



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“EFICACIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN LA MORBILIDAD DE GESTANTES
DEL PUESTO SALUD SEÑOR DE LUREN JULIO-DICIEMBRE 2016.”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: MERCEDES ROXANA RAMIREZ QUINTANA

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, Carlos y Epifania y hermanos, Juan Carlos, Mariela, Karina, Johana quienes no sólo me brindaron amor sino también su apoyo, comprensión sacrificio y confianza incondicional en todos estos años de estudio, porque me enseñaron el camino correcto, de esta manera plasmo todo el cariño, la perseverancia que me enseñaron a dar para poder culminar con el primer tramo de mi existencia. Porque sin ellos no sería lo que ahora soy, que DIOS me los bendiga.

AGRADECIMIENTO

A DIOS en primer lugar por darme salud y bienestar física y rodearme de personas tan maravillosas que contribuyeron en mi formación profesional.

A MIS PADRES, quienes siempre me apoyaron y creyeron en mí y me mostraron su mayor consideración para seguir escalando y alcanzando metas.

A mis maestros, que me brindaron su sabiduría, y día a día tuvieron paciencia para impartirnos sus conocimientos y lecciones de vida.

A mi tutora de tesis, quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado el realizar esta tesis, me ha brindado el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminada.

También quisiera agradecer a todas aquellas personas, que de alguna forma o de otra, han contribuido en la elaboración de este trabajo de investigación.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la eficacia de las visitas domiciliarias en relación a la disminución de la morbilidad en gestantes del Puesto Salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016, teniendo como muestreo no probabilístico por conveniencia siendo la muestra de 76 gestantes, se utilizó un diseño de investigación no experimental, con un nivel descriptivo, transversal y retrospectivo, el método que se utilizó fue el observacional documental.

Los resultados obtenidos fueron que la incidencia de las visitas domiciliarias del puesto de salud Señor de Luren fue del 67.5% (35) durante el año 2016; de las pacientes que recibieron visitas domiciliarias la patología que mayormente se presentó fue la infección del tracto urinario con el 71.4% (25) seguida de la anemia con el 17.1% (6); dentro de las gestantes que no presentaron patologías el 32.9% (26) tuvo 3 visitas domiciliarias.

Concluyéndose que la eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016 con un Chi cuadrado de 9,27 a 95% de confianza.

PALABRAS CLAVES: VISITAS DOMOCILIARIAS – MORBILIDAD –GESTANTES.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the efficacy of home visits in relation to the reduction of morbidity in pregnant women from the Ciudad de Señor de Luren post, July-December 2016, with a non-probabilistic sampling for convenience, being the sample of 76 pregnant women, We used a non-experimental research design, with a descriptive, transversal and retrospective level, the method used was the documentary observational.

The results obtained were that the incidence of home visits to the health post Mr. de Luren was 67.5% (35) during the year 2016; Of the patients who received home visits, the most frequent pathology was urinary tract infection with 71.4% (25) followed by anemia with 17.1% (6); Among the pregnant women who did not present pathologies 32.9% (26) had 3 home visits.

It was concluded that the effectiveness of home visits in pregnant women has a significant relationship with the morbidity of pregnant women in the health post, Mr. de Luren, from July to December 2016, with a Chi square of 9.27 to 95% confidence.

KEY WORDS: VISITORS DOMOCILIARIAS - MORBILIDAD -GESTANTES.

ÍNDICE

Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Indice.....	vi
Introducción.....	viii

CAPÍTULO I:

Planteamiento Metodológico

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2. Delimitación de la investigación.....	10
1.3. Formulación del problema	
1.3.1. Problema principal.....	11
1.3.2. Problemas secundarios.....	11
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos.....	11
1.5. Hipótesis de la Investigación	
1.5.1. Hipótesis general.....	12
1.5.2. Operacionalización de Variables.....	13
1.6. Diseño de Investigación	
1.6.1. Tipo de investigación.....	14
1.6.2. Nivel de investigación.....	14
1.7. Población y Muestra de investigación	
1.7.1. Población.....	14
1.7.2. Muestra.....	14
1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	

1.8.1. Técnicas.....	15
1.8.2. Instrumentos.....	15
1.9. Justificación e importancia de la investigación.....	15

CAPÍTULO II:

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3. Marco conceptual.....	34

CAPÍTULO III:

Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

Contrastación de hipótesis.....	35
Resultados.....	37
Discusión.....	44
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
Anexos.....	48
1.- Fuentes de información.....	49
2.- Matriz de consistencia.....	51
3.- Ficha de recolección de datos.....	53

INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria es una actividad de la Atención Primaria en salud que se desarrolla en el domicilio a nivel del grupo familiar, a través de un conjunto de tareas específicas, o de un programa que constituye una herramienta con objetivos, actividades y metas programadas, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica, siendo la organización, coordinación, supervisión y evaluación elementos fundamentales para la realización de estas visitas domiciliarias.

Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en la gestante y su entorno familiar frente a la oferta de servicio logrando de esa manera una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo de salud y el grupo familiar.

La relevante tasa de morbi mortalidad materna perinatal, seguida de la necesidad de mejorar la atención prenatal reenfocada, la captación de nuevas gestantes e involucrar a la familia y comunidad en el reconocimiento de signos de alarma del embarazo justifica la realización de las visitas domiciliarias para la reducción de las complicaciones maternas; esperando que la integración entre la comunidad y el puesto de salud permita crear conciencia sobre la importancia que tiene la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, además de las ventajas que tiene la visita domiciliaria en la identificación de los factores de riesgo.³

Es por ello que se realiza la investigación sobre la eficacia de las visitas domiciliarias en relación a la disminución de la morbilidad en gestantes del Puesto Salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016, contando ésta con tres capítulos; el primero consta del planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y metodología empleada, el segundo sobre los antecedentes y bases científicas y en el tercer capítulo encontramos los resultados; seguido de la discusión conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La muerte materna, llámese muerte de la mujer en el embarazo, parto o puerperio representa una tragedia a nivel personal, familiar y social, tomando en cuenta que la supervivencia del recién nacido se reduce ante esta posibilidad constituyendo un problema de salud pública.

Es importante la atención prenatal a toda gestante en cuanto a la valoración efectiva del binomio madre-hijo y el impacto que tiene sobre la mortalidad materna y neonatal, considerando lo antes mencionado la estrategia para integrar a las madres a la consulta es a través de las visitas domiciliarias ya que es necesario concientizar a la gestante la importancia de este control y a la vez conocer las condiciones de vida, su entorno familiar y la comunidad.

Las visitas domiciliarias es un programa que forma parte del programa de atención primaria y es realizado por el personal de salud involucrado en la atención de la gestante, esta actividad muchas veces se encuentra limitada por la accesibilidad cultural geográfica.

A pesar de las elevadas tasas de morbi mortalidad materno perinatal por causas como el control prenatal tardío, abandono del control post natal, entre otros, no

existe acciones o estrategias que permitan vigilar el estado de salud de la población a través de una búsqueda activa y seguimiento del binomio madre-

hijo en cada uno de los establecimientos de salud donde se brinda atención primaria así como con un registro y control de la población a través del radar de gestantes para conocer a la población de embarazadas que no reciben control prenatal, pudiendo existir en ellos factores de riesgo que requieran de la atención integral oportuna y cuidados de salud.

En consecuencia las actividades de fomento y protección de la salud de la gestante se ven limitadas al número de pacientes que acuden regularmente a las consultas, dejando desprotegido una porción de gestantes que por algunas razones no acuden al control prenatal, la abandonan o no pueden desplazarse al centro de salud afectando directamente en la cobertura del control prenatal y la disminución de las complicaciones durante el embarazo.¹ Este estudio se realizará en el Puesto de Salud Señor de Luren que tiene un nivel de I – 2.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Delimitación conceptual.- el estudio trató de relacionar la eficacia de las visitas domiciliarias en la disminución de la morbilidad en gestantes,
- Delimitación social.- se estudiaron a las gestantes en quienes se les realizó visitas domiciliarias.
- Delimitación temporal.- el estudio se realizó durante los meses de julio a diciembre del 2016
- Delimitación espacial.- se realizó en el Puesto de Salud Señor de Luren

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la eficacia de las visitas domiciliarias en relación a la disminución de la morbilidad en gestantes del Puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la incidencia de visitas domiciliarias en gestantes del Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?
- ¿Cuál es la incidencia de la morbilidad de gestantes en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?
- ¿Qué patologías se presentan en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia de las visitas domiciliarias en relación a la disminución de la morbilidad en gestantes del Puesto Salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la incidencia de visitas domiciliarias en gestantes que se realizan en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?
- Estudiar la incidencia de la morbilidad de gestantes en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?

- Analizar las patologías que se presentan en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Ha = La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016

Ho = La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes no guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016

1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	UNIDADES DE MEDIDA	FUENTE
V. Independiente: Eficacia de las visitas domiciliarias	Capacidad de alcanzar el efecto que se desea tras la realización de las visitas domiciliarias.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Historias clínicas Informes materno perinatal His - Mis
V. Dependiente: Morbilidad en gestantes.	Complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación,	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Si No	
V. Intervinientes: Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	≤ 19 años 20-35 años > 35 años	
Estado civil	Estado en que se encuentra la persona	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada conviviente	
Paridad	Número de partos que tuvo una mujer	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	Nulípara Múltipara	
Edad Gestacional	Tiempo de embarazo calculado a partir de la FUR, traducido en semanas	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	< 22 sem. 23-27 sem. 28-36 sem. 37-42 sem.	

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es descriptiva, transversal y retrospectiva

Descriptiva ya que se describieron las variables tal y como se presentan.

Transversal porque las variables fueron medidas una sola vez.

Retrospectiva porque los datos de la investigación son obtenidos del año pasado próximo.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional ya que se relacionó la variable visitas domiciliarias con la morbilidad de las gestantes

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por las gestantes que acudieron para su atención prenatal en el Puesto de Salud Señor de Luren que pertenece a un nivel de atención I - 2 durante los meses de julio a diciembre del 2016

1.7.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por todas las gestantes a quienes se les realizó visita domiciliaria que son en número de 79, teniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia o censal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas completas y legibles.
- Gestantes a quienes se les realizó visitas domiciliarias.
- Gestantes sin patología previa al embarazo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas ilegibles e incompletas.
- Gestantes a quienes no se les realizó visitas domiciliarias.
- Gestantes con patología previa al embarazo.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICA

Se solicitó autorización del jefe del Puesto de Salud Señor de Luren para acceder a las historias clínicas de donde se recolectó la información. Obtenido los datos se realizó la respectiva tabulación utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21 para luego utilizar el Chi cuadrado para la contratación de hipótesis.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Se utilizarán las historias clínicas que contengan datos con los criterios de inclusión en el estudio y una ficha de recolección de datos que será validado por juicio de expertos

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El elevado índice de morbi mortalidad materna perinatal que existe en el país, constituye un problema de salud pública en la actualidad, donde a pesar de los mecanismos y programas establecidos para la atención madre-niño como la formación de los comités de morbi mortalidad materno perinatal, la atención prenatal reenfocada, entre otros, no ha logrado disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad y la incidencia de patologías maternas está en aumento.

La relevante tasa de morbi mortalidad materna perinatal, seguida de la necesidad de mejorar la atención prenatal reenfocada, la captación de nuevas gestantes e involucrar a la familia y comunidad en el reconocimiento de signos

de alarma del embarazo justifica la realización de las visitas domiciliarias para la reducción de las complicaciones maternas; esperando que la integración entre la comunidad y el puesto de salud permita crear conciencia sobre la importancia que tiene la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, además de las ventajas que tiene la visita domiciliaria en la identificación de los factores de riesgo.³

Con esta investigación trataremos de crear conciencia al personal de salud involucrado en la atención de la madre sobre la importancia que tienen las visitas domiciliarias para la disminución de la complicaciones maternas con las referencias oportunas a un establecimiento de salud de mayor complejidad y también que sirva de estímulo y apoyo para la realización y ejecución de futuras investigaciones relacionadas a este tema.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales:

- **Dulmar,S.: Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y su recién nacido del área de influencia del ambulatorio “Dr. Ramón Gualdron”, Barquisimeto, estado de Lara-Venezuela, 2010**

Los resultados del diagnóstico determinaron que el 68% fueron entre 20 a 34 años y el 77.8% de ellas tienen ≥ 4 gestaciones, del total de primigestas predominaron las \leq de 19 años en un 76.3%; el 84% de las madres consideró muy necesaria la captación y el seguimiento. En conocimiento 87.5% se clasificó como bueno. En conclusión los resultados evidenciaron que existe la necesidad y factibilidad para la creación de esta propuesta, la cual beneficiará a la población materna e infantil, generando un impacto en sus indicadores de salud.²

- **Medina, J.: “Seguimiento del embarazo en atención Primaria”, España . 2010**

El seguimiento del embarazo fue 24.6% del total de gestantes captadas, encontrándose entre 9 y 75% por debajo de la media del control de embarazo de bajo riesgo, la porción de gestantes controladas en este nivel es menor a la deseada, considerando la falta de formación o interés por parte del médico de familia en la toma de decisiones y responsabilidad del

control prenatal y post natal y la sobre carga asistencial de las consultas de Atención Primaria como los principales factores contribuyentes en el bajo porcentaje del seguimiento del embarazo.

En conclusión se plantean que es posible aumentar el número de embarazadas controladas por Atención primaria estableciendo un modelo asistencial claro y protocolizado con atención multidisciplinaria entre el médico de familia, el obstetra y la matrona acompañado de campañas informativas que permitan conocer el servicio de control prenatal y postnatal a las usuarias del sistema público de salud.³

- **Doggett C, Burrett S, Osborn D.: Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas- Cuba,2010**

Seis estudios (709 mujeres) compararon las visitas domiciliarias durante el postparto con ninguna visita domiciliaria. Ninguno aportó un componente prenatal significativo de visitas domiciliarias. Los visitantes incluyeron enfermeras de la comunidad, enfermeras pediátricas, asesores entrenados, asistentes para profesionales, parteras y voluntarias afroamericanas. La mayoría de los estudios tuvo limitaciones metodológicas, en particular grandes pérdidas durante el seguimiento. No hubo diferencias significativas en el consumo continuado de drogas ilícitas (2 estudios, 248 mujeres; riesgo relativo [RR] 0,95; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,75 a 1,20), el consumo continuado de alcohol (RR 1,08; IC del 95%: 0,83 a 1,41) y el fracaso en la inscripción en un programa de tratamiento por drogas (2 estudios, 211 mujeres; RR 0,45; IC del 95%: 0,10 a 1,94). No hubo diferencias significativas en el Bayley MDI (3 estudios, 199 lactantes; diferencia de medias ponderada 2,89; IC del 95%: -1,17 a 6,95) ni en el Psychomotor Index (Índice psicomotor) (DMP 3,14; IC del 95%: -0,03 a 6,32). Otras medidas de resultado informadas por un estudio incluyeron la lactancia a los 6 meses (RR 1,00; IC del 95%: 0,81 a 1,23), el programa de vacunación del lactante de 6 meses incompleto (RR 1,07; IC del 95%: 0,58

a 1,96), la lesión no-accidental y el cuidado tutelar no-voluntario (RR 0,16; IC del 95%: 0,02 a 1,23), el no uso de anticoncepción postparto (RR 0,41; IC del 95%: 0,20 a 0,82), los problemas conductuales del niño (RR 0,46; IC del 95%: 0,21 a 1,01) y la participación en los servicios de protección del niño (RR 0,38; IC del 95%: 0,20 a 0,74).⁴

- **Aracena, M; Leiva, L; Undurraga, C; Pérez, C; Krause, M.: Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as- Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile- 2013**

La salud mental de las madres, determinada por el test de Goldberg, fue diferente entre los grupos ($\chi^2(2,128) = 3,97, p = 0,02$). Al realizar contrastes específicos entre grupos, las adolescentes del programa B presentaron mejor salud mental que el grupo control ($t(128) = 2,23, p = 0,014$). No obstante, no hubo diferencias al comparar el nivel de salud mental entre las jóvenes que pertenecen al programa A y aquellas del grupo control ($t(128) = -0,42, p = 0,34$).

El 25% del total de las adolescentes evaluadas no se incorporaron al sistema educacional después del embarazo. Al comparar los tres grupos, se encontró que una mayor proporción de adolescentes del programa A siguieron estudiando (41,5%) en comparación con el grupo control (15,6%) y con el grupo B (19,6%) ($\chi^2(1, 86) = 8,50, p = 0,00$).

No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos con respecto al apoyo social percibido por las jóvenes ($F(2, 129) = 1,512, p = 0,224$); del mismo modo no hubo diferencias en el nivel de satisfacción con diferentes aspectos de la vida ($F(2,129) = 0,813, p = 0,446$).

Con relación a las variables de los niños/as estudiados se encontró que de los 132 evaluados el 3,2% presentaba riesgo y 96,8% era normal; no hubo

casos con retraso. El desarrollo del lenguaje y social fue normal en el 97% y 91% de los niños/as respectivamente.

Al comparar los grupos, no se encontraron diferencias significativas en el coeficiente global de desarrollo de los niños/as a los 12-15 meses ($F(2, 102,3) = 0,764$, $p = 0,469$; test de ANOVA con corrección Brown-Forsythe). No se encontraron diferencias en las frecuencias de riesgo entre grupos.

Se observó una tendencia no significativa para un mejor desempeño en lenguaje en el grupo B respecto de controles y del programa A (Tabla 2). No se encontraron diferencias entre grupos con relación a retraso de desarrollo social, sin embargo, se observó una tendencia a una menor proporción en el programa A respecto de los controles ($p = 0,053$). Esto se ratificó con el mejor desempeño en la prueba para los niños/as de este programa en comparación con el grupo control ($p = 0,01$); sin embargo, no hay diferencias con el grupo A.⁵

- **Kitliarenco, M; Gómez, E; Muñoz, M.: Características, Efectividad y Desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana- Uruguay, 2012**

La visita domiciliaria se ha mostrado efectiva para una variedad de áreas relevantes, especialmente sobre el desarrollo de competencias parentales y la relación cuidado infante. En términos generales, los programas más efectivos comenzaban en el embarazo, duraban más de un año, contaban con personal especialmente entrenado y se focalizaban en construir una relación de confianza y en modelar la interacción cuidador-infante. Se identificó la importancia de considerar en su diseño las características de la población objetivo, del modelo de visita usado y del agente visitador. A pesar de la evidencia acumulada en estudios anglosajones, los costos asociados a estos programas pueden ser muy altos, implicando barreras que pueden hacer dificultosa su diseminación en los países latinoamericanos. Los autores plantean la necesidad de desarrollar y

evaluar otras variantes (por ejemplo, incorporando monitoras comunitarias), ponderando su relación costo/efectividad⁶.

Nacionales:

- **Bohorquez, A; Rosas, A; Munevar, R.: Seguimiento de enfermería a la Madre y al Recién Nacido durante el Puerperio: traspasando las barreras hospitalarias- Amazonas – Perú, 2011**

Refiere la vinculación de madres en periodo de puerperio, sus neonatos, padres y familias como grupo de apoyo, a quienes les realizaron seguimiento mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, para identificar factores de riesgo y signos de alarma que les comprometieran la salud y la vida. Congruentes con los hallazgos en las valoraciones de enfermería y el seguimiento, los estudiantes y docentes ejecutaron acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante sesiones educativas en espacios institucional y domiciliario, dirigidas a fortalecer e iniciar oportunamente cuidados de enfermería, promover la participación de la familia, motivar la consulta temprana y ofrecer apoyo en lactancia materna, estilos de vida saludable, fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo-padre, respetando las prácticas culturales.

Las intervenciones de cuidado ejecutadas por estudiantes y docentes fueron estrategias para participar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal por causas evitables. Además los trabajos evidenciaron que el cuidado de enfermería sobrepasa los espacios hospitalarios y reviste importancia en escenarios de vida cotidiana como el hogar.⁷

Locales:

No se encontraron estudios a nivel local.

2.2. BASES TEÓRICAS

CAPTACIÓN:

Navajo la define como el vínculo de unión entre la población y una determinada organización o programa, esta acción será la imagen del programa ante la sociedad, es necesario realizar una planificación de la misma, contar con el apoyo y los medios necesarios para que el sistema de captación sea capaz de movilizar al mayor número de la población.

De igual manera la considera como un ejercicio básico de la comunicación que representa un aspecto fundamental para el funcionamiento de un programa determinado, por lo tanto debe ser preparada y desarrollada como una actividad más del programa, integrado en la actuación de la misma, y que además cumpla con las siguientes fases para que la captación sea adecuada:

1. Análisis de la situación
2. Definición de necesidades.
3. Desarrollo de captación
4. Evaluación

Esta captación puede ser **directa** a través de boletines informativos, volantes o **Indirecta** con las charlas, conferencias o cursos⁸

Lizárraga define a la captación en salud como uno de los objetivos prioritarios de la visita domiciliaria donde la población puede tener acceso a los servicios que brinda un establecimiento de salud, representando en su mayoría el primer contacto entre el centro de salud y la familia. Permita dar a conocer las actividades y funcionamiento de los centros de salud, que acompañado de la visita domiciliaria genera mayor confianza y seguridad a las familias.⁹

Para la organización Mundial de la Salud (OMS) la salud materna es un periodo del desarrollo humano, tomando en consideración la forma en que interactúan los riesgos biológicos con los determinantes de la salud, enfocado en la necesidad de mejorar la salud sexual y reproductiva, actuar sobre la atención integral de la maternidad/paternidad, integrar a las madres a los centros de salud; esta hace referencia a la importancia de la captación, planificación y coordinación de actuaciones que abarcan desde la etapa preconcepcional hasta el periodo de puerperio, incluyendo al recién nacido.¹⁰

SEGUIMIENTO:

Es una actividad continua que provee información sobre el proceso de una política, programa o entidad, mediante la comparación de avances periódicos y metas definidas. Con un enfoque orientado hacia el desempeño, proporciona elementos para la acción correctiva y establece vínculos de responsabilidad entre los ejecutores y sus resultados, sin entrar a examinar de manera detallada la causalidad entre las intervenciones y sus efectos.

El sistema de Salud de la rioja en España define el seguimiento como las actividades programadas de carácter preventivo y de promoción de la salud agrupada en visitas domiciliarias y controles sucesivos programados, permitiéndole al personal de salud conocer el contexto de la vida del usuario del servicio de salud, las condiciones de vivienda como los factores de riesgo a los que está expuesto de acuerdo al entorno.¹¹

El seguimiento del embarazo es la vigilancia de la salud del binomio madre-hijo, para ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de riesgo que no se haya detectado en la primera visita. La identificación del riesgo durante el embarazo es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita prenatal, para ello es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo.

El Centro latino americano de Perinatología (CLAP) refiere que el control prenatal es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la grávida, con la intención de realizar seguimiento, evaluar y vigilar las condiciones del embarazo, posteriormente obtener una adecuada preparación para el parto y atención al neonato. De igual manera recomienda a la madre acudir precozmente a la consulta, para descartar patologías del sistema reproductivo, evaluar su estado general y detectar riesgos de manera oportuna.

VISITA DOMICILIARIA

Actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto) dirigida a la gestante o puérpera y aquellas que no acuden a su cita con un máximo de 72 horas de vencida la cita. Puede ser:

- Visita domiciliaria efectiva.- cuando se le encuentra a la gestante o puérpera en su domicilio y se le brinda el paquete de actividades correspondiente.
- Visita domiciliaria no efectiva.- cuando no se encuentra la gestante o puérpera en su domicilio; se pueden considerar las siguientes causas: está fuera del domicilio, domicilio falso, ha migrado a otra comunidad, se encuentra en su domicilio y no permite su atención¹².

Es una actividad de los servicios de salud que permite la extensión de la cobertura y facilita el enlace multisectorial entre la familia y los núcleos humanos e institucionales, cuyas acciones conjuntas se orientan a la elevación de la calidad de vida. Los cambios demográficos y epidemiológicos de la sociedad permiten predecir que la importancia de la visita irá en aumento sobre todo en aquellos programas que se ofertan a los grupos más vulnerables.

Los programas de visita domiciliaria deben sustentarse en una infraestructura de recursos humanos, materiales físicos y financieros, que garanticen su funcionamiento acorde a las políticas y estrategias planteadas previamente, ya que representa el principal instrumento de enlace entre la institución y la comunidad, cuyo propósito fundamental es acercar la asistencia sanitaria y social al propio individuo y a la familia en su hogar en forma eficaz, continua e integral, su realización debe implementarse de manera planificada para evitar improvisaciones, empirismo, rutina entre otros.¹³

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

- **Una actividad-** que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.
- **Una 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.
- **Un programa.-** porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica. En este sentido, la organización, coordinación, supervisión y evaluación son elementos fundamentales a ser tomados en cuenta.
- **Un servicio.-** porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

La visita domiciliaria es una actividad de la Atención Primaria en salud que se desarrolla en el domicilio del grupo familiar, a través de un conjunto de tareas específicas, o tratarse de un programa que constituye una herramienta con objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica, siendo la organización, coordinación,

supervisión y evaluación son elementos fundamentales para la realización de un programa.

Objetivos:

1. Asegurar la continuidad del CPN.
2. Propiciar la derivación oportuna de la madre y el recién nacido en casos de riesgo.
3. Asegurar el compromiso de la gestante y su familia para la atención del parto Institucional

Ventajas:

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que ésta se lleva a cabo en su propio medio.
- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades expresos y ocultos y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.

- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.

Desventajas:

Desventajas como tal no presenta la visita domiciliaria, pero pueden surgir o derivar de una falta de organización y programación por parte del servicio de salud y del equipo de visita, lo que puede resultar ser inoportuna y causar rechazo en el grupo familiar.¹⁴

CUANDO REALIZAR UNA VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE:

- Cuando la gestante no acude oportunamente a su Atención Prenatal, a fin de orientar y sensibilizar a la familia sobre todo la importancia de la Atención Prenatal reenfocada y verificar la presencia de riesgo social y/o signos de alarma.
- Gestante que no acude a su cita en el primer trimestre de gestación se realizará la visita en un máximo de diez días pasada la cita prevista.
- Gestante que no acude a su cita en el segundo trimestre de gestación, se realizará la visita en un máximo de siete días de pasada la cita previa
- Gestante que no acude a su cita en el tercer trimestre de gestación se realizará la visita domiciliaria en un máximo de 48 horas de pasada la cita prevista.
- La segunda visita de seguimiento se realizará priorizando casos identificados de riesgo o riesgo potencial.

ACTIVIDADES PREVIAS A LA VISITA DOMICILIARIA

- Revisar el protocolo de comunicación interpersonal
- Revisar en la Matriz de Contenidos correspondiente a la etapa de gestación de la usuaria y preparar sus mensajes.
- Revisar el instrumento de seguimiento de gestantes y puérperas (radar, mapeo, cuaderno de registro, padrón), priorizando aquellas que no asisten al control prenatal, las de ARO, las de tercer trimestre de gestación, las puérperas y recién nacidos
- Revisar la historia clínica de cada caso y preparar la Ficha de Seguimiento de Visita Domiciliaria. Revise las actividades que debe realizar y que se encuentran en el reverso de la Ficha
- Revisar en la Matriz de Contenidos correspondiente a la etapa de gestación de la usuaria y preparar sus mensajes.
- Revisar el protocolo de comunicación interpersonal
- Revisar la disponibilidad de material educativo-comunicacional referido al embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido que pueda servirle de apoyo, como laminarios y rotafollos: signos de alarma, lactancia materna, cuidados del recién nacido. alimentación de la gestante y otros.

ACTIVIDADES DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA

La duración de la visita domiciliaria, está en función de las condiciones que ofrece la gestante y familia para asimilar y/o reforzar los comportamientos esperados.

Para lograr una comunicación de calidad, el proveedor de salud debe aplicar los siguientes pasos:

1.-Cordialidad

Salude y de su nombre.

Explique el motivo de la visita.

Hable en un tono amable y con palabras sencillas

Tome en cuenta sus costumbres y creencias

2.-Motivación

Explique el propósito y los beneficios del CPN y del parto institucional y la importancia de cuidar la salud de la madre y el niño

Felicite las prácticas saludables en proceso

Anímela a llevar a la práctica los consejos e indicaciones recibidos.

Aliente a la familia a apoyarla y cuidarla.

3.-Identificación de necesidades educativas

Pregunte sobre sus inquietudes, temas de interés, dudas, temores, relacionados a la salud materno infantil.

4.-Respuesta a las necesidades identificadas

De información ordenada, precisa y sencilla.

Motive a la reflexión y discusión de los temas que se están tratando. Es posible que algunas respuestas del proveedor requieran mayor explicación para que sean aceptadas por la familia

De información progresivamente, explicando qué otros aspectos serán tratados en las próximas visitas. Utilice material didáctico y educativo

5.- Verificación de la comprensión de los mensajes

Asegúrese que la información educativa que ha ofrecido durante la visita o durante el último CPN, ha sido entendida correctamente.

Si se constata que el nivel de comprensión es regular, debe reforzar los mensajes.

Si el nivel es bajo, debe repetir nuevamente el mensaje de otra manera y de ser posible utilice material gráfico para facilitar la comprensión.

Paquete de Actividades en la Visita Domiciliaria a la Gestante:

- Educación en autocuidado de salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet perinatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso que no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/ consejería.
- Identificación de violencia basada en género.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.¹²

ETAPAS DE LA VISITA DOMICILIARIA

1. Programación:

Para esta etapa es necesario conocer las condiciones en las que se encuentra la gestante que se visitará. Esta información se obtendrá de:

- Información de los centros de salud.
- Información de los comedores o vasos de leche
- Información desde la comunidad.
- Información desde las instituciones educativas, etc.

Criterios para la programación de las visitas

- La visita domiciliaria estará señalada en el ámbito que le corresponde para saber los recursos que requiere, además se planteará la cantidad de visitas domiciliarias.
- La selección de la visita estará determinada por las condiciones de riesgo y vulnerabilidad de la gestante.
- La jerarquización debe lograrse considerando los factores de riesgo detectados, pero también considerando los factores detectados en el primer contacto con la gestante.

2. Planificación:

La realización de esta fase, en la visita domiciliaria, constituye la base para la realización exitosa de ésta; en esta etapa se decide:

- La fecha y hora de la visita domiciliaria.
- Se determina los objetivos..
- Se organiza los recursos que se van a utilizar.
- Es importante que previamente se llenen los datos de la gestante en la ficha de visitas.
- Llevar documentos de apoyo y otros materiales y equipos necesarios.

3. Ejecución:

La fecha y hora se debe cumplir en forma estricta, la visita se realizará en forma de entrevista y luego se irán insertando acciones e intervenciones correspondientes a los objetivos.¹⁵

Instrumento e Insumos para la Visita Domiciliaria:

La visita domiciliaria se programa teniendo en cuenta:

- Las gestantes que no acuden a su cita prevista,
- Gestantes con fecha probable de parto para el mes,
- Gestantes con factor de riesgo.
- Gestantes nuevas atendidas; datos que se obtendrán del radar de gestantes, repórter del SIP, libro de seguimiento o padrón de gestantes y cuaderno de visitas domiciliarias. Es necesario asegurar visitas efectivas.

La visita se prepara a través de un plan de visitas personalizado según el caso o motivo de la visita.

Kit de visita domiciliaria:

Dependiendo del plan de visita personalizado se deben tener en cuenta los siguientes insumos:

- Ficha de plan de parto.
- Registro de visitas domiciliarias.
- Rotafolio de salud materno perinatal.
- Carnet perinatal.
- Termómetro.
- Estetoscopio.
- Fetoscopio de Pinard.
- Tensiómetro.
- Linterna.
- Guantes.
- Cinta obstétrica.
- Gestograma de bolsillo.
- Kit completo de prueba rápida de VIH/SIDA y Sífilis.
- Hemoglobinómetro.
- Papel toalla descartable.
- Alcohol gel.
- Frasco recolector de esputo.
- Folletería relacionada a salud materna perinatal.

Registro de Gestantes que Recibieron la Visita Domiciliaria:

Las visitas correspondientes al plan de parto se consignarán en el instrumento del plan de parto.

Las visitas correspondientes al seguimiento de gestantes y puérperas se registrarán en la ficha de visita domiciliaria.

Una copia de ambos registros debe quedar en la historia clínica y deben registrarse en el cuaderno de visitas especificando el motivo de visita; plan de parto o seguimiento, siendo responsabilidad del profesional que realiza la visita domiciliaria¹².

PLAN DE PARTO

Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. Este plan debe consignar la información precisa para organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y referencia si fuera necesaria. Facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de signos y síntomas del trabajo de parto y/o signos de alarma¹³

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Eficacia.- del latín eficacia. Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.¹⁰

Visitas domiciliarias.- herramienta de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia, tiene por finalidad de acompañar procesos, orientar , dar contención y vigilar.¹⁷

Morbilidad.- Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.¹⁶

Gestantes.- mujer que lleva en su vientre al producto de la concepción.¹⁶

Patologías.- Enfermedad física o mental que padece una persona.⁴

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Ha = La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016

Ho = La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes no guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016

Se plantea el cuadro de:

Frecuencia Observada

COMPLICACION	N° DE VISITAS DOMICILIARIAS				
	1	2	3	>3	
SI	1	24	10	0	35
NO	1	15	26	2	44
TOTAL	2	39	36	2	79

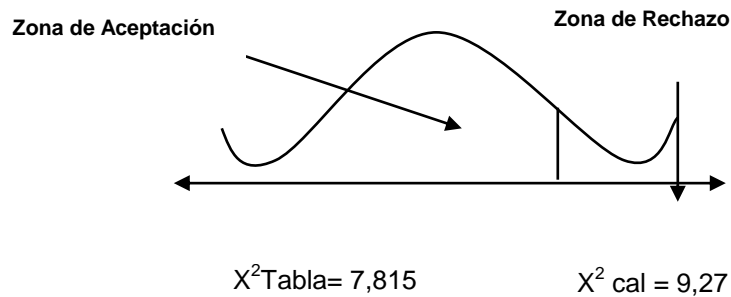
$G = (2-1)(4-1)$

$G = 3$

Con un nivel de confianza del 95% = 1.96 el Chi cuadrado de la tabla es 7.815

Frecuencia Esperada

COMPLICACION	N° DE VISITAS DOMICILIARIAS				
	1	2	3	>3	
SI	0.89	17.4	15.9	0.89	35
NO	1.1	19.5	20.1	1.1	44
TOTAL	2	39	36	2	79



Chi cuadrado calculado es igual a 9,27

Toma de decisión:

Como el Chi cuadrado calculado es 9,27 a 3 grados de libertad y el chi cuadrado de la tabla es 7,815 se acepta la hipótesis nula rechazando la hipótesis alterna

CONCLUSION:

La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016.

**Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del
Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016.**

Cuadro N° 01

SEGÚN INCIDENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS

VISITA DOMICILIARIA	N°	%
SI	79	67.5
NO	38	37.5
TOTAL	117	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se observa que la incidencia de las visitas domiciliarias es del 67.5% (79) en contraposición del 37.5% (38) que no se realizó las visitas domiciliarias.



**Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del
Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016.**

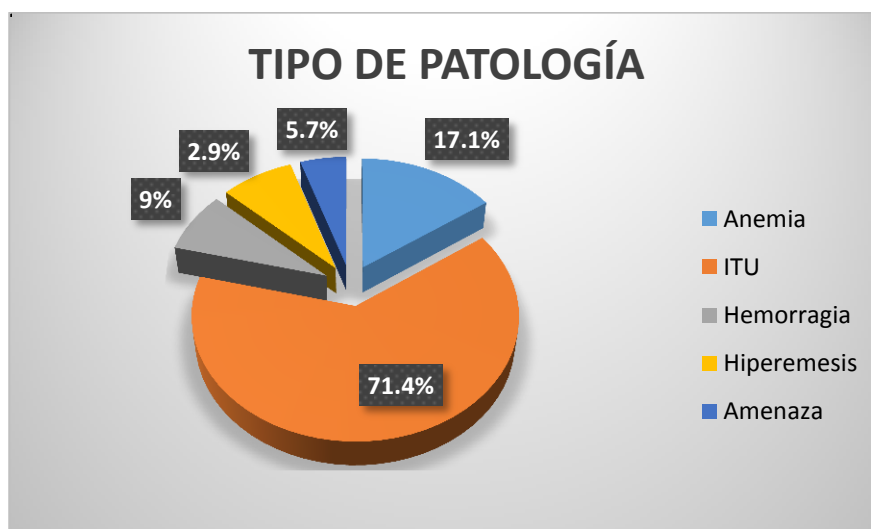
Cuadro N° 02

SEGÚN TIPO DE PATOLOGÍAS

TIPO DE PATOLOGÍA	N°	%
Anemia	6	17.1
ITU	25	71.4
Hemorragia de la II mitad del emb.	1	2.9
Hiperemesis gravídica	1	2.9
Amenaza de parto pretérmino	2	5.7
TOTAL	35	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Del total de patologías que son en número de 35 se observa que el 71.4% (25) corresponde a infección del tracto urinario, 17.1% (6) de anemia, 5.7% (2) Amenaza de parto pretérmino y el 2.9% (1) hemorragia de la II mitad del embarazo e hiperemesis gravídica.



**”Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del
Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016.**

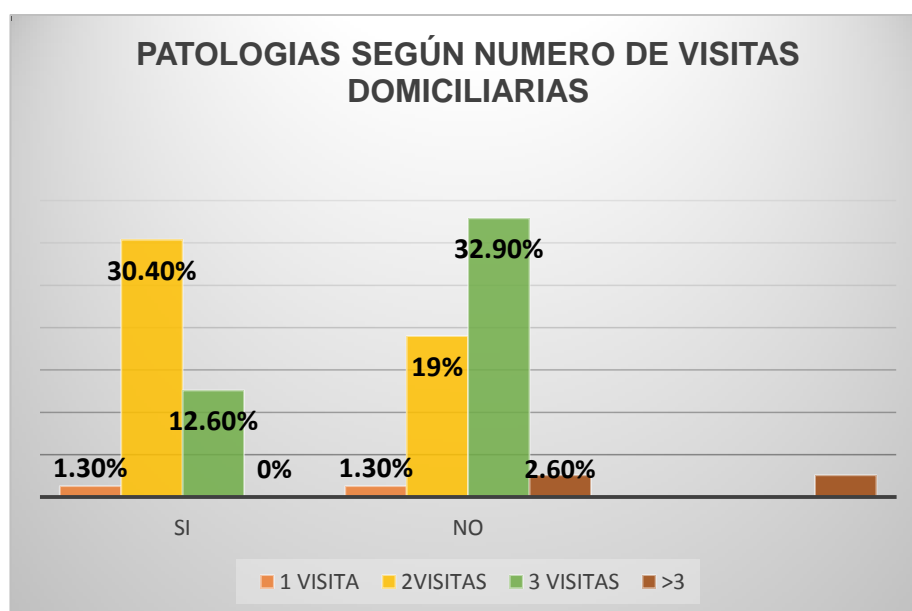
Cuadro N° 03

PATOLOGIAS SEGÚN NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS

COMPLICACIÓN	N° VISITAS DOMICILIARIAS									
	1		2		3		>3		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	1	1.3	24	30.4	10	12.6	0	0%	35	44.3
NO	1	1.3	15	19.0	26	32.9	2	2.6	44	55.7
TOTAL	2	2.6	39	49.4	36	45.5	2	2.6	79	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Del total complicaciones el 30.4% (24) recibieron 2 visitas domiciliarias, 12.6% (10) 3 visitas domiciliarias y sólo el 1.3% (1) 1 visita domiciliaria; en cuanto a las que no presentaron complicaciones, el 32.9% (26) recibieron 3 visitas domiciliarias, 19% (15) 2 visitas domiciliarias, 2.6% (2) mas de 3 visitas domiciliarias.



**“Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del
Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016”**

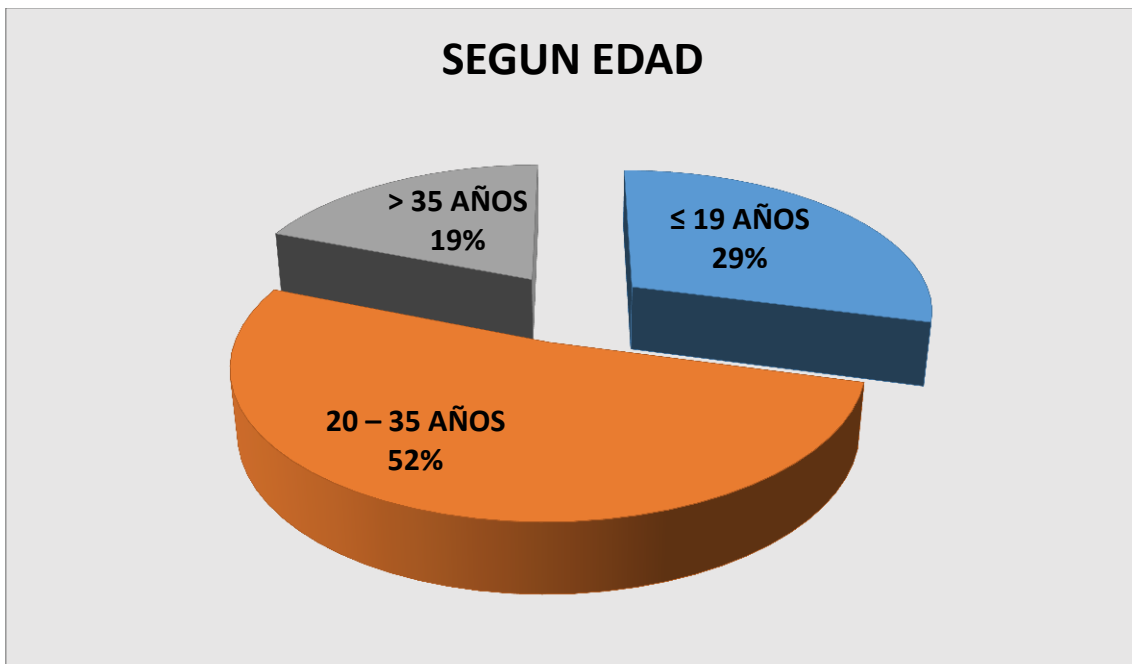
Cuadro N° 04

Según Edad

EDAD	N°	%
≤ 19 AÑOS	23	29.1
20 – 35 AÑOS	41	51.9
> 35 AÑOS	15	19
TOTAL	79	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

El 51.9% de gestantes se encontraba entre las edades de 20 a 35 años, el 29.1% menores o igual a 19 años y el 19% mayores de 35 años.



**“Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del
Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016”**

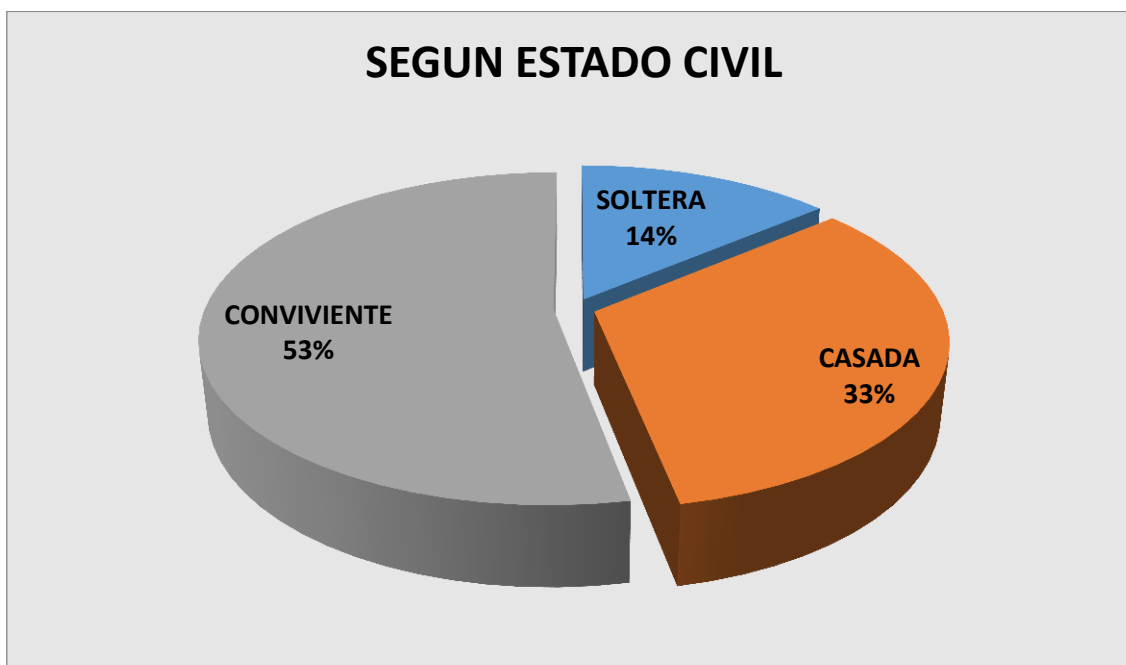
Cuadro N° 05

Según Estado Civil

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERA	11	13.9
CASADA	26	33
CONVIVIENTE	42	53.1
TOTAL	79	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

El estado civil de las gestantes fue, el 53.1% son convivientes, 33% casadas y el 13.9% solteras.



**“Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del
Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016”**

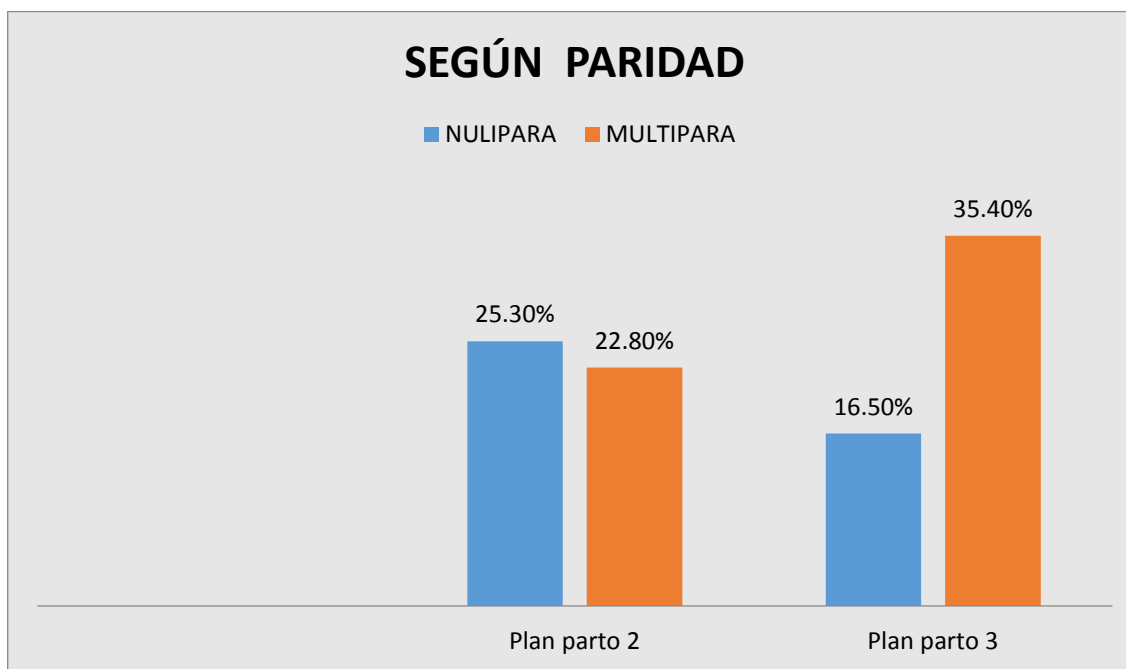
Cuadro N° 06

Según Plan de Parto y Paridad

PLAN DE PARTO	SEGÚN PARIDAD				TOTAL	
	Nulípara		Múltipara			
	N°	%	N°	%	N°	%
Plan parto 2	20	25,3	18	22.8	38	48.1
Plan parto 3	13	16.5	28	35.4	41	51.9
TOTAL	33	41.8	46	58.2	79	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

El 58.2% de las gestantes son múltiparas, de las cuales al 35.4% se les realizó el plan de parto 3 y en el 22.8% el plan de parto 2; el 41.8% son nulíparas, de ellas al 25.3% se les aplicó el plan de parto 2 y al 16.5% el plan de parto 3.



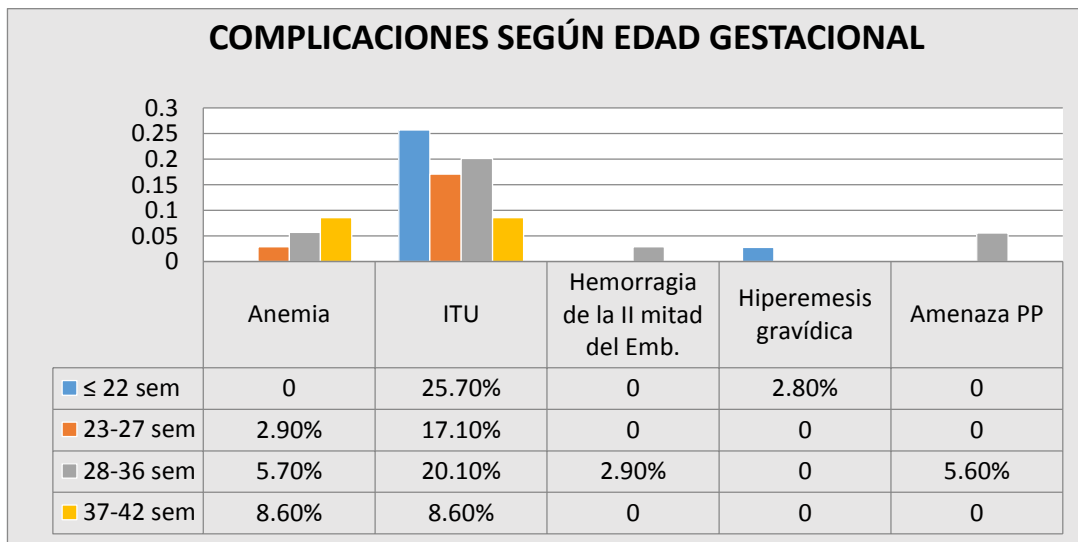
“Eficacia de las Visitas Domiciliarias en la Morbilidad de Gestantes del Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016”

Cuadro N° 07

COMPLICACIONES SEGÚN EDAD GESTACIONAL

COMPLICACION	EDAD GESTACIONAL								TOTAL	
	≤ 22 sem		23-27 sem		28-36 s		37-42 sem			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	0	0	1	2.9	2	5.7	3	8.6	6	17.2
ITU	9	25.7	6	17.1	7	20.1	3	8.6	25	71.5
Hemorragia de la II mitad del Emb.	0	0	0	-0	1	2.9	0	0	1	2.9
Hiperemesis gravídica	1	2.8	0	0	0	0	0	0	1	2.8
Amenaza PP	0	0	0	0	2	5.6	0	0	2	5.6
TOTAL	10	28.5	7	20	12	34.3	6	17.2	35	100%

El 71.5% presentó ITU, de las cuales el 25.7% se encontraban en una edad gestacional menor o igual a 22 semanas, 20.1% de 28 a 36 semanas y el 17.1% entre 23 a 27 semanas; el 17.2% presentó anemia encontrándose en una edad gestacional de 37 a 42 semanas en un 8.6%, 5.7% entre 28 a 36 semanas y el 2,9% de 23 a 27 semanas



DISCUSION

Las visitas domiciliarias, actividad preventiva promocional que se realiza a las gestantes es de suma importancia ya que nos sirve no sólo para realizar el seguimiento a las gestantes sino que también a conocer el entorno de ésta para educarlas y concientizarlas sobre los signos de alarma del embarazo evitando el retraso del reconocimiento de los signos de alarma y el de tomar decisiones para acudir al establecimiento de salud.

El estudio concluyó que la eficacia de las visitas domiciliarias guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016 con un Chi cuadrado de 9,27 a 95% de confianza concordando con el estudio de Kitliarenco, M; Gómez, E; Muñoz, M. en Uruguay en el 2012 quienes llegaron a la conclusión de que las visitas domiciliarias han demostrado ser efectivas en áreas relevantes, por lo que se acepta dicho estudio.

Uno de los resultados de nuestro estudio fue que la incidencia de las visitas domiciliarias del puesto de salud Señor de Luren fue del 67.5% (35) no coincidiendo este estudio con el de Medina en España el año 2010 donde encontró una incidencia del 24.6% por lo que se rechaza este estudio.

De las gestantes que presentaron patologías el 32.9% (26) tuvo 3 visitas domiciliarias lo que coincide con el estudio de Bohorquez, A; Rosas, A; Munevar, R. que concluyen que las intervenciones de cuidado ejecutadas por estudiantes y docentes fueron estrategias para participar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal por causas evitables aceptando dicho estudio.

Sabemos que las edades extremas en el embarazo, llámese menores de 19 años que son las adolescentes y las mayores de 35 años son gestantes de alto riesgo por lo que se debería incidir en las visitas domiciliarias para evitar las complicaciones en estos grupos etáreos, tal es así que la edad de las gestantes a

quienes se les realizó visita domiciliaria oscila entre 20 a 35 años, lo que coincide con el estudio de Dulmar, S. en Venezuela por lo que aceptamos este estudio.

CONCLUSIONES

1. La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes guarda relación significativa con la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016.
2. La incidencia de las visitas domiciliarias en el P.S. Señor de Luren es del 67.5%
3. La patología que se presenta en gestantes que recibieron visita domiciliaria fue la infección del tracto urinario.
4. Las gestantes que reciben tres visitas domiciliarias no presentan complicaciones durante el embarazo.
5. La edad de las gestantes a quienes se les realizó visitas domiciliarias oscila entre 20 a 35 años siendo en su mayoría convivientes y multíparas.
6. La edad gestacional de las gestantes a quienes se les realizó visitas domiciliarias oscilaba entre 28 a 36 semanas y menor o igual a 22 semanas.

RECOMENDACIONES

1. Protocolizar las visitas domiciliarias al 100% de gestantes atendidas en el Puesto de Salud Señor de Luren.
2. El personal involucrado en la atención materna debe incrementar la incidencia de las visitas domiciliarias a través de diferentes estrategias.
3. El personal involucrado en la atención de las gestantes deberá realizar actividades preventivas promocionales a fin de reducir la incidencia de la infección del tracto urinario.
4. Se deberá protocolizar que toda gestante atendida en el Puesto de Salud Señor de Luren debe recibir como mínimo tres visitas domiciliarias a fin de que se disminuya las patologías.
5. Realizar actividades preventivo promocionales en gestantes adolescentes, es decir menores de 19 años y a mayores de 35 años, para evitar la presencia de patologías en las edades extremas.
6. El personal involucrado en la atención materna del Puesto de Salud Señor de Luren deberá realizar el plan de parto 3 en nulíparas ya que son ellas las que no tienen experiencias de partos anteriores.
7. Protocoliza las visitas domiciliarias en gestantes antes de las 22 semanas de gestación para evitar las complicaciones que pueden llevar a amenazas de aborto o abortos.
8. Realizar las visitas domiciliarias a las gestantes entre las 37 a 42 semanas para garantizar el parto institucional.
9. Realizar investigaciones sobre las repercusiones de las patologías maternas durante el embarazo, parto y puerperio.
10. Realizar consejerías a las gestantes a fin de que las infecciones del tracto urinario tenga una menor incidencia en las gestantes.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACION

1. Casini, S., Sinz, L.: Guía de control prenatal en Embarazo Normal. revista Hospital materno infantil Ramón Sarda Vol.51-2012
2. Dulmar, S.: Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y su recién nacido del área de influencia del ambulatorio “Dr. Ramón Gualdron”, Barquisimeto, estado de Lara-Venezuela, 2010
3. Medina, J.: “Seguimiento del embarazo en atención Primaria”, España . 2010
4. Doggett C, Burrett S, Osborn D.: Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas-Cuba,2010
5. Aracena, M; Leiva, L; Undurraga, C; Pérez, C; Krause, M.: Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as- Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile- 2013
6. Kitliarenco, M; Gómez, E; Muñoz, M.: Características, Efectividad y Desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana- Uruguay, 2012
7. Bohorquez, A; Rosas, A; Munevar, R.: Seguimiento de enfermería a la Madre y al Recién Nacido durante el Puerperio: traspasando las barreras hospitalarias- Amazonas – Perú, 2011
8. .Navajo, P. Captación iniciativa social y estado de bienestar- 2008. Disponible en: URL.<http://www.iniciativasocial.net.pdf> consultado 9 de diciembre 2010
9. Lizarraga y Sanchez: Visita Domiciliaria al recién nacido y la puérpera - 2007 disponible en: [URL:http://www.atención primaria en salud.htm](http://www.atención primaria en salud.htm) consulta 28 de mayo 2011
10. Organización Mundial de la Salud (OMS): Salud Materna: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFA y el Banco Mundial. Revista de la OMS, 2008

11. Sistema de salud de la rioja: Seguimiento en Salud. Disponible en:
[URL:http://www.bor.larioja.org/web/centrales/salud/niño sano/actividades,htm](http://www.bor.larioja.org/web/centrales/salud/niño_sano/actividades,htm) consultado 9 de diciembre 2009
12. Norma técnica de Salud: Atención integral de salud Materna – NTS N° 827-2013 MINSA/DGSP.V.01
13. Dirección General de Salud de la Personas, MINSA: Norma Técnica de la Atención de Parto con Adecuación Intercultural – NT 033 MINSA/DGSP – V.01, 2005
14. Mendoza, A.; García, G.: Opinión de los usuarios de la Visita domiciliaria y criterios del equipo de salud de los ambulatorios urbanos tipo III Mérida Venezuela-2010.
15. Salazar de V. C. La Visita Domiciliaria en el Programa de Salud Familiar. Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela,2013
16. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables: Manual de Visitas Domiciliarias – Lima Perú, 2014
17. Manual de visitas domiciliarias-Ministerio de la producción y Poblaciones vulnerables 2014

2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Eficacia de las visitas domiciliarias en la morbilidad de gestantes del Puesto Salud Señor de Luren julio-diciembre 2016.”

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	PRUEBA DE SIGNIFICANCIA
<p>General:</p> <p>¿Cuál es la eficacia de las visitas domiciliarias en relación a la disminución de la morbilidad en gestantes del Puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016?</p> <p>Específicos:</p> <p>-¿Cuál es la incidencia de visitas domiciliarias en gestantes del Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la eficacia de las visitas domiciliarias en relación a la disminución de la morbilidad en gestantes del Puesto Salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016</p> <p>Específicos:</p> <p>-Conocer la incidencia de visitas domiciliarias en gestantes se realizan en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del</p>	<p>La eficacia de las visitas domiciliarias en gestantes guarda relación significativa con la disminución de la morbilidad de gestantes del puesto salud Señor de Luren, julio-diciembre 2016</p>	<p>Independiente:</p> <p>-Eficacia de las visitas domiciliarias</p> <p>Dependiente:</p> <p>Morbilidad en gestantes.</p>	<p>Con complicación Sin complicación</p> <p>Anemia ITU Hiperemesis gravídica</p> <p>Amenaza de parto pretérmino</p> <p>Hemorragia de la II mitad del embarazo</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Chi cuadrado</p>

<p>-¿Cuál es la incidencia de la morbilidad de gestantes en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?</p> <p>-¿Qué patologías se presentan en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Señor de Luren e n los meses de julio a diciembre del 2016?</p>	<p>2016?</p> <p>-Estudiar la incidencia de la morbilidad de gestantes en el Puesto de Salud Señor de Luren en los meses de julio a diciembre del 2016?</p> <p>-Analizar las patologías se presentan en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Señor de Luren e n los meses de julio a diciembre del 2016</p>					
---	---	--	--	--	--	--

3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

**EFICACIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y MORBILIDAD EN GESTANTES DEL
PUESTO SALUD SEÑOR DE LUREN JULIO-DICIEMBRE 2016.**

Edad: 12-15 años _____ 16-19 años _____

20-35 años _____ \geq a 35 años _____

Paridad: Nulípara _____ Multípara _____

Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Conviviente _____

Trimestre de gestación:

I trimestre _____ II trimestre _____ III trimestre _____

Plan de parto: 2 Si _____ No _____ 3 Si _____ No _____

N° de visita domiciliaria: _____

Visita de seguimiento: Si _____ No _____

Complicaciones en la gestación: Si _____ No _____

Tipo de complicación:

_____ EG: _____

