apareamiento, b/antecedentes y afecciones padecidas en el periodo neonatal y c/ factores ambientales, socioeconómicos y familiares, la metodología estudio comparativo caso-control. Y concluye que la atención domiciliaria de enfermería implica un mayor aumento de peso de recién nacido en casa durante su permanencia en el hospital, la atención domiciliaria de enfermería no implica una mayor morbilidad y puede considerarse segura. (8)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Definición de recién nacido

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud. (9)

2.2.2 Clasificación de recién nacido según edad gestacional

- Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

- Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 a menos de 1,000 gramos.
- Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos 2,500 gramos.
- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

2.2.3 Clasificación de recién nacido de acuerdo al peso corporal al nacer y edad gestacional

- De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- De peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. (10)

2.2.4 Control de crecimiento y desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por la profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño;

detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

La periodicidad de control de crecimiento y desarrollo del recién nacido actualmente es a los 7, 14, 21, y 28 días de vida.

2.2.4 Evaluación y monitoreo del crecimiento.

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas Antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.
- A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.
- El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.

2.2.5 Evaluación del desarrollo

- La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días y es de responsabilidad del profesional de enfermería.

- La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión Clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica).(11)

2.2.6 Atención neonatal en seguimiento

El seguimiento neonatal consta necesariamente de 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente 1 control cada semana. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en el domicilio (mediante la visita domiciliaria); siempre con presencia y participación de la familia.

Los profesionales responsables de la atención neonatal en seguimiento son el médico neonatólogo/pediatra, médico cirujano y enfermera, con apoyo del personal técnico, quienes desarrollan acciones de captación, acompañamiento y seguimiento del neonato y su familia; evaluando el cuidado esencial que recibe el neonato, verificando y fortaleciendo las prácticas claves en el cuidado del niño/a lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidados del cordón, inmunizaciones, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma, estimulación del desarrollo, etc.

La atención en seguimiento neonatal debe realizarse con el fin de evaluar periódicamente el crecimiento del niño/a durante la etapa neonatal, permitiendo la detección oportuna de riesgos, factores

determinantes o signos de enfermedad neonatal; con el propósito de implementar acciones de prevención e intervención; promoviendo prácticas adecuadas de cuidado del niño/a y enlazando el seguimiento con el control de crecimiento y desarrollo del niño/a menor de cinco años. Se debe considerar que, en el caso de neonatos de alto riesgo, el seguimiento debe ser realizado con la participación de un equipo multidisciplinario, en establecimientos con capacidad resolutive apropiada. Se debe promover la participación de los Agentes Comunitarios de Salud.

2.2.7 Carné de crecimiento neonatal

Es un instrumento que sirve para valorar el estado de salud del recién nacido a término e incluye la evaluación del peso con las curvas de Organización Mundial de la Salud 2006. Constituye un complemento de la historia clínica utilizado por el personal de salud para educar a los padres y la familia en el cuidado del recién nacido; siendo útil para que el promotor de salud, padres de familia y/o cuidadores del recién nacido puedan vigilar su estado de salud.(12)

2.2.8 Cuidado Infantil

Es el conjunto de acciones, integrales, articuladas y secuenciales, dirigidas a lograr en las niñas y los niños, un crecimiento adecuado y desarrollo normal, en sus capacidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales y respetando sus derechos, revalorando su cultura e incorporando aspectos de género.

Corresponde a la familia, los cuidadores, comunidad organizada, actores sociales e instituciones del estado, desarrollar un conjunto de prácticas y entornos saludables encaminados a lograr este fin.

2.2.9 Practicas saludables para el cuidado infantil

Son acciones relacionadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de las familias, que parten de la identificación de necesidades para cuidar o mejorar la salud de las gestantes, las niñas y los niños, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal. Siendo necesario contar con condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las prácticas saludables que garanticen estilos de vida saludables en las familias.

2.2.10 Entorno Saludable

El entorno saludable es un concepto integral que reconoce el hogar, la escuela y la comunidad como espacios clave donde transcurre parte importante de la infancia y la adolescencia y donde se adquieren conocimientos y valores decisivos para la vida.

2.2.11 Comportamientos esperados en madres padres y/o cuidadores de recién nacido (0 a 28 días)

- 1) Exigir que el recién nacido sea colocado en el pecho materno para brindarle calor y afecto y propiciar el inicio precoz de la lactancia materna (primera hora después del parto).
- 2) Limpiar diariamente el cordón umbilical con alcohol puro.
- 3) Realizar la higiene corporal del recién nacido.
- 4) Amamantar aplicando técnicas correctas a libre demanda y de forma exclusiva.
- 5) Llevar al recién nacido para atención dentro de los siete días de nacido para que reciba el paquete básico de atención.
- 6) Expresa afecto a la niña o niño en los diferentes momentos de contacto: al bañarlo, al amamantar al brindarle masajes.
- 7) Verificar que el recién nacido haya recibido las vacunas.

- 8) Lavarse las manos antes de preparar los alimentos, antes de comer, antes de amamantar, después de ir al baño y después de cambiar los pañales.
- 9) Llevar al recién nacido ante la presencia de signos de peligro.
- 10) La puérpera debe recibir alimentos de origen animal, suplemento de micronutrientes.
- 11) La puérpera debe acudir de inmediato al establecimiento de salud ante algún síntoma o signo de alarma. (13)

2.2.12 Concepto de visita domiciliaria

Es una herramienta de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia; que tiene por fin, ser reparadora, que acompaña procesos, que orienta, que da contención y que vigila. Además, es una acción diferenciada de un gran propósito, siendo parte de un proyecto que como tiene como uno de sus componentes, la intervención familiar.

Las visitas domiciliarias, ha sido un medio para que los profesionales de salud interactúen con las familias, siendo el hogar un ambiente ansiado para trabajar con las familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida. Las familias aparecen en su aspecto más natural dentro de su espacio familiar. (14)

2.2.13 Visita domiciliaria dirigido a neonatos

Actividad realizada con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida al neonato y su familia, priorizando a los neonatos de bajo peso y los que presentaron complicaciones perinatales.

2.2.14 Programar las visitas domiciliarias para seguimiento neonatal

Si el neonato no es llevado a su control oportunamente; cuando se ha detectado problemas en la ganancia de peso en los controles previos; cuando se han identificado factores de riesgo que requieren seguimiento o si el domicilio de la familia se ubica en una comunidad o sector a más de 3 horas de distancia del establecimiento de salud (Principalmente en las zonas de menor desarrollo); se realizará la visita domiciliaria. Para el desarrollo de esta actividad se deben realizar las coordinaciones necesarias con la familia y/o autoridades locales para que el día de la visita, la familia espere al personal de salud en el domicilio. (12)

2.2.15 Objetivos de la visita domiciliaria

- Conocer el hogar, el entorno y la situación familiar.
- Detectar necesidades, recursos y redes del grupo familiar (diagnostico).
- Elaborar el Plan Familiar con participación activa de los miembros de la familia.
- Enseñar y concientizar a los miembros de la familia en las prácticas saludables.
- Realizar el monitoreo permanente para el cumplimiento de prácticas saludables.
- Evaluar el cambio de comportamiento y la adopción de nuevas prácticas saludables en los miembros de la familia.
- Involucrar a los Agentes Comunitarios de Salud como ente articulador entre el personal de salud y las familias de su comunidad.

2.2.16 Beneficios de la visita domiciliaria

- Mejora la atención de salud.

- Incrementa la participación y responsabilidad de la familia en el proceso de cuidado de la salud.
- Mejora la calidad de vida de los miembros de familia.
- Otorga una sensación de intimidad y bienestar de la familia, ya que la gente siente que este tipo de asistencia personalizada es más humana.
- Mejora la entrega de educación para la salud.
- Mejora la atención de salud, con inclusión social.

2.2.17 Momentos de la visita domiciliaria

En los Establecimientos de salud, se debe contar con un plan integral de las actividades de la visita domiciliaria, se elaborará con la participación del total del personal de salud y cuenta con un encargado que será responsable de realizar el monitoreo de la ejecución de la visita domiciliaria. La visita domiciliaria considera los siguientes momentos:

- Programación
- Diagnostico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación.

2.2.18 Programación de la visita domiciliaria.

- La población objetiva familias con recién nacidos.
- La actividad es realizada por todo el personal del establecimiento de salud, tomando en consideración la norma de Sectorización e involucrar al agente comunitario de salud del sector asignado.
- La duración es de 45 a 60 minutos por visita, este tiempo no considera el desplazamiento del personal del establecimiento de salud al domicilio y viceversa.

- En cuanto al material e instrumentos, se debe llevar material educativo sobre lactancia materna, kits de lavado de manos, instrumento de registro de visita domiciliaria, plan de atención integral de la familia, hoja HIS, hoja de referencia, formato único de atención del seguro integral de salud, libro de acta o cuaderno del sectorista.

2.2.19 Planificación de la visita domiciliaria

- Coordinaciones previas antes de realizar la visita domiciliaria, se debe realizar:
- Sectorización de la comunidad.
- Programación de la visita domiciliaria.
- Coordinación de las actividades de la visita domiciliaria con organizaciones o líderes comunales.
- Preparación de materiales, insumos y registros.
- El cronograma de visitas domiciliarias debe ser coordinado definido conjuntamente con la familia, personal de salud (sectorista), considerando la disposición de tiempo, responsabilidad y etc.
- La participación activa de la comunidad a través de las juntas vecinales, sistema de vigilancia comunitario (SIVICO), es la principal estrategia con la que contamos cuando trabajamos en comunidad, las diferentes acciones de salud.

2.2.20 Ejecución de la visita domiciliaria

Para el cumplimiento de la visita domiciliaria el personal de salud debe contar con su credencial de la institución y obtener el consentimiento del jefe de familia usar lenguaje sencillo, preciso y manejar los ejes temáticos. Enseñar comportamientos y prácticas saludables en la visita domiciliaria:

2.2.21 Familia con recién nacido

Se debe enfatizar las tres cadenas para mantener a un recién nacido sano, que son:

- Cadena de calor.- el recién nacido tiene mayor riesgo de pérdida de calor en relación a otros grupos, por ello se debe cuidar La temperatura adecuada del recién nacido, garantizando una temperatura corporal normal de 36.5 °C a 37.5 °C.
- Cadena de lactancia materna exclusiva.- la leche humana tiene una composición específica adaptada a las necesidades inmunológicas, digestivas, metabólicas y la velocidad de crecimiento del niño. Es el único alimento que necesita el recién nacido.
- Cadena de higiene.- Es importante que todas las personas que vayan a tocar, levantar o alimentar al recién nacido, se laven las manos con agua y jabón; debido a que el sistema inmunológico de un recién nacido es muy delicado y no tiene la capacidad de luchar contra los gérmenes durante los primeros dos o tres meses.
- Después del nacimiento el cordón umbilical se momifica (seca) y se desprende entre el 5 y el 10 día de vida. Durante este tiempo el ombligo está seco, sin sangrado, sin secreciones, ni olor fétido y la piel a su alrededor no debe estar enrojecida, lo que nos indica que no hay infección. Para mantenerlo en estas condiciones, se recomienda limpiarlo diariamente con alcohol de 70 grados o alcohol puro.
- No tocar el cordón del ombligo, mantenerlo limpio y seco, no apretarlo con faja, hasta que se caiga solo. Una vez que el muñón del cordón umbilical se ha caído, mantenerlo limpio con agua y jabón.
- Enseñar a realizar la higiene corporal del recién nacido todos los días.

- Verificar donde duerme el recién nacido, si hay alojamiento continuo.
- Limpiar bien al bebe cada vez que hace la caquita y después lavarse las manos.
- Conjuntamente con la madre se verifica el carnet de control del recién nacido (control a los 7, 15,21 y 28 días de nacido).
- Enseñar la identificación de signo de riesgo del recién nacido.

2.2.22 Señales de peligro del recién nacido:

- Cuando al nacer respira con dificultad, se pone morado o no respira.
- Cuando nace muy chiquito y flaquito.
- Cuando no puede mamar o tomar nada.
- Cuando tiene su cuerpecito de color amarillo.
- Cuando tiene ataques o convulsiones.(15)

Visita domiciliaria ha recién nacido es a las 48 horas de dado de alta del EE.SS., para los nacidos en domicilio, inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento, para los que no acuden a su control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita; hasta 15 días de vida una visita en forma mínima y obligatoria.

2.2.23 Consejería Integral

- La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollara de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las practicas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.

- La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica.
- La consejería se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal/ lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre etc. (12)

2.3 Definición de Términos

- **Atención intramural:** Es la atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona, familia y comunidad dentro del establecimiento de salud, según sus competencias y nivel de complejidad a través de unidades productoras.
- **Atención extramural:** Es la atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona, familia y comunidad fuera del establecimiento, según sus competencias y nivel de complejidad a través de la visita domiciliaria, visitas a las instituciones, organizaciones comunitarias y otros ámbitos que convoquen familias de manera participativa para cubrir sus necesidades de salud.
- **Comportamiento Saludable:** Es fomentar hábitos y conductas saludables en los miembros de la familia, con énfasis en los

ejes temáticos priorizados por el modelo de abordaje de promoción de la salud.

- **Familia:** La Constitución Política del Perú, reconoce a la familia como una institución natural y fundamental de la sociedad. Es la unidad básica de la sociedad, es el primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones; orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social.
- **Familia Saludable:** Es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares y promoviendo principios, valores, así como actitudes positivas para la vida.
- **Lactancia Materna Exclusiva:** Es la alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida.
- **Sectorización:** Es la delimitación de un ámbito de intervención sanitaria, teniendo en cuenta características sociodemográficas y sanitarias, entre los trabajadores de salud y actores sociales responsable de acciones focalizadas en el trabajo extramural.
- **Sesión Demostrativa:** Es una actividad educativa, donde se muestra y se realiza la manera como se debe realizar una práctica saludable, a través de la participación activa y trabajo grupal.(15)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Las fuentes de recolección de datos fueron:

- Ficha de monitoreo y seguimiento al recién nacido.
- Ficha de recolección de datos de Historias clínicas de recién nacidos.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional se inició cuando realicé el internado rural como estudiante de enfermería y después como profesional.

En estos últimos 26 años que vengo ejerciendo la profesión como enfermera asistencial y administrativa en diferentes ámbitos (zonas rurales y urbanas) e instituciones (Ministerio de salud y ESSALUD), la cual me ha permitido conocer la situación de salud de la población más vulnerable.

3.2.1 Trayectoria Profesional

➤ **INSTITUCIÓN: Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS),**

El Seguro Social de Salud o también conocido como EsSalud es la institución peruana de la seguridad social en salud, comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud. En el Puesto de Salud de Humaya, dependiente del Hospital de Huacho en el distrito de Huara.

CARGO: Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS)

FECHA: Setiembre de 1990 a Setiembre de 1991.

FUNCIONES:

- Responsable del establecimiento de salud.
- Responsable de la organización y ejecución de actividades recuperativas y preventivas promocionales en la localidad. La labor asistencial se realizaba en el turno de la mañana, el personal médico y técnico nombrados venían de Huacho de Lunes a viernes. La única profesional SERUMS (enfermera) permanecía en la localidad las 24 horas de lunes a viernes; por lo que en horario de la tarde llevaba a cabo las actividades preventivo-promocionales como control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y visitas domiciliarias de seguimiento, monitoreo e intervención; a los niños inasistentes a sus controles, vacunas, administración de tratamiento de casos de cólera, tuberculosis, inspección y cloración de agua segura. Así mismo se llevó a cabo campañas de salud con apoyo del Centro de salud (MINSAL) de Huara, el Consejo Menor de Humaya y ESSALUD. En esas épocas la localidad considerada como centro de operaciones de MTAR y epidemia de cólera. Por lo que se atendía emergencias imprevistas especialmente en horarios de tarde, los cuales se transferían en vehículos particulares acompañado con el único personal SERUMS al Hospital de Huacho.

APRENDIZAJES:

- Conocimiento del trabajo en la institución
- Elaboración de plan de operativo institucional
- Coordinación, gestión interinstitucional y multisectorial, para la ejecución de actividades preventivo-promocionales principalmente.

- Cumplimiento de la labor de enfermería con responsabilidad y ética.
- Las intervenciones domiciliarias permiten una relación de confianza entre el personal de salud y la familia; lo cual es beneficioso para el logro de objetivos.

➤ **INSTITUCIÓN: Ministerio de Salud (MINSA)**, es una institución pública que tiene misión de proteger la dignidad personal promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral en salud.

Puesto de Salud de CCapacmarca-Cusco.

CARGO: Asistencial

FECHA: De Agosto a diciembre de 1994.

FUNCIONES:

- Jefatura del Puesto de Salud.
- Responsable de la organización y ejecución de actividades recuperativas y preventivas promocionales. El establecimiento se encontraba a más de 12 horas de caminata desde punta carrera, el personal de salud y el traslado de materiales, insumos y equipos se hacía en animales (caballos). Sus comunidades eran muy distantes, por lo que programaba atenciones integrales con pernocte durante tres días por las diferentes comunidades con único apoyo de un caballo (patrimonio del establecimiento) para transporte de medicamentos, vacunas y otros. El poblado no contaba con servicios básicos como es luz, desagüe ni agua potable. Por lo que se contaba con panel solar para la conservación de Vacunas y consumir agua de manante. El personal profesional tenía mucho entusiasmo de contribuir en la mejora de la oferta de los servicios de salud para una

población de tan de extrema pobreza; pero el personal de salud recién llegado sufrió descarga eléctrica del Rayo en el establecimiento, por lo que motivo la renuncia del personal profesional.

APRENDIZAJES:

- Conocimiento del trabajo en localidades de extrema pobreza.
- Laborar en circunstancias más inhóspitas, pero siempre tener la esperanza que esta va a mejorar.
- La labor de enfermería no es solo basarse en las guías y protocolos es mucho más, por lo que sus funciones son multidisciplinarias, que lamentablemente la institución no lo valora en su real dimensión.
- La labor extramural permite conocer la real situación de salud de la población.

Centro de Salud de Ocongate, Centro de Salud de Ccatcca, Puesto de Salud de Urcos y C.S. Urcos.

CARGO: Asistencial.

FECHA: Enero 1995 a Noviembre 1998.

FUNCIONES:

- Jefatura de Enfermería y responsable de los programas de salud.
- Responsable de la organización y ejecución de actividades recuperativas y preventivas promocionales. En C.S. responsable de hospitalización y consultorio de niño sano y en P.S. responsable de atención a la demanda de usuarios sano u que presenten alguna morbilidad; en ambos tipos de establecimiento se prioriza las actividades de proyección comunitaria y visitas domiciliarias de seguimiento y monitoreo a niños menores de 5 años, gestantes y

puérperas. La permanencia en el C.S. de Ocongate (centro de referencia de cuatro establecimientos de Salud para procedimientos de esterilización definitiva tanto para varones y mujeres) ha permitido tener mucha experiencia en la captación, en el apoyo en el procedimiento Quirúrgico (como instrumentista para un promedio 40 pacientes por campaña en un lapso de 24 horas) y seguimiento de los Postoperado para evitar complicaciones. Las actividades extramurales eran ejecutadas a partir de las 4 de la madrugada a unas 3 comunidades por día por un equipo de salud.

APRENDIZAJES:

- Llevar a cabo las políticas de salud del país con un plan estratégico que prevea recursos humanos, equipamiento, insumos, medicamentos y otros de acuerdo con la realidad local.
- Para la organización y ejecución de actividades estratégicos nuevos la enfermera es un recurso humano fundamental e indispensable por sus amplias funciones.
- El cumplimiento de la labor de la enfermera en base a normas y ética no desvirtúa sus funciones frente al impacto de resultados en el país que se encontraba con altas tasas de natalidad y mortalidad infantil.
- El trabajo en equipo del personal de salud es una estrategia para lograr metas y una labor de calidad.

Centro de Salud de Quiquijana y Red de Servicios de Salud Quispicanchi-Acomayo.

CARGO: Asistencial y Administrativo.

FECHA: De Diciembre 1998 a Octubre 2012.

FUNCIONES:

- Jefatura de Enfermería (En el Centro de Salud)
- Coordinación del Área Niño (en la Red)
- Responsable de organización y ejecución de actividades recuperativas y preventivas promocionales. El establecimiento de salud cuenta con servicio de hospitalización general y alojamiento conjunto. Las actividades preventivo-promocionales se llevan a cabo en el intramuros y extramuros. La labor de enfermería fuera del establecimiento consistía en atención integral en la comunidad, seguimiento de niños, puérperas y gestantes para sus vacunas, controles y captación para **casa de espera** a las gestantes en su último trimestre la cual se halla cerca al establecimiento de salud y así evitar complicaciones de la gestante, puérpera y su recién nacido.
- En cuanto a la labor administrativa en la Red, la elaboración de planes estratégicos, planes operativos para intervención de casos de brotes (Bartonelosis, tifus exantemático y cólera), casos sospechosos (pertrusis, polio y sarampión) y bajas coberturas (de inmunizaciones) estaban a cargo del profesional de enfermería, la ejecución del presupuesto asignado y la actividad era responsabilidad exclusiva de este profesional.

CENTRO DE SALUD TUPAC AMARU.

CARGO: Asistencial

FECHA: De Noviembre 2012 hasta la actualidad.

FUNCIONES:

- Jefatura de Enfermería.

- Responsable de estrategias sanitarias de control de tuberculosis, adulto mayor, promoción de salud y crecimiento y desarrollo.
- Responsable de la elaboración de planes operativos anuales de las estrategias a cargo.
- Coordinación con otros servicios para atención integral del recién nacido y niños menores de 5 años.
- Responsable de la organización y ejecución de actividades de las estrategias asignadas.
- Monitoreo de controles y visitas domiciliarias a niños y niñas menores de 5 años
- Elaboración de instrumentos de monitoreo de visitas domiciliarias para niños de 5 meses y de un año de edad.
- Auditoria de Fichas Únicas de atención del Seguro integral de salud, HIS e Historias Clínicas de atención de Recién nacido y niños menores de un año.

APRENDIZAJES:

- Conocer la labor intramural y extramural en un establecimiento de salud de la Ciudad del Cusco (Urbano).
- Identificación de beneficios y dificultades en la atención de salud en una localidad urbana.
- Seguimiento de la ejecución de controles y visitas domiciliarias a niños menores de años.
- El uso y análisis de instrumentos de monitoreo permite lograr objetivos con eficiencia y eficacia.

3.2.2 Centro de Salud de Tupac Amaru y su contexto

El Centro de Salud de Túpac Amaru es de categoría I-3, se encuentra en el Distrito de San Sebastián, provincia del Cusco, departamento del Cusco. La infraestructura tiene un área de no más 100 de metros cuadrados, pertenecientes a la parroquia de la Urbanización de Túpac Amaru, que viene funcionando hace aproximadamente 30 años que cuenta con servicios básicos como 01 consultorio de medicina general, 01 consultorio de obstetricia, 01 consultorio de niño sano, 01 consultorio de odontología y otros servicios complementario y/ o apoyo como admisión-triaje, tópico, farmacia y SIS acondicionados con divisiones de triplay y de una dimensión muy pequeña.

El horario de atención es de 12 horas (de 8 a 20 horas) desde hace un año por incremento de personal de salud y demanda de usuarios en el horario de la tarde.

Cultura Organizacional

- **Misión:** El centro de salud Túpac Amaru brinda atención integral, preventiva promocional y flujo de referencia a establecimientos de salud de mayor complejidad, con atención de calidad y equidad de la persona, familia y comunidad, con personal capacitado, priorizando la población de riesgo, de acuerdo al convenio de financiamiento.
- **Visión:** Lograr para el año 2018 ser el establecimiento de salud, que lidera en la atención integral con calidad, competitividad, productividad, eficiencia y referencia oportuna a EESS de mayor complejidad, lo que permitirá mejorar las coberturas de atención de salud de la persona, familia y comunidad con la participación de alianzas estrategias. (Como resultado de la negociación y concertación)

Tabla N° 3.1
POBLACIÓN DEL C.S. TUPAC AMARU SEGÚN INEI AÑO 2015

Población por grupo etáreo	Número de habitantes
Menores de un año	227
1 a 4 años	990
5 a 9 años	1247
10 a 11 años	447
12 a 14 años	756
15 a 17 años	902
18 a 24 años	2284
25 a 29 años	1657
30 a 44 años	3295
45 a 59 años	2126
60 a mas	1030
Total	14987

Fuente: evaluación anual de actividades del C.S. de Túpac Amaru 2015

Tabla N° 3.2

SECTORES DEL ÁMBITO DEL C. S. TUPAC AMARU-2015

COMUNIDAD Y/O SECTOR	N° DE FAMILIAS	POBLACIÓN	RESPONSABLE
KIRKAS	25	156	TÉCNICO
COMITÉ NORTE	200	2563	ENFERMERA
COMITÉ SUR	200	2630	TÉCNICO
CTE.CUATRO	195	2350	ENFERMERA
CTE.CINCO	200	2620	ENFERMERA
CTE.CENTRO	180	1830	OBSTETRA
CACHIMAYO	168	1345	ENFERMERA
ENACO	196	1970	TECNICO
VALLECITO	134	1333	ODONTÓLOGO
P.LIBERTAD.	79	598	ENFERMERA
APV.P.U.	109	1120	TECNICO
APV.P.P	88	1013	TECNICO
APV.C.J.	97	812	TECNICO

Fuente: Sala situacional del C.S. de Túpac Amaru 2015

Recursos Humanos

En cuanto a recursos humanos durante los años 2015 a 2016 se contó con el siguiente personal: 02 médicos, 02 odontólogos, 03 Obstetras, 06 Enfermeras, 01 Nutricionista, 01 técnico de laboratorio, 10 técnicos de enfermería, 01 digitadora, 01 personal de guardianía y limpieza

Con respecto a la asignación de funciones al personal de salud es por un espacio de 2 años como máximo. La responsabilidad de las estrategias sanitarias recae el 90% a la Lic. En enfermería. Las cuales laboran en un solo espacio reducido (consultorio de niño) más la nutricionista y 01 técnico de enfermería.

En cuanto a agentes comunitarios de salud el establecimiento de salud cuenta con 05 ACS, los cuales apoyan en las visitas domiciliarias a los recién nacidos con identificación de la vivienda y la familia para de esa manera la actividad del personal de salud sea efectiva.

3.3 Procesos realizados en el tema

3.3.1 Experiencias

Actividades antes de la visita domiciliaria al recién nacido

Durante los años 2015 y 2016 como responsable de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo desarrolle las siguientes actividades:

➤ Capacitación al personal de salud

Se realiza la capacitación del personal de salud en horas de medio día sobre los cuidados y signos de alarma del recién nacido, técnica de consejería a la madre y a su entorno familiar y sectorización. La capacitación se realiza en un espacio muy reducido (pasadizo), la predisposición del personal a fortalecer

sus conocimientos es adecuada, el material usado son papelotes, plumones y fotocopias. Si bien es cierta que las condiciones de la capacitación no son adecuadas sin embargo se trata de capacitar a la mayoría (enfermeras, obstétricas y técnicos de enfermería) que están involucrados a la actividad de visita domiciliaria. El fortalecimiento de conocimiento del personal de salud contribuye a mejorar las coberturas de atención al recién nacido.

➤ **Programación y Organización**

Las visitas domiciliarias se programan según fecha de nacimiento del recién nacido registrados en la ficha de seguimiento y monitoreo del recién nacido la cual se encuentra expuesta en el consultorio de crecimiento y desarrollo por cada mes, la organización de la visita es por sectores, el equipo de visita es de dos personas responsables del sector a visitar. La programación y organización de las actividades contribuyen al logro de los objetivos en forma secuencial y efectiva. La ficha de seguimiento y monitoreo fue reformulado y acondicionado de acuerdo a la necesidad y realidad del establecimiento de salud por el personal de enfermería.

➤ **Preparación del material**

El personal de salud que va a realizar la visita domiciliaria debe contar con un tablero, fichas de registro de visitas domiciliarias, formatos de atención del SIS, rotafolios, trípticos y tampón. La dotación del material depende de la disponibilidad de presupuesto; por lo que en algunas ocasiones ciertos formatos lo tienen que fotocopiar y comprar con su propio dinero. En cuanto al material educativo, no existe renovación periódica, por lo que se continúa utilizando materiales muy deteriorados.

La utilización de un material educativo adecuado para la educación a adultos es esencial para éxito de la consejería.

➤ **Coordinar las visitas domiciliarias con las madres y agentes comunitarios de salud(ACS)**

La coordinación con la gestante, puérpera y ACS se realizan, por teléfono o durante el primer control de crecimiento y desarrollo del recién nacido en el establecimiento de salud. El uso del teléfono celular es propiedad del personal de salud. El costo de las llamadas no provee la institución. Este tipo de coordinación es muy efectiva tanto para el personal de salud como para la madre y su entorno familiar. A los ACS se trata de involucrar en esta actividad, pero ellos no muestran predisposición refiriendo que no disponen de tiempo o simplemente no escuchan su teléfono, solamente asisten a las capacitaciones en forma mensual. Las visitas domiciliarias coordinadas con la madre y ACS constituyen un compromiso y respeto entre el personal de salud y la familia.

Actividades durante la visita domiciliaria al recién nacido

➤ **Movilización del personal de salud**

De acuerdo a la hora fijada, el personal de salud(dos) se dirigen a pie o servicio urbano al domicilio del recién nacido con todo el material necesario, el costo de pasaje urbano es a cuenta del personal de salud ya que institución no cuenta con presupuesto. La responsabilidad de cumplir la hora pactada es señal de respeto a la madre y a su familia; en muy pocas ocasiones la madre y el personal de salud no han cumplido la hora fijada por motivos de coordinación deficiente.

➤ **Ubicación de la vivienda y familia**

El Centro de Salud Túpac Amaru cuenta con croquis por sectores y estos a la vez por manzanas, letras y números, se encuentra ubicado en lugar visible para todo el personal, el cual nos permite llegar a los domicilios, siempre y cuando el croquis se encuentre actualizado. Sin embargo, algunas familias proporcionan direcciones equivocadas, viven en viviendas como condominios, edificios que es muy difícil ubicar a las familias por las puertas se encuentran cerrados y con la familia no es posible la comunicación por teléfono. Los croquis constituyen instrumentos muy importantes para ejecución de actividades en los hogares. Mediante la estrategia de sectorización han sido elaborados los croquis de cada sector, el cual no se ha sistematizado por falta de equipo de cómputo.

➤ **Interacción con la familia**

El personal de salud se identifica con su fotocheck en forma amable y respetuosa para generar confianza, comodidad de la madre y su familia. Sin embargo, algunas familias muestran actitudes de rechazo a la visita en especial el conyugue refiriendo que no disponen de tiempo para atender al personal de salud y que todo está bien, pero el personal de salud de alguna manera persuade al conyugue y logra la aceptación de la visita. Las habilidades de comunicación del personal de salud va a hacer sentir a la madre segura y tener confianza en sí misma.

➤ **Identificación de la necesidad de consejería**

Se realiza la pregunta ¿Cómo le va a usted y a su bebe? Y se pide a la madre que lacte a su bebe y se observa. De acuerdo

con las dificultades detectadas se realiza la consejería y sesión demostrativa pertinente al tema:

- Lactancia materna: beneficios y sesión demostrativa en técnica de lactancia materna.
- Higiene: del recién nacido y sesión demostrativa en lavado de manos.
- Cuidados del muñón umbilical: higiene con agua jabón y curación con alcohol.
- Observación de signos de alarma: ictericia, onfalitis, no lacta, fiebre y diarrea.
- Importancia de control de crecimiento y desarrollo y vacunas: para monitorizar la ganancia de peso en forma semanal, identificar el déficit o retardo del desarrollo. En cuanto a las vacunas todos los recién nacidos en forma institucional han recibido sus vacunas contra hepatitis B y contra la tuberculosis. Se ha identificado la inasistencia a alguno de los 4 controles dentro de los 28 días con la auditoria de calidad de las historias clínicas, las cuales han sido subsanados en su momento. El control de crecimiento y desarrollo es una actividad integral de salud que se realiza para detectar precozmente situaciones de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del recién nacido.
- Retroalimentación: luego de la evaluación de la consejería, se refuerzan los conocimientos de la madre y su familia si es lo requiere. Generalmente las familias al término de la consejería quedan satisfechas hasta nos ofrecen algún tipo de bebida y/o alimento en señal de su agradecimiento. Impartir conocimientos es fomentar hábitos y conductas saludables en los miembros de la familia, con énfasis en los ejes temáticos priorizados.

- Coordinación de la próxima visita y recordar la cita de control de recién nacido en el establecimiento.

Actividades después de la visita domiciliaria

➤ **Registro en la ficha de visita**

Concluido el llenado de ficha de visita, firma la madre o conyugue y se archivan en la Historia Clínica. Algunas veces no es llenado esta ficha en forma completa por lo que el personal responsable de crecimiento y desarrollo tiene que auditar la calidad y regularizar las deficiencias encontradas. La ficha es la evidencia de la ejecución de la visita y los ejes temáticos tratados en ella. Los instrumentos debidamente llenados van a permitir un monitoreo y seguimiento de neonato sistemático durante los primeros 28 días de vida.

➤ **Registro en FUAS**

Las FUAS, Son firmadas por la madre o padre del recién nacido. Es obligatorio y necesario generar esta FUAS de acuerdo a las actividades para de esa manera lograr reembolsos financieros justos, para la asignación de estos prioritariamente para la compra de medicamentos, equipos y otros necesarios para atención de usuarios de los servicios de salud. El personal responsable de crecimiento y desarrollo realiza el control de calidad de estas fichas en forma semanal, si se detecta deficiencias inmediatamente son corregidas por la responsable de la elaboración. El financiamiento de los establecimientos de salud públicos es principalmente es fuente de reembolso procedente del SIS, por lo que el personal de salud que laboramos tenemos que generar FUAS de todas nuestras actividades.

➤ **Registro en el HIS.**

El HIS es un instrumento para registrar las actividades de visita domiciliaria, se realiza con la historia clínica del recién nacido en el establecimiento de salud. El control de calidad de este registro se realiza en forma semanal y mensual, si se encuentra deficiencias se realizan las correcciones respectivas en físico y virtual para obtener información correcta. Sin embargo, en cuanto se refiere a los reportes estadísticos mensuales recién se generan a partir del año 2016, pero estos reportes no son útiles, debido a que el personal responsable de la estrategia no ha sido capacitado en la interpretación y análisis de estos datos y menos el responsable del área de estadística. Por lo que el personal de enfermería utiliza datos de la ficha de monitoreo y seguimiento mensual de los recién nacidos para cualquier, información y gestión de la institución. Reportes de datos estadísticos sin ningún tipo de interpretación y análisis no son útiles para mejorar o reformular estrategias y/ actividades.

➤ **Registro en ficha de monitoreo y seguimiento.**

En esta ficha se registra la fecha de la visita y controles de crecimiento y desarrollo en el establecimiento por la responsable de atención, el cual nos muestra en forma diaria las atenciones al neonato dentro del establecimiento de salud y el domicilio. Al principio (año 2014) de la implementación de esta ficha en el consultorio de niño no era aceptado por la totalidad de las profesionales de enfermería, por lo cual también su llenado era muy deficiente, faltantes de muchos datos y la responsable de esta estrategia tenía una actitud de fiscalización, por lo cual existía una escasa coordinación con

otros servicios como es el servicio de obstetricia. Pero a partir del 2015 se trató de corregir estas deficiencias en su gran mayoría lo cual nos ha permitido contar con este instrumento debidamente llenado cada mes y tener en archivo hasta la actualidad, que ha sido una fuente de información importante para la ejecución del presente informe, y conocer a detalle la situación de salud de la mayoría de los recién nacidos de los años 2015 y 2016 y seguirá siendo un documento importante para posteriores estudios. En cuanto al aporte nos ha permitido monitorizar y realizar el seguimiento al neonato en forma muy sencilla, la innovación es que esta ficha fue reformulado y acondicionado de acuerdo a nuestra a las condiciones de labor, las limitaciones no se contó un equipo de cómputo ni mobiliario para sistematizar este instrumento de monitoreo en forma virtual.

IV. RESULTADOS

A continuación, se muestra en forma numérica la visita domiciliaria a recién nacidos.

CUADRO N° 4.1.

VISITAS DOMICILIARIAS A RECIÉN NACIDOS. CENTRO DE SALUD DE TUPAC AMARU-CUSCO. 2014-2015-2016

	RECIÉN NACIDOS	VISITAS DOMICILIARIAS	PORCENTAJE
2014	126	106	84
2015	179	167	93.3
2016	216	204	94.4

Fuente: Ficha de seguimiento y monitoreo de recién nacidos. C.S. de Túpac Amaru.

ANÁLISIS.- la visita domiciliaria a recién nacidos ejecutados a partir 2014, según el CUADRO N° 4,1. Nos muestra el progreso de este trabajo año a año gracias a la labor de equipo de salud que tiene el objetivo de contribuir en la mejora de los indicadores de salud.

CUADRO N° 4.2.

**RECIÉN NACIDOS VISITADOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL.
CENTRO DE SALUD DE TUPAC AMARU-CUSCO 2015-2016**

AÑOS	RECIÉN NACIDOS VISITADOS	A TERMINO	PRE-TERMINO
2015	167	165	2
2016	204	201	3

Fuente: Ficha de seguimiento y monitoreo de recién nacidos. C.S. de Túpac Amaru.

ANÁLISIS.- como se puede apreciar en la CUADRO N° 4.2. Los recién nacidos prematuros son en número mínimo, lo que nos demuestra el impacto de trabajo que se viene realizando con las gestantes.

CUADRO N° 4.3.

**RECIÉN NACIDOS VISITADOS Y CONTROLADOS. CENTRO DE
SALUD DE TUPAC AMARU-CUSCO 2015-2016**

AÑOS	RECIÉN NACIDOS VISITADOS	CONTROLADOS	PORCENTAJE
2015	167	165	98.8
2016	204	202	99

Fuente: Ficha de registro de datos de historia clínica de los recién nacidos visitados.
C.S. de Túpac Amaru.

ANÁLISIS.- como se puede apreciar en la CUADRO N° 4.3. Los recién nacidos visitados han recibido sus cuatro controles en el establecimiento en 99% durante los dos años, lo cual indica que sus padres son conscientes de la importancia de esta actividad.

CUADRO N° 4.4.

RECIÉN NACIDOS VISITADOS CON GANANCIA DE PESO ADECUADO E INADECUADO. CENTRO DE SALUD DE TUPAC AMARU-CUSCO 2015-2016

AÑOS	RECIÉN NACIDOS VISITADOS	GANANCIA DE PESO ADECUADO	GANANCIA DE PESO INADECUADO
2015	167	162	05
2016	204	198	06

Fuente: Ficha de registro de datos de historia clínica de los recién nacidos visitados.
C.S. de Túpac Amaru.

ANÁLISIS.- como se puede apreciar en el CUADRO N° 4.4. Los recién nacidos visitados solo 5 han concluido sus controles con una ganancia inadecuada de peso en el año 2015 y 6 en el año 2016, lo que refleja la importancia de consejería y sesión demostrativa en lactancia materna a la madre y a su entorno familiar.

CUADRO N° 4.5.

RECIÉN NACIDOS VISITADOS CON MORBILIDAD. CENTRO DE SALUD DE TUPAC AMARU-CUSCO 2015-2016

AÑOS	RECIÉN NACIDOS VISITADOS	SEPSIS NEONATAL	ICTERICIA PATOLÓGICA
2015	167	01	01
2016	204	0	0

Fuente: Ficha de registro de datos de historia clínica de los recién nacidos visitados. C.S. de tupas Amaru.

ANÁLISIS.- como se puede apreciar en el CUADRO N° 4.5. Los recién nacidos visitados dentro de los 28 días de vida, han presentado 02 casos en el año 2015, diagnosticados como sepsis neonatal en recién nacido a termino con probable Hidrocefalia; el otro caso es ictericia patológica que se presentó en un recién nacido prematura. Los dos casos fueron referidos al hospital. Estos datos nos indican que el cuidado del recién por parte de su madre y entorno familiar han mejorado por lo que no se han presentado casos de infecciones (onfalitis), diarreas y otros problemas.

V. CONCLUSIONES

- a) La profesional de enfermería es un recurso importante en la programación, ejecución y evaluación de las visitas domiciliarias.
- b) Las visitas domiciliarias ejecutadas en forma sistematizada y ordenada permiten aconsejar a la puérpera y a su entorno familiar en ejes temáticos que contribuyan a lograr niños y niñas saludables.
- c) La sistematización de las visitas domiciliarias en el MINSA sigue siendo deficiente ya que los datos estadísticos obtenidos en forma mensual no contribuyen en el replanteamiento y formulación de nuevas estrategias de intervención si ameritara el caso.

VI. RECOMENDACIONES

- a) La profesional de enfermería debe tener una preparación integral basado en una adecuada formación académica vinculadas a los problemas reales de salud que presenta la puérpera y su recién nacido.

- b) Elaborar el plan de atención integral familiar en forma conjunta con la familia, para el desarrollo adecuado de actividades de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la familia, el seguimiento y monitoreo de las mismas.

- c) Implementar un sistema virtual eficiente de información para mejorar, modificar las intervenciones preventivas promocionales.

VIII. REFERENCIALES

- (1) Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido una estrategia para aumentar la supervivencia .Ginebra; 2009
- (2) Rodríguez Martín. Visita domiciliaria a Recién Nacidos y Educación para la salud. Madrid; 1997.
- (3) Dirección Regional de Salud Cusco. Análisis de Situación de Salud en la Región Cusco. Dirección Regional Cusco. Cusco; 2013
- (4) Vatallanos Vicentina. Análisis de la situación de salud provincia Cusco (san Jerónimo, San Sebastián y Saylla).Red de servicios de Salud Cusco Sur. Cusco; 2015
- (5) Pedraza Andrea, Soler Ingrid, Campos Magda. Seguimiento al hogar para madres en puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación. Universidad Nacional de Colombia facultad de Enfermería. Colombia; 2010
- (6) Arango Liliana, Peña María, Cárdenas Leonor. Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. Universidad de Antioquia de Colombia. Colombia; 2013.
- (7) Arnedo Carmen, Lombardo Francisco. Informe de FAECAP sobre atención domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria. Federación de Asociaciones de Enfermería comunitaria y Atención Primaria Córdoba; 2015
- (8) Miró Roser. Influencia de la atención domiciliaria de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz. Universidad de Barcelona. Barcelona; 2011.

- (9) Organización Mundial de Salud. Publicación en temas de salud Lactante recién nacido. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2017.
- (10) Gómez Manuel, Banck Cecilia. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 79 N° 1 Enero Febrero 2012.
- (11) Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Ministerio de Salud. Perú; 2011
- (12) Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Ministerio de Salud. Perú; 2015
- (13) Ministerio de Salud. Documento técnico promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil .Ministerio de Salud. Perú; 2011
- (14) Domínguez Rita. Manual de visitas domiciliarias Mirando y Acompañando con cuidado y afecto proyecto aprendiendo y ayudando II. Perú; 2014
- (15) Dirección Regional de Cusco. Directiva sanitaria de visitas domiciliarias para la atención integral de la familia. Dirección Regional de Cusco. Cusco; 2012

ANEXOS

FICHA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE RECIEN NACIDO: C.S. TUPAC AMARU AÑO: _____ MES: _____

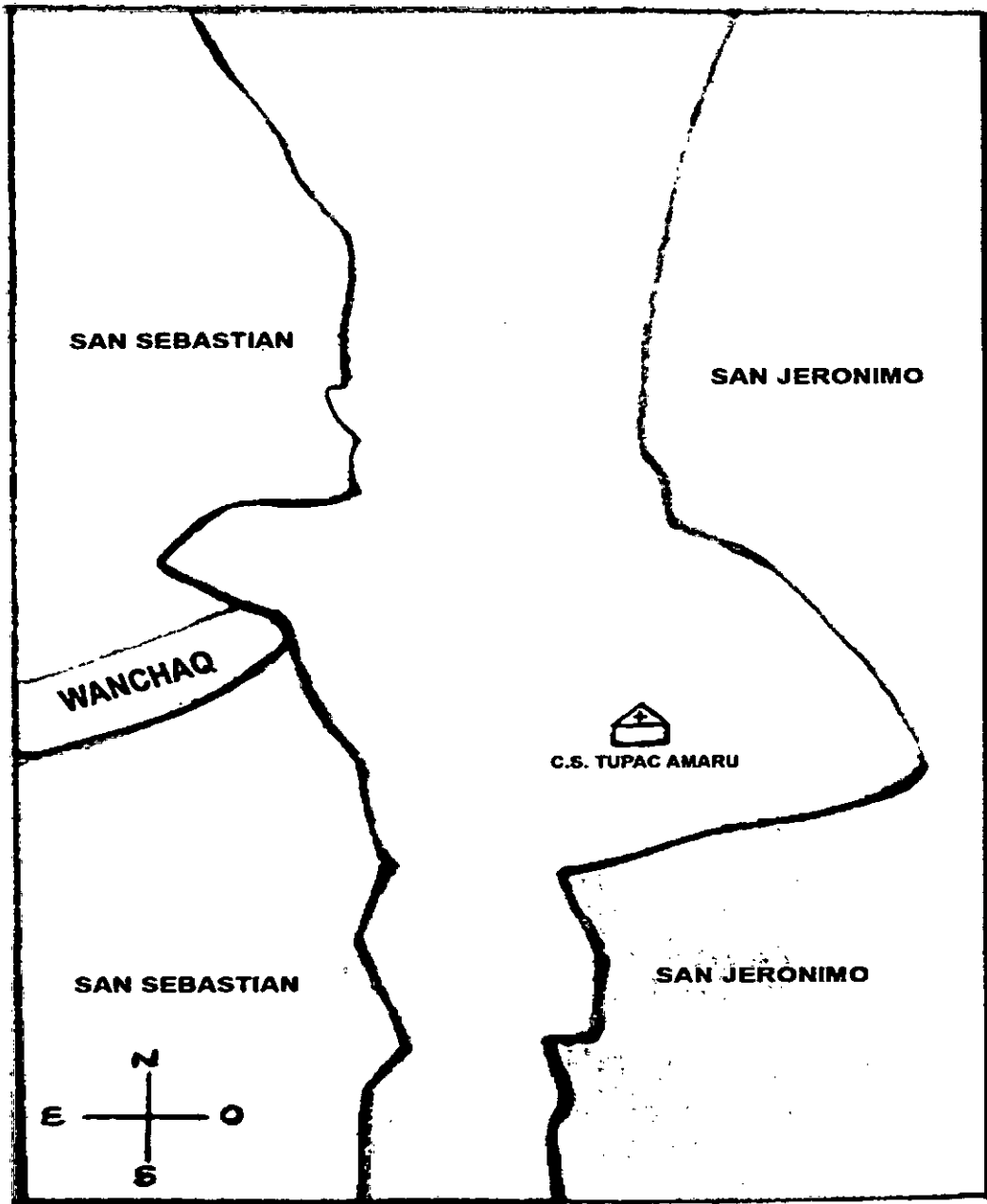
N° PARTO	FECHA DE PARTO	LUGAR DE PARTO	HCL.	NOMBRE DE LA MADRE MBRE DEL RECIEN NACI	DIRECCION	RIESGO	SEXO M- F	PESO	TALLA	APGAR		VACUNAS		CONTROL CRED		VISITA	
										1°	5°	BCG	HBY	1°	2°	1°	2°

VISITAS DOMICILIARIAS A RECIÉN NACIDOS



Fuente: Elaboración propia, 2016

MAPA JURISDICCION TUPAC AMARU



Fuente: www.mapajurisdiccióntupacamaru.gob.pe