

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



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 2016.

Tesis presentada por las Bachilleres:

MENDOZA CHOQUE, NILDA

NINA ABARCA, ANGÉLICA VILMA

Para optar por el título profesional de:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

Asesora de Tesis:

Dra. Esberthy Rodríguez Ismodes

AREQUIPA – PERÚ
2017

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que usted tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: "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 2016",requisito necesario para optar por el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2017



Nilda Mendoza Choque



Angélica Vilma Nina Abarca



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M

De : Mg. Gladys Escudero de Simborth

Asunto : Dictamen de borrador de tesis
**“EFICACIA DEL MONITOREO DE LA VISITA DOMICILIARIA
EFECTUADO POR ENFERMERAS A NIÑOS MENORES DE TRES
AÑOS SUPLEMENTADOS CON MULTIMICRONUTRIENTES
DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA
2016”**

Autoras : Srtas. Bachilleres
Mendoza Choque Nilda
Nina Abarca Angélica

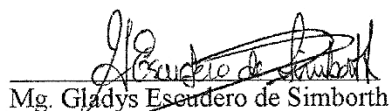
Fecha : Arequipa, 19 de julio del 2017

Absueltas las observaciones el borrador de tesis puede pasar a la fase de sustentación

Atentamente,


Dra. Sonia Nuñez Chávez


Dra. Gloria Nuñez de Pinto


Mg. Gladys Escudero de Simborth



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Mgter. Gladys Escudero de Simborth

Asunto: Dictamen de borrador de tesis
**“EFICACIA DEL MONITOREO DE LA VISITA DOMICILIARIA
EFECTUADO POR ENFERMERAS A NIÑOS MENORES DE TRES
AÑOS SUPLEMENTADOS CON MULTIMICRONUTRIENTES DEL
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016”**

Autoras: Srtas. Bachilleres
Mendoza Choque Nilda
Nina Abarca Angélica

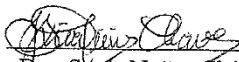
Fecha: 18 de julio del 2017


Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Borrador de Tesis se emite las siguientes recomendaciones:

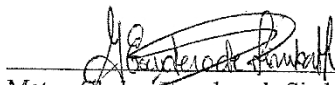
1. **Resumen:** Rehacer de acuerdo a las normas de Vancouver.
2. **Planteamiento Teórico:**
 - **Variabes:** Reformular y modificar a una sola variable
 - **En base al enunciado reformular:** Interrogantes básicas, objetivos y conclusiones.
 - **Marco Teórico:** Revisar y mejorar redacción
3. **Planteamiento Operacional:**
 - **Instrumento:** Mejorar la redacción y título del instrumento.
4. **Resultados:** Reordenar tablas y mejorar su análisis

Subsanadas las observaciones volver a presentar el borrador de tesis al jurado para su revisión.

Atentamente.


Dra. Sonia Nuñez Chávez


Dra. Gloria Nuñez de Pinto


Mgter. Gladys Escudero de Simborth

INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Escuela Profesional de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Dra. Esberthy Rodríguez Ismodes
Asesora de Tesis.

FECHA : Arequipa, 2017 Junio 17

INVESTIGADORAS: Señoritas Bachilleres:
MENDOZA, CHOQUE NILDA
NINA, ABARCA ANGÉLICA VILMA

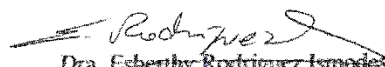
ANTECEDENTES : La investigación
**“EFICACIA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS
MENORES DE 3 AÑOS CON SUPLEMENTACIÓN
PREVENTIVA DE MULTIMICRONUTRIENTES EN EL
CENTRO DE SALUD ALTO DE SELVA ALEGRE AREQUIPA
2106”**

La asesoría pertinente contó con sesiones desde el 6 de Julio del 2016, tiempo en el que se revisó tanto el Planteamiento Teórico como el Planteamiento Operacional acorde al avance del método científico en cada una de sus fases, de los instrumentos aplicados y del diseño de investigación establecido, actividad que demandó reestructuración principalmente en adecuación a la normatividad exigida para una publicación científica en ciencias de la salud.

APRECIACIÓN PERSONAL:

- La investigación ejecutada, constituye un aporte al desempeño de Enfermería en el Campo de la Salud Pública, dando cumplimiento a la Normatividad en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral.
- Las señoritas Bachilleres, demostraron estar motivadas para el logro de la presente, manifestando gran empeño, constancia, interés y entusiasmo con el que superaron diversos obstáculos, apoyadas en su seriedad, alegría, sensibilidad y responsabilidad en la consecución de su objetivo.
- Los resultados presentan un hallazgo importante para la consecución de la Visita Domiciliaria considerada como indispensable en el fomento de la calidad de vida principalmente del niño menor de tres años y su familia.

Atentamente,


Dra. Esberthy Rodríguez Ismodes
Asesora de Tesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M

De : Jurado Dictaminador

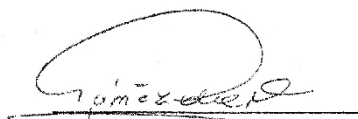
Asunto : Dictamen de proyecto de tesis
"EFICACIA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS
MENORES DE 3 AÑOS CON SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA
DE MULTIMICRONUTRIENTES EN EL CENTRO DE SALUD
ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016."

Autoras : Mendoza Choque, Nilda
Nina Abarca, Angélica Vilma

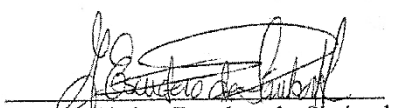
Fecha : Arequipa, 03 de Mayo 2017

Reunido el jurado dictaminador y revisado el proyecto de tesis, el presente trabajo puede pasar a la fase de ejecución, según Reglamento de Grados y Título de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,




Dra. Gloria Nuñez de Pinto
Jurado dictaminador



Mgter. Gladys Escudero de Simborth
Jurado dictaminador

A Dios por haberme guiado a lo largo de toda mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias, salud y felicidad para poder llegar a esta etapa.



A mis adorados padres Luis, Vilma y a mi hermana Paola por apoyarme a lo largo de mi carrera profesional, por su amor y comprensión ya que sin ellos no hubiera podido cumplir todas mis metas y sueños.

A mis amigos por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré.

ANGÉLICA

Primeramente doy gracias a Dios por su amor y bondad infinita ya que me permite cumplir con las metas que me trazo y me permite aprender de mis errores para mejorar cada día como ser humano y crecer de diversas maneras tanto en mi vida personal como profesional.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños ya que sin ellos no sería la persona que soy hoy en día, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio aún ella estando cansada; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida; gracias a mi hermano Rodrigo que aunque no lo noto me ayudó mucho para concluir mis estudios.

Gracias a la vida por este nuevo logro y gracias a todas las personas que nos apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis partiendo por nuestras docentes hasta nuestros amigos más cercanos.

NILDA

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	XV

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Enunciado del Problema:	1
1.2. Descripción del Problema:	1
1.2.1 Campo, Área, Línea:.....	1
1.2.2. Tipo y nivel de investigación:	1
1.2.3. Análisis u Operacionalización de Variables:	1
1.2.4. INTERROGANTES BÁSICAS:.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN:	4
2. OBJETIVOS:.....	6
3. MARCO TEÓRICO	7
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:.....	28
5. HIPÓTESIS.....	29

CAPITULO II

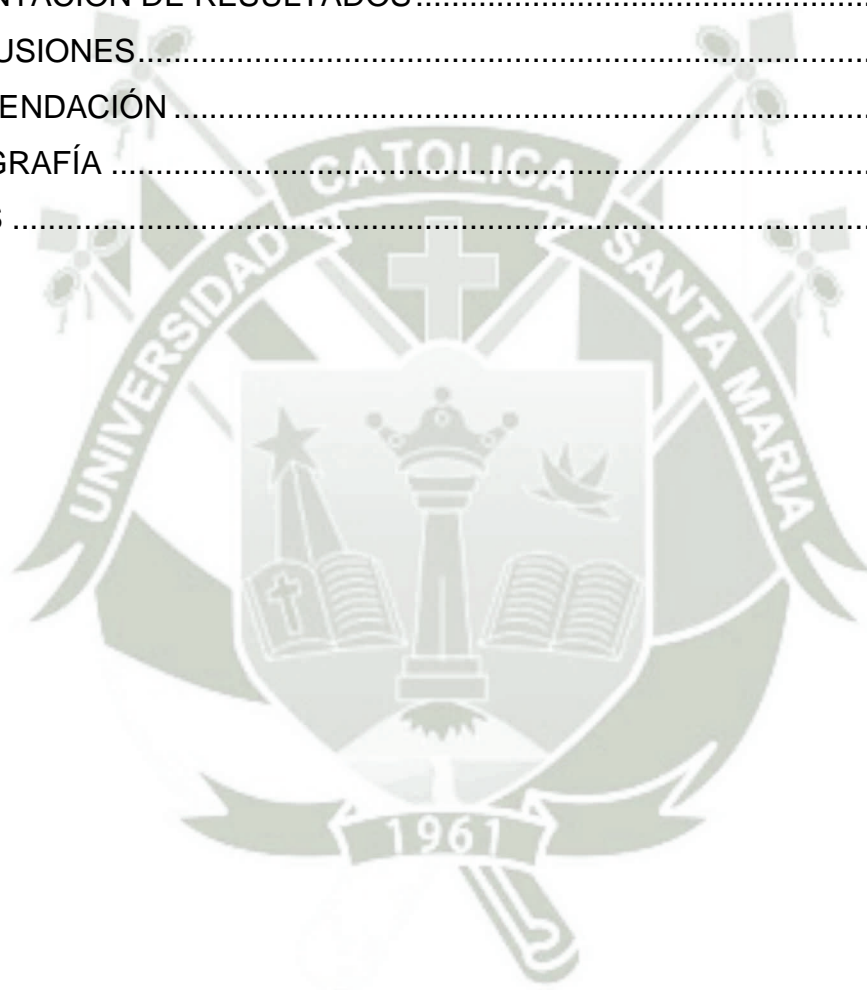
PLATEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA , INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:.....	30
1.1 Técnica:.....	30
1.2 Instrumento:	30
1.3 Materiales:.....	31
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	31
2.1 Ubicación Espacial:	31

2.2	Ubicación Temporal:	31
2.3	Unidades de Estudio:	31
2.4	Criterios de selección:	32
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32

CAPITULO III RESULTADOS

PRESENTACION DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIÓN	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	51



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA N°1:	PLANIFICACION DE LA VISITA DOMICILIARIA POR SUPLEMENTACION CON MULTIMICRONUTRIENTES. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.	34
TABLA N°2:	CUMPLIMIENTO DE LA VALORACION Y EJECUCION DE LA VISITA DOMICILIARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE – AREQUIPA, 2016	35
TABLA N°3:	EVALUACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA; PLANIFICACION DE LA PROXIMA VISITA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016	36
TABLA N°4:	EVALUACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA; RECOMENDACIONES DADAS DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.	37
TABLA N°5:	REGISTRO DE LA VISITA DOMICILIARIA EN LA HISTORIA CLINICA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.	38
TABLA N°6:	NIVEL DE EFICACIA DEL MONITOREO DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS SEGUN EDADES. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.	39
TABLA N°7:	FORMA DE ADMINISTRACION DE LA SUPLEMENTACION CON MULTIMICRONUTRIENTES SEGÚN VISITAS DOMICILIARIAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.	40

TABLA N°8:	ADHERENCIA DEL SUPLEMENTO SEGÚN VISITAS DOMICILIARIAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016.	41
TABLA N°9:	MALESTAR LUEGO DE CONSUMIR MULTIMICRONUTRIENTES SEGÚN VISITAS DOMICILIARIAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.	42
TABLA N°10:	EVALUACION DE LA SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES SEGÚN VISITAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016.	43



EFICACIA DEL MONITOREO DE LA VISITA DOMICILIARIA EFECTUADA POR ENFERMERAS A NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS SUPLEMENTADOS CON MULTIMICRONUTRIENTES DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016.

Mendoza Choque, Nilda¹
Nina Abarca, Angélica Vilma²

RESUMEN

El problema de la presente investigación es la visita domiciliaria, metodología descriptiva, 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. Conclusiones: 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.

Palabras Clave: Eficacia – Visita Domiciliaria – Suplementación con Multimicronutrientes.

ABSTRACT

The research problem of the present was the home visit, descriptive methodology, the objectives sought: Determine if home visit planning was met; Assess whether the activities programmed into it were met and determine the effectiveness of preventive supplementation monitoring with MMN. 138 Clinical Histories constituted the documentary observation material, corresponding to the children studied with observational technique, the specific sheet for the monitoring of supplementation with MMN of the MINSA constituted the instrument. 1) The statistical result reveals that the Planning of the Home Visit was not executed in more than 50%, not having been programmed the next visit in the 72.5% situation that Should be considered a risk factor for the success of the strategy; 2) The planned activities were fully complied with and 3) The effectiveness of supplementation monitoring was partially effective, with an improvement in supplementation in the third, a visit justified by nursing work.

Key Words: Efficacy - Home Visit - Supplementation with Multimicronutrients.

Tesis para optar Título de Licenciadas en Enfermería. Universidad Católica de Santa María. Urb. Sn .José s/n Umacollo. Arequipa.

1. MENDOZA, Choque Nilda: mary_52m2@hotmail.com

2. NINA, Abarca Angélica: ange_na_28@ hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se realizan en el domicilio del paciente y su familia¹ con la finalidad de detectar, valorar y dar soporte a sus problemas de salud, potenciando su autonomía y verificando el cumplimiento de intervenciones indicadas para mejorar su salud.

Según la Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01² se menciona que: El personal de salud debe realizar el seguimiento del consumo de los multimicronutrientes mediante la visita domiciliaria donde se tiene que fortalecer los mensajes de su beneficio; ya que este suplemento ayuda a prevenir la anemia, debido a que son ricos en Hierro, Vitamina A, Zinc, Vitamina C y Ac. Fólico.

Actualmente la anemia es un problema de salud pública prioritario en muchos países en vías de desarrollo y Perú no es una excepción debido a que las tasas hasta el 2016 demuestran que afecta a nivel nacional al 47.9% de niños y niñas menores de 3 años de edad, en la ciudad de Arequipa tiene una tasa de 49.2% y 32.9%³ en el distrito de Alto Selva Alegre; ello refleja la severidad del problema en la salud de los niños siendo esta la principal razón de realizar esta investigación.

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud de Alto Selva donde las tesis revisaran las Historias Clínicas; obteniendo los datos de las fichas de Monitoreo de la suplementación en la vivienda efectuadas por las enfermeras, aplicándose retrospectivamente en los meses de Enero a Diciembre del 2016 con lo cual se comprobara la eficacia de las visitas domiciliarias realizadas a los niños menores de 3 años con suplementación preventiva con multimicronutrientes.

¹Roca M. y Úbeda I. Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., Germán C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. Enfermería Comunitaria. 2000

²Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Lima, Perú. 2014

³ Portal.ins.gob.pe. Sistema de Información del Estado Nutricional, 2017 [Actualizado Julio 2017] [Citado 18 julio 2017]. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c2/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/sistema-de-informacion-del-estado-nutricional>



CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema:

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 2016.

1.2. Descripción del Problema:

1.2.1 Campo, Área, Línea:

- **Campo:** Ciencias de La Salud.
- **Área:** Enfermería.
- **Línea:** Salud Pública.

1.2.2. Tipo y nivel de investigación:

- **Tipo:** Descriptiva - Documental
- **Nivel:** Transversal–Retrospectiva

1.2.3. Análisis u Operacionalización de Variables:

- **Variable Única:** Eficacia del monitoreo de la visita domiciliaria por suplementación con multimicronutrientes.

ANÁLISIS DE VARIABLE:

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Eficacia del monitoreo de la visita domiciliar por suplementación con MMN	Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
	Valoración y Ejecución	<p>SUPLEMENTACIÓN CON MMN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dio los MMN al niño • Preparaciones en las que se dio el MMN • Con cuantas cucharadas mezclo los MMN • Compartió los MMN con otros niños • La adherencia al MMN fue adecuada
		<p>CUANTIFICACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena 18 – 20 • Buena 15- 17 • Regular 12-14 • Deficiente <11

	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de la siguiente visita • Se dieron recomendaciones
	Registro de la visita	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
	Nivel de Eficacia	<p>Totalmente eficaz: 5(100%)</p> <p>Parcialmente eficaz: 3-4 (60-80 %)</p> <p>No eficaz: Menor de 3 (0% -40%)</p>

1.2.4. INTERROGANTES BÁSICAS:

- a) ¿Fue planificada la visita domiciliaria efectuada por las Enfermeras, realizada a los niños menores de tres años suplementados con multimicronutrientes del Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa 2016?
- b) ¿Se cumplió con las actividades programadas por las Enfermeras en la visita domiciliaria a los niños menores de tres años suplementados con multimicronutrientes del Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa 2016?
- c) ¿Es eficaz el monitoreo de la visita domiciliaria efectuada por las Enfermeras a los niños menores de tres años con suplementación preventiva de multimicronutrientes del Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Actualmente la anemia ferropénica es un problema prioritario de salud pública en el Perú y este se presenta mayormente en niños menores de tres años, cuyas tasas en el año 2016 son a nivel nacional de 47.9%, en Arequipa el 49.2% y en el distrito de Alto Selva Alegre el 32.9%⁴, siendo este último uno de los distritos con mayor incidencia de anemia a nivel de Arequipa, por lo que se plantea investigar si el monitoreo de la suplementación de los multimicronutrientes es realizado de forma eficaz, puesto que el consumo de estos son considerados herramienta de prevención del desarrollo de la anemia ferropénica en los niños menores de tres años.

El Ministerio de Salud (Minsa) dispone que la suplementación con multimicronutrientes y hierro es una intervención que tiene como objetivo asegurar su suministro en las niñas y niños menores de tres años de edad para asegurar niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud ha dispuesto entregar sobres con multimicronutrientes gratuitamente a todo niño a partir de los seis meses de edad que asista a los establecimientos de salud a nivel nacional, de los cuales recibe un sobre de multimicronutrientes vía oral por día durante 12 meses continuos (360 sobres en total).⁵

Siendo importante el consumo de los multimicronutrientes por su influencia en la prevención de la anemia ferropénica en los niños menores de tres años, es que el control del cumplimiento del esquema de suplementación es preponderante y este es llevado a cabo mediante la visita domiciliaria.

⁴ Portal.ins.gob.pe. Sistema de Información del Estado Nutricional, 2017 [Actualizado Julio 2017] [Citado 18 julio 2017]. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c2/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/sistema-de-informacion-del-estado-nutricional>

⁵Minsa.gob.pe: Ministerio de Salud; 2015

La visita domiciliaria es una herramienta llevada a cabo por las enfermeras y enfermeros para cumplir diferentes actividades que tengan por objetivo mejorar la salud de la comunidad, sin embargo se ha podido observar durante el internado comunitario que en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre la mayoría de las visitas domiciliarias realizadas no cumplían los objetivos planteados ya sea por la excesiva actividad administrativa, falta de recursos humanos, datos falsos u horarios inadecuados.

La originalidad del presente proyecto radica en describir la eficacia de la visita domiciliaria en la suplementación preventiva con multimicronutrientes por lo que su aporte es significativo para poder lograr disminuir el riesgo de que los niños menores de tres años padezcan anemia, abriendo puertas a nuevas investigaciones donde la visita domiciliaria sea considerada como la principal herramienta de apoyo al cumplimiento de intervenciones en los programas y estrategias de prevención de las enfermedades.

El mismo contribuirá a que el seguimiento del cumplimiento del consumo de los multimicronutrientes en los niños atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre mejore, viéndose la comunidad beneficiada ya que mediante este trabajo se podrá denotar las deficiencias llevadas a cabo al realizar una visita domiciliaria.

Debido a lo anterior, es que las tesisistas se ven motivadas a realizar el presente trabajo de investigación para lograr su titulación y obtener la licenciatura en enfermería.

Se opta por este ámbito porque permitió llevarlo a cabo en las historias clínicas del grupo poblacional asignado y su ejecución es viable.

2. OBJETIVOS:

- a) Determinar si se cumplió con la planificación de la visita domiciliaria efectuada por Enfermeras a niños menores de tres años suplementados con multimicronutrientes del Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa 2016.
- b) Evaluar si se efectuaron las actividades programadas por las Enfermeras durante la visita domiciliaria a los niños menores de tres años suplementados con multimicronutrientes en el Centro de Salud Alto Selva Alegre Arequipa 2016.
- c) Determinar la 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 2016.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. VISITA DOMICILIARIA

3.1.1. Definición:

De acuerdo a Roca y Úbeda “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”.⁶

Esta definición incluye en sus acciones todos los niveles de atención de salud de las personas, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para observar las interacciones familiares, prácticas de crianza y los estilos de vida; los cuales serán muy importantes conocer a la hora de la suplementación preventiva con multimicronutrientes.

Según Salazar⁷; dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, la visita domiciliaria puede definirse como:

- **Una actividad:** Porque a través de un conjunto de tareas específicas, se convertirá en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.
- **Una técnica:** 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.

⁶Roca M. y Úbeda I. (2000) Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., German C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. Pág. 1389

⁷SALAZAR, de V. C. La Visita Domiciliaria en el Programa de Salud Familiar. Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela, 1993. Pág. 116

- **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.
- **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.

Es entonces que la visita domiciliaria en esta investigación aplicaría como una técnica mediante la cual la enfermera impartirá conocimientos a la madre o encargado del niño sobre la forma adecuada de la suplementación preventiva con multimicronutrientes, permitiendo así lograr un cambio en el cuidado de la salud de los niños menores de 3 años previniendo que este padezca de anemia ferropénica.

3.1.2. Objetivo de la visita domiciliaria:

Según Roca y Úbeda la visita domiciliaria tiene por objetivo “Aumentar o mantener la calidad de vida de las personas sanas o enfermas, para que alcancen su máxima autonomía y sepan autocuidarse”⁸

En la investigación mejorar la calidad de vida de los niños menores de 3 años dependerá de la educación brindada durante la visita domiciliaria realizada a la familia del menor que inicia o se encuentra en proceso de suplementación preventiva con multimicronutrientes, donde se brindara consejería de prácticas saludables y fortalecerá la adherencia al suplemento y las prácticas adecuadas de alimentación y cuidado del niño.

⁸Roca M. y Úbeda I. (2000) Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., German C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. Pág. 1391

3.1.3. Características

3.1.3.1. El acompañamiento:

La condición de acompañamiento de la enfermera en la visita domiciliaria va a responder al sentimiento de desprotección y vulnerabilidad en la que se encuentran muchas familias, por lo que el acompañamiento se convierte en esencial, para promover entornos familiares saludables donde los niños se sientan seguros, protegidos por los adultos responsables de su cuidado.

Además de facilitar que adopten nuevas prácticas de crianza que favorezca el desarrollo integral fomentando su salud, nutrición, creando ambientes enriquecidos, seguros, protectores, incluyentes, participantes y democráticos.⁹

3.1.3.2. La consejería

La Consejería posibilita y facilita el crecimiento psicológico y el desarrollo, ayudando al mejor uso de sus habilidades y recursos, existentes y orientándolas a desarrollar nuevas formas de ayudarse a sí mismos.¹⁰

La consejería en la visita domiciliaria se va a centrar en la educación que se brindara a la familia del menor de 3 años, las sesiones educativas priorizarán contenido sobre: causas y consecuencias de la anemia, preparación y consumo adecuado de micronutrientes y de una alimentación rica en hierro para evitar la anemia, utilizando material de apoyo.

⁹Ministerio de Salud. Manual de visitas domiciliarias, Proyecto aprendiendo y ayudando II. Lima, Perú 2014.(citado 18 Enero 2017) pág. 11

¹⁰Ibíd. pág. 12

3.1.3.3. La vigilancia

La vigilancia es un aspecto de la visita, que consiste en el seguimiento y monitoreo a los problemas de las familias, y de orientar en cuanto a las prácticas de crianza, en el mejoramiento o cambio de aspectos que ponen el riesgo la salud física y emocional de las niñas y niños. Implica que se apuesta por el cambio de aquellos factores que afectan el desarrollo y fortalecer aquellas que la favorecen.¹¹

En esta vigilancia es importante fomentar un rol activo de la familia para así lograr cambios significativos dentro de la misma a la hora de tomar decisiones frente a los cuidados de los niños menores de 3 años.

3.1.4. Tipos :

Según el Ministerio de salud y la Organización Panamericana de Salud (representación en Paraguay)¹² se consideran diversos tipos de visita domiciliaria, los cuales en su mayoría son llevados a cabo por los profesionales de la salud en nuestra comunidad, siendo estos:

- a) VISITA A DEMANDA Y/O DE URGENCIAS:** Son las visitas domiciliarias que han sido solicitadas por la persona o familia debido a algún tipo de limitación para poder movilizarse al establecimiento de salud más cercano, por ejemplo un paciente con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV), una cirugía reciente, amputación, entre otras .

¹¹Ministerio de Salud. Manual de visitas domiciliarias, Proyecto aprendiendo y ayudando II. Lima, Perú 2014.(citado 18 Enero 2017) pág. 13

¹²Ministerio de Salud Pública, Bienestar Social Paraguay, Org. Panamericana de la Salud; Guía de visitas domiciliarias, Asunción – Paraguay 2012. Pág. 08

- b) INTERNACIONES DOMICILIARIAS:** Son las que se realizan a personas que necesitan tratamiento en su domicilio, mayormente se realizan a pacientes terminales donde la mayor parte de los cuidados pueden ser realizados por los familiares. El personal de salud apoya, aconseja, y maneja la situación con el fin de promover la calidad de vida.
- c) BÚSQUEDA ACTIVA:** Es la búsqueda de personas o familias que no acudieron al establecimiento de salud para algún tratamiento, vacuna o control. Incluye también la búsqueda de situaciones de riesgo en el contexto de la vigilancia de salud.
- d) DIAGNÓSTICO:** Referida a condiciones ambientales, culturales o psicosociales que puedan estar causando un problema de salud: ya sea enfermedades infecciosas, condiciones de vivienda asociadas a riesgos de accidentes o caídas (ancianos), saneamiento (agua y excretas), basura, roedores y otros vectores etc.
- e) CONSEJERÍA:** Cuando el equipo tiene problemas para la adhesión de las personas a un tipo de recomendación o tratamiento, recomendación de dieta o ejercicio, cambio de hábitos y el cuidado personal.
- f) EDUCACIÓN:** Desarrollo de actividades de educación o promoción de salud.

Cabe destacar la importancia de que todos los profesionales de salud tienen como una de sus responsabilidades la realización de visitas domiciliarias y el tipo de visita que sea, cambiara dependiendo del objetivo o tarea a desempeñar en el domicilio.

3.1.5. Etapas de la visita domiciliaria:

Según Roca y Úbeda en el libro de Salud Pública y enfermería la visita domiciliaria consta de siete etapas: Preparación, presentación en el domicilio, valoración, planificación, ejecución, evaluación y registro.¹³

a) Preparación de la visita:

En esta etapa de la visita domiciliaria el personal de salud debe obtener la información acerca de la familia o persona que se visitará, esto puede ser mediante la revisión de la historia clínica o familiar.

Así mismo, antes de realizar la visita domiciliaria se debe acordar el día y hora para lograr un mejor uso del tiempo de los profesionales de salud y la familia o persona, evitando situaciones inoportunas al momento de realizar la visita domiciliaria.

b) Presentación en el domicilio:

El personal de salud debe identificarse con la persona que se va a visitar, explicando a que institución pertenece y el motivo de la visita, especialmente si es la primera vez que se acude al domicilio.

La entrevista puede variar de acuerdo con la situación, pero si el profesional de salud demuestra interés y cordialidad, ello ayudará a establecer una buena interacción con la familia o persona a visitar.

¹³Roca M. y Úbeda I. (2000) Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., German C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) Enfermería Comunitaria. Actuación en enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. Pág. 1402

c) Planificación de la atención:

En esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, es decir que los objetivos deben ser realistas, viables, y dirigidos a mejorar la calidad de vida de la persona y familia.
- Establecer acuerdos o pactos con la familia.
- Identificar y movilizar los recursos disponibles para poder alcanzar los objetivos, los recursos se refieren a: la propia familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.

d) Valoración:

En esta etapa la información que se recolecta incluye los datos de la persona, el cuidador, familia, el domicilio y el entorno. La valoración se realiza sobre la base de una guía de valoración diseñada por los equipos de salud.

Es difícil realizar una valoración con la primera visita, esta se va completando con las siguientes, a medida que se van afianzando las relaciones interpersonales.

e) Ejecución de la atención:

Existen dos tipos de atención en domicilio:

- **La atención directa**, esta está dirigida a la persona que lo necesita.
- **La atención indirecta**, son aquellas que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas en domicilio, y que

están relacionadas con la utilización y movilización de recursos externos al grupo familiar.

f) Evaluación de la visita:

Si la visita domiciliaria es continuada es más fácil evaluar los resultados, ya que se verá una mejora o cambios que por más mínimos que sean deben ser evaluados, es por ello la importancia de planificar otras visitas a corto, mediano y largo plazo.

Como es en el caso del seguimiento y monitoreo de la suplementación con multimicronutrientes que según la guía de valoración establecida por el MINSA, debe realizarse como mínimo tres visitas domiciliarias para así poder valorar los cambios o planificar otros métodos que nos permitan mejorar la suplementación con MMN.

g) Registro de la visita:

Una vez realizada la visita ésta debe ser registrada de acuerdo a la documentación que existe en cada centro de salud. La información mínima debe constar de:

- Fecha de la visita
- Motivo de la visita
- Datos sobre la persona, familia, cuidador y entorno
- Diagnóstico de la situación
- Planificación de objetivos y actividades
- Atención proporcionada
- Fecha de la próxima visita
- Nombre y firma del profesional.

3.1.6. Definiciones de eficacia

- Según la Real Academia Española (RAE) la eficacia es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera¹⁴.
- La eficacia hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales, la cual hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Respondiendo a la cuestión sobre cuál es la capacidad esperada de un curso o acción sanitaria para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo¹⁵

3.1.7. Rol de la enfermera en la visita domiciliaria

El profesional de enfermería es un elemento clave en la atención domiciliaria, ya que su papel consiste en detectar necesidades, proporcionar cuidados y ser la mediadora de todas las atenciones que la familia debe recibir en su domicilio.¹⁶

Su rol consiste en:

- Valorar la satisfacción de las necesidades básicas en las personas dependientes y su familia.
- Planificar y administrar cuidados directamente para poder ayudar a que sean satisfechas las necesidades básicas de sus clientes.
- Educar a la familia para que pueda suministrar cuidados que ayuden a las personas dependientes a satisfacer sus necesidades

¹⁴Die.rae.es [Internet]. Real Academia Española, Madrid-España,2014 [citado 26 Mayo 2017] [Actualizado 05 Junio 2017]

¹⁵ Desalud.wordpress.com, [Internet]. Desalud, Hugo M. España,2013 [citado 17 Julio 2017] [Actualizado 20 Junio 2017]

¹⁶Roca M. y Úbeda I. (2000) Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., German C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) Enfermería Comunitaria. Actuación en enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. Pág. 1397,1399

básicas: respiración, alimentación, movilidad, recreación, descanso etc.

- Fomentar el autocuidado y la autorresponsabilidad de las familias.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Valorar las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda y el entorno inmediato de la familia.
- Vigilar que el grupo familiar cumpla adecuadamente las tareas que tiene que desarrollar según la etapa de su ciclo vital.

Si estas acciones se ven alteradas, la enfermera debe detectarlas, aportar e informar sobre las soluciones para que el grupo familiar pueda funcionar con normalidad.

3.2. SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON MULTIMICRONUTRIENTES

3.2.1. Finalidad:

La suplementación preventiva con multimicronutrientes tiene por finalidad contribuir a reducir la prevalencia de anemia ferropenia en niños menores de 3 años de edad; y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional.

3.2.2. Indicaciones para el inicio de la suplementación preventiva con multimicronutrientes:

Las indicaciones según la Directiva Sanitaria N° 056 -MINS/DGSP. V.01 son¹⁷:

1. En el establecimiento de salud el personal que contacte primero (traje, admisión u otro) a la niña y el niño menor de 36 meses, verificará si está recibiendo la suplementación con multimicronutrientes o hierro, según el esquema que le

¹⁷Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Lima, Perú. 2014 (citado 25 Feb 2017), pág. 21.

corresponda; de no ser así deriva inmediatamente al consultorio responsable de la atención integral de salud del niño, para su atención.

2. En los casos que la niña o el niño no hubieran iniciado la suplementación con multimicronutrientes a los 6 meses de edad, se deberá iniciar la suplementación a cualquier edad, dentro del rango de edad recomendado (6 a 36 meses inclusive)

3.2.3. Esquema de suplementación:

De acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 056 -MINS/DGSP. V.01 para la suplementación con multimicronutrientes existen dos condiciones del niño al recibirlo¹⁸:

1. En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas):
 - Desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. de peso/día, por vía oral (en soluciones gotas orales).
 - A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).
2. En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos:

¹⁸Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Lima, Perú. 2014 (citado 25 Feb 2017. pág. 22.

- A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES Y HIERRO PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES

CONDICION DEL NIÑO	PRESENTACIÓN DEL HIERRO	EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS A ADMINISTRAR POR VIA ORAL POR DIA	DURACION DE SUPLEMENTACION
Niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuras	Gotas Sulfato ferroso: 25mg Fe elemental/1ml Frasco por 30 ml	Desde los 30 días hasta antes de cumplir los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta antes de cumplir los 6 meses
	MMN Sobre de 1 gramo en polvo	Desde 6 a 18 meses	1 sobre diario	Suplementación diario durante 12 meses continuos(360 sobres)
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	MMN Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses	1 sobre diario	Suplementación diario durante 12 meses continuos(360 sobres)

Fuente: Directiva Sanitaria N°56 MINSa, 2014

La suplementación con multimicronutrientes es llevada a cabo eficientemente al tener en cuenta el cumplimiento adecuado de los ítems encontrados en la Ficha de Monitoreo en la Vivienda. (Ver Anexo 2)

3.2.4. Seguimiento y monitoreo de la suplementación preventiva con multimicronutrientes en el hogar:

El monitoreo de la suplementación en el hogar se realiza a través de la visita domiciliaria, utilizando la “Ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda” donde se encuentran los ítems más importantes a tener en cuenta a la hora de evaluar cómo se realiza la suplementación preventiva con multimicronutrientes

Las visitas domiciliarias se realizarán a todos los niños cuyas madres no recojan oportunamente sus micronutrientes o cuyo consumo de micronutrientes o hierro es bajo o discontinuo, estos niños recibirán por lo menos 3 visitas domiciliarias durante el periodo que dure el proceso de la suplementación.

La visita deberá ser programada de forma inmediata para hacer entrega de los micronutrientes y el personal de la salud promoverá la importancia del consumo de micronutrientes o hierro para prevenir la anemia en los niños y niñas menores de 3 años de edad. Así mismo verificará que el responsable del menor informe y cumpla con todos los indicadores dentro de la “Ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda”

3.2.5. Registro de información

El personal de salud responsable de la suplementación con multimicronutrientes y hierro debe registrar las actividades realizadas como la indicación del suplemento, el seguimiento del consumo, el dosaje de hemoglobina, consejería nutricional, visitas domiciliarias.

Se registrarán estos datos obligatoriamente, según corresponda en: ¹⁹

- Historia Clínica de la niña y el niño
- Carnet de Atención Integral de la niña y el niño
- Registro Diario de Atención de acuerdo al sistema vigente en la institución (para los EESS del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales - HIS - Anexo N°4).
- Registro en el Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN, según corresponda.
- Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud (FUA - SIS), de corresponder.

3.2.6. Composición de la suplementación con multimicronutrientes

Los sobres de Multimicronutrientes tienen la siguiente composición²⁰:

COMPOSICION	DOSIS
Hierro	12.5 mg
Zinc	5mg
Ácido Fólico	160ug
Vitamina A	300ug RE
Vitamina C	30mg

Fuente: Directiva Sanitaria N°56 MINSA, 2014

3.2.7. Monitoreo y Evaluación

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), las Gerencias Regionales de Salud (GERESAs), Dirección Regional de Salud

¹⁹Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Lima, Perú. 2014 (citado 25 Feb 2017), pág. 28.

²⁰Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Lima, Perú. 2014 (citado 25 Feb 2017), pág. 29.

(DIRESAs), Dirección de Salud (DISA) y los establecimientos de salud harán uso de los siguientes indicadores para el seguimiento y monitoreo del suplemento.²¹

Indicadores de proceso y estructura:

- Porcentaje de niñas y niños menores de 6 a 35 meses que han iniciado suplementación con multimicronutrientes y previo dosaje de hemoglobina
- Porcentaje de niñas y niños menores de 6 a 35 meses con dosaje de hemoglobina luego de 6 meses de iniciada la suplementación (180 sobres).
- Porcentaje de niñas y niños menores de 6 a 35 meses con dosaje de hemoglobina al finalizar los 12 meses de suplementación (360 sobres).
- Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que completaron el esquema de suplementación con multimicronutrientes (360 sobres).
- Porcentaje de niñas y niños prematuros o con bajo peso al nacer que recibieron el esquema completo de suplementación con hierro en gotas (de 30 días a antes de 6 meses de edad).
- Porcentaje de distribución de MMN / hierro de los almacenes del IGSS/ DISAS/DIRESAS/GERESAS a Establecimientos de Salud.
- Porcentaje de establecimientos de salud con stock disponible mayor o igual a 2 meses de multimicronutrientes / hierro.

Indicadores de resultado:

- Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que culminaron la suplementación con multimicronutrientes (360 sobres).

²¹Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses. Lima, Perú. 2014 (citado 25 Feb 2017), pág. 29.

3.2.8. Rol de la enfermera en la suplementación con multimicronutrientes.

El rol de la enfermera en la suplementación con multimicronutrientes es de suma importancia debido a que es el personal de salud que más se relaciona con la familia de los menores de tres años.

Su rol consiste en:

- Brindar consejería a la madre o cuidador del niño(a) enfatizando la importancia de la prevención de la anemia
- Dar indicaciones para la administración de la suplementación
- Realizar el seguimiento y monitoreo de la suplementación con multimicronutrientes tanto en el mismo centro de salud o en el hogar realizando las visitas domiciliarias
- Realizar el registro de las actividades brindadas
- Ante una sospecha de reacciones adversas a los suplementos el personal de salud realizará el registro de la información, en el formato de Reacciones Adversas Medicamentosas

3.3. ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

3.3.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la anemia como un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo²².

Según el Ministerio de Salud la anemia es una enfermedad que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a: deficiencia de hierro en el organismo, infecciones y enfermedades inflamatorias y otras causas.²³

²²OMS,(2001) Irondeficiencyanaemia:assessment,prevention and control. Aguideforprogramme managers. WHO/NDH/0.13. Ginebra 2001.

²³minsa.gob.pe, [Internet]. Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021 , Lima-Perú ,2017

3.3.2. Causas de la anemia

Según la “guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro” y el “modelo causal de intervenciones para combatir la anemia”²⁴ (MINSA) considera las siguientes causas de anemia ferropénica

- Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad de hierro.
- Disminución de la absorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales.
- No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado (menor de 2 años y adolescentes).
- Prematuridad y bajo peso al nacer por reservas bajas
- Corte inmediato del cordón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto.
- Anemia materna, inadecuado consumo de suplementos.
- Disminución de Lactancia Materna Exclusiva.
- Diarreas, parasitosis, malaria.
- Falta saneamiento básico y prácticas de higiene inadecuadas.
- Acceso limitado ha cuidado integral de la salud.
- Desconocimiento de la madre sobre el problema anemia, consecuencias, prevención y tratamiento.

²⁴ Ministerio de Salud, , Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro (2014)

3.3.3. Signos y síntomas

El déficit de hierro se ha relacionado con los siguientes signos y síntomas que son descritos en la “guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro”²⁵:

- **Síntomas generales:** Astenia, hipoxia, anorexia, sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento.
- **Alteraciones digestivas:** Quelitis angular, glositis entre otros.
- **Alteraciones en piel y faneras:** piel y membranas mucosas pálidas, pelo ralo y uñas quebradizas.
- **Alteraciones de conducta alimentaria:** Pica: tendencia a comer tierra (geofagia) o hielo (pagofagia)
- **Síntomas cardiopulmonares:** taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo, Estas condiciones se pueden presentar cuando la hemoglobina es $<5\text{g/dl}$
- **Alteraciones inmunopatológicas:** En el laboratorio; defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
- **Sistema neurológico:** La ferropenia altera la síntesis y catabolismo de las monoaminas en el control del movimiento, el metabolismo de la serotonina, los ciclos del sueño y actividad así como las funciones de memoria y aprendizaje

Considerando estos síntomas, se observa que la anemia por deficiencia de hierro se manifiesta de diferentes formas y si no lo sabemos prevenir esta puede ocasionar un daño mayor.

²⁵ Ministerio de Salud, , Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro, Lima-Perú, (2014)

3.3.4. Consecuencias de la anemia en niños

Se dice que en los primeros años de vida se consolida la estructura básica del cerebro puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años. Entre los 0 y 36 meses se generan 700 conexiones neuronales por segundo y es a partir de los 5 años que se produce una poda de ellas, estudios realizados sustentan la hipótesis de que la anemia ferropénica en esta etapa de la vida puede causar alteraciones en el desarrollo cognitivo, motor y de la conducta.

Se tienen evidencias suficientes sobre que la anemia ferropénica en el lactante y niño menor de tres años se relaciona con alteraciones en el desarrollo madurativo, teniendo así las peores puntuaciones en los test de función cognitiva y comportamiento, como también contar con el riesgo de poder desarrollar alteraciones en la fisiología auditiva y visual.

En conclusión distintos estudios indican que las principales consecuencias de la anemia ferropénica en niños menores de tres años son:

- Afecta desarrollo psicomotor, cognitivo del infante.
- Consecuencias a largo plazo en edad escolar y adulta.
- Disminución de la capacidad física.
- Afecta el crecimiento longitudinal.

Por lo que la suplementación con hierro en niños con anemia ferropénica genera un beneficio clínico relevante.

3.3.5. Intervenciones realizadas en la prevención de la anemia ferropénica:

Las principales intervenciones que se deben tener en cuenta para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años son:

- Continuar con la lactancia materna hasta los 2 años de edad, iniciarla a la primera hora de nacida del niño o niña y de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Alimentación complementaria adecuada que incluya diariamente alimentos ricos en hierro.
- Suplementos con hierro y consumir los micronutrientes según los esquemas de suplementación.
- Alimentos infantiles fortificados.
- Asistencia puntual a los controles del consultorio de Niño Sano.

3.3.6. Valores normales de concentración de hemoglobina y grados de anemia en niños y niñas de 6 meses a 11 años

POBLACION	NORMAL	ANEMIA POR NIVELES DE HEMOGLOBINA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Niños de 6 a 59 meses de edad	11.0 – 14.0	10.0-10.9	7.0-9.9	<7.0
Niños de 6 a 11 años de edad	11.5-15.5	11.0-15.5	11.0-11.4	<8.0

Fuente: OMS(2011) Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar y evaluar su gravedad, Ginebra

3.3.7. Tabla para el ajuste de hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar:

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando la niña o niño reside en localidades ubicadas a partir de los 1000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada, es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada.

Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altura

ALTURA (msnm)	FACTOR DE AJUSTE POR ALTURA	ALTURA (msnm)	FACTOR DE AJUSTE POR ALTURA
1000	0.1	3100	2.0
1100	0.2	3200	2.1
1200	0.2	3300	2.3
1300	0.3	3400	2.4
1400	0.3	3500	2.6
1500	0.4	3600	2.7
1600	0.4	3700	2.9
1700	0.5	3800	3.1
1800	0.6	3900	3.2
1900	0.7	4000	3.4
2000	0.7	4100	3.6
2100	0.8	4200	3.8
2200	0.9	4300	4.0
2300	1.0	4400	4.2
2400	1.1	4500	4.4
2500	1.2	4600	4.6
2600	1.3	4700	4.8
2700	1.5	4800	5.0
2800	1.6	4900	5.2
2900	1.7	5000	5.5
3000	1.8		

Fuente: Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil"

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

4.1. INTERNACIONAL:

Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora²⁶:

Autores: Katherine Solís Cordero y Giancarlo Guevara Frances

Publicado en: *“Revista Enfermería actual de Costa Rica”, Edición Semestral N° 29, Julio - Diciembre 2015.*

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.

4.2. NACIONAL:

Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú²⁷

Autores: Lucio Huamán Espino, Juan Pablo Aparco, Eloisa Nuñez Robles, Elena Gonzáles, Jenny Pillaca, Percy Mayta Tristán

Publicado en: *“Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública”, Volumen 29, N°3 , Julio– Septiembre 2012.*

²⁶Solís K, y Guevara G. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: Lineamientos para su mejora. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2015

²⁷LucioHE, JuanPA, EloísaNR, ElenaG, JenyP, PercyMT. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac. Rev. Peruana de medicina experimental y Salud Publica. Perú. 2012

Conclusiones. No basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia, aspecto que debe ser trabajado para mejorar esta intervención.

4.3. LOCAL:

Adherencia y actitud hacia la suplementación con micronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses. C.S. Maritza Campos Díaz. Arequipa – 2016²⁸.

Autor: Rosas Quina, Jefferson Julio

Conclusión.

La problemática respecto a la baja adherencia a la suplementación observada en niños menores de tres años motivo la realización del presente estudio, con el propósito de proponer líneas de acción que mejoren la adherencia hacia la suplementación con micronutrientes.

Los resultados mostraron una adherencia inadecuada a la suplementación con micronutrientes y una actitud cognoscitiva, afectiva y conductual positiva en la población de estudio, concluyéndose que no existe relación entre la actitud de las madres de familia y la adherencia a la suplementación con micronutrientes.

5. HIPÓTESIS

Por ser un trabajo descriptivo no requiere de hipótesis

²⁸Rosas Quina Adherencia y actitud hacia la suplementación con micronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses (Tesis).Perú-Arequipa , Universidad Nacional San Agustín;2016



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA , INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

1.1 Técnica:

La técnica a emplear será la observación documental: Historias Clínicas.

1.2 Instrumento:

Conformada por:

- Guía de Observación según Etapas de la visita domiciliaria (Roca y Úbeda); que para medir su eficacia se cuantifico en el sistema centesimal donde la clasificación es:

Nivel de eficacia	Puntaje
Totalmente eficaz	5(100%)
Parcialmente eficaz	3-4 (60-80 %)
No eficaz	Menor de 3 (0% -40%)

- Ficha de Monitoreo de la suplementación en la vivienda. Directiva Sanitaria N 056- MINS/ DGSP.V.01 la cual fue aplicada a las Historias Clínicas; que para ser evaluada se cuantifico en el sistema vigesimal donde la clasificación es:

Evaluación de la suplementación	Puntaje
Muy buena	18 – 20
Buena	15- 17
Regular	12-14
Deficiente	<11

1.3 Materiales:

- Guía de observación integrada por: Etapas de la visita domiciliaria (Roca y Úbeda), Ficha de Monitoreo de la suplementación en la vivienda.
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial:

La investigación se realizó en el Centro de Salud Alto de Selva Alegre, ubicado en la Avenida España 207, en el Distrito Alto de Selva Alegre en la Ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación Temporal:

Enero a Diciembre del año 2016.

2.3 Unidades de Estudio:

2.3.1 Universo: Está conformado por 664 niños cuya edad se ubican entre 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Alto de Selva Alegre durante el año 2016

2.3.2 Muestra:

Fórmula de Mario Rodríguez con margen de error 5%

$$n = \frac{664 * 400}{664 + 399}$$

$$n = \frac{265600}{1093}$$

$$n = 243$$

Aplicada la fórmula de Mario Rodríguez con margen de error del 5% y teniendo en cuenta los criterios de selección; resultan 138 niños que forman parte de la muestra.

2.4 Criterios de selección:

Criterio de Inclusión:

- Niños menores de 3 años que cuenten con la “Ficha de Monitoreo de la Suplementación en la Vivienda”

Criterios de Exclusión:

- Niños menores de 3 años que no cuenten con la “Ficha de Monitoreo de la Suplementación en la Vivienda”

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Coordinación con la Decana de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, para la obtención de la carta de presentación dirigida al médico jefe del Centro de Salud de Alto Selva Alegre.
- Se realizó la coordinación con la Jefatura de Enfermería, encargada del Programa de Atención Integral de Salud (AIS) del niño y niña.

- Coordinación con la jefa de admisión del Centro de Salud para la obtención de las Historias Clínicas.
- Se solicitó las historias clínicas de todos los niños incluidos en la muestra, atendidos en los meses de Enero a Diciembre del 2016, para la obtención de los datos en la guía de observación.
- Se realizó la obtención de los datos de la Historia Clínica de Lunes a Sábado en el horario de 14:00 – 18:00 horas.
- Una vez realizada la recolección de datos estos se sistematizaron y procesaron con la aplicación de las pruebas estadísticas correspondientes para ser presentadas en tablas según frecuencia y porcentaje.





CAPITULO III
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N°1

**PLANIFICACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA POR SUPLEMENTACIÓN
CON MULTIMICRONUTRIENTES. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE- AREQUIPA, 2016.**

Planificación	Fr.	%
NO	105	76.1
SI	33	23.9
TOTAL	138	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la presente tabla se observa que en relación a la planificación de la visita domiciliaria por suplementación con multimicronutrientes, el mayor porcentaje es de 76.1% que corresponde a que no hubo planificación y el menor porcentaje con 23.9% a que si la hubo.

Lo que evidencia que las visitas domiciliarias no fueron planificadas en más del 50%.

TABLA N°2

**CUMPLIMIENTO CON EL MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA. CENTRO
DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE – AREQUIPA, 2016.**

Cumplimiento con el motivo de la Visita	Fr.	%
NO	40	29.0
SI	98	71.0
Total	138	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se puede observar en esta tabla que en un 71% los profesionales de enfermería cumplieron con el motivo de la visita domiciliaria por suplementación con multimicronutrientes y un 29% que no lo hizo.

Deduciendo que más del 50 % de los profesiones de enfermería cumplen con los objetivos planteados durante la visita domiciliaria.

TABLA N°3

EVALUACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA; PLANIFICACIÓN DE LA PRÓXIMA VISITA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016.

Evaluación: planificación de la próxima visita	Fr.	%
NO	100	72.5
SI	38	27.5
TOTAL	138	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

La presente tabla muestra que el personal profesional de enfermería al haber realizado una visita domiciliaria al niño con suplementación con multimicronutrientes, al momento de la evaluación llega a planificar otra visita domiciliaria en un 27.5%, para continuar con su seguimiento y un 72.5% no planifica la próxima visita.

Por lo observado se deduce que hay deficiencia en el proceso de planificación de las próximas visitas.

TABLA N°4

**EVALUACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA; RECOMENDACIONES
DADAS DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA. CENTRO DE SALUD ALTO
SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.**

Recomendaciones	Fr.	%
NO	11	8.0
SI	127	92.0
TOTAL	138	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

La tabla muestra que las recomendaciones relacionadas con la suplementación preventiva con multimicronutrientes, se dieron durante la visita domiciliaria en un 92% y en un 8% no fueron realizadas.

Demostrando que los profesionales de enfermería del Centro de Salud de Alto Selva Alegre en su mayoría brindan orientación y consejería a los padres y familiares de los niños que reciben Multimicronutrientes.

TABLA N°5

**REGISTRO DE LA VISITA DOMICILIARIA EN LA HISTORIA CLINICA.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.**

Registro	Fr.	%
NO	0	0.0
SI	138	100.0
TOTAL	138	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la presente tabla, se puede observar que en relación al registro de las visitas domiciliarias realizadas para supervisar la suplementación preventiva con multimicronutrientes en las historias clínicas de los menores de 3 años, el 100% de enfermeras(os) registra la ejecución de la visita domiciliaria.

Deduciendo que todos los profesionales de Enfermería que ejecutan la visita domiciliaria del Centro de Salud Alto Selva Alegre, cumplen con el registro en las historias clínicas.

TABLA N°6

**NIVEL DE EFICACIA DEL MONITOREO DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS
SEGÚN EDADES. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA,
2016.**

Eficacia	Edad		1 año		2 años		3 años		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Totalmente eficaz	5	25.0	17	21.0	5	13.5	27	19.6		
Parcialmente eficaz	11	55.0	45	55.6	17	45.9	73	52.9		
No eficaz	4	20.0	19	23.5	15	40.5	38	27.5		
Total	20	100.0	81	100.0	37	100.0	138	100.0		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la presenta tabla se observa el nivel de eficacia de las visitas domiciliarias efectuada por enfermeras que en el 19.6% es totalmente eficaz; parcialmente eficaz el 52.9% y no eficaz el 27.5%.

Deduciendo que el nivel acumulado de totalmente eficaz y parcialmente eficaz es mayor al 50% y el restante es no eficaz, resaltando al grupo de 3 años de edad.

TABLA N°7

**FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA SUPLEMENTACIÓN CON
MULTIMICRONUTRIENTES SEGÚN VISITAS DOMICILIARIAS. CENTRO DE
SALUD ALTO SELVA ALEGRE- AREQUIPA, 2016.**

Administración de MMN	1era. Visita		2da. Visita		3era. Visita	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buena	48	67.6	89	76.0	87	88.8
Regular	5	7.0	6	5.1	4	4.1
Deficiente	18	25.4	22	19.9	7	7.1
TOTAL:	71	100.0	117	100.0	98	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la presente tabla están considerados los cinco primeros ítems de la ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda, considerando que al cumplir con todos de manera correcta, la administración de la suplementación es buena, si se cumple con tres o cuatro de los puntos mencionados es regular, y si es menor a tres se considera deficiente.

Según las tres visitas domiciliarias realizadas por las Enfermeras, se aprecia que la administración del MMN en la primera visita fue buena en el 67,6%; regular: 7% y deficiente 25,4%; en la segunda y tercera visita los porcentajes varían incrementando la administración Buena con el 76,0% en la segunda visita y en la tercera a 88,8%; siendo la variación de forma inversa en la administración regular y deficiente puesto que disminuyeron en la segunda y tercer visita.

Por lo tanto, deducimos que la mejora en la forma de administración de la suplementación es debida sensibilización a los padres y familiares de los menores de tres años como resultado de las visitas domiciliarias efectivas.

TABLA N°8

**ADHERENCIA DEL SUPLEMENTO SEGÚN VISITAS DOMICILIARIAS.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016.**

ADHERENCIA		VISITAS		1era. Visita		2da. Visita		3era. Visita	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
Adherencia del suplemento de MMN	Adherencia adecuada	26	36.6	66	56.4	84	85.7		
	Adherencia inadecuada	45	63.4	51	43.6	14	14.3		
	TOTAL	71	100.0	117	100.0	98	100.0		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la **Tabla N°8** se puede observar como es la adherencia de la suplementación con multimicronutrientes en las visitas realizadas por las Enfermeras. Es así que en la primera visita la adherencia adecuada es de 36.6%, en la segunda visita 56.4% y en la tercera visita 85.7%.

Respecto a la adherencia a la suplementación con multimicronutrientes destaca el hecho que hay un notable incremento a partir de la segunda visita, la que continúa en la tercera, pudiendo atribuirse a la motivación brindada en la primera visita.

TABLA N°9

**MALESTAR LUEGO DE CONSUMIR MULTIMICRONUTRIENTES SEGÚN
VISITAS DOMICILIARIAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE-
AREQUIPA, 2016.**

MALESTAR		VISITAS		1era. Visita		2da. Visita		3era. Visita	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
Malestar luego de tomar MMN	NO	46	64.8	90	76.9	90	91.8		
	SI	25	35.2	27	23.1	8	8.2		
	TOTAL	71	100.0	117	100.0	98	100.0		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la presente tabla se observa que las Enfermeras al momento de la entrevista con los cuidadores de los menores de tres años refirieron que en la primera visita no se presentó malestar luego de consumir los multimicronutrientes en 64.8% en la segunda visita se incrementó la ausencia de malestar a un 76.9% y en la tercera visita a un 91.8%.

Se concluye que con la tercera visita que al incrementarse la ausencia de malestar después de administrados los multimicronutrientes se garantizó la ingesta de los mismos y consiguientemente la disminución de la anemia.

TABLA N°10

**EVALUACIÓN DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES
SEGÚN VISITAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA
2016.**

Evaluación	1era. Visita		2da. Visita		3era. Visita	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy buena	0	0.0	1	0.9	1	1.0
Buena	22	31.0	79	67.5	81	82.7
Regular	27	38.0	26	22.2	15	15.3
Deficiente	22	31.0	11	9.4	1	1.0
TOTAL:	71	100.0	117	100.0	98	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la tabla se observa que la evaluación de la suplementación con MMN en la primera visita fue regular en el 38%, en la segunda y tercera visita fue buena en un 67.5% y 82.7% respectivamente.

Deduciendo que hubo una mejoría considerable en la suplementación con MMN en la vivienda entre la primera y tercera visita, justificada por el cumplimiento de todas las actividades encontradas dentro de la Ficha de monitoreo específica.

CONCLUSIONES

- Primera:** La planificación de la visita domiciliaria al análisis estadístico se observó que no se ejecutó en más del 50%.
- Segunda:** Las actividades programadas por las enfermeras en las visitas domiciliarias fueron cumplidas a cabalidad lográndose esto a través de la suplementación con multimicronutrientes la cual se llevó a cabo en su mayoría según lo dispuesto por la Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01.
- Tercera:** Las visitas domiciliarias realizadas por suplementación con multimicronutrientes a niños menores de tres años del Centro de Salud Alto Selva Alegre durante el año 2016, fueron en su mayoría parcialmente eficaces.



RECOMENDACIÓN

A la Licenciada Jefe de Departamento de Enfermería del Centro de Salud Alto Selva Alegre se sugiere que se consideren las etapas de la visita domiciliar en su ejecución dando énfasis a la etapa de planificación para así lograr un mejor uso del tiempo de los profesionales de enfermería y la familia o persona, así mismo continuar brindando educación sobre la suplementación con multimicronutrientes organizando sesiones demostrativas masivas para los responsables de los menores que cuentan con este beneficio para colaborar con la disminución de la anemia ferropénica en el distrito.

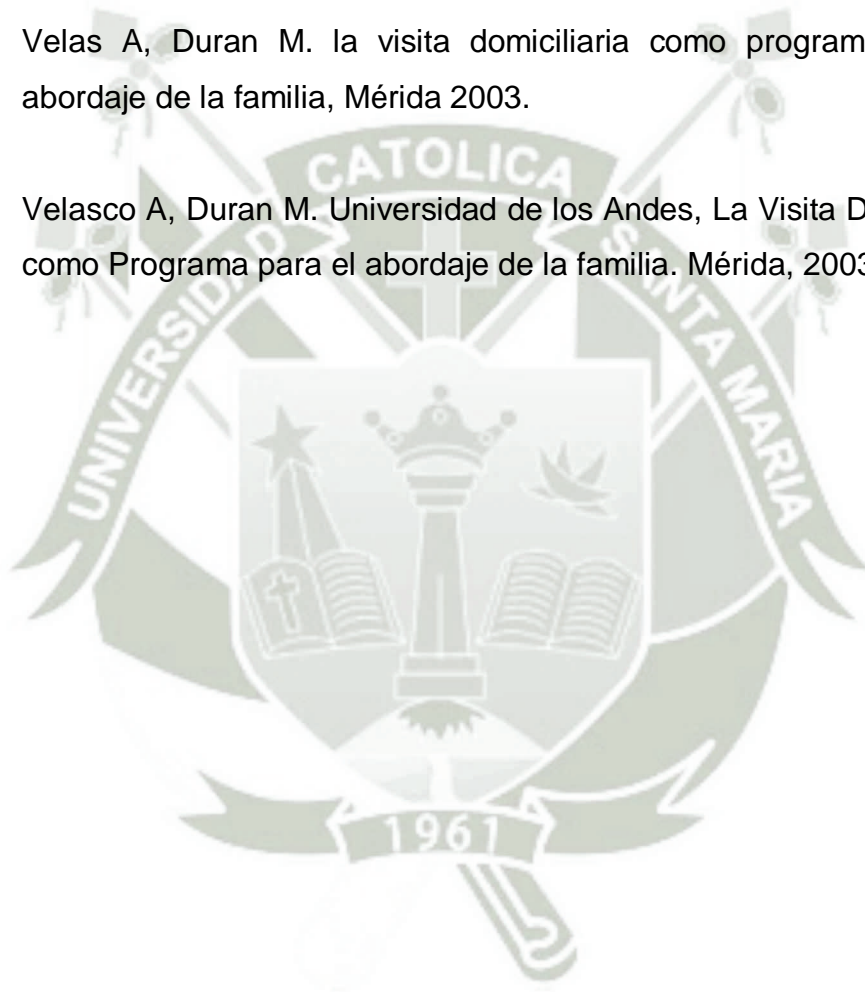


BIBLIOGRAFÍA

- Roca M. y Úbeda I. Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., German C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. 2000.
- Dr. Alberto Minoletti DIPRECE MINSAL, Patricia Narváez DIPRECE MINSAL Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia- 2008
- Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores. Lima 2014
- Consejería para el Cuidado infantil – Lactancia Materna – Manual de la Educadora Comunal en Nutrición- Caritas del Perú,2012
- Ministerio de Salud. “Lineamientos de Nutrición Maternos Infantil del Perú” Lima-Perú. 2004
- Ministerio de Salud. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, Informe gerencial Nacional 2013, Sistema de información del estado nutricional (SIEN).Lima-Perú. Abril, 2014.
- Ministerio de Salud. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, Informe gerencial Nacional 2014, Sistema de información del estado nutricional (SIEN).Lima-Perú. Marzo, 2015.

- Ministerio de Salud. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, Informe gerencial Nacional 2015, Sistema de información del estado nutricional (SIEN).Lima-Perú. Marzo, 2016.
- Ministerio de Salud. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, Informe gerencial Nacional 2016, Sistema de información del estado nutricional (SIEN).Lima-Perú.Set,2016
- Ministerio de Salud. Manual de visitas domiciliarias, Proyecto aprendiendo y ayudando II. Lima, Perú 2014.
- MINSA, Visita Domiciliaria Integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia “Chile Crece Conmigo” Santiago de Chile, Chile 2009.
- MINSA. Norma Técnica de Salud Nº 193-2008/MINSA para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal. 2008.
- OMS, Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Irrefutables. Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot Política de Salud para Todos (Health for All) en Europa. 2003.
- OPS/ OMS “Atención integrada de las enfermedades prevalente de la infancia (AIEPI), Séptima Edición, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Whashington D.C. 2003.
- Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. “Principios de Orientación para la alimentación Complementaria del Niño Amamantado” Washington DC.2003.

- Rosas Quina P. Adherencia y actitud hacia la suplementación con micronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses (Tesis). Perú- Arequipa , Universidad Nacional San Agustín;2016
- SALAZAR, de V. C. La Visita Domiciliaria en el Programa de Salud Familiar. Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela, 1993.
- Velas A, Duran M. la visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia, Mérida 2003.
- Velasco A, Duran M. Universidad de los Andes, La Visita Domiciliaria como Programa para el abordaje de la familia. Mérida, 2003

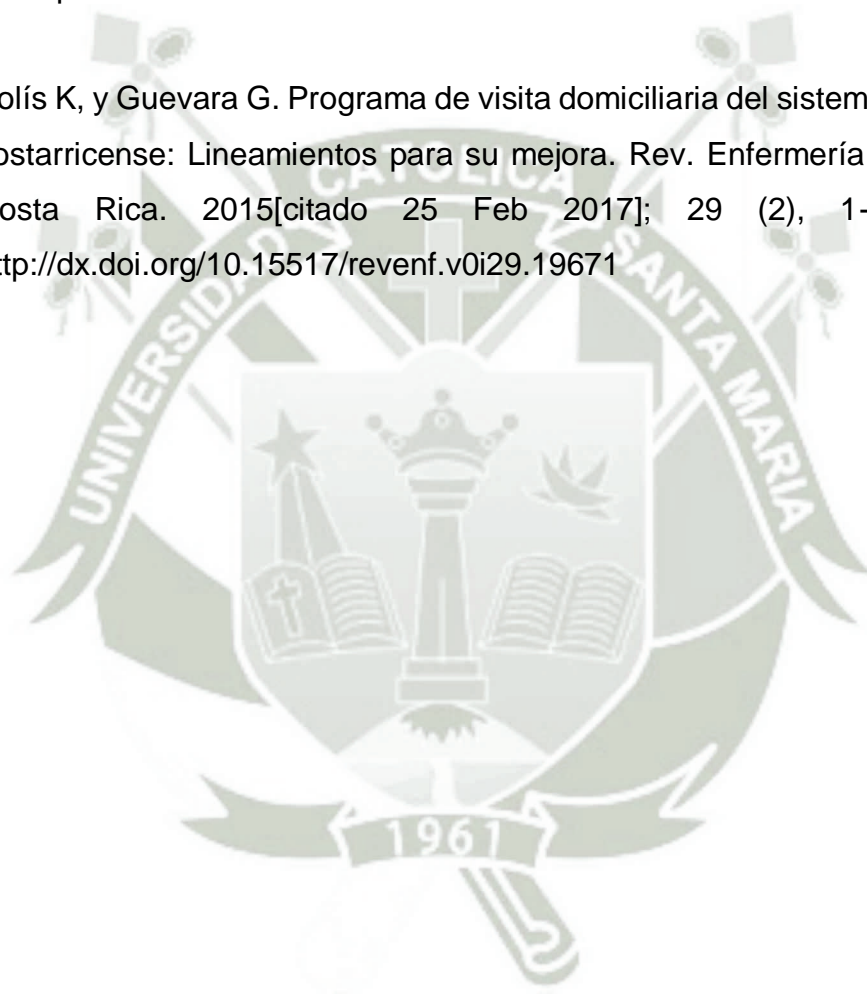


INFOGRAFIA


- Guerreiro, M y Cols, “La prevalencia de anemia en niño de 3 a 12 meses de vida en un servicio de salud de Riberao Preto.” [Tesis], Brasil.(2010)
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342012000300006&script=sci_arttext=es
- Huaman, L. y Cols “Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses” [Tesis]. Apurímac, (2012).
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342012000300004&script=sci_arttext
- Licata, M. El hierro en la nutrición. Zona Diet. [Revista en Internet].2012 [Actualizado 25 Feb 2015]; [citado 04Abr 2017]. Disponible en:
<http://www.zonadiet.com/nutricion/hierro.htm>
- Licata, M. La leche materna y sus propiedades nutricionales. Zona Diet. [Revista en Internet].2012 [Actualizado 25 Feb 2015]; [citado 04Abr 2017]. Disponible en:
<http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm>
- Minsa.gob.Perú: Ministerio de Salud; 2015 [Actualizado 25 Feb 2017]; [citado 03Abr 2017]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/suplementacion.html>
- Organización Mundial de la Salud (2013) “Alimentación complementaria”, Disponible en :
<http://www.who.int/nutrition/topics/complementaryfeeding/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización

Mundial de la Salud, 2012, consultado el [15 Dic 2016]. Disponible en:
http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf.

- Redperifericaaqp.gob.pe. Arequipa –Caylloma: Gerencia Regional de Salud Arequipa; informe Gerencial del sistema de información del estado nutricional, 2016 [Actualizado Jun 2016] [citado 03Abr 2017]. Disponible en:<http://redperifericaaqp.gob.pe/wp-content/uploads/2016/09/Informe-Gerencial-del-Estado-Nutricional-de-ni%C3%B1os-y-gestantes-I-SEM-2016.pdf>
- Solís K, y Guevara G. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: Lineamientos para su mejora. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2015[citado 25 Feb 2017]; 29 (2), 1-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19671>







ANEXO 1:
INSTRUMENTO
“GUIA DE OBSERVACION SEGUN ETAPAS DE LA VISITA
DOMICILIARIA PARA MEDIR EL NIVEL DE EFICACIA”


GUÍA DE OBSERVACIÓN SEGÚN ETAPAS DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA MEDIR EL NIVEL DE EFICACIA

Etapas de la Visita Domiciliaria		SI	NO
Planificación	1. Planificación de la visita		
Ejecución y Valoración	2. Cumplimiento del motivo de la visita		
Evaluación	3. Se planifica la próxima visita		
	4. Se dan recomendaciones		
Registro	5. Se registra informe en la Historia Clínica		

NOTA: No se consideran las dos primeras etapas según Roca y Úbeda, debido a que las visitas domiciliarias fueron realizadas por las enfermeras durante el año 2016.

La Guía de Observación según Etapas de la visita domiciliaria (Roca y Úbeda); que para medir su nivel de eficacia se cuantifico en el sistema centesimal donde la clasificación es:

Nivel de eficacia	Puntaje
Totalmente eficaz	5 (100%)
Parcialmente eficaz	3-4 (60-80 %)
No eficaz	Menor de 3 (0% -40%)



ANEXO 2:
INSTRUMENTO
“FICHA MONITOREO DE LA SUPLEMENTACION EN LA
VIVIENDA”

FICHA MONITOREO DE LA SUPLEMENTACION EN LA VIVIENDA

DATOS GENERALES

Establecimiento de salud:				
Responsable de la visita domiciliaria:		Profesión / Ocupación:		
Marque el esquema de suplementación con MMN en la que se encuentra el niño(a)		Fecha de inicio de la suplementación:		
N° H.C.:		N° de orden en el formato de Registro :		
Nombre del Niño /Niña:				
Edad:	N° DNI:	Fecha de nacimiento:	DÍA	ME AÑ
Nombre de la persona responsable del niño(a):				
Parentesco con el niño(a):				
Domicilio:				
CONTROL DE VISITAS	N° Visita	1	2	3
	Fecha de Visita	/ /	/ /	/ /

SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES

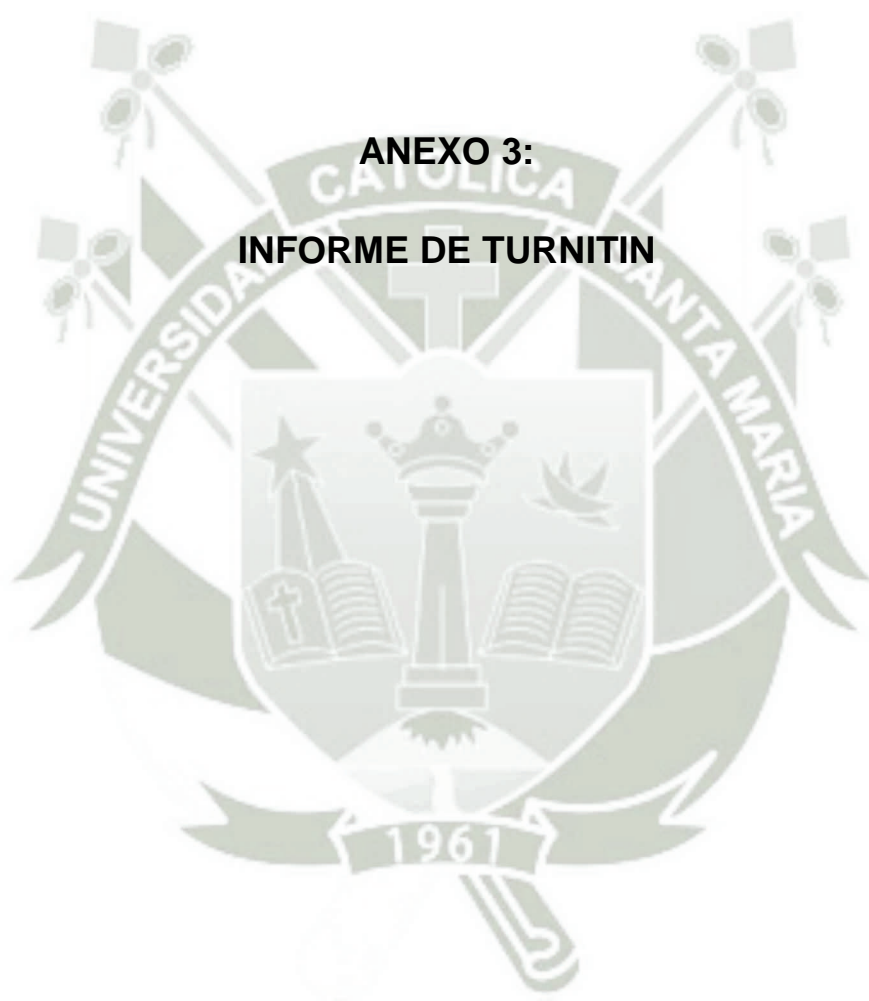
		Visita 1	Visita 2	Visita 3
1	¿Le está dando los multimicronutrientes a su niño o niña todos los días?			
	a) Si			
	b) No,			
2	¿En qué preparaciones le da los multimicronutrientes?			
	a) Mezclado con agua, jugos, caldos, sopas u otros líquidos			
	b) Mezclado con papillas, purés, segundos			
3	¿Con cuántas cucharadas de comida mezcla los multimicronutrientes para dárselos al niño (a)?			
	a) Con 1 cucharada			
	b) Con 2 cucharadas			
	c) Con 3 cucharadas a más.			
4	Si la respuesta anterior es la b, preguntar si el niño (a) consumió las cucharadas que mezcló con el MMN en su totalidad			
	a) Si			
	b) No.			
5	Comparte los multimicronutrientes con otros niños/as?			
	a) Si.			
	b) No			

6 Muéstrame los multimicronutrientes que le entregaron en el último mes:			
(Calcular el porcentaje de sobres consumidos en el último mes y registrar el porcentaje de sobres consumidos en el casillero que corresponda según tipo de adherencia.)		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sobres consumidos en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de sobres recibidos en el mes}} \times 100$	
a) Adherencia adecuada (cuando el niño ha consumido el 90% a más de los sobres entregados para el mes)			
b) Adherencia inadecuada (cuando el niño ha consumido menos del 90% de los sobres entregados para el mes)			
7 Almacenamiento de los multimicronutrientes			
a) Se guardan adecuadamente (bien cerrado, protegido de la luz y la humedad)			
b) Se guardan de manera inadecuada (si no cumple con las 3 condiciones anteriores)			
8 ¿Su niño/a tiene algún pequeño malestar luego de tomar los multimicronutrientes?			
a) No			
a) Si			
9 ¿Ha seguido dándole los multimicronutrientes a pesar del pequeño malestar?			
a) Si			
b) Dejó de darle los multimicronutrientes			
c) Lo suspendió por un tiempo y reinició la suplementación			
10 ¿El niño (a) consume alimentos de origen animal?			
a) Hígado, sangrecita, bazo, bofe, cuy, pescado, carnes, pollo, etc.			
11 En relación a la pregunta anterior, diga usted, ¿cuántas veces en el día el niño (a) consume estos alimentos?			
a) 1 vez			
b) 2 veces			
c) 3 veces			
12 Ha participado usted en actividades educativas masivas, ¿cuántas veces? (Se registrará el N° de veces en el casillero de la visita)			
a) Sesiones demostrativas			
b) Sesiones educativas			
c) Campañas de orientación			
RECOMENDACIONES / OBSERVACIONES			

VISITA N° 1	
VISITA N° 2	
VISITA N° 3	

*Ficha de la Directiva Sanitaria N°56-MINSA/DGSP. V.01: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses.

ANEXO 3:
INFORME DE TURNITIN





Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0459 -CB- 2017

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2017-0459

Fecha : 21 de junio de 2017

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

EFICACIA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON SUPLEMENTACIÓN
PREVENTIVA DE MULTIMICRONUTRIENTES EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
AREQUIPA 2016.

Autor(es):

MENDOZA CHOQUE NILDA/NINA ABARCA ANGELICA VILMA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **26 %** en el
sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería

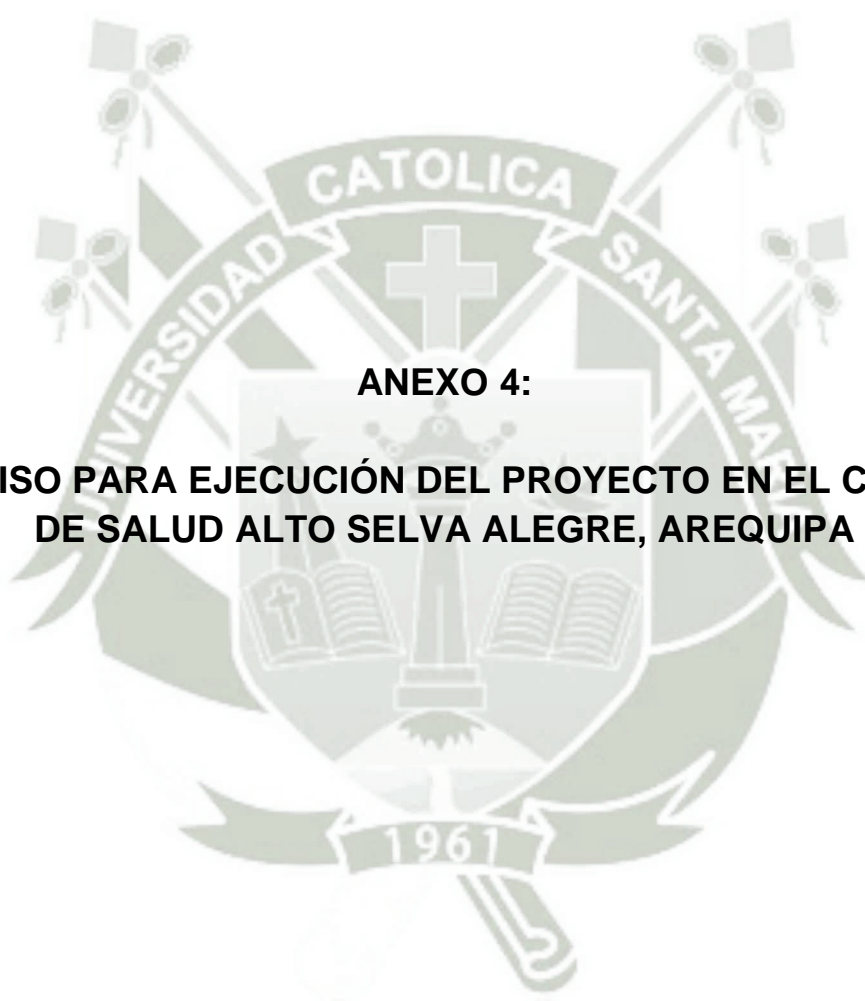
RESOLUCIÓN

FIRMA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Mgter. Dr. KARINA ROSAS PAREDES

Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas



ANEXO 4:

**PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN EL CENTRO
DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA**



GOBIERNO REGIONAL
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - PAVILONA
MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Arequipa, 10 de Mayo del 2017

OFICIO N° 0328-2017-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.ASA-I

Señorita:

Nilda Mendoza Choque

Angélica Vilma Nina Abarca

Presente.-

ASUNTO : Proyecto de Investigación

REFERENCIA: Solicitud del 08/05/2017

Mediante el presente es grato dirigirme a ustedes para saludarlas muy cordialmente y visto el documento de su referencia hago de su conocimiento que la dirección de nuestro establecimiento accede a su solicitud para la realización del proyecto de Tesis: "EFICACIA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA DE MULTIMICRONUTRIENTES EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2016."

Deberá entregarse en la Oficina de capacitación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación en forma magnética.

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - PAVILONA
MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE

Lelia Orue Cervantes
MEDICO JEFE (E)
CMP 32249

c.c.
archivo
LOC/nrc

MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
Telfs. 054-266688 - E-mail
mratoselvaalgre@saludarequipa.gob.pe